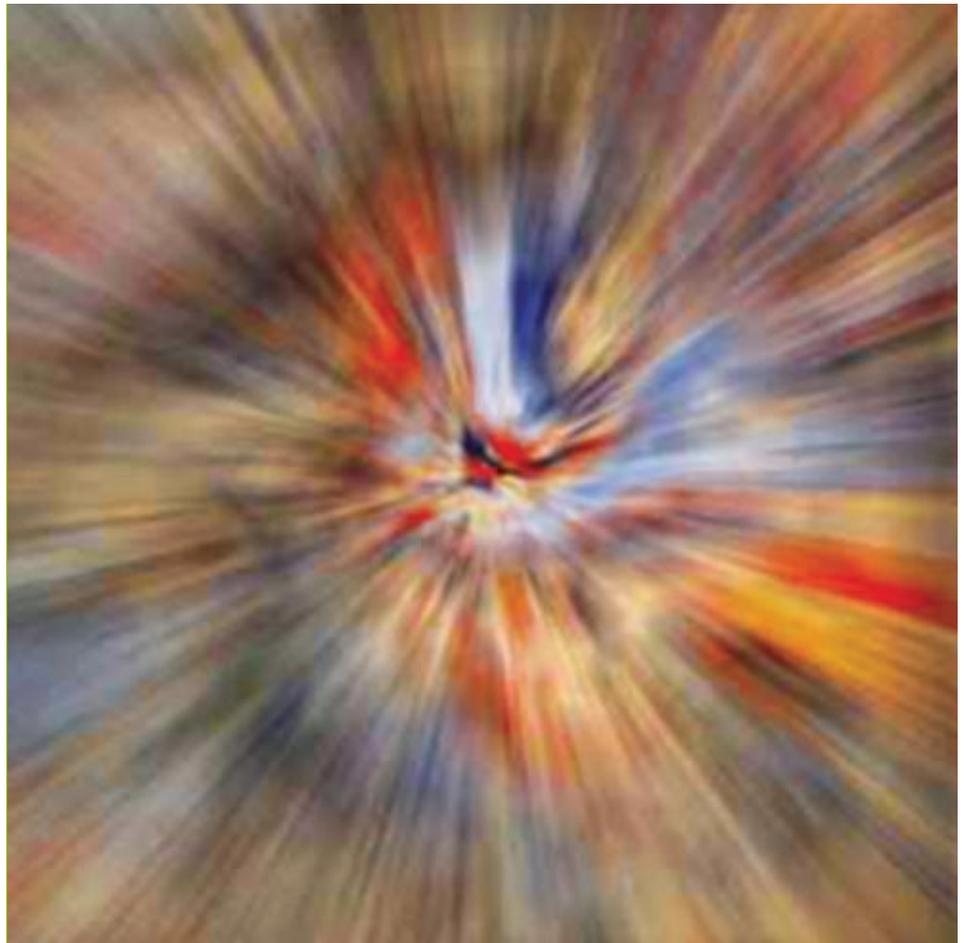




# Österreichischer Schizophreniebericht 2008



## **Impressum:**

### **Eigentümer, Herausgeber und Verleger:**

Bundesministerium für Gesundheit  
Radetzkystr. 2, 1030 Wien

### **Erstellt von:**

Prim. Univ.Prof. Dr. Hans Rittmannsberger, Linz  
Univ. Prof. Dr. Johannes Wancata, Wien  
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

### **Zuschriften, Anregungen und Kritik an:**

Prim. Univ. Prof. Dr. Hans Rittmannsberger  
OÖ LNK Wagner-Jauregg  
Psychiatrie 1  
Wagner-Jauregg Weg 15  
4020 Linz  
[hans.rittmannsberger@gespag.at](mailto:hans.rittmannsberger@gespag.at)

Univ.Prof. Dr. Johannes Wancata  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien  
[johannes.wancata@meduniwien.ac.at](mailto:johannes.wancata@meduniwien.ac.at)

### **Lektorat:**

Mag. Christine Mayer-Winkoff

### **Druck:**

Kopierstelle BMG

### **Erscheinungsdatum:**

Jänner 2009

### **Wichtiger Hinweis:**

Herausgeber und Autoren haben große Sorgfalt darauf verwandt, dass die in diesem Werk genannten Fakten, insbesondere wenn sie therapeutische Maßnahmen betreffen, dem derzeitigen Wissenstand entsprechen. Das entbindet den Nutzer dieses Werkes aber nicht von der Verpflichtung, anhand der Beipackzettel eventuell zu verschreibender Präparate zu überprüfen, ob die dort gemachten Angaben mit denen dieses Berichts übereinstimmen, und seine Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen.

## Vorwort



**Sehr geehrte Leserin!**  
**Sehr geehrte Leser!**

Der vorliegende 1. Österreichische Schizophreniebericht thematisiert erstmalig eine Erkrankung, über die in der Gesellschaft im Allgemeinen ein großes Unwissen, verbunden mit Unsicherheit und Vorurteilen, vorherrscht, was sich leider nur allzu oft auch im Sprachgebrauch ausdrückt und widerspiegelt. Wer hat nicht selbst schon den Ausspruch verwendet „das ist aber schizophren“ ohne im Geringsten darüber nachzudenken, wie achtlos mit Zuschreibungen dieser Art umgegangen wird.

Insofern ist dieser Bericht ein bedeutsamer, zumal zum einen in umfassender, übersichtlicher und objektiver Art und Weise ein Thema dargestellt wird und zum anderen auch gewisse Schwachstellen aufgezeigt werden, wodurch sich wichtige Hinweise und Anstöße für eine Verbesserung ergeben.

Die Schizophrenie ist eine Erkrankung mit vielen Gesichtern und Manifestationen, über deren Ursache noch keine gesicherten Erkenntnisse vorliegen; nach heutigem Wissensstand wird aber von einem Vulnerabilitäts-Stress Modell ausgegangen, welches glücklicherweise auch Ansätze zur Prävention zulässt. So hat sich das Fachwissen über diese Erkrankung in den letzten Jahrzehnten grundlegend geändert, was insbesondere in den therapeutischen Möglichkeiten einen Niederschlag fand, aber auch die Krankheitsverläufe dramatisch verbesserte. Dies alles kann in dem Bericht auf informative Weise nachgelesen werden, der vor allem einschlägigen Vertretern der Gesundheitsberufe als wichtige Handreichung, aber auch interessierten Laien, Betroffenen, Angehörigen von Betroffenen, Mitgliedern von Selbsthilfegruppen als Unterstützung im Umgang mit der Krankheit hiermit zur Verfügung gestellt wird.

In der Hoffnung, dass der 1. Österreichische Schizophreniebericht einen Beitrag zum besseren Verständnis leisten kann und hilft, auch die Begleiterkrankung der Schizophrenie, die Stigmatisierung, erfolgreich zu bekämpfen – was mir als Gesundheitsminister ein besonderes Anliegen ist – wünsche ich eine interessante Lektüre und eine gelungene Umsetzung der neu gewonnenen Erkenntnisse!



Alois Stöger, diplômé  
Bundesminister für Gesundheit



## Inhaltsverzeichnis

	AutorInnenverzeichnis	7
1	<i>Hans Rittmannsberger &amp; Johannes Wancata</i> Einleitung	9

### **A. Die Krankheit und die Betroffenen**

2	<i>Martina Hummer</i> Schizophrenie – die Krankheit	14
3	<i>Johannes Wancata</i> Epidemiologie	19
4	<i>Hartmann Hinterhuber, Alex Hofer, Ullrich Meise</i> Langzeitverlauf	27
5	<i>Michaela Jägersberger</i> Erfahrungsbericht einer Betroffenen	35
6	<i>Elisabeth Müller</i> Erfahrungsbericht einer Angehörigen	40
7	<i>Heinz Katschnig</i> Angehörige und ExpertInnen: Ihre Rollenbeziehung bei der Bewältigung der Schizophrenie	44
8	<i>Edwin Ladinser</i> Die Angehörigenbewegung	55
9	<i>Christian Horvath</i> Die Betroffenenbewegung	61

### **B. Begleitumstände und Folgen**

10	<i>Hans Rittmannsberger</i> Lebensumstände schizophrener Erkrankter	65
11	<i>Maria Rettenbacher</i> Somatische Erkrankungen bei PatientInnen mit schizophrenen Störungen	77
12	<i>Johannes Wancata</i> Mortalität	83
13	<i>Hans Rittmannsberger</i> Schizophrenie und Störungen durch psychotrope Substanzen	88
14	<i>Heidi Kastner</i> Schizophrene PatientInnen im Kontext der forensischen Psychiatrie	98

### **C. Therapie und Versorgung**

15	<i>W. Wolfgang Fleischhacker &amp; Hans Rittmannsberger</i> Pharmakotherapie	105
16	<i>Gabriele Sachs</i> Allgemeine und spezifische Psychotherapie bei schizophrenen Störungen	121
17	<i>Ullrich Meise, Johannes Wancata, Hartmann Hinterhuber</i> Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich	134
18	<i>Heinz Katschnig &amp; Michael Scherer</i> Stationäre Behandlungsepisoden mit der Diagnose Schizophrenie in österreichischen Krankenanstalten	146
19	<i>Günter Klug</i> Ambulante ärztliche Versorgung	152
20	<i>Karl Dantendorfer</i> Inanspruchnahme psychosozialer Dienste in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Freizeit und Beratung	163
21	<i>Thomas Platz</i> Stationäre Rehabilitation	167
22	<i>Stefan Frühwald &amp; Terese Matschnig</i> Berufliche Rehabilitation	174
23	<i>Alex Hofer</i> Compliance	178

### **D. Spezielle Aspekte**

24	<i>Alexandra B. Whitworth</i> Geschlechtsspezifische Aspekte	185
25	<i>Egon Michael Haberfellner</i> Kosten	191
26	<i>Werner Schöny</i> Stigma	199
27	<i>Michaela Amering</i> Recovery	207
28	<i>Ralf Gössler</i> Prävention	212
29	<i>Hans Rittmannsberger &amp; Johannes Wancata</i> Zusammenfassung	217

# AutorInnenverzeichnis

**Univ.-Prof. Dr. Michaela Amering**

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien  
michaela.amering@meduniwien.ac.at

**Univ.-Prof. Dr. Karl Dantendorfer**

Psychosozialer Dienst Burgenland  
Franz Lisztgasse 1, 7000 Eisenstadt  
psd@krages.at  
karl.Dantendorfer@psd-bgld.at

**Univ.-Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker**

Medizinische Universität Innsbruck  
Abteilung für Biologische Psychiatrie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck  
wolfgang.fleischhacker@i-med.ac.at

**Univ.-Doz. Dr. Stefan Frühwald**

Psychosozialer Dienst der Caritas St. Pölten,  
Dr.-Karl-Renner-Promenade 12, 3100 St. Pölten,  
psd.fruehwald@stpoelten.caritas.at

**Prim. Dr. Ralf Göbler**

Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Rosenhügel  
mit Behindertenzentrum  
Riedlgasse 5, 1130 Wien  
ralf.goessler@wienkav.at

**Priv.-Doz. Prim. Dr. Egon Michael Habermüller**

Rehabilitationszentrum für psychosoziale Gesundheit  
Parkstraße 5, 4540 Bad Hall  
habermuelleregon@promenteo.at

**Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber**

Medizinische Universität Innsbruck  
Universitätsklinik für Psychiatrie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck  
hartmann.hinterhuber@i-med.ac.at

**Priv.-Doz. Dr. Alex Hofer**

Medizinische Universität Innsbruck  
Abteilung für Biologische Psychiatrie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck  
a.hofer@i-med.ac.at

**Christian Horvath**

Hornbostelg. 5, 1060 Wien

**Univ.-Prof. Dr. Martina Hummer**

Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie  
Leopoldstrasse 36, 6020 Innsbruck  
ordination@martinahummer.at

**Michaela Jägersberger**

Hildebrandg. 30/2/2, 1180 Wien  
michaela.jaegersberger@chello.at

**Prim. Dr. Heidi Kastner**

OÖ LNK Wagner-Jauregg  
Psychiatrie 4  
Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz  
Heidi.kastner@gespag.at

**Univ.-Prof. Dr. Heinz Katschnig**

Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie  
Lazarettgasse 14A-912, 1090 Wien.  
heinz.katschnig@lubis.lbg.ac.at

**Dr. Günter Klug**

Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit  
PSD Graz Ost  
Hasnerplatz 4, 8010 Graz  
psz.hasnerplatz@gfsg.at

**Edwin Ladinser**

HPE-Österreich  
Bernardgasse 36, 1070 Wien  
Edwin.ladinser@hpe.at

**Dr. Teresa Matschnig**

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien  
teresa.matschnig@meduniwien.ac.at  
und PSD der Caritas St. Pölten

**Univ.-Prof. Dr. Ullrich Meise**

Medizinische Universität Innsbruck  
Universitätsklinik für Psychiatrie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck  
ullrich.meise@i-med.ac.at  
und Gesellschaft für Psychische Gesundheit  
pro mente tirol, Innsbruck

**Elisabeth Müller (Pseudonym)**

HPE-Österreich  
Bernardgasse 36, 1070 Wien  
office@hpe.at

**Prim. Dr. Thomas Platz**

Reha-Klinik für Seelische Gesundheit  
Grete-Bittner-Straße 40, 9020 Klagenfurt  
thomas.platz@seelischereha.com

**Univ.-Prof. Dr. Maria Rettenbacher**

Medizinische Universität Innsbruck  
Universitätsklinik für Psychiatrie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck  
maria.Rettenbacher@i-med.ac.at

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Hans Rittmannsberger**

OÖ LNK Wagner-Jauregg  
Psychiatrie 1  
Wagner-Jauregg Weg 15, 4020 Linz  
hans.rittmannsberger@gespag.at

**Univ.-Prof. DDr. Gabriele Sachs**

Medizinische Universität Wien  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien  
gabriele.sachs@meduniwien.ac.at

**Michael Scherer**

Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie  
Lazarettgasse 14A-912, 1090 Wien

**wHR. Prim. Univ.-Doz. Dr. Werner Schöny**

OÖ LNK Wagner-Jauregg  
Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz  
werner.schoeny@gespag.at

**Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata**

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien  
Johannes.wancata@meduniwien.ac.at

**Priv.-Doz. Dr. Alexandra B. Whitworth**

Augustinergasse 9a, 5020 Salzburg  
whitstup@eunet.at

# Einleitung

Hans Rittmannsberger, Johannes Wancata

---

## Vorüberlegungen

---

Die letzten Jahrzehnte haben in der Psychiatrie vielfältige Veränderungen gebracht: Die Paradigmen psychiatrischer Versorgung wurden radikal umgestaltet (weg von psychiatrischen Großkrankenhäusern als Hauptträger der psychiatrischen Versorgung, hin zu einer „gemeindenahen“ psychiatrischen Betreuung, „ambulant vor stationär“), Diagnosesysteme wurden völlig neu überarbeitet (DSM-IV, ICD 10) und damit reliabler gestaltet, es wurde eine Fülle neuer Behandlungsmethoden und Medikamente entwickelt. Die wissenschaftliche Forschung hat unser Verständnis psychischer Erkrankungen wesentlich erweitert und faszinierende Perspektiven für neue Behandlungsoptionen eröffnet.

Was für die Psychiatrie allgemein gesagt werden kann, trifft für die Erkrankung Schizophrenie in besonderer Weise zu. Hat sich doch das Schicksal der an dieser teils gefürchteten, teils idealisierten Erkrankung Leidenden so substantiell zum Besseren gewendet wie bei kaum einer anderen psychischen Erkrankung. War vor wenigen Jahrzehnten für viele an Schizophrenie Erkrankte der langjährige Verbleib in psychiatrischen Anstalten das zu erwartende Schicksal, ist dies heute zur Ausnahme geworden, viele können ein sozial gut integriertes Leben führen. Das bedeutet nicht, dass nun alles zum Besten bestellt ist – viele Probleme harren noch einer Lösung.

„No health without mental health“ proklamierte die WHO (WHO 2005), um auf die steigende Zahl von von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen hinzuweisen. Psychische Störungen sind unter allen medizinischen Erkrankungen am stärksten mit Behinderung assoziiert (Wittchen und Jacobi 2005). Als Maß für die Betroffenheit wurden die „disability-adjusted life-years“ (DALYs) verwendet, worunter man die Summe der Jahre versteht, die durch vorzeitigen Tod und durch krankheitsbedingte Behinderungen verloren werden. Unter den nicht-infektiösen Erkrankungen nehmen neuropsychiatrische Störungen mit 28% den ersten Platz ein, noch vor kardiovaskulären Störungen (20%) und Krebs (11%). Von den durch psychiatrische Störungen verursachten DALYs entfallen 9% auf die Erkrankungen Schizophrenie (Prince et al. 2007). Wenig beachtet, aber von steigender Bedeutung, ist der Umstand, dass die Erkrankung Schizophrenie oft mit anderen Krankheiten – sowohl psychischer als auch somatischer Natur – assoziiert ist, wobei es sich zeigt, dass die Mortalität an fast allen somatischen Erkrankungen nicht nur deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung liegt, sondern offenbar in den letzten Jahrzehnten auch noch weiter zugenommen hat (Saha et al. 2007).

Einer der am meisten belastenden Aspekte der Erkrankung ist ihr schlechter Ruf, und die Psychiater sind daran nicht unbeteiligt. Die pessimistische Konzeption, die Emil Kraepelin (Kraepelin 1899) unter der

Bezeichnung „Dementia präcox“ auf den Weg brachte, ist die Psychiatrie nie mehr ganz losgeworden. Freilich wissen wir heute, dass die Prognose der Schizophrenie bei weitem nicht so schlecht ist, wie von Kraepelin angenommen – aber jeder, der im Feld arbeitet, kennt genug schlechte Verläufe.

Wenn Robert Musil über bestimmte psychisch Kranke sagt, dass „... sie nicht nur eine minderwertige Gesundheit, sondern auch eine minderwertige Krankheit haben“ (Musil 1952), so trifft diese soziale Ächtung an Schizophrenie Erkrankte wohl in besonderer Weise. Besonders tragisch an dieser Stigmatisierung ist, dass sie gesellschaftlich tief verwurzelt ist, dass sie in allen Teilen der Bevölkerung – auch bei den professionellen HelferInnen (Lauber et al. 2006; Lauber et al. 2004) zu finden ist, und dass sie – und das ist das Allerschlimmste – auch von den betroffenen PatientInnen geteilt wird (Angermeyer 2004). Diese Selbststigmatisierung lässt im Prinzip nur zwei Auswege: Sich gegen die Krankheit zu wehren, sie zu leugnen – man spricht dann von der „fehlenden Krankheitseinsicht“ der PatientInnen. Der Preis für diese Leugnung ist, dass die verfügbaren Hilfestellungen nicht oder nur unzureichend in Anspruch genommen werden und damit Chancen vertan werden. Der andere Ausweg ist, die Erkrankung und ihren schlechten Ruf auf sich zu nehmen und dann schwer daran zu tragen. Geradezu regelmäßig findet man, dass PatientInnen mit guter Krankheitseinsicht deutlich depressiver sind als die, die die Erkrankung leugnen (Lincoln et al. 2007).

Natürlich fiele es uns leichter, das Stigma der Erkrankung zu reduzieren, wenn wir mit größerer Zuversicht sagen könnten, dass wir in der Lage sind, sie zu heilen. Dazu kennen wir heute noch keine Behandlungsmethode – wo die Erkrankung verschwindet, ist es in der Regel der Natur und nicht der Heilkunst zu verdanken. Aber wir können einen Menschen mit sorgfältigen Behandlungsmaßnahmen soweit stabilisieren, dass er fast heil ist, außer, dass er eben gewisse Dinge tun muss, um es zu bleiben – so wie bei vielen anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen.

Allerdings können wir auch manchen PatientInnen nicht helfen, weil sie es nicht zulassen – auch das ist nichts Ungewöhnliches und gibt es bei jeder Art von Krankheit. Das Problem dabei ist, dass sich die

Krankheit nicht nur in stillem Leid, sondern oft auch in auffälligem öffentlichen Verhalten äußert und damit diese ungünstig verlaufenden Fälle in einem unverhältnismäßigen Ausmaß das öffentliche Bild der Erkrankung prägen.

Die Österreichische Schizophreniegesellschaft hat sich zum Ziel gesetzt, die Situation der an Schizophrenie Erkrankten zu verbessern und die Initiative zu diesem ersten „Österreichischen Schizophreniebericht“ soll auch diesem Ziel dienen. Ganz verkürzt könnte man sagen, dass es darum geht, Vorurteile durch Fakten und Angst durch Sympathie zu ersetzen. Letzteres mag für eine Publikation mit wissenschaftlichem Anspruch eine ungewöhnliche Forderung sein, für die Therapie und damit für das Schicksal der Betroffenen ist es aber von eminenter Bedeutung. Die Erkrankung von ihrem negativen Kontext zu befreien, sie mit positiven Emotionen und Hoffnung anzureichern, kann nicht nur das Leben der Betroffenen besser machen, sondern auch die Prognose verbessern (Bachrach 2000; Hubschmid et al. 1991; Lobban et al. 2004). Wir brauchen in der gesellschaftlichen Rezeption der Erkrankung einen Prozess, wie er von G. Benedetti in seiner Psychotherapie schizophrener Störungen konzipiert wird: die „Positivierung des schizophrenen Erlebens“ (Benedetti 1983).

---

### Zielsetzungen

---

Der „Österreichische Schizophreniebericht“ möchte umfassend über die Situation der von Schizophrenie Betroffenen in Österreich berichten. Zu diesem Zweck wurden die Autoren der Beiträge gebeten, einerseits zu dem jeweiligen Thema eine kurze Zusammenfassung der internationalen Literatur zu erstellen (also in aller Kürze zu referieren, was als „state of the art“ gelten kann), sodann die Situation in Österreich darzustellen, bzw. die diesbezüglich in und/oder über Österreich publizierten Arbeiten zu referieren und schließlich auf sich eventuell ergebende Konsequenzen hinzuweisen.

Diese Vorgangsweise kann in vieler Hinsicht Ertrag bringen:

- Dokumentation der üblichen Lebens- und Behandlungsbedingungen der an Schizophrenie erkrankten Menschen

- Überblick über die bislang in Österreich zu diesen Themen geleisteten wissenschaftlichen Arbeiten
- Sie bietet die Möglichkeit, eine Übersicht über viele Publikationen und Datenquellen zusammenzustellen, die ansonsten verstreut oder überhaupt unbekannt sind
- Sie hilft, die Größenordnung des Problems zu beschreiben
- Schaffung von Informationsgrundlagen für lokale und überregionale Entscheidungsträger
- Schaffung von Grundlagen, die für eine spätere Bewertung der Entwicklung herangezogen werden können
- Sie ist eine Gelegenheit, sich zu überlegen, welche Defizite in Versorgung und Forschung bestehen
- Sie ist ein Anlass, sich zu überlegen, welche Daten notwendig wären und was man tun muss, um sie zu bekommen
- Sie kann Forschungsaktivitäten anregen zu Themen, für die in Österreich bislang keine oder zu wenig aussagekräftige Daten vorliegen
- Sie ist eine Gelegenheit, das Thema der Erkrankung Schizophrenie einer interessierten Öffentlichkeit abseits von spektakulären Vorfällen näherzubringen

---

### Inhalte

---

Die Kapitel sind nach dem Prinzip gestaltet, dass zunächst ein Abriss der Thematik im Lichte der internationalen Literatur geboten wird. Sodann soll die spezifische Situation in Österreich dargestellt werden: Welche Untersuchungen wurden in Österreich zu dieser Fragestellung gemacht, welche Ergebnisse dabei gefunden (unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte)? Wie steht es um den Einsatz präventiver Methoden und Behandlung? Wo sind Defizite in Prävention und Versorgung? Wo sind Defizite in der österreichischen Datenlage? Wo sind spezifische österreichische Studien erforderlich?

---

### Praktische Durchführung

---

Nach Erörterung im Vorstand der Österreichischen Schizophreniegesellschaft wurden die Autoren dieses Kapitels mit der Redaktion betraut und ein Redaktionsbeirat bestellt. Die Finanzierung konnte einerseits durch das Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie, andererseits durch die pharmazeutische Industrie sichergestellt werden. Die Auswahl der Kapitel und der möglichen Autoren erfolgte durch die Redakteure in Kooperation mit dem Redaktionsbeirat.

---

### Anmerkungen zur Methode

---

In wissenschaftlichen Publikationen gehört es zu den Verpflichtungen der Autoren, auch die Probleme und Begrenztheiten ihrer Arbeit zu reflektieren. Das wollen wir hier auch tun, namentlich wo die Verfälschung eines derartigen Werkes unvermeidlicherweise zu Problemen führt, von denen einige hier erwähnt werden sollen:

- **Die Unschärfe des Themas**

Wenn das Thema des Berichts „Schizophrenie“ (ICD-10 F20) sein soll, so ist es unvermeidlich, dass es in mehrerer Hinsicht zu Unschärfen kommt

- Bezüglich der Erkrankung Schizophrenie selbst, die ja höchst heterogen in Ausprägung und Verlauf sein kann
- Bezüglich anderer psychotischer Störungen, die auch im Kapitel F2 zu finden sind, wie z.B. der schizoaffektiven Störung (F25) oder der akut vorübergehenden psychotischen Störungen (F23)
- Bezüglich der Behandlung und der Maßnahmen im soziotherapeutischen Bereich, wo zwar an Schizophrenie Erkrankte zumeist die größte Gruppe darstellen, aber natürlich Menschen mit allen möglichen anderen Diagnosen auch versorgt werden

Diese Unschärfe wird vor allem dort problematisch, wo es darum geht, Aussagen über die Gruppe der Erkrankten im Allgemeinen zu machen. Es ist zwar aus der Sicht der Versorgungsplanung sinnvoll, sich vor allem mit den am schwersten erkrankten Personen zu befassen. Für das Image der Erkrankung aber ist es ungünstig, wenn die

am schwersten Erkrankten prototypisch für alle Erkrankten stehen.

- **Überschneidungen zwischen den Beiträgen**  
Die Methode, einzelne Autoren oder Autorengruppen die Beiträge verfassen zu lassen, ergab sich aus dem Umfang der Aufgabe und der Notwendigkeit, spezifische Expertisen zu nützen. Allerdings führt dies auch zu Überschneidungen zwischen den Kapiteln, die von den Herausgebern im Interesse der Lesbarkeit und Vollständigkeit der einzelnen Kapitel nicht beseitigt wurden. Wir sind davon ausgegangen, dass der Bericht eher in Form einzelner Kapitel denn als ganzes Werk rezipiert werden wird.
- **Die Uneinheitlichkeit in der Datenerhebung**  
Wie der Bericht zeigt, ist in vielen Bereichen die Datenlage unbefriedigend. Die einzelnen Autoren haben in unterschiedlichem Ausmaß versucht, dem Rechnung zu tragen und sich bemüht, Daten zu bekommen. Es wäre für die Autoren und für die involvierten Institutionen leichter gewesen, hätte man diese Anfragen gesammelt und dann an zentraler Stelle gesamthaft erledigt. Da dieser Bericht aber der erste seiner Art ist, war es nicht möglich, alle auftretenden Fragestellungen zu antizipieren.
- **Der Anspruch auf Vollständigkeit**  
... kann natürlich nicht eingelöst werden. So haben sich im Zuge der Arbeiten am Schizophreniebericht einige Themen ergeben, die wichtig wären, aber nicht enthalten sind, wie z.B. die Frage der zwangsweisen Einweisungen und Behandlung nach dem Unterbringungsgesetz oder der Einfluss von Migration auf Prävalenz und Verlauf der Erkrankung – wir werden sicherlich noch mit weiteren derartigen Lücken konfrontiert werden.
- **Das „Trialogische Prinzip“**  
Die Österreichische Schizophreniegesellschaft fühlt sich dem „Trialogischen Prinzip“, d.h. dem gleichberechtigten Diskurs zwischen Betroffenen, ihren Angehörigen und den professionellen HelferInnen aller Berufsgruppen verpflichtet. Dennoch ist dieser Bericht in erster Linie von PsychiaterInnen, überwiegend aus dem universitären Bereich, erstellt worden. Es schien uns, dass wir so dem Anspruch auf eine wissenschaft-

liche Aufarbeitung des Themas am besten gerecht werden können. Wir haben aber andererseits zwei Berichte von Betroffenen miteinbezogen, die in einer wissenschaftlichen Publikation ansonsten nicht zu finden sind, die aber dem Leser helfen können, aus der Sphäre der Zahlen und Abstraktionen in die des realen Lebens und der tagtäglichen Betroffenheit zurückzukehren.

---

### An wen richtet sich der Schizophreniebericht?

---

Der Schizophreniebericht versteht sich primär als eine wissenschaftliche Publikation und richtet sich zunächst an die in diesem Feld tätigen Fachleute. Für sie soll er einerseits eine aktuelle Zusammenfassung des Wissenstandes bieten, andererseits eine Quelle für österreichspezifische Daten und Publikationen sein. Ebenso soll er politischen Entscheidungsträgern als Grundlage für Planungsprozesse dienen.

Schließlich soll er, in entsprechender Form, auch der allgemeinen Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden und das Wissen um die Erkrankung und das Verständnis für die Erkrankten vermehren.

---

### Wie geht es weiter?

---

Der Bericht will nachhaltig sein. Idealerweise könnte der Bericht die Initialzündung für Initiativen zur Verbesserung der Versorgung, Dokumentation, Qualitätssicherung usw. werden. Er könnte Anlass sein, bestimmte Forschungsfragen auf nationaler Ebene aufzugreifen und Kooperationen dafür herzustellen. Ein Beispiel für eine derartige Initiative ist die Befragung österreichischer PsychotherapeutInnen zur Behandlung von Personen mit schizophrenen Störungen, die im Vorfeld, im Hinblick auf den Bericht durchgeführt worden ist und deren Ergebnisse bereits in ihm enthalten sind (Kapitel 14).

Es ist geplant, den Bericht in einem zeitlichen Abstand von 3 bis 5 Jahren zu wiederholen. Gerade im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Berichts haben die Herausgeber eine große Bitte an die potenziellen Leser: Es ist unmöglich, wirklich alle relevanten öster-

reichischen Daten und Arbeiten zu den jeweiligen Themen auf Anrieb zu finden. Wir sind dankbar für jede Form von Kritik, Korrektur, Anregung und Hinweis und ersuchen Sie, diese an einen der beiden Herausgeber zu richten.

---

### Danksagung

---

Die Österreichische Schizophreniegesellschaft und die Herausgeber möchten allen, die zur Verwirklichung des Projekts beigetragen haben, herzlich danken:

- Den Mitgliedern des Redaktionsbeirats: Univ.-Prof. Dr. Michaela Amering, Univ.-Prof. Dr. K. Dantendorfer, Univ.-Prof. Dr. W. Fleischhacker, Ch. Horvath („Crazy Industries“), Univ.-Prof. Dr. M. Hummer, Univ.-Prof. Dr. H. Katschnig, Elfriede Schatz (HPE Österreich), Univ.-Doz. Dr. W. Schöny.
- Dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, namentlich Herrn Prof. Dr. R. Schlögel, Frau MR Dr. M. Arrouas und Frau V. Plank für die ideelle und materielle Unterstützung.
- Den in der Plattform „Forum Schizophrenie“ vertretenen Firmen der pharmazeutischen Industrie für ihr Interesse und die finanzielle Unterstützung.

---

### Literatur

---

- Angermeyer CM (2004) Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatr Prax* 31: S246-S250
- Bachrach LL (2000) Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia – what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl 407): 6-10
- Benedetti G (1983) Die Positivierung des schizophrenen Erlebens im therapeutischen Symbol. *Nervenarzt* 54: 150-157
- Hubschmid T, Perrin N, Ciompi L (1991) Zur Dynamik von Verlaufsprädiktoren in der Anfangsphase schizophrener Psychosen – eine empirische Untersuchung. *Psychiatr Prax* 18: 196-201
- Kraepelin E (1899) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Barth Verlag, Leipzig
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand* 113 (Suppl 429): 51-59
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W (2004) Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal* 40: 265-274
- Lincoln T, Lüllmann E, Rief W (2007) Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 33: 1324-1342
- Lobban F, Barrowclough C, Jones S (2004) The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychol Med* 34: 1165-1176
- Musil R (1952) *Der Mann ohne Eigenschaften*. Rowohlt, Hamburg
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007) No health without mental health. *Lancet* 370: 859-877
- Saha S, Chant D, McGrath J (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 64: 1123-1131
- WHO (2005) *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15: 357-376

# Schizophrenie – die Krankheit

Martina Hummer

---

## 1. Symptome

---

Die bei schizophrenen Erkrankungen vorkommenden Symptome sind sehr vielfältig. Typisch sind jedoch Störungen der Wahrnehmung und der Denktätigkeit, Wahnbildungen, Störung der Affektivität und des Antriebs. Pathognomonische Symptome, das heißt Einzelsymptome, die nur bei schizophrenen Erkrankungen vorkommen, gibt es nicht. In der Literatur finden sich verschiedene Konzepte, diese Symptome in Gruppen zusammenzufassen, um eine Unterteilung der schizophrenen Erkrankungen zu ermöglichen oder prognostische Aussagen zu treffen. Im täglichen klinischen Gebrauch wird primär zwischen Positivsymptomen, Negativsymptomen, kognitiven Symptomen und affektiven Symptomen unterschieden (Fuller et al. 2003).

Positivsymptome werden mitunter auch als Plusssymptome bezeichnet, da zum bisherigen, gewohnten Erleben noch etwas hinzukommt. Es kann sich dabei um Halluzinationen aller Sinnesebenen handeln, typisch sind jedoch akustische Halluzinationen, die man bei ca. 50 % der PatientInnen in der akuten Psychose findet (Cutting 1990). Wie schon erwähnt, können jedoch auch alle anderen Sinnesebenen betroffen sein. Neben den Halluzinationen wird auch der Wahn zu den Positivsymptomen gezählt. Ein Wahn kann verschiedenen Inhaltes sein, wobei Verfolgungsinhalte häufig sind. Bizarre ungewöhnliche Inhalte sprechen im beson-

deren Maße für das Vorliegen einer Schizophrenie. Wie schon erwähnt sind Halluzinationen und Wahnbildungen typische Positivsymptome. Formale Denkstörungen, wie zum Beispiel Zerfahrenheit (der Patient ist nicht in der Lage seine Gedanken abzuschließen oder die Sprache zerfällt), Parathymie (Inkongruenz von Gefühlsausdruck und Inhalt) sowie psychomotorische Erregung und katatone Phänomene stellen auch Positivsymptome dar. In genaueren Untersuchungen hat sich jedoch gezeigt, dass Wahn und Halluzinationen die typischen Positivsymptome darstellen. Denkstörungen, Parathymie und bizarres psychomotorisches Verhalten werden als sogenannte Desorganisationssymptome zusammengefasst (Lenz & Küfferle 2002).

Negativsymptome oder Minussymptome werden so genannt, weil sie einen Mangel an Motivation, Antrieb, Interesse, Energie, etc. beschreiben und somit vom gewohnten Erleben etwas fehlt. Eine Affektverflachung, subjektiv oft als quälende innere Leere erlebt, die Unfähigkeit, Freude zu erleben und zu zeigen, ist vor allem typisch für chronische Verlaufsformen. PatientInnen wirken dadurch oft apathisch und gleichgültig, weshalb Negativsymptome häufig zu einer Verarmung an sozialen Kontakten führen (Andreasen et al. 1995).

Unter kognitiven Symptomen versteht man Störungen im Denken. Es kann schwierig werden, sich auf

Dinge wie Lesen oder Fernsehen zu konzentrieren oder neue Informationen aufzunehmen. Diese Symptome führen dazu, dass neue Dinge nur schwer erlernt werden können und Tätigkeiten, die eine Planung erfordern, nur noch unter erschwerten Bedingungen durchgeführt werden können (Goldberg et al. 2003).

Die Störungen des Affektes sind mitunter jene Symptome, die zu den am stärksten sichtbaren Manifestationen der Erkrankung führen, da sie in jeder sozialen Situation leicht erkennbar sind. So leiden Betroffene einer schizophrenen Erkrankung häufig an einem abgestumpften oder abgeflachten Affekt und zeigen so eine verminderte emotionale Reaktion gegenüber Ereignissen oder Themen, die normalerweise eine solche Reaktion hervorrufen würden. Häufig findet sich auch eine Anhedonie, also eine Verminderung der Fähigkeit, Freude zu erleben.

Diese Störungen des Affektes können auch zu den Negativsymptomen gezählt werden, während einer Affektinkongruenz (Affekt steht nicht im Einklang mit dem inhaltlichen Kontext oder ist in ihm nicht verständlich) ein Positivsymptom darstellt.

Wie schon erwähnt, hat sich im klinischen Alltag die Zusammenfassung der Symptome in Positivsymptome, Negativsymptome, kognitive Symptome und affektive Symptome bewährt. In verschiedenen Erkrankungsphasen oder Phasen können verschiedene Symptomkombinationen im Vordergrund stehen (Siris & Bench 2003).

---

## 2. Ursachen der Erkrankung

---

Wie bei vielen Erkrankungen ist es auch bei der Schizophrenie nicht möglich, eine einzelne Ursache zu identifizieren. Das Wissen um die Ursachen der Schizophrenie wird in einem so genannten „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ zusammengefasst (Zubin & Spring 1977). Das bedeutet, dass Personen mit einer bestimmten Neigung, Verletzlichkeit (=Vulnerabilität) unter bestimmten Umständen (z.B. Stress) eine schizophrene Erkrankung entwickeln können. Beschreibt man die Ursachen, so ist es sinnvoll, zwischen den Ursachen für die Vulnerabilität und den Ursachen für den Ausbruch der Erkrankung zu unterscheiden. Wahrscheinlich haben wesentlich mehr Menschen,

als jemals tatsächlich erkranken, eine Vulnerabilität (Neigung), eine Schizophrenie zu entwickeln. Zum Beispiel kann eine solche Vulnerabilität gehäuft in Familien vorkommen (Riley et al. 2003). Das ist einer von vielen Hinweisen darauf, dass genetische Faktoren als Ursachen der Schizophrenie eine Rolle spielen. Aber auch hier zeigt sich wieder, dass nicht ein einzelnes Gen verantwortlich ist, sondern dass es unterschiedliche Genkombinationen gibt, die eine Vulnerabilität bedingen können. Allerdings gibt es auch viele Fälle, in denen man keinerlei Hinweise auf genetische Belastungen finden kann. Andere Faktoren, die ebenfalls zu einer Vulnerabilität beitragen können, sind allen voran Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (McGrath & Murray 2003). Möglicherweise führen auch Früherkrankungen des Gehirns (z.B. Entzündungen) zu einer Vulnerabilität oder tragen dazu bei, dass bei einer bestehenden Vulnerabilität die Wahrscheinlichkeit eines Ausbruchs der Erkrankung steigt. Ursprüngliche Annahmen, dass z.B. bestimmte familiäre Umgangsstile als Ursachen für eine schizophrene Erkrankung verantwortlich sein könnten, konnten in zahlreichen Studien widerlegt werden.

Ein wesentlicher Risikofaktor für den Ausbruch der Erkrankung ist Stress, wie im Vulnerabilitäts-Stress-Modell zum Ausdruck gebracht. Die Stressverursacher können unterschiedlichster Natur sein (z.B.: Stress aufgrund einer Partnerbeziehung, Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Familie, etc.). Entscheidend ist, dass Menschen, die an einer schizophrenen Erkrankung leiden oder eine Vulnerabilität für diese Erkrankung haben, meist eine größere Sensibilität gegenüber Stress aufweisen und somit eine geringere Belastbarkeit haben. Weitere wesentliche Risikofaktoren sowohl für den Ausbruch der Erkrankung als auch für einen ungünstigen Verlauf stellen Drogen dar, wie z.B. Amphetamine, LSD, Kokain und neuere Designerdrogen. Wesentlich häufiger und genauso gefährlich ist der Gebrauch von Cannabis, der für viele Krankheitsausbrüche und Rückfälle verantwortlich ist (Degenhart & Hall 2006). Alle genannten Faktoren können zu einem Ungleichgewicht der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter) führen. Für die Symptomatik der schizophrenen Erkrankungen wird ein Ungleichgewicht im Bereich des Neurotransmitters Dopamin verantwortlich gemacht.

Aufgrund des „Vulnerabilitäts-Stress-Modells“ ergibt sich auch die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen

Therapie, die sowohl die Ursachen als auch die Auslöser berücksichtigt. Es versteht sich die Notwendigkeit nicht nur einer pharmakologischen Therapie sondern auch eines psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlungsangebotes von alleine.

### 3. Behandlung

Die Behandlung der PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen orientiert sich am Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Dabei geht man davon aus, dass Schizophrenie aufgrund einer Verletzlichkeit (= Vulnerabilität) und einer dadurch bedingten Stressempfindlichkeit entsteht (Zubin & Spring 1997). Daraus wird auch verständlich, dass die Behandlung der schizophrenen Erkrankungen verschiedene therapeutische Ansätze erfordert. Sowohl die psychische Gesundheit als auch die Störungen der psychischen Gesundheit resultieren aus einer Mischung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Deshalb ist es auch sinnvoll und erforderlich, bei der Behandlung alle drei Bereiche (biologische, psychologische, soziale) zu berücksichtigen, die einander ergänzen, sich aber nicht wechselseitig ersetzen können (Katschnig et al. 2002). Dementsprechend soll eine Therapie der schizophrenen Erkrankung sowohl eine medikamentöse Therapie mit Hilfe von Psychopharmaka, aber auch eine psychotherapeutische sowie soziotherapeutische Hilfestellung beinhalten. Letztlich ist es erforderlich, für und mit jedem Patienten eine individuell angepasste Therapie zu erarbeiten, um eine ideale Kombination aus psychopharmakologischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Angeboten zu finden. Einerseits muss dem Patienten eine Therapie angeboten werden, die den aktuellen Behandlungsempfehlungen entspricht, aber auch die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Umgebung müssen Beachtung finden. Die dzt. aktuellen Behandlungsempfehlungen basieren auf den Ergebnissen zahlreicher Studien, die nach wissenschaftlich einwandfreien Methoden durchgeführt wurden.

Da es sich bei der Behandlung der schizophrenen Erkrankungen um eine Langzeittherapie handelt (Fleischhacker et al. 2008a), ist die aktive Mitarbeit der Betroffenen eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg. Daraus resultiert auch die Notwen-

digkeit einer ausführlichen Information der Betroffenen über die Erkrankung, präventive Maßnahmen, Rückfallsprophylaxe und Behandlung, um einen optimalen Therapieerfolg zu ermöglichen. Eine gute TherapeutInnen-PatientInnen-Beziehung ist die Basis für jede erfolgreiche Langzeittherapie, deshalb ist es auch wichtig, dass die Kontinuität in der therapeutischen Betreuung gewährleistet wird.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Behandlung der schizophrenen Erkrankungen ist die körperliche Gesundheit der Betroffenen. Heute weiß man, dass Menschen mit Schizophrenie ein größeres Risiko haben, verschiedene körperliche Erkrankungen zu entwickeln (Fleischhacker 2008b). Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass Menschen mit schizophrenen Erkrankungen häufig eine schlechtere medizinische Versorgung haben als psychisch gesunde PatientInnen. PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen zeigen z. B. ein größeres Risiko an Diabetes mellitus zu erkranken oder Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zu entwickeln. Die Ursachen dafür sind noch nicht bekannt, es gibt jedoch unterschiedliche Überlegungen. Einerseits wird diskutiert, dass die Erkrankung selbst mit einem höheren Risiko verbunden ist. Andererseits kommt es durch die Symptomatik häufig zu einer Veränderung des Lebensstils (wie z.B. weniger Bewegung, ungesunde Ernährung, erhöhter Nikotinkonsum) und einem damit verbundenen erhöhten Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen.

Auch könnte es sich dabei um Nebenwirkungen von Antipsychotika handeln. Aufgrund dieser Erkenntnisse ist es wichtig, dass im Rahmen einer Behandlung einer schizophrenen Erkrankung auch der körperlichen Gesundheit besondere Beachtung geschenkt wird.

#### a) Medikamentöse Therapie

In der Behandlung der schizophrenen Erkrankung können verschiedene Psychopharmaka zur Anwendung kommen. Die Basis stellen jedoch Antipsychotika (Neuroleptika) dar. Mit Hilfe von Antipsychotika wird das Ungleichgewicht der chemischen Botenstoffe (Neurotransmitter) im Gehirn, das für das Auftreten der Symptome im Rahmen der schizophrenen Erkrankungen verantwortlich gemacht wird, ausgeglichen. Da mit Hilfe der Antipsychotika diese Neurotrans-

mitterstörung ausgeglichen wird, wird auch die Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Therapie verständlich. Die medikamentöse Therapie ist nicht nur in der akuten Behandlung erforderlich, sondern auch in der Langzeittherapie nach Abklingen der Akutsymptomatik. Bei ungefähr 80 % aller PatientInnen, die mit Antipsychotika behandelt werden, verbessern sich die Symptome einer ersten Episode wesentlich oder klingen innerhalb eines Jahres ganz ab (Fleischhacker 1999). Während der akuten Behandlungsphase versucht man, mit Hilfe der medikamentösen Therapie die akute psychotische Episode, die häufig durch das Auftreten von Wahnideen, Wahrnehmungsstörungen und Denkstörungen gekennzeichnet ist, zu beenden. Um zukünftige psychotische Episoden zu verhindern, ist es jedoch notwendig, eine längerdauernde Behandlungsphase anzuschließen. In dieser Phase der Erhaltungstherapie ist es möglich, dass sich PatientInnen vollkommen gesund fühlen, es ist aber auch möglich, dass PatientInnen weiterhin anhaltende Symptome haben. Die Behandlungsrichtlinien empfehlen, eine Erhaltungstherapie von mindestens 1–2 Jahren nach dem Abklingen der Symptome einer ersten Episode beizubehalten. Nach dem Abklingen von Symptomen einer zweiten oder weiteren Episode wird eine mindestens 5-jährige Erhaltungstherapie empfohlen (Katschnig et al. 2002). Da während einer Therapie mit Medikamenten Nebenwirkungen auftreten können, müssen regelmäßige ärztliche Kontrollen durchgeführt werden. Ziel einer antipsychotischen Behandlung ist es, die Erkrankung mit keinen oder nur wenigen Nebenwirkungen zu kontrollieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Zusammenfassend bedeutet dies, dass eine Therapie mit Antipsychotika bei vielen PatientInnen zu einer Verbesserung der schizophrenen Symptomatik bzw. zum Verschwinden dieser führt. Eine Langzeitbehandlung mit Antipsychotika reduziert die Rückfallsrate von ca. 80 % (Fleischhacker 1999) auf 20 % im ersten Jahr. Antipsychotika helfen, die Funktionstüchtigkeit wieder herzustellen und erleichtern die Rückkehr ins gesellschaftliche Leben.

Häufig ist es erforderlich, zusätzlich zur antipsychotischen Therapie eine weitere medikamentöse Unterstützung anzubieten. Dies kann erforderlich sein, um auftretende Nebenwirkungen oder um Symptome der Erkrankung, welche mit Hilfe der Antipsychotika nicht ausreichend verbessert werden, zu behandeln.

### **b) Psychotherapie**

Wie die meisten Erkrankungen führen auch schizophrene Erkrankungen bei PatientInnen häufig zu emotionalen Problemen, die eine begleitende Psychotherapie erforderlich machen. Mit Hilfe einer Psychotherapie sollen neben der Bewältigung emotionaler Probleme Methoden der Stressbewältigung erlernt werden. Wissenschaftlich gut belegt ist die Wirksamkeit einer Psychotherapie für die Rehabilitationsphase und die Phasen, in denen die Positivsymptomatik weitgehend oder völlig abgeklungen ist. Mit Hilfe von Psychotherapie kann auch das Risiko eines Rückfalls reduziert werden. Ergänzend ist zu erwähnen, dass heute eine Reihe schizophreniespezifischer Psychotherapieprogramme entwickelt wurden, deren Wirkung auch wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Da Menschen, die an einer Schizophrenie erkranken, häufig noch in ihrer Ursprungsfamilie leben, können sich dadurch auch eine Reihe von familiären Problemen ergeben, sodass auch Familienangehörige eine spezifische therapeutische Begleitung erhalten sollten. In wissenschaftlichen Studien konnte gezeigt werden, dass eine psychotherapeutische Begleitung der Familienangehörigen auch zu einer positiven Auswirkung auf den Krankheitsverlauf des Patienten führt (Katschnig 2002). Die Arbeit mit Familienangehörigen stellt auch einen wichtigen Bestandteil der Soziotherapie dar.

### **c) Soziotherapie**

Die Soziotherapie sollte Bedingungen dafür schaffen, dass die Kranken jene Fähigkeiten und Fertigkeiten verbessern, oder sich aneignen können, die nötig sind, um möglichst selbstständig und in guter sozialer Integration ihr Leben selbst gestalten zu können. Bei schizophrenen Erkrankungen ist es vor allem entscheidend, Unter- und Überforderung zu vermeiden sowie Isolation. Wie bereits erwähnt, leben viele PatientInnen in ihrer Ursprungsfamilie, sodass die Arbeit mit Familienangehörigen auch einen wichtigen Stellenwert in der Soziotherapie hat und in der Literatur entweder der Sozio- oder Psychotherapie zugeordnet wird.

## Literatur

- Fuller RLM, Schultz SK, Andreasen NC (2003) The symptoms of Schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR: Schizophrenia. Second Edition. Blackwell Publishing
- Cutting J (1990) The right cerebral hemisphere and psychiatric disorders. Oxford University Press, Oxford
- Lenz G, Küfferle B (2002) Klinische Psychiatrie. 2. Auflage Facultas Universitätsverlag, Wien
- Andreasen NC, Roy MA, Flaum M (1995) Positive and negative Symptoms. In: Hirsch SR, Weinberger DR: Schizophrenia. Blackwell Science
- Goldberg TE, David A, Gold JM (2003) Neurocognitive deficits in schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR: Schizophrenia. Second Edition. Blackwell Publishing
- Siris SG, Bench C (2003) Depression and schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR: Schizophrenia. Second Edition. Blackwell Publishing
- Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-126
- Riley B, Asherson PJ, McGuffin P (2003) Genetics and schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR: Schizophrenia. Second Edition. Blackwell Publishing
- McGrath JJ, Murray RM (2003) Risk factors for schizophrenia: from conception to birth. In: Hirsch SR, Weinberger DR: Schizophrenia. Second Edition. Blackwell Publishing
- Degenhart L, Hall W (2006) Is Cannabis use a contributory cause of psychosis? *Canadian Journal of Psychiatry* 51, 556-565
- Katschnig H, Donat H, Fleischhacker WW, Meise U (2002) 4x8 Empfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie. Edition pro mente, Linz
- Fleischhacker WW, Hummer M, Hofer A (2008a) Schizophrene Störungen. In: Holsboer F, Gründer G, Benkert O: *Handbuch der Psychopharmakologie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, Maj M, McIntyre RS, Naber D, Newcomer JW, Olfson M, Osby U, Sartorius N, Lieberman J (2008b) Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *Journal of Clinical Psychiatry* 18:e1-e6 (Epub ahead of print)
- Fleischhacker WW (1999) Pharmacological treatment of Schizophrenia. A Review. In: Maj M, Sartorius N: *Schizophrenia*. John Wiley & Sons Ltd

# Epidemiologie

Johannes Wancata

Die Epidemiologie hat die Beschreibung der Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung zum Ziel. Dies kann Hinweise für die Planung therapeutischer und präventiver Maßnahmen liefern bzw. dazu beitragen, aufgrund unterschiedlicher Häufigkeiten in einzelnen Bevölkerungsgruppen Risikogruppen herauszufinden. Beides stellt eine wichtige Grundlage für die Planung der Versorgungsangebote dar. Nicht zuletzt hat die Epidemiologie auch die Aufgabe, Hinweise auf mögliche Risikofaktoren für die Entstehung einer Krankheit zu entdecken und auf diese Weise das Wissen um mögliche Ursachen zu erweitern.<sup>1</sup>

Im vorliegenden Kapitel wird vorwiegend auf jene Aspekte eingegangen, die für Fragen der Versorgung relevant sind. Der heutige Wissensstand über die möglichen Ursachen der Schizophrenie wird im Kapitel „Schizophrenie – die Krankheit“ dargestellt.

---

## Prävalenz der Schizophrenie – internationale Studien

---

In den letzten Jahrzehnten wurden weltweit eine große Zahl von Studien durchgeführt, die im weiteren Sinn Informationen zur Inzidenz und Prävalenz der Schizophrenie liefern können (Saha et al. 2005, McGrath et al. 2002). Die Ergebnisse dieser Studien waren aber teilweise sehr unterschiedlich und zum Teil widersprüchlich. Wenn man aber berücksichtigt,

dass derartige Studienergebnisse durch zahlreiche methodische Einflüsse beeinflusst oder gar verfälscht sein können, scheint es sinnvoll, eine Auswahl aus diesen vielen Studien anhand klar vorgegebener Kriterien zu treffen. So wurden zum Beispiel bis Ende der 70er-Jahre des 20. Jahrhunderts sehr häufig lokale Diagnosesysteme verwendet, die ausschließlich in bestimmten Weltregionen Verwendung fanden (Berner et al. 1990). Es ist nicht verwunderlich, dass verschiedene Definitionen der Krankheit Schizophrenie zu unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich der Häufigkeit führen müssen. Erst die Verbreitung der beiden heute weltweit verwendeten Diagnosesysteme „ICD“

---

<sup>1</sup> Definitionen:

**Inzidenz:** Die Inzidenz ist ein Maß für das Neuauftreten einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraumes (zumeist 1 Jahr).

**Prävalenz:** Als Prävalenz wird die Anzahl von Kranken in einer bestimmten Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum definiert. Es wird üblicherweise zwischen Punkt-(Stichtags-)Prävalenz, Ein-Jahres-Prävalenz und Lebenszeit-Prävalenz unterschieden.

**Punkt-Prävalenz:** Anzahl jener, die zu einem bestimmten Zeitpunkt (Stichtag) an einer bestimmten Krankheit gelitten haben.

**Ein-Jahres-Prävalenz:** Anzahl jener, die irgendwann im Laufe eines Jahres an einer bestimmten Krankheit gelitten haben.

**Lebenszeit-Prävalenz:** Anzahl jener, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer bestimmten Krankheit gelitten haben.

(„International Classification of Diseases“) der Weltgesundheitsorganisation [1993]) und „DSM“ („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association [1994]) ermöglichte eine internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung.

Vor einigen Jahren erstellten Goldner et al. (2002) eine Übersicht über Prävalenz- und Inzidenz-Studien, wobei sie bei der Auswahl der Studien klare Kriterien anlegten (z.B. einheitliche Verwendung von Diagnose-Systemen, ausschließlich Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung, minimaler Stichprobenumfang).

Diese Publikation ist sicherlich die anspruchsvollste und genaueste der derzeit international verfügbaren Übersichtsarbeiten zur Prävalenz und Inzidenz der Schizophrenie, wobei aber Studien nur bis zum Alter von 65 Jahren ausgewählt wurden.

In **Tabelle 1** sind Prävalenz-Studien angeführt, die von Goldner und Kollegen (2002) in ihrer Übersicht berücksichtigt wurden, wobei die Autoren zwischen

Studien unterschieden, die ausschließlich Angaben zur Schizophrenie machten und jenen, die zusätzlich sehr ähnliche, aber seltenere Krankheitsbilder („Schizophrene Psychosen“) einschlossen. Mit Hilfe statistischer Verfahren, wie sie bei Meta-Analysen üblich sind, wurden aus allen entsprechenden Studien Gesamtwerte gebildet: Für die Schizophrenie fand sich eine 1-Jahres-Prävalenz von 0,34% und eine Lebenszeit-Prävalenz von 0,55%. Wenn man die sehr ähnlichen anderen psychotischen Zustandsbilder einschließt und gemeinsam mit Schizophrenie ausgewertet, fanden sich für die „Schizophrenen Psychosen“ eine 1-Jahres-Prävalenz von 0,60% und eine Lebenszeit-Prävalenz von 1,45%.

Da Goldner et al. (2002) Studien aus der ganzen Welt einschlossen, werden im Folgenden noch kurz die Ergebnisse einer europäischen Übersicht dargestellt: Die „Burden of mental disorders in Europe“-Studie (Wittchen & Jacobi 2005) fasste kürzlich im Rahmen einer Review die zur Ein-Jahres-Prävalenz verschiedenster psychischer Erkrankungen vorhandenen Studien aus Europa zusammen.

**Tabelle 1:**

*Ein-Jahres-Prävalenz und Lebenszeit-Prävalenz schizophrener Psychosen und von Schizophrenie (in Prozent, gekürzt nach Goldner et al. 2002)*

Autoren	Region / Land	Stichproben-Umfang	Schizophrene Psychosen		Schizophrenie	
			1-Jahres-Prävalenz	Lebenszeit-Prävalenz	1-Jahres-Prävalenz	Lebenszeit-Prävalenz
Bijl et al.	Niederlande	7146			0,2	0,4
Wiederlov et al.	Schweden	--	0,73		0,42	
Kendler et al.	USA	5877	0,5	0,7		0,15
Chen et al.	Hongkong	7229				0,12
Wittchen et al.	West-Deutschland	483		0,71		0,6
Lethinen et al.	Finnland	7217		2,2		1,3
Oakley-Brown et al.	Neuseeland	1498	0,2	0,4	0,2	0,3
Hwu et al.	Taipeh (Taiwan)	5005			0,28	0,3
	Kleine Städte (Taiwan)	3004			0,23	0,23
	Ländliche Region (Taiwan)	2995			0,2	0,23
Bland et al.	Kanada	3258	0,4	0,6	0,3	0,6
Lee et al.	Korea	5100		0,46		0,4
Canino et al.	Puerto Rico	1513		1,8		1,6
Bestmögliche Schätzung (95% Konfidenz-Intervall)			0,60 (0,38-0,91)	1,45 (0,8-2,37)	0,34 (0,22-0,50)	0,55 (0,37-0,80)

Die Primär-Publikationen waren zwischen 1990 und 2004 veröffentlicht worden. Die Suche mittels elektronischer Datenbanken wurde durch die Befragung von Experten in den einzelnen Ländern sowie die Durchsicht von Übersichtsarbeiten ergänzt.

Um in die Review eingeschlossen zu werden, mussten die Primär-Studien die folgenden Kriterien erfüllen: durchgeführt in den 25 Staaten der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder der Schweiz; auf einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung basierend; eindeutige diagnostische Kriterien dem ICD- oder DSM-System entsprechend sowie die Verwendung von standardisierten Forschungsinterviews; Darstellung der Ergebnisse für die

Altersgruppe der 18 – 65-Jährigen. Auf Basis von sechs Primärstudien mit einem Gesamtstichprobenumfang von 27.000 Personen fand sich eine Ein-Jahres-Prävalenz für Psychosen (überwiegend Schizophrenie) von 0,8%. In diese Übersichtsarbeit wurden also zusätzlich zur Schizophrenie noch andere sehr ähnliche Krankheitsbilder eingeschlossen.

Um der Frage nachzugehen, ob es Unterschiede in der Prävalenz zwischen verschiedenen Kontinenten gibt, wurden die Studienergebnisse aus asiatischen und nicht-asiatischen Ländern einander gegenüber gestellt. Es zeigte sich, dass in asiatischen Ländern die Lebenszeit-Prävalenz der Schizophrenie deutlich geringer als in anderen Weltregionen ist (**Tabelle 2**). Andere Übersichtsarbeiten konnten allerdings keine klaren Unterschiede der Prävalenz zwischen den verschiedenen Weltregionen finden (Warner & de Girolamo 1995).

Es ist bekannt (siehe Kapitel 10 „Lebensumstände“), dass Schizophrenie-Kranke manchmal nicht in der Lage sind, allein zu wohnen und auf Einrichtungen des betreuten Wohnens angewiesen sind (z.B. Wohnheime, Wohngemeinschaften). Da manche Studien nur jene einschlossen, die in Privathaushalten wohnten (also jene in Institutionen ausschlossen), stellte sich die Frage, ob jene Studien, die die Bewohner von Wohneinrichtungen ausschließen, nicht zu falsch niedrigen Prävalenz-Raten führen.

Es zeigte sich, dass unter Einschluss jener, die in betreuten Wohneinrichtungen leben, die Prävalenz teilweise fast doppelt so hoch ist, als wenn diese Personen nicht berücksichtigt werden (**Tabelle 2**). Unter Berücksichtigung von betreuten Wohneinrichtungen betrug die Ein-Jahres-Prävalenz der Schizophrenie 0,63% und die Lebenszeit-Prävalenz 1,3%. Ähnlich erhöhte Ergebnisse fanden sich auch unter Einschluss der Schizophrenie ähnlicher Psychosen („Schizophrene Psychosen“).

Zur Frage, ob die Prävalenz und die Inzidenz nach Geschlechtern unterschiedlich sind, finden sich keine einheitlichen Ergebnisse. Während manche Studien höhere Raten für Frauen berichten, finden andere Studien höhere Raten für Männer und wieder andere Studien keine Geschlechtsunterschiede (Goldner et al. 2002, Saha et al. 2005, McGrath et al. 2002). Diese Frage kann also bis heute nicht eindeutig beantwortet werden.

In ähnlicher Weise ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Schizophrenie und sozialer Stellung ungeklärt. Über mehrere Jahrzehnte konnten methodisch sehr anspruchsvolle Inzidenz-Studien keinen Zusammenhang zwischen niedriger Sozialschicht und dem Auftreten von Schizophrenie finden. Die Tatsache, dass an Schizophrenie Erkrankte häufig unter eher schlechteren sozialen Umständen leben, wurde als Folge und nicht als Ursache der Krankheit gesehen, da sich oft gezeigt hatte, dass die Erkrankten im Laufe der Zeit in ihrer sozialen Stellung absinken. In den letzten Jahren fanden aber einzelne Studien, dass Schizophrenie häufiger bei jenen auftritt, die unter schlechteren sozialen Bedingungen leben. Aufgrund dieser neueren Studienergebnisse ist daher nicht auszuschließen, dass schlechte soziale Bedingungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an Schizophrenie zu erkranken. Über die Gründe, weshalb über Jahrzehnte keine derartigen Zusammenhänge gefunden wurden, in den letzten Jahren aber doch vereinzelt berichtet wurden, wird derzeit international diskutiert (Saha et al. 2006, van Os & McGuffin, Cooper 2005).

**Tabelle 2:**

Prävalenz der Schizophrenie: aufgliedert nach Subgruppen (in Prozent; gekürzt nach Goldner et al. 2002)

	Schizophrene Psychosen		Schizophrenie	
	1-Jahres-Prävalenz	Lebenszeit-Prävalenz	1-Jahres-Prävalenz	Lebenszeit-Prävalenz
Geographische Regionen				
Asiatische Länder				0,25
Nicht-asiatische Länder				0,88
Stichproben nach Art des Wohnens				
Private Haushalte	0,43	1,20	0,25	0,40
Private Haushalte und betreute Wohneinrichtungen	0,85	1,80	0,63	1,30

**Tabelle 3:**

Ein-Jahres-Inzidenz der Schizophrenie (Raten pro 100.000 Einwohner; gekürzt nach Goldner et al. 2002)

Autoren	Region / Land	Diagnosesystem	1-Jahres-Inzidenz
Jablensky et al.	Weltweit	ICD	6,9
Bamrah et al.	Großbritannien	ICD	11,3
Vazquez-Barquero et al.	Spanien	ICD	13,5
Brewin et al.	Großbritannien	ICD	4,8
Iacono & Beiser	Kanada	ICD	7,7
		DSM	3,6
King et al.	Großbritannien	ICD	22,6
		DSM	22,0
McNaught et al.	Großbritannien	DSM	21,0
Bestmögliche Schätzung (95% Konfidenz-Intervall)			11,1 (7,5-16,3)

### Inzidenz der Schizophrenie – internationale Studien

In **Tabelle 3** sind Inzidenz-Studien angeführt, die von Goldner und Kollegen (2002) in ihrer Übersicht berücksichtigt wurden. Da bei den Inzidenz-Studien nur sehr vereinzelt zusätzlich zur Schizophrenie ähnliche, aber seltenere Krankheitsbilder („Schizophrene Psychosen“) untersucht wurden, wurden diese Daten nicht berücksichtigt. Wiederum wurden mit Hilfe statistischer Verfahren aus allen Studien Inzidenz-Raten errechnet: Für die Schizophrenie fand sich eine Ein-Jahres-Inzidenz von 11,1 pro 100.000 Einwohner.

Immer wieder wird beklagt (siehe Kapitel „Prävention“), dass Praktische Ärzte eine beginnende Schizophrenie oft erst mit deutlicher Verzögerung erkennen. Wenn man aber berücksichtigt, wie selten es zum Auftreten einer Schizophrenie kommt, wird klar, dass Praktische Ärzte oft nur einige wenige Male in ihrer ganzen Berufstätigkeit mit dem Neuaufreten einer Schizophrenie konfrontiert werden.

**Tabelle 4:**

Die Prävalenz von Schizophrenie unter Wohnungslosen (Martens 2001)

Region / Land	%
USA	15,0-19,8
Australien	15,0
Dänemark	20,0-43,0
Frankreich	14,9
Irland	33,0
Spanien	18,0-26,1
Deutschland	1,8-12,4

### Komorbidität mit anderen Erkrankungen

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass Personen, die unter Schizophrenie leiden, ein deutlich erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch haben, sowohl betreffend Alkohol als auch betreffend andere (illegale) Drogen (z.B. Kavanagh et al. 2002). Dies wird im Kapitel 11 „Schizophrenie und Störungen durch psychotrope Substanzen“ im Detail dargestellt.

An Schizophrenie Erkrankte leiden gehäuft auch unter verschiedensten körperlichen Erkrankungen, wie beispielsweise kardiovaskulären Krankheiten, Diabetes mellitus, Übergewicht, Lebererkrankungen und Osteoporose (Leucht et al. 2007). Auf diese Komorbidität wird im Kapitel 11 „Somatische Erkrankungen“ genauer eingegangen.

### Untersuchungen zur Prävalenz in speziellen Einrichtungen bzw. Bevölkerungsgruppen

Unter den Wohnungslosen zeigte sich in ausländischen Studien ein äußerst hoher Anteil an Personen, die unter Schizophrenie oder ähnlichen Psychosen litten (**Tabelle 4**). Die meisten Studien berichteten Raten von mehr als 10%, in einzelnen Studien fanden sich sogar über 20%, wobei aber angemerkt werden muss, dass der Autor dieser Übersichtsarbeit nicht berichtete, um welche Art der Prävalenz es sich handelt (Lebenszeit-, Ein-Jahres-, Punkt-Prävalenz).

Auch unter den Insassen von Gefängnissen werden überproportional hohe Raten von Schizophrenie berichtet (Lader et al. 2003). In Großbritannien berichtete beispielsweise O’Brien et al. (2003), dass 13%

der weiblichen Gefangenen unter einer Schizophrenie litten.

Studien an PatientInnen, die in Allgemeinkrankenhäusern in stationärer Behandlung stehen, berichten, dass die Punkt-Prävalenz der Schizophrenie nicht wesentlich über jener in der Allgemeinbevölkerung liegt (Mayou & Hawton 1986, Modestini 1977). Andere Diagnosen wie Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen oder Alkoholabhängigkeit werden hingegen viel häufiger gefunden. Die österreichische Prävalenzstudie in Allgemeinkrankenhäusern (**Tabelle 5**) kommt weitgehend zu denselben Ergebnissen (Wancata et al. 1996).

**Tabelle 5:**

Die Punkt-Prävalenz von Schizophrenie entsprechend DSM-III-R in nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen und Pflegeheimen in Österreich (Wancata et al. 1996, Wancata et al. 1998)

	Punkt-Prävalenz %
Stationär aufgenommene PatientInnen in Allgemeinkrankenhausabteilungen:	
Insgesamt	0,1
Interne Abteilungen	0,4
Pflegeheime	1,9

**Tabelle 6:**

Die Ein-Jahres-Prävalenz verschiedener psychischer Erkrankungen im US-amerikanischen „National Comorbidity Survey“ (Kessler et al. 1994)

	Männer %	Frauen %
Schizophrenie	0,5	0,6
Depression	7,7	12,9
Alkohol-Missbrauch bzw. -Abhängigkeit	14,1	5,3
Drogen-Missbrauch bzw. -Abhängigkeit	5,1	2,2
Panikstörung	1,3	3,2
Generalisierte Angststörung	2,0	4,3

In Alten- und Pflegeheimen existieren kaum Studien zur Prävalenz der Schizophrenie, während zu Demenzen und Depressionen zahlreiche Prävalenzstudien vorliegen (Mann et al. 1984, Cooper 1984, Parmele et al. 1989, Wancata et al. 1999). In der österreichischen Prävalenzstudie in Pflegeheimen (**Tabelle 5**) fanden sich 1,9%, die unter einer Schizophrenie litten (Wancata et al. 1998).

### Vergleich der Schizophrenie mit anderen psychischen Erkrankungen

Wenn man die Ein-Jahres-Prävalenz der Schizophrenie mit jener anderer psychischer Erkrankungen vergleicht, zeigt sich, dass andere psychische Krankheiten wie Depressionen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit viel häufiger vorkommen (**Tabelle 6**). Sowohl Depressionen als auch Abhängigkeit bzw. Missbrauch von Alkohol kommen etwa 10- bis 20-mal so häufig wie Schizophrenie vor.

Wenn man aber die Alltagskonsequenzen dieser Erkrankungen betrachtet, zeigt sich, dass Schizophrenie in überproportional hohem Ausmaß negative

Folgen für die Betroffenen hat. So geht Schizophrenie vielfach häufiger mit Arbeitsplatzverlust oder Wohnungslosigkeit einher.

In dem vor einigen Jahren veröffentlichten Bericht „Global Burden of Disease“ (Murray and Lopez 1996) wird dargestellt, dass Einschränkungen und Behinderungen aufgrund psychischer Erkrankungen durchaus mit jenen vergleichbar sind, die durch körperliche Krankheiten verursacht sind. In den entwickelten Weltregionen gehören psychiatrische Krankheitsbilder zu den führenden Ursachen der krankheitsbedingten Behinderungen, gemessen in „Disability Adjusted Life Years (DALYs)“. Die überragende Rolle von psychischen Erkrankungen als Ursache für Behinderungen ist bei der Gruppe der 15 – 44-Jährigen besonders stark ausgeprägt. Schizophrenie findet sich in dieser Gruppe unter den führenden Ursachen für DALYs: bei Frauen an 2. Stelle und bei Männern an der 5. Stelle, wobei Schizophrenie insgesamt für etwa 5% aller Behinderungen verantwortlich ist (**Tabelle 7**). Trotz vergleichsweise geringer Prävalenz ist die Schizophrenie also unter den führenden Ursachen für Behinderungen.

**Tabelle 7:**

Die führenden Ursachen von Behinderungen (Disability Adjusted Life Years = DALYs) der 15-44-Jährigen (1990, Entwickelte Länder; Murray & Lopez 1996)

Rangreihe	Gesamt	%	Männer	%	Frauen	%
1	Depression	12,3	Alkohol	12,7	Depression	19,8
2	Alkohol	8,9	Verkehrsunfälle	11,2	Schizophrenie	5,9
3	Verkehrsunfälle	8,5	Depression	7,2	Verkehrsunfälle	4,6
4	Schizophrenie	5,0	Selbstverursachte Verletzungen	5,7	Bipolare Störungen	4,4
5	Selbstverursachte Verletzungen	4,2	Schizophrenie	4,2	Zwangsstörungen	4,2

## Österreichische Forschung

Bei der Suche in der Literaturdatenbank MEDLINE fanden sich bei Verwendung der Suchbegriffe „Schizophrenie“ UND „Epidemiologie“ ODER „Prävalenz“ ODER „Inzidenz“ keine der klassischen epidemiologischen Studien, die auf Basis von Bevölkerungsstichproben durchgeführt wurden und sich mit Prävalenz oder Inzidenz befassen. Auch bei Durchsicht der großen Übersichtsarbeiten und Reviews der letzten Jahre (Goldner et al. 2002, Saha et al. 2005, McGrath et al. 2004; Warner & de Girolamo 1995, Riedel-Heller et al. 2006) wurden keine Studien aus Österreich erwähnt. Auch die europäische „Size and burden of mental disorders“ Meta-Analyse (Wittchen & Jacobi 2005) fand keine entsprechende österreichische Studie auf Basis einer Bevölkerungsstichprobe.

Zwei Studien, welche sich mit der Prävalenz in nicht-psychiatrischen Institutionen (Pflegerheime und Allgemeinkrankenhäuser) befassen, wurden Anfang der 90er-Jahre in Österreich durchgeführt:

Vor einigen Jahren wurde in Österreich eine Prävalenzstudie an somatischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt (Wancata et al. 1996, Wancata et al. 2001), in der 993 PatientInnen von internen, chirurgischen, gynäkologischen und Rehabilitationsabteilungen in der Reihenfolge ihrer Aufnahme von Psychiatern untersucht wurden. Die Punkt-Prävalenz der Schizophrenie betrug über alle Fachgebiete 0,1%, an den internen Abteilungen betrug sie 0,4%. Diese Rate ist also – mit Ausnahme der internen Abteilungen – niedriger als aus Studien in der Allgemeinbevölkerung berichtet. Ob dies ein

Indikator dafür ist, dass Personen, die unter Schizophrenie leiden, wirklich seltener als andere Menschen an somatischen Fachabteilungen aufgenommen werden, kann aus dieser Studie allein nicht geschlossen werden.

In der österreichischen Pflegeheim-Prävalenzstudie wurden vor einigen Jahren 262 ältere Bewohner von Pflegeheimen in

Wien und Tirol in der Reihenfolge ihrer Aufnahme von Psychiatern untersucht (Wancata et al. 1998), wobei die Untersuchung innerhalb von 2 Wochen nach der Aufnahme und nochmals ein halbes Jahr später erfolgte. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Heim fand sich bei 1,9% der Stichproben eine Schizophrenie, 6 Monate später bei 1,6%. Diese Raten liegen also über jenen, die aus der Allgemeinbevölkerung bekannt sind. Ob es sich dabei um Personen handelt, die früher in psychiatrischen Großkrankenhäusern behandelt worden waren und dann im Rahmen der psychiatrischen Reformbemühungen (siehe Kapitel 17) in Pflegeheime verlegt worden waren, kann aus den vorliegenden Daten nicht klar belegt werden.

Die folgenden Studien, die epidemiologische Methoden im weiteren Sinn verwendeten, konnten gefunden werden: Aschauer et al. (1994) gingen von der früher üblichen Annahme aus, dass jede Person, die an Schizophrenie erkrankt ist, irgendwann an einer psychiatrischen Abteilung aufgenommen wird. Auf Basis dieser Annahme haben sie mit einer international vergleichbaren Methodik an allen Erstaufnahmen der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Diagnose Schizophrenie die Verteilung der Geburtsmonate untersucht. So wie andere Autoren konnten sie berichten, dass Schizophrenie-kranken überzufällig häufig im ersten Quartal eines Jahres geboren sind.

Der Vorstand der Innsbrucker Universitätsklinik für Psychiatrie Univ.-Prof. H. Hinterhuber hat in den Jahren 1979 und 1980 eine bevölkerungsbezogene epidemiologische Studie in einer Region Südtirols durchgeführt (Hinterhuber 1982). Obwohl die Studie nicht in Österreich durchgeführt wurde, soll sie kurz

erwähnt werden, da es sich um die einzige bevölkerungsbezogene epidemiologische Studie handelt, die von einem österreichischen Wissenschaftler durchgeführt wurde. Insgesamt fand sich eine Lebenszeit-Prävalenz der Schizophrenie und ähnlicher Psychosen von 1,4% unter der über 15-jährigen Bevölkerung.

## Zusammenfassung und Empfehlungen

Schizophrenie kommt im Laufe des Lebens bei etwa 0,6% der Bevölkerung vor. Wenn man von einer etwas weiteren Definition der Krankheit ausgeht, sind knapp 1,5% der Bevölkerung im Laufe des Lebens betroffen. Obwohl Schizophrenie deutlich seltener als andere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen ist, stellt sie eine der führenden Ursachen für Behinderungen im Alltag dar. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass Schizophrenie beispielsweise bei Wohnungslosen gehäuft zu beobachten ist.

Während für Österreich keine epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung zu finden sind, liegen Studien zur Prävalenz in Institutionen wie Allgemeinkrankenhäusern oder Pflegeheimen vor. Eine bevölkerungsbezogene epidemiologische Studie wäre in Österreich insbesondere unter dem Aspekt der Versorgungsplanung hilfreich und sinnvoll. Auch zur Frage der Komorbidität mit anderen psychischen oder körperlichen Krankheiten und wie diese behandelt werden, wäre eine solche Studie in Österreich von Nutzen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington DC
- Aschauer H, Meszaros K, Willinger U, Reiter E, Heiden A, Lenzinger E, Beran H, Resinger E (1994) The season of birth of schizophrenics and schizoaffectives. *Psychopathology* 27: 298-302
- Berner P (1990) Psychiatrische Nosologie. In: Simhandl C, Berner P, Luccioni, Alf C: Klassifikationsprobleme in der Psychiatrie. Überreuter-Wissenschaft Wien: 40-50
- Cooper B (1984) Home and away: the disposition of mentally ill old people in an urban population. *Social Psychiatry* 19: 187-196
- Cooper B (2005) Immigration and schizophrenia: the social causation hypothesis revisited. *British Journal of Psychiatry* 186: 361-363
- Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J (2002) Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 47: 833-843
- Hinterhuber H (1982) Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen. Enke-Verlag, Stuttgart
- Kavanagh D, McGrath J, Saunders J, Dore G, Clark D (2002) Substance misuse in patients with schizophrenia. *Drugs* 62: 743-755
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51: 8-19
- Lader D, Singleton N, Meltzer H (2003) Psychiatric morbidity among young offenders in England and Wales. *International Review of Psychiatry* 15:144-147
- Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116: 317-333
- Mann A, Graham N, Ashby D (1984) Psychiatric illness in residential homes for the elderly: a survey in one London borough. *Age Ageing* 13: 257-265
- Martens W (2001) A review of physical and mental health among homeless persons. *Publ. Health Rev.* 29: 13-33
- Mayou R, Hawton K (1986) Psychiatric disorder in the general hospital. *British Journal of Psychiatry*. 149: 172-190
- McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D (2002) A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2: 13
- Modestin J (1977) Psychiatrische Morbidität bei intern-medizinisch hospitalisierten Patienten. *Schweiz. med. Wschr.* 107: 1354-1361
- Murray C, Lopez A (1996) The Global Burden of Disease in 1990: Final results and their sensitivity to alternative epidemiological perspectives, discount rates, age-weights and disability-weights. In: Murray C., Lopez A. (eds): The global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020, Cambridge
- O'Brien M, Mortimer L, Singleton N, Meltzer H (2003) psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales. *International Review of Psychiatry* 15: 153-157
- Östling S, Skoog I (2002) Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population based sample of the very old. *Archives of General Psychiatry* 59: 53-59
- Parmele P, Katz I, Lawton P (1989) Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *J. Gerontol.* 44: M22-29
- Riedel-Heller S, Busse A, Angermeyer MC (2006) The state of mental health in old-age across the 'old' European Union – a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113: 388-401
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2(5), e141

- Saha S, Welham J, Chant D, McGrath J (2006) Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 41: 338-340
- Van Os J, McGuffin P (2003) Can the social environment cause schizophrenia? *British Journal of Psychiatry* 182: 291-292
- Wancata J, Benda N, Hajji M, Lesch OM, Müller Ch (1998) Prevalence and course of psychiatric disorders among nursing home admissions. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 33: 74-79
- Wancata J, Benda N, Windhaber J, Nowotny M (2001) Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? *General Hospital Psychiatry* 23: 8-14
- Wancata J, Benda N, Hajji M, Lesch OM, Müller Ch (1996) Psychiatric disorders in gynecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 31: 220-226
- Wancata J, Hajji M, Windhaber J (1999) Epidemiologie und Versorgung Demenzkranker. *Neuropsychiatrie* 13: 122-132
- Warner R, de Girolamo G (1995) *Epidemiology of mental disorders and psychosocial problem: Schizophrenia*. WHO Library, Geneva
- Weltgesundheitsorganisation (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva
- Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 357-376

# Langzeitverlauf

Hartmann Hinterhuber, Alex Hofer, Ullrich Meise

---

## Einführung

---

Im letzten Jahrzehnt scheint in der Verlaufsforschung die optimistische Einschätzung der sechziger und siebziger Jahre einer Ernüchterung zu weichen: Mehrere Untersuchungen ergaben, dass der Ausgang der Schizophrenie im Allgemeinen schlechter ist, als bisher angenommen. Erklärungen für diese Trendwende ergeben sich einerseits durch die Veränderung der Diagnosekriterien im DSM-III und IV, sodass durch die Einführung eines Zeitparameters (Dauer der Erkrankung 6 Monate) leichtere Verlaufsformen der Erkrankung nicht mehr in entsprechende Studien aufgenommen wurden. Andererseits wird von Hegarty et al. (1994) ein Selektionsbias diskutiert, der dadurch kommt, dass durch die Verbesserung der medikamentösen und gemeindenahen Behandlung eine stationäre Aufnahme bei einer Vielzahl von PatientInnen nicht mehr erforderlich wird, sodass – wenn Studien in Krankenhäusern durchgeführt werden – eine Selektion hin zu schwereren und chronischen Fällen erfolgt.

Seit dem Zweiten Weltkrieg wurden weltweit etwa 60 Verlaufsstudien zur Schizophrenie durchgeführt, die eine Katamnesedauer von über 5 Jahren aufweisen (Sheperd et al. 1989). Ihre oft recht widersprüchlichen Ergebnisse sind vor allem auf die Heterogenität der Krankheit (Lieberman 1992) und auf methodische Probleme zurückzuführen (Gmür et al. 1986).

In der Meta-Analyse ihrer eigenen Studie (Harding et al. 1987) und der großen europäischen Verlaufsstudie kommen Harding und Mitarbeiter (1988) zum Ergebnis, dass ca. 50% der an Schizophrenie Erkrankten in allen Studien als geheilt oder leicht beeinträchtigt beurteilt werden: Die restlichen weisen jedoch ausgeprägtere Behinderungen auf. Mc Glashan (1988), der 10 amerikanische Studien, die eine Katamnese-dauer von mindestens 10 Jahren aufwiesen, zusammengefasst hat, berichtet, dass innerhalb dieses Zeitraumes 40% der Betroffenen langfristig hospitalisiert wurden oder durch Suizid verstarben.

Die Verlaufsbeurteilung schizophrener Störungen hängt einerseits von den zugrunde liegenden Diagnosekriterien ab, andererseits auch davon, ob sie auf Grundlagen klinischer Evaluationskriterien, wie der Psychopathologie, oder auf Basis psychosozialer Funktionseinbußen, wie Art, Schwere und Dauer der Behinderungen, erfolgt (Wing 1987). Werden mittels standardisierten Erhebungsinstrumenten nicht nur krankheitsspezifische klinische Funktionseinbußen, sondern auch die Auswirkungen der Krankheit auf das soziale und berufliche Funktionsniveau untersucht (Sartorius 1987; Schubart 1986; Sheperd et al. 1989), weisen nach 5-jähriger Krankheitsdauer 60% bis 70% der von Schizophrenie Betroffenen mehr oder weniger ausgeprägte Störungen in ihren sozialen und/oder beruflichen Fertigkeiten auf (Drake et al. 1989; Weller 1989).

Tabelle 1:

Schizophrenie-Verlaufsstudien		
A. Mit einer Laufzeit unter 10 Jahren (2848 PatientInnen)		
geheilt	17,08 %	(min. 6/max. 39)
besser	31,4 %	(min. 10/max. 61)
gleich	52,45 %	(min. 4/max. 84)
B. Mit einer Laufzeit über 10 Jahren (4850 PatientInnen)		
geheilt	25,53 %	(min. 0/max. 70)
besser	31,38 %	(min. 3/max. 59)
gleich	43,06 %	(min. 4/max. 84)

Bei einer Analyse von 40 Verlaufsuntersuchungen mit wissenschaftlich begründeter Methodik fanden wir (Hinterhuber et al. 1995) bei jenen, die eine Laufzeit unter 10 Jahren aufwiesen, im Median 17% „geheilte PatientInnen“, bei den Erhebungen, die einen Zeitraum über 10 Jahre berücksichtigen, 25,5% geheilte PatientInnen (**Tabelle 1**). Die Verlaufsgestalt der schizophrenen Psychosen nimmt bei längerer Erkrankungsdauer eine positive Entwicklung.

### Methodische Probleme der Verlaufsstudien

Hegarty et al. (1994) haben eine Meta-Analyse aller in den letzten hundert Jahren erschienener Studien durchgeführt (von 1895 bis 1992) und konnten 821 Arbeiten identifizieren.

Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Studien zwischen den 30er- und den 70er-Jahren durchgeführt wurden, was im Zusammenhang mit der Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten zu sehen ist.

Von den genannten Studien erfüllten 320 Untersuchungen an 368 Kohorten die geforderten methodischen Standards, die durch folgende Kriterien bestimmt waren:

- MindestpatientInnenzahl von 15
- keine Vermischung mit anderen Diagnosegruppen, wie schizoaffektive Psychosen, affektive Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen
- keine A-priori-Selektion nach gutem und schlechtem Ausgang
- Drop-out-Rate von unter 33%
- eine Mindestbeobachtungsdauer von einem Jahr
- Angaben über die durchgeführten Behandlungen während des Verlaufs

Von anderen AutorInnen wurden weitere Kritikpunkte in Bezug auf die erheblichen methodischen Mängel dieser Arbeit angeführt, die eine Allgemeingültigkeit der erhobenen Ergebnisse in Frage stellen würden.

- Trotz des Bemühens, Studien auszuschließen, die A-priori-Selektion zeigten, konnten nur wenige Studien gefunden werden,

die ein vollständiges bevölkerungsbezogenes Sample unter Erfassung aller Ersterkrankten eines Einzugsgebietes erfassten.

- Es wurden Kohorten ohne Unterscheidung zwischen ersthospitalisierten und wiederaufgenommenen PatientInnen untersucht, sodass chronisch Kranke bzw. PatientInnen, die häufige Krankenhausaufenthalte aufweisen, überrepräsentiert waren. Diese Tatsache verschlechtert die Verlaufsbeurteilungen deutlich.
- Weiters wurden besonders zu Beginn des vorigen Jahrhunderts retrospektive Studien durchgeführt, häufig erfolgte die Erfassung der Daten nur aus Krankenakten. Prospektive Studien sind in der Minderzahl: Es wäre wünschenswert diesen Anteil zu erhöhen.
- In Bezug auf die Diagnosen gab es bis in die 70er-Jahre keine exakten und standardisierten Diagnosesysteme, sodass die Beurteilung subjektiv und abhängig von den jeweiligen Untersuchern war.
- Dasselbe gilt für die Beurteilung des „Krankheitsausgangs“ und des Verlaufs. Die Studien unterschieden sich besonders darin, was unter „Krankheitsausgang“ bzw. „Outcome“ verstanden wird: Einmal wurde die bestehende Symptomatik beurteilt, im anderen Fall die soziale Anpassung und im dritten erfolgte eine globale Beurteilung beider Faktoren. Weiters zeigte sich eine unterschiedliche Operationalisierung dieser Faktoren.
- Auch finden sich Mängel in der Datenerhebung, zum Beispiel in Bezug auf Geschlecht, Alter bei Beginn der Erkrankung, Risikofaktoren etc.

Retterstøl (1987) und McGlashan et al. (1988) fanden aber auch bei den verbliebenen 320 Studien noch erhebliche methodische Mängel. Riecher-Rössler et al. gingen darauf sehr detailliert ein (1995).

## Die wichtigsten Verlaufsstudien aus Österreich, Deutschland und der Schweiz

Welche gesicherten Aussagen gibt es im Bezug auf den Verlauf schizophrener Störungen? Einige der wichtigsten Studien aus Österreich, Deutschland und der Schweiz möchten wir im Überblick präsentieren. Die klassischen deutschsprachigen Studien werden in **Tabelle 2** aufgelistet.

Manfred Bleuler (1972) konzipierte 1942/43 eine prospektive Verlaufsstudie, die er 30 Jahre später beendete und deren Ergebnisse er in einer Monografie vortrug. Die 208 PatientInnen, von denen Verlaufsbeobachtungen dargestellt wurden, standen zwischen 5 und 20 Jahren in persönlicher Betreuung Manfred Bleulers. In diese Studie wurden sowohl Ersterkrankte wie wiederaufgenommene PatientInnen einbezogen.

Im selben Jahr schlossen wir (Hinterhuber 1972) unsere Studie „Was wird aus einmalig hospitalisierten Schizophrenen“ ab. Es überrascht die Tatsache, dass 48% der katamnestisch verfolgten PatientInnen später nicht hospitalisiert wurden. Zählen wir die durch Suizid Verstorbenen und jene ab, die der nationalsozialistischen Tötungsmaschinerie zum Opfer gefallen sind, nähert sich unser Prozentsatz jenem von Biehl et al. (1986) mitgeteilten: Die Mannheimer Ergebnisse der WHO-Disability-Studie (Biehl et al. 1986) bestätigten unsere Beobachtungen; dort erfuhren 29% der PatientInnen während der 5-jährigen Beobachtungszeit keine weitere Klinikaufnahme.

In der Untersuchung „Zur Katamnese der Schizophrenen“ (Hinterhuber 1973) stellten wir die Verlaufsbeobachtungen bei 157 Schizophrenen vor, die 30 bis 40 Jahre nach ihrer ersten stationären Aufnahme untersucht wurden. Meines Wissens ist dies die erste Studie, in die ausschließlich Ersterkrankte eines streng definierten Einzugsgebietes aufgenommen wurden. Durch Einbeziehung aller zur Verfügung stehenden Informationsquellen versuchten wir, den Verlauf auch bei jenen zu rekonstruieren, die in der Zwischenzeit verstorben waren.

In ihrer „Lausanne-Studie“ gingen L. Ciompi und C. Müller (1976) dem Lebensweg von 289 ehemaligen PatientInnen der Psychiatrischen Klinik Lausanne nach, die außerhalb von stationären Einrichtungen lebten. Auch wenn das ursprünglich anvisierte Ziel, alle zwischen 1900 und 1962 erstmals aufgenommenen PatientInnen zu erreichen, nicht realisiert werden konnte, zeichnet sich diese Studie durch die längste Katamnesedauer aus, sie beträgt im Durchschnitt 37 Jahre.

Die 502 in den Jahren von 1945 bis 1959 erst- und wiederaufgenommenen PatientInnen der „Bonn-Studie“ von Huber, Gross und Schüttler (1979) wurden nach einer durchschnittlichen Verweildauer von 22 Jahren persönlich nachuntersucht. Bei 12% des Kollektivs konnten keine oder mangelhafte Informationen erhoben werden. Der Lebensweg der bereits Verstorbenen wurde sehr eingehend rekonstruiert. Die Verlaufsuntersuchungen von Huber et al. (1979) führten zur Typisierung in „phasenhafte“, „schubförmige“ und „gradlinige progrediente“, wobei in ihrem Kollektiv die Mehrheit einen schubhaften Verlauf aufwies.

Nach 22-jähriger Krankheitsdauer war bei 22% ihrer PatientInnen eine vollständige Heilung eingetreten, 43% wiesen einen „uncharakteristischen Remissionstyp“ oder einen „reinen Defekt“ auf. Diese Störungen wurden als „anhaltende Reduktion des psychisch-energetischen Potenzials“ bzw. als eine „dynamische Insuffizienz“ beschrieben. 35% zeigten sogenannte „charakteristische Residualzustände“, bei denen sowohl

**Tabelle 2:**

*Studien mit mindestens 10-jähriger Observationszeit*

Verfasser	Dauer der Observation	Diagnosekriterien	Zahl der Patienten	geheilt (%)	gebessert (%)	unverändert (%)
Bleuler (1972)	23	Bleulersche Kriterien	208	30	41	29
Hinterhuber (1973)	30-40	Bleulersche Kriterien	157	29	40	31
Ciompi und Müller (1979)	37	Bleulersche Kriterien	289	26.6	46	27.4
Huber et al. (1979)	22	Schneidersche Kriterien	502	22	43	35
Marmaros et al. (1991)	10	DSM-III	148	7	51	42

Minus- als auch Plus-symptome vorlagen. Neben den residuären Defiziten wies diese Gruppe auch eine anhaltende oder episodisch sich verdichtende produktiv-psychotische Symptomatik auf. Huber et al. haben sich bereits im Jahr 1979 in ihrer retrospektiven Studie dem Frühverlauf der Erkrankung gewidmet und berichteten ebenfalls von einem hohen Anteil von PatientInnen, die schon vor der ersten stationären Aufnahme längere, mehr oder weniger spezifische Vorstadien der Erkrankung erlebten: Ein Drittel der PatientInnen Hubers zeigte unspezifische Symptome, die als „Vorpostensymptome“ und „Prodrome“ in die Literatur eingingen: Besonders häufig fanden sich pseudoneurasthenische und depressive Auffälligkeiten.

Möller et al. publizierten 1982 die Verlaufsbesonderheiten von 103 PatientInnen, die 5 Jahre hindurch beobachtet wurden. Dabei handelt es sich um ein Teilkollektiv ihrer Klinik. Diese Studie ist eine der ersten, die standardisierte Untersuchungsinstrumente einschloss.

Die Ergebnisse der klassischen deutschsprachigen Studien zeichnen sich durch eine weitgehende Homogenität der Verlaufsbeobachtungen aus. Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen beschrieben Marneros und Mitarbeiter in ihrer Köln-Studie (1991) eine psychopathologische Vollremission nur bei 7% der Schizophrenen. Ihre 148 PatientInnen wurden durchschnittlich 25 Jahre nach der ersten Manifestation der Erkrankung nachuntersucht. Der Krankheitsverlauf wurde mit dem von PatientInnen mit affektiven, schizoaffectiven und anderen psychiatrischen Diagnosen verglichen.

Für Marneros und Mitarbeiter war die klare diagnostische Abgrenzung schizoaffectiver Psychosen von „reinen“ Schizophrenien ein zentrales Anliegen ihrer 10-Jahres-Longitudinalstudie: In der diagnostischen rigorosen Ausklammerung der schizoaffectiven Psychosen unterscheidet sich ihre Verlaufsuntersuchung von den großen mitteleuropäischen Langzeitstudien, bei denen die Mischpsychosen zum großen Teil – dem hierarchischen Prinzip von Jaspers folgend – den Schizophrenie Erkrankten zugeordnet wurden. Marneros und Mitarbeiter vermuten, dass die obengenannten Schizophreniestudien ca. 15 bis 20% schizoaffectiv PatientInnen enthalten: Dies würde – ihrer Meinung nach – die günstigen Verlaufsergebnisse erklären.

Nach den psychopathologischen Kriterien Hubers hatten am Ende der 10 Jahre währenden Untersuchung – durchschnittlich 25 Jahre nach der Erstmanifestation – 42% der schizophrenen PatientInnen charakteristische Residuen im weiten Sinne. Uncharakteristische Residuen fanden sich bei 51%, eine Vollremission – wie erwähnt – nur bei 7%. Bis zum Ende der Beobachtungszeit konnten 41% der schizophrenen PatientInnen ihre Autarkie voll bewahren, weitere 35% lebten trotz Beeinträchtigung in der Gemeinde, 24% waren aber dauerhospitalisiert. Bei ihrem Kollektiv handelt es sich um eine nach psychopathologischen Kriterien hoch selektionierte Auswahl aus 1.208 zwischen 1950 und 1979 an der Psychiatrischen Klinik in Köln erstaufgenommenen PatientInnen. In diese Studie wurden – wie die Autoren schreiben – „insbesondere solche Patienten berücksichtigt, die mindestens bei einer Aufnahme im Verlauf eine vorwiegend negative bzw. aproduktive Symptomatik gezeigt hatten“. Häfner et al. (1989, 1991), Riecher et al. (1991) und Maurer (1995) untersuchten den Verlauf schizophrener Störungen anhand des dänischen Fallregisters, in das 1.169 PatientInnen aufgenommen wurden: Es konnte somit eine vollständige Jahrgangskohorte aller Ersthospitalisierten mit Schizophrenen und paranoiden Psychosen in die Studie eingebunden werden. Die Autoren fanden, dass im Verlauf von 10 Jahren 30% der von Schizophrenie Betroffenen nicht wieder aufgenommen wurden (siehe Hinterhuber 1972 und Biehl et al. 1986). Die Übrigen zeigten eine durchschnittliche Wiederaufnahmehäufigkeit von 3,7 für Männer und 3,5 für Frauen. Die Gesamtzeit im Krankenhaus betrug 468 Tage für Männer und 354 Tage für Frauen. 15 bis 25% aller PatientInnen waren bereits vor dem Zeitpunkt der schizophrenen Erstmanifestation unter der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, einer Neurose oder einer depressiven Psychose in stationärer Behandlung.

Am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim führten Anita Riecher-Rössler, Häfner und Mitarbeiter die ABC-Studie (Age, Beginning and Course of Schizophrenia) durch. Diese Verlaufsbeobachtung stützt sich auf alle jene 392 PatientInnen, die innerhalb einer 24-Monate-Periode in den Jahren 1987 bis 1989 mit der Diagnose Schizophrenie, paranoiden oder paranoid-reaktiven Psychosen (ICD 9: 295, 297, 298.3 und 298.4) zugewiesen wurden. Alle PatientInnen stammen aus einer genau beschriebenen Ver-

sorgungsregion von ca. 1,5 Mio. Einwohnern. 267 PatientInnen dieses Kollektivs wurden mit standardisierten Instrumenten untersucht (Häfner et al. 1991, 1992, 1993 a, b, Riecher et al. 1989, 1991, an der Heiden 1995, 1996 a, b).

Die Mannheimer Gruppe konnte an 232 ersten schizophrener Episoden nachweisen, dass in 3/4 der Fälle eine schizophrene Störung mit einer Prodromalphase von durchschnittlich 5 Jahren beginnt. Darauf folgt ein Ansteigen der positiven Symptomatik, die nach ca. einem Jahr zum Kulminationspunkt der ersten psychotischen Manifestation führt. Zeichen der sozialen Behinderung können im Mittel bereits 2 bis 4 Jahre vor dem Erstkontakt nachgewiesen werden.

Schon nach etwa 2 Jahren nach der ersten Episode zeigt der mittelfristige Verlauf eine erstaunliche Stabilität, wobei die individuelle Krankheitsentwicklung trotz großer interindividueller Variabilität nur noch wenig variiert. Dies scheint auch für den langfristigen Verlauf Gültigkeit zu besitzen: In einem Viertel der Fälle endet er symptomfrei und folgenlos.

Biehl et al. (1986) fanden bei den 67 Mannheimer PatientInnen der WHO-Studie nach 5 Jahren bei 26% eine gute soziale Anpassung in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit, Freizeit, Kontaktverhalten usw. 35% wiesen eine schlechte soziale Anpassung auf. 39% gehörten einer mittleren Gruppe an, die milde bis mäßige Einschränkungen aufwies.

Eggers und Bunk (1997, 1999) analysierten den Lebensweg jener 44 jugendlichen PatientInnen, deren schizophrene Störungen im Durchschnitt im Alter von 11,8 Jahren begannen. Die Verlaufsbeobachtung erstreckte sich über 42 Jahre. Früher Beginn korreliert mit hoher sozialer Beeinträchtigung, die Hälfte ihres Kollektivs zeigte einen chronischen Verlauf. Insgesamt kommen die Autoren zum Schluss, dass die Krankheitsverläufe der im Kindesalter beginnenden schizophrener Störungen sich nicht gravierend von den später auftretenden unterscheiden.

Etwas eingehender soll unsere Tiroler Longitudinalstudie (Hinterhuber 1984, 1995 a, b) beschrieben werden. Diese wurde 1972 als prospektive Untersuchung gegründet: In die Studie wurden alle administrativ erfassten 87 von Schizophrenie betroffenen Pati-

entInnen einer genau definierten Südtiroler Kleinregion aufgenommen, die am Stichtag 1.10.1972 in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung gestanden sind. Die Indexgruppe umfasst 0,8% der erwachsenen Gesamtbevölkerung dieser Region: Eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund von Selektionsmechanismen konnte dadurch weitestgehend ausgeschlossen werden. Die erste 10-Jahres-Katamnese teilten wir 1984 mit. 1994 konnten noch 59 PatientInnen einer eingehenden Befragung und Untersuchung unterzogen werden: Erhoben wurden nicht nur die Betreuungssituation, die berufliche und soziale Integration, die Hospitalisierungszahl und die globale Hospitalisationsdauer, sondern auch die psychopathologische Symptomatik, die individuellen Bedürfnisse, der Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sowie die neuroleptikainduzierten Nebenwirkungen.

32,2% lebten völlig autark und beanspruchten keinerlei psychiatrische Hilfen. Trotz des höheren Alters (durchschnittlich 57,6 Jahre) standen immer noch 20,3% im aktiven Berufsleben. Knapp zwei Drittel lebten alleinstehend oder im familiären Verband, nur zwei PatientInnen (2,3%) waren zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebungen kurzfristig hospitalisiert.

Verstarben im Beobachtungszeitraum 1972 bis 1982 8 PatientInnen durch Suizid, konnte im zweiten Beobachtungsjahrzehnt keine Selbsttötung registriert werden.

Bei 47 untersuchten PatientInnen ergab sich für die PANSS-Plus-Symptome ein Durchschnittswert von 9,09, für die PANSS-Minus-Symptome ein durchschnittlicher Wert von 21,57, für die PANSS-Globalskala ein Mittelwert von 59,22.

Die PatientInnen schätzten ihre Lebensqualität in allen Lebensbereichen im Durchschnitt deutlich oberhalb der Mitte der vorgegebenen Skala ein. Eher niedrige Bewertung erhielten die Bereiche Arbeit/Beschäftigung und finanzielle Situation sowie Freizeit und Freunde/Bekannte, recht hohe Bewertungen die Bereiche Gesundheit, Wohnung und Sicherheit/Recht. Die Gesamteinschätzung durch den Arzt lag im Durchschnitt etwas niedriger als die der PatientInnen selbst. Auf die Beurteilung der Lebensqualität machte sich am stärksten der Einfluss der vorherrschenden

psychopathologischen Störungen bemerkbar. PatientInnen mit einem PANSS-Negativscore von über 20 Punkten schätzten ihre globale Lebensqualität um durchschnittlich 10 bis 15 Prozentpunkte niedriger ein als solche mit einem Negativscore unter 20.

Neuroleptika-induzierte Nebenwirkungen waren häufig: Hyperkinesien fanden wir bei 14,6%, ein Parkinsonoid bei 33,3% und eine Akathisie bei 20,8%: Diese Begleiteffekte hatten einen lebensqualitätsmindernden Einfluss.

Die mit dem Berliner Bedürfnisinventar erhobenen Items „soziale Kontakte“, „Partnerschaft/Ehe“, „Sexualleben“, „Abhängigkeit“ und „Information über die Erkrankung“ brachten zum Ausdruck, dass in diesen Punkten überraschend wenig offene Wünsche der PatientInnen bestanden.

Unsere Studie konnte die Beobachtung erhärten, dass die schizophrene Symptomatik im Alter nachlässt und es zu einer Besserung im Sinne einer Syntonisierung, zu einer Milderung der Abwehrhaltung und zu einer friedlichen Resignation und Anpassung an die Umgebung kommt.

---

## Diskussion

---

Versuchen wir heute nach 100 Jahren Verlaufsforschung Bilanz zu ziehen, können wir Folgendes festhalten: Der Verlauf der schizophrenen Erkrankungen wird von der Summe der Interaktionen zwischen biologischen Faktoren (Hirnentwicklungsstörungen und ihre funktionellen Folgen u.a.), dem Ersterkrankungsalter, der Schwere der Dysfunktion und der Rückfallhäufigkeit sowie möglicher protektiver Faktoren (beispielsweise Wirkung der Östrogene) einerseits und der unterschiedlichen Persönlichkeitsentwicklung sowie der sozialen Faktoren definiert (Häfner 1998).

Viele Studien stimmen darin überein, dass nach 5 bis 10 Jahren keine Symptomprogression stattfindet, ja es auch nach jahre- bis jahrzehntelangem Verlauf zu einer deutlichen Besserung der Störung kommen kann. Die Krankheit schreitet – wie Häfner überzeugend nachgewiesen hat – „überwiegend nur bis zum Höhepunkt der ersten Episode oder vielleicht bis 2

Jahre später prozesshaft fort ... nach dem Ende der ersten psychotischen Episode stellt sich ein Gleichgewicht ein, das im Gruppenmittel weder einen Trend zur Verschlechterung noch zur wesentlichen Besserung erkennen lässt.“ Die ersten 10 Jahre sind mit einem starken Suizidrisiko und einer hohen Gefährdung für andere unnatürliche und natürliche Todesursachen belastet.

Nach 30 Jahren österreichischer Verlaufsforschung lassen sich nur wenige allgemein gültige Aussagen tätigen: Der Verlauf dieser Erkrankungsgruppe ist nicht einheitlich, es finden sich die verschiedensten Verlaufstypen von vollständiger Heilung bis zu sehr schweren chronifizierenden Verläufen. Erlebt ein Teil der PatientInnen nur eine Krankheitsepisode mit anschließend einer mehr oder weniger vollständigen Remission, erkrankt der größere Teil an mehreren Episoden und weist in den dazwischenliegenden Intervallen entweder keine oder nur leichte Behinderungen auf. Immer noch müssen viele PatientInnen auch langfristig mittelschwere bis schwere Störungen und soziale Einschränkungen auf sich nehmen.

Da von Schizophrenie Betroffene mit guten Verläufen in den meisten Studien, die sich auf Krankenhaus-Prävalenz-Kohorten berufen, unterrepräsentiert sind, scheint der Anteil jener PatientInnen, die einen guten Verlauf aufweisen, eher zu niedrig eingeschätzt.

Abschließend kann zu den methodischen Problemen bisheriger Verlaufsstudien mit McGlashan et al. (1988) gesagt werden, dass die Studien der ersten Generation im allgemeinen rein informativen Wert hatten, während ab den 60er- und 70er-Jahren das Interesse auf Methodik und genaues Studiendesign gelegt wurde. Neuere Untersuchungen können bei verbesserter Methodik ein solideres Fundament für Aussagen über den „natürlichen“ Verlauf der Schizophrenie legen, gleichzeitig wurde verstärkt hypothesengeleitet vorgegangen.

In diesem Sinne möchten wir unsere österreichischen Kolleginnen und Kollegen animieren, sich vermehrt diesem Forschungsgegenstand zu widmen.

Trotz dieser methodischen Schwierigkeiten können einige Ergebnisse sowohl in Bezug auf den Frühverlauf vor der ersten stationären Aufnahme, als auch

auf den weiteren Verlauf schizophrener Erkrankungen als allgemeingültig aufgefasst werden.

Da bekannt ist, dass die Länge des unbehandelten Verlaufs ein negativer Prädiktor des Therapieerfolges ist, scheint mir das wesentliche Ergebnis der Verlaufsforschung jenes zu sein, Strategien für eine verbesserte Frühentdeckung, Frühdiagnose und Frühbehandlung zu entwickeln.

### Literatur

- an der Heiden W (1996) Der Langzeitverlauf schizophrener Psychosen – Eine Literaturübersicht. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 5: 8-20
- an der Heiden W, Krumm B, Müller S, Weber I, Biehl H, Schäfer M (1995) Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie. Nervenarzt, 66: 820-827
- an der Heiden W, Krumm B, Müller S, Weber I, Biehl H, Schäfer M (1996) Eine prospektive Studie zum Langzeitverlauf schizophrener Psychosen: Ergebnisse der 14-Jahres-Katamnese. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 5: 66-75
- Biehl H, Maurer K, Schubart C, Krumm B, Jung E (1986) Prediction of outcome and utilization of medical services in a prospective study of first onset schizophrenics – results of a prospective 5-year follow-up study. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci, 236: 139-147
- Bleuler E (1908) Die Prognose der Dementia-praecox-Schizophreniegruppe. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 65: 436-464
- Bleuler M (1972) Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart
- Bunk D, Eggers C, Klupal M (1999) Symptom dimensions in the course of childhood-onset schizophrenia, European Child & Adolescent Psychiatry, Steinkopff Verlag, Suppl. 1, III, 29-35
- Ciampi L, Müller Ch (1976) Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
- Drake RE, Wallach MA, Hoffmann JS (1989) Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital. Hosp. Commun. Psychiatry 40: 46-51
- Eaton WW, Mortensen PB, Herrman H, Freeman H, Bilker W, Burgess P, Wooff K (1992) Long-term course of hospitalization for schizophrenia. Part I: Risk for rehospitalization. Schizophr Bull, 18: 217-228.
- Eggers C, Bunk D (1997) The Long-Term Course of Childhood-Onset Schizophrenia: A 42-Year Followup. Schizophrenia Bulletin, 23:1, 105-117
- Eggers C, Bunk D, Volberg G, Röpcke B (1999) The ESSEN study of childhood-onset schizophrenia: Selected results. European Child & Adolescent Psychiatry, Steinkopff Verlag, Suppl. 1, III, 21-28
- Gmür M, Tschopp A (1988) Die Behandlungskontinuität bei schizophrenen Patienten in der Ambulanz. Nervenarzt, 59: 727-730
- Gross G, Huber G (1986) Classification and prognosis of schizophrenic disorders in light of the Bonn follow-up studies. Psychopathology, 19: 50-9
- Gross G, Huber G, Schüttler R (1971) Peristatistische Faktoren im Beginn und Verlauf schizophrener Erkrankungen. Arch Psychiatr. Nervenkr, 215: 1-7
- Häfner H, Riecher A, Maurer K, Löffler W, Munk-Jørgensen P, Strömgen E (1989) How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? Psychol. Med. 19: 903-918
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A (1991a) Schizophrenie und Lebensalter. Nervenarzt 62: 536-548
- Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Fätkenheuer B, Munk-Jørgensen P, Strömgen E (1991b) Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 59: 343-360
- Häfner H, Riecher-Rössler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A, Fätkenheuer B, Löffler W, an der Heiden W (1992a) IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. Schizophr. Res. 6: 205-223
- Häfner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W (1992b) First onset and early symptomatology of schizophrenia – a chapter of epidemiological and neurobiological research into age and sex differences. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 242: 109-118
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A (1993) The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. Br J Psychiatry, 162: 80-86
- Häfner H (1998) Neues vom Verlauf der Schizophrenie. In: Schizophrenie Störungen – State of the Art II. Fleischhacker WW, Hinterhuber H, Meise U. (Hrsg.) Verlag Integrative Psychiatrie Innsbruck, 21-55
- Harding C, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later. Am J Psychiatry, 144: 718-726
- Harding C, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. Am J Psychiatry, 144: 727-735
- Harding C, Zubin J, Strauss J (1988) Chronicity in schizophrenia: fact, practical fact, or artifact? Hospital & Community Psychiatry, 38: 477-486
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waterman C, Oepen G (1994) One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. Am J Psychiatry, 151: 1409-1416
- Hinterhuber H (1972) Was wird aus einmalig hospitalisierten Schizophrenen? Wien Klin Wochenschr, 84, 715
- Hinterhuber H (1973) Zur Katamnese der Schizophrenen: Eine klinisch statistische Untersuchung lebenslanger Verläufe. Fortschr Neurol Psychiatr, 41: 527-558
- Hinterhuber H (1973) Il decorso delle Schizofrenie. Arch Psicol Neurol Psychiatr, 34: 164-207
- Hinterhuber H, Schwitzer J (1984) 10-Jahres-Katamnesen am Krankengut einer psychiatrischen Ambulanz. In: Langzeittherapie psychiatrischer Erkrankungen. K. Kryspin-Exner, H. Hinterhuber (Hrsg.) F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York, 193-198

- Hinterhuber H, Holzner B, Kemmler G, Meise U, Neudorfer C, Schifferle I, Schwitzer J (1995a) Verläufe schizophrener Psychosen. Die Tiroler Langzeitstudie. In: Die Behandlung der Schizophrenien State of the Art. Hinterhuber H, Fleischhacker WW, Meise U (Hrsg.) VIP-Verlag Innsbruck, 53-75
- Hinterhuber H, Meise U, Neudorfer C, Holzner B, Kemmler G, Schifferle I, Schwitzer J (1995b) Long-term Course and Quality of Life of Schizophrenic Patients: a Prospective Study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 3, 201-210
- Hinterhuber H, De Col C, Meise U (1999) Der Verlauf schizophrener Störungen. In: 50 Jahre Psychiatrie. Gross G., Klosterkötter J., Schüttler R. (Hrsg.) Schattauer Stuttgart New York, 157-168
- Huber G (1964) Schizophrene Verläufe. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 89, 212
- Huber G (Hrsg.) (1973) Verlauf, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. 2. Weißenauer Schizophrenie-Symposium. Stuttgart, New York: Schattauer
- Huber G, Gross G, Schüttler R (1979) Schizophrenie. Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Monografien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Bd. 21. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Hwu Hai-Gwo (1996) Validity of negative syndrome of schizophrenia: deficit state of schizophrenia in 20-year follow-up. Paper presented at the X World Congress of Psychiatry. Madrid, Aug. 23-28
- Jablensky A, Cole S (1996) The WHO ten-country first episode study: determinants of age at onset. Paper presented at the X World Congress of Psychiatry. Madrid, August 23-28
- Liberman RP (1992) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Macmillan Publishing Company, New York
- Marneros A, Deister A, Rohde A, Steinmeyer EM, Jünemann H (1989) Long-term outcome of schizoaffective and schizophrenic disorders: A comparative study. Part I: Definitions, methods, psychopathological and social outcome. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*, 238: 118-25
- Marneros A, Deister A, Rohde A (1990) Autarkie und Autarkie-Beeinträchtigung bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt*, 61: 503-508.
- Marneros A, Deister A, Rohde A (1991) Affektive, schizoaffective und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer Verlag Berlin Heidelberg
- Mason P, Harrison G, Glazebrook C, Medley I, Croudace T (1996) The course of schizophrenia over 13 years. A report from the International Study on Schizophrenia (ISoS) coordinated by the World Health Organization. *Br J Psychiatry*, 169: 580-586.
- Maurer K (1992) Der geschlechtsspezifische Verlauf der Schizophrenie – untersucht mit Daten des nationalen dänischen Fallregisters. Dissertation. Fakultät für klinische Medizin Heidelberg
- McGlashan TH (1988) A selective review of recent North American long-term follow up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14: 515-542
- Möller HJ (1982) Verlauf schizophrener Psychosen unter gegenwärtigen Versorgungsstrategien: Ergebnisse einer 5-Jahres-Katamnese. In: Kryspin Exner K, Hinterhuber H, Schubert H (Hrsg.): *Ergebnisse der psychiatrischen Therapieforschung*. F.K. Schattauer Verlag Stuttgart-New York
- Möller HJ, Schmid-Bode W, v. Zerssen D (1986) Prediction of Long-Term Outcome in Schizophrenia by Prognostic Scales. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 225-235.
- Möller HJ (1988) Psychopathological and social outcome in schizophrenia versus affective/schizoaffective psychoses and prediction of poor outcome in schizophrenia Results from a 5-8 year follow-up. *Acta psychiatr scand*, 77: 379-189
- Retterstøl N (1987) Schizophrenie – Verlauf und Prognose. In: Kisker KP et al. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* 4, Schizophrenien. 3. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 211-231
- Riecher A, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Strömgen E, Häfner H (1991) Sex differences in age at onset and course of schizophrenic disorders – a contribution to the understanding of the disease? In: Häfner H, Gattaz WF (eds.): *Search for the causes of schizophrenia*. 2. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 14-33
- Riecher-Rössler A, Rössler W, Meise U (1995) Der Verlauf schizophrener Psychosen – was wissen wir 100 Jahre nach Kraepelin? In: Die Behandlung der Schizophrenien State of the Art, Hinterhuber H, Fleischhacker WW, Meise U (Hrsg.), VIP-Verlag, 19-51
- Sartorius N, Jablensky A, Ernberg G et al. (1987) Course of schizophrenia in different countries. Some results of a WHO comparative 5-year follow-up study. In: *Search for the Causes of Schizophrenia* (eds. H. Häfner, WF. Gattaz, W. Janzarik), Springer New York, 107-113
- Schubart C, Schwarz R, Krumm B (1986) *Schizophrenie und soziale Anpassung*. Springer, Berlin
- Schüttler R (2001) Woher wissen wir was über den Ausgang schizophrener Erkrankungen? Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69 Sonderheft 2, 81-85
- Sheperd M, Watt D, Falloon I, Smeeton N (1989) The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine Monograph, Suppl 15*. Cambridge University Press: Cambridge
- Strauss JS, Carpenter WT (1974) The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationship between prediction and outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 31: 37-42
- Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA (1979) Long-term outcome of major psychosis. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 36: 1295-1301
- Weller MP (1989) Mental illness – who cares? *Nature* 339: 249-252
- Wiersma D (1996) Long-term course in schizophrenia: predicting chronicity from a 15-year follow-up of an incident cohort. Paper presented at the 8th Congress of the AEP „European Psychiatry – A Force for the Future“, 7-12 July, 1996, London
- Wing JK (1987) *Rehabilitation, Soziotherapie und Prävention*. In: Kisker HP, Lauter H, Meyer JE et al. (Hrsg.): *Psychiatrie und Gegenwart*, Band 4: Schizophrenien. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 325-355

# Erfahrungsbericht einer Betroffenen

**Michaela Jägersberger**

Meine erste Erfahrung mit einer seelischen Ausnahmesituation, die in einer schizophrenen Episode mündete, machte ich während meines Jusstudiums im Sommer 1981. Am Ende des Semesters war ich von Versagensängsten und Zweifeln so geplagt gewesen, dass ich nicht zur Prüfung angetreten war. Während der Ferien wollte ich erst einmal Geld zum Studieren verdienen und nach einem weiteren Semester einen neuen Anlauf nehmen. Aber es kam anders: Ich kann heute nicht mehr genau sagen, wie und weshalb ich da hineingeriet, doch ich spürte Veränderungen in mir vor sich gehen.

War ich zuvor durch meine Zukunftssorgen nächtelang wachgelegen, so war ich nun voll von fröhlicher Geschäftigkeit bis in die Morgenstunden. Besser die Zeit so verbracht, als mich zu quälen, dachte ich noch. Wenn die Welt rund um mich schlief, hörte ich Musik, las oder zeichnete oder schrieb. Ich genoss diese Energie, ich fühlte mich wie aufgeladen mit riesiger, positiver Kraft. Die Texte aus dieser Zeit sind oft unverständlich, die Zeichnungen spiegeln diese Kraft. Zu dieser Zeit arbeitete ich nach der Methode des automatischen Zeichnens, nichts ist gewollt, sondern entsteht. Das Unbewusste allein soll die Hand des Künstlers führen. Neben einigen riesigen Frauenakten entstanden Zeichnungen wie aus Träumen. Wünsche, Hoffnungen, Sehnsüchte, Ängste, Lustiges, Trauriges kam auf Blättern nebeneinander lebhaft zum Ausdruck.

Obwohl ich selten Müdigkeit verspürte und mich nach wenigen Stunden Schlaf wieder erfrischt und ausgeruht fühlte, machte sich der Schlafmangel allmählich bemerkbar. Alles rund um mich empfand ich sehr intensiv. Alles wurde heller, dunkler, leiser, lauter, langsamer oder schneller. Und ich schien das beeinflussen zu können, was mir auch ein bisschen unheimlich war. Ich stellte Versuche an, doch meine Wahrnehmungen bestätigten sich nur. Solche Dinge, wusste ich, können nur Schamanen erkennen. Ich war überzeugt, dass ich zu außerordentlichen Fähigkeiten begabt war.

Erst Jahre später, als ich in Behandlung war und andere PatientInnen kennen lernte, stellte ich fest, dass es sehr häufig geschieht, dass sonderbare Ideen auftauchen, die gespeist werden aus Teilen von allen erdenklichen Radio- und Fernsehsendungen oder Zeitungsartikeln. So erging es auch mir. Alles, was ich sah und hörte, war voller Bedeutung und offenbar ich die einzige, die den dahinter verborgenen Sinn erkennen konnte. Und alles bezog sich auf mich. Wenn mir Zweifel kamen, ob das nicht doch nur eine Täuschung wäre, sah oder hörte ich neue „Botschaften“. Die Inhalte der Botschaften waren so schlüssig für mich, dass ich begann, diese Veränderungen in mir und rund um mich als Gegeben hinzunehmen.

Die Botschaften verhiessen – meistens – Gutes. Mein Leben und das aller anderen Menschen würde sich zum Besten wenden. Ich war viel beschäftigt, die

Menschheit mit meiner Heilsgeschichte zu missionieren. Und ich stiftete einiges an Aufruhr und Verwirrung unter den Menschen, die mir während dieser Ausnahmesituation begegneten. Ich verdanke sehr viel der Toleranz und der Fürsorge meiner FreundInnen und meiner Familie, die mich in dieser Zeit begleitet und verhindert hatten, dass ich in ernsthafte Schwierigkeiten geriet.

Nach einigen turbulenten Wochen, war der „Spuk“ vorbei und ich fand allmählich zu mir zurück. Was sich wie ein Gotteserlebnis angefühlt hatte, war nun aller Mysterien beraubt. Ich gewann meine Klarheit wieder und schlug hart auf auf dem Boden der Realität. Mein Leben mit seinen Sorgen und Pflichten empfing mich unfreundlich. Es dauerte ungefähr ein Jahr lang, bis ich wieder so war, wie mich die Menschen davor gekannt hatten. Da hatte ich meinen Sohn geboren und war übergücklich und stolz über das schönste und klügste Kind der Welt.

Insgesamt erlebte ich zwei solcher Ausnahmesituationen ohne mit einem Arzt oder gar der Psychiatrie zu tun zu haben. Meine Angehörigen und meine FreundInnen waren überzeugt, dass ich in diese Krisen geriet, weil ich überfordert war von meinen Problemen. Träume und Wünsche wie das Studium und eine Karriere als Anwältin mussten endgültig begraben werden, für eine Vollzeitbeschäftigung fehlte mir eine Betreuung für meinen Sohn. Den Lebensunterhalt für mein Kind und mich mit Gelegenheits- und Aushilfsarbeiten zu verdienen, war mühsam und anstrengend.

Ein dritter Ausbruch folgte mit bisher nicht gekannten Dimensionen, sodass meine bis dahin strikt psychiatrie-gegnerische Schwester sich entschloss, mich eines Morgens zu meiner ersten Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus zu begleiten, weil sie sich außerstande sah, auf mich aufzupassen. Zu diesem Zeitpunkt befand ich mich gerade in der festen Annahme, ich sei eine Aktionskünstlerin, die als geheime Untergrundagentin den Auftrag hat, auf spektakuläre Weise die Menschheit vor dem drohenden Untergang zu bewahren.

Dass mein Weg mich gerade dorthin führte, deutete ich als Weisung, die ich durch geheime „Botschaften“ erhalten hatte. Es gestaltete sich die Aufnahme ein bisschen wie ein Lustspiel, als ich mich einverstanden

erklärte, über Nacht dazubleiben. Aber nicht viel länger, denn ich hätte sehr viel zu tun und sei ja nur zu Erkundungszwecken vorbeigekommen. Derartige Äußerungen lösten allgemeine Heiterkeit beim Personal aus und ich wurde freundlich eingeladen auf ein Stammerl Haldol – Prosit – und bekam ein Bett zugewiesen.

Anschließend durfte ich mich auf der Station frei bewegen und mit Begleitung auch einen Spaziergang auf dem Gelände machen. Dort wurde ich bekannt mit Menschen, die sich alle für wer weiß, wen hielten und ebenso erstaunliche Beobachtungen gemacht hatten wie ich. Wir hatten einen ebenso interessanten wie amüsanten Austausch. Die allgemeine Fröhlichkeit empfand ich wohltuend und ich beschloss, ein paar Tage zur Erholung zu bleiben.

Am Abend, als alle Türen der Station verschlossen wurden und es vorbei war mit der Bewegungsfreiheit, schlug meine Stimmung um. Eingeschlossen zwischen laut schnarchenden, hustenden oder lärmenden PatientInnen, PflegerInnen beim Kaffeepausch und einem Fernsehgerät praktisch in einem Raum sollte ich schlafen und mich ausruhen. Auf die Frage, wie ich das aushalten sollte in diesem Lärm und wieso ich nicht wo schlafen könne, wo Ruhe herrsche, bekam ich in etwa so sinnige Antworten wie: „Morgen ist ein anderer Tag.“ Die Stunden meiner ersten Nacht auf der Station waren unendlich qualvoll und niemand schien das zu sehen oder verstehen zu können.

Am darauffolgenden Vormittag stellte sich mein behandelnder Arzt bei mir vor und bestellte mich zu einigen Tests zu sich. Diese Tests erinnerten mich teilweise an diverse Filmszenen und lösten abermals Heiterkeit in mir aus. Auch der Arzt musste mit mir mitlachen. Erst als er mir Fragen stellte zu meinem bisherigen Lebenslauf, bemerkte ich, dass ich nicht fähig war, über mein Leben in chronologischer Abfolge zu berichten. Mein Denken funktionierte nur assoziativ, zu jedem Begriff fielen mir sofort dutzende Begebenheiten ein, eine zeitliche Abfolge zu schildern, war mir unmöglich. Mein Arzt versicherte, dass ich dazu hier wäre, alles wieder auf die Reihe zu kriegen, und er wirkte vertrauenserweckend.

In Summe betrachtet war meine erste Begegnung mit der Psychiatrie für mich positiv besetzt.

Mängel am System, auf die das Personal keinen Einfluss hat, habe ich stets kritisiert und mich für Veränderungen stark gemacht, wann immer ich dazu Gelegenheit hatte. Die Psychiatrie hat sich seither auch sehr gewandelt und das Versorgungsangebot wurde ausgebaut und verbessert.

Auf mein Drängen hin wurde ich bald wieder entlassen, weil ich mich um mein Kind kümmern musste, das zu Hause von meiner Großmutter gehütet wurde. Von einer vollständigen Wiederherstellung war ich weit entfernt und die Wirkung der Medikamente setzte erst nach meiner Entlassung voll ein. Und die der Nebenwirkungen: Ich fühlte mich wie erschlagen von Müdigkeit, meine Bewegungen waren eckig und ein wenig unbeholfen, meine Gelenke wie versteift. Gleichzeitig konnte ich nicht still sitzen, meine Füße wollten sich bewegen, ich hatte den „Zappelphilipp“. Die Wahrnehmung meiner körperlichen Verfassung löste Panik in mir aus, die ich gar nicht ausreichend kommunizieren konnte, weil mein Mund wie ausgetrocknet und die Zunge schwer war.

In der ambulanten Nachsorge beim Psychosozialen Dienst fand ich großartige Unterstützung durch die Sozialarbeiterin, eine bemerkenswerte Frau mit viel Einfühlungsvermögen und Engagement. 1985 war die extramurale Versorgung im Vergleich zu heute noch ziemlich unterentwickelt, diese Frau erfüllte mehrere Funktionen, die heute von viel mehr Personal und verschiedenen Einrichtungen geleistet werden. Ich war bald wieder ganz in der Realität und in einer Riesen-depression. Es war für mich unvorstellbar, dass ich je in der Lage sein würde, eine andere Arbeit zu leisten als in einer geschützten Werkstätte.

Doch diese Sozialarbeiterin verstand sich auf Empowerment, lange bevor der Begriff bei uns bekannt war, und ermöglichte es mir, durch ihr stets freundliches und offenes Auftreten wieder Vertrauen zu fassen, das durch das Erleben dieser Krise vollständig gebrochen worden war. Sie nahm mir mit Erzählungen aus ihrer Praxis meine Ängste, ich sei von nun an zu nichts mehr zu gebrauchen. Meiner Ansicht nach ist die Fähigkeit, nach solch einer Erkrankung wieder vertrauen zu können, egal ob einer zweiten Person oder sich selbst, eine ganz wichtige Voraussetzung zur Genesung.

Nach einigen Wochen konnte ich die Dosierung der Medikamente so weit reduzieren, dass die schlimmsten Nebenwirkungen abgeklungen waren und ich begab mich zum – damals noch „Arbeitsamt“ – um mich arbeitsuchend zu melden. Der Beamte dort schaffte es in wenigen Minuten, mich mutlos und klein zu machen: Nach einem Blick in meine Sozialversicherungsdatei auf seinem Bildschirm ließ er mich gelangweilt wissen, dass ich mit meiner Depression nicht vermittelbar sei, er könne mich als Arbeitskraft niemandem empfehlen. Ich verließ ihn mit Tränen in den Augen und vollkommen niedergeschlagen.

Trotz der „tatkräftigen Unterstützung“ dieses Beamten fand ich kurz darauf, gestärkt durch den Zuspruch meiner Angehörigen und FreundInnen und natürlich meiner tüchtigen Sozialarbeiterin, eine befristete Anstellung im Gastgewerbe. Bei meinem damaligen Arzt löste ich Erstaunen aus: Mit 15mg Haldol täglich und einer zusätzlichen Depotspritze jede dritte Woche trat ich meine Stelle im Service an! Es ist mir das nicht leicht gefallen, aber ich war wie besessen von dem Gedanken, wieder meinen Unterhalt selbst verdienen zu können. Es erschien mir logisch, dass, wer arbeiten kann, auch gesund ist. Und ich wollte gesund sein um jeden Preis.

Meine Chefs waren rau aber herzlich und mit den KollegInnen kam ich gut zurecht, die alle von meiner Erkrankung nichts wussten. Als der Saisonbetrieb eingestellt wurde und mein Dienstverhältnis zu Ende war, war ich bereits in wesentlich besserer Verfassung und fühlte mich gestärkt durch die Tatsache, dass ich diesen Job zu aller Zufriedenheit gemacht hatte. Am Tag nach Beendigung dieser Tätigkeit begab ich mich wieder zum Arbeitsamt (wie zwischenzeitlich einmal pro Monat) und bemühte mich, diesen blasierten Beamten zu bewegen, einen Antrag auf Weiterbildung für Maturanten zu stellen. Als er mir erklärte, die Anmeldefrist für einen Herbstkurs sei nun leider verstrichen, fragte ich ihn nach dem Namen seines Vorgesetzten. Das wirkte. Bei ihm und bei mir.

Im darauffolgenden Frühjahr hatte ich einen geförderten Kurs für Büropraxis sehr erfolgreich absolviert und von 20 kg Übergewicht, das ich in meiner Depression hinaufgefuttert hatte – Schokolade macht glücklich – 15 kg wieder abgenommen. Ich war in Höchstform, innen und außen. Meine Sozialarbeiterin

unterstützte mich mit wertvollen Ratschlägen bei der Arbeitsuche: „Schauen Sie sich die Leute an, mit denen Sie zu tun haben, achten Sie auf ihre Eindrücke. Wenn Sie ein gutes Gefühl haben, dann denken Sie: Diesen Job will ich haben!“ Dieses Erfolgsrezept habe ich beibehalten, denn binnen drei Wochen bekam ich eine Stelle als Sachbearbeiterin.

Beim Psychosozialen Dienst trat ein neuer Arzt den Dienst an, zu dem ich mehr Vertrauen hatte als zu seinem Vorgänger, der auf die PatientInnen überhaupt nicht zugegangen war. Der Neue verstand es, meine strikte Aversion gegen Medikamente nicht durch Überredung sondern durch Überzeugung zu mildern. In der Hoffnung, ohne Medikamente gesund bleiben zu können, hatte ich zuvor alles abgesetzt und war einem kleinen Anflug von Mobbing am Arbeitsplatz nicht mehr gewachsen. Mit der Unterstützung dieses Arztes bewältigte ich mit einem Minimum an Haldol meine unangenehme Situation am Arbeitsplatz. Drei Jahre später gelang es ihm, eine bereits aufblühende Schizophrenie ambulant so gut zu behandeln, dass ich mich gar nicht krank melden musste.

Ein halbes Jahr nach der Tätigkeit als Sachbearbeiterin wurde mir angeboten, die freiwerdende Stelle der Buchhalterin zu besetzen. Nach zweimonatiger Einführung und Einschulung arbeitete ich als Alleinbuchhalterin bis Rohbilanz und besuchte einen einjährigen Weiterbildungskurs am WIFI Wien. Seither habe ich drei weitere Kurse am WIFI besucht und arbeite im Rechnungswesen eines börsennotierten Unternehmens in Wien.

Allmählich hatte ich Erfahrung damit, wie sich eine seelische Ausnahmesituation bei mir ankündigt und lernte einen Umgang mit Medikamenten für mich. Und ich lernte die Gratwanderung zwischen den Welten, wie ich das Leben hier in der Realität mit der bleibenden Erinnerung an die Schizophrenie nenne. Eine gewisse Angst vor einem neuerlichen Rückfall ist geblieben. Eine meiner Erfahrung nach wichtige Stütze ist die Reflexion meiner subjektiven Wahrnehmungen durch Menschen meines Vertrauens, meine FreundInnen und meine beiden Schwestern. Und nicht zuletzt meinen Sohn.

Spüre ich innere Unruhe, schalte ich alle Geräte ab, die mich mit irgendwelchen aufregenden Neuigkeiten

überreizen könnten. Wo ich bin, ich „höre auf meinen Bauch“, der sicherste Indikator für mein Wohlbefinden. Fühlt mein Bauch sich wohl, dann geht es mir gut. Ein Spaziergang und ein Gespräch mit einem/r Freund/In bringt Entspannung und Klarheit und stellt mein Gleichgewicht wieder her. Wann immer ich mich überlastet fühle, entlaste ich mich selbst, indem ich alles hintanstelle, was im Moment nicht unbedingt erledigt werden muss. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, ersuche ich meine FreundInnen, mir zu helfen, mich wieder aufzurichten. Für mich ist der erste Schritt zur Selbsthilfe, Unterstützung zu suchen und anzunehmen.

Seit meiner letzten seelischen Ausnahmesituation habe ich mich damit abgefunden, dass ich, um mein Leben zu leben, so wie ich es mir wünsche, sehr wahrscheinlich noch für einige Jahre Medikamente nehmen werde müssen. Einen kritischen Umgang damit habe ich niemals aufgegeben, doch ich möchte nie wieder so krank sein. Denn eine Schizophrenie mit Vorlauf und Hauptteil und anschließender Depression hat mich jedesmal etwa ein Jahr meines Lebens gekostet. Ein Jahr kraftraubender Qualen und Leid. Obwohl ich mir darüber bewusst bin, dass Medikamente nach jahrelanger Einnahme zu organischen Schäden führen können, habe ich mich dazu entschlossen. Denn ich glaube nicht, dass es mein Leben verlängert, wenn ich mich mit Ängsten und Depressionen quäle. Ich kann ohnehin die Anzahl der Tage meines Lebens nicht bestimmen. Doch ich kann so bestimmen, welches Leben ich meinen Tagen gebe.

Das ist meine persönliche Entscheidung und Überzeugung. Doch ich kann auch verstehen und tolerieren, dass das nicht für alle Schizophrenie-Erfahrenen ein gangbarer Weg ist. Denn im Gegensatz zu vielen meiner LeidensgenossenInnen habe ich das Glück, dass mein Organismus auf geringe Dosierungen reagiert und ich nach jahrelangem Testen mit Unterstützung meiner ÄrztInnen Präparate gefunden habe, die so gut wie keine Nebenwirkungen bei mir hervorrufen. Und ich wurde niemals gegen meinen Willen behandelt.

Die schlimmste Nebenwirkung der Schizophrenie ist immer noch das Stigma, das den Menschen anhaftet, die das Pech haben, sie selbst erfahren zu haben. Ich fürchtete mich nach meinem ersten Spitalsaufenthalt

in der Kleinstadt, wo ich damals lebte, so sehr das Haus zu verlassen, dass ich am liebsten unter dem Pflaster gegangen wäre. Um nicht etwa Menschen auf der Straße begegnen zu müssen, die mich möglicherweise für mein gelegentlich bizarres Verhalten in meiner Phase der Ausnahmesituation verurteilen könnten. Ich schämte mich dafür, was mir passiert war.

Nicht nur einmal bekam ich zu hören, dass ich mich einfach nur „zusammennehmen“ müsse, dann würde es mir sofort besser gehen und so weiter. Das Vorurteil „Selber schuld“ ist jedoch noch das mildeste. Schlimmer ist der Irrglaube, diese Krankheit führe zur Verblödung. Eine sinngemäße Äußerung dieser Art musste ich aus dem Mund eines vor Jahren in meiner Wohnsitzgemeinde niedergelassenen Psychiaters hören. Alle Anwesenden übergangen dieses Outing völliger Unwissenheit dezent. Und dem Begriff Schizophrenie haftet noch immer ein gewisser Mythos von Unheimlichkeit, ja Gefährlichkeit an. Irreführende und entstellte Berichte in den Medien nähren regelmäßig die Mär, alle Schizophrenie-Kranken seien potenzielle Gewalttäter.

Tatsächlich geschieht es immer wieder, dass Professionelle in ihrer persönlichen Neigung, alles zu simplifizieren und zu schubladisieren, nicht nur ihre PatientInnen stigmatisieren, sondern auch ihren gesamten Berufsstand diskreditieren. Bemühungen von Fachleuten, die Ursachen schizophrener Erlebens

mit wissenschaftlichen Beweisen auf einen einzigen gültigen Nenner bringen zu wollen, halte ich für beschränkt. Vielmehr kann ich mich der Ansicht anschließen, dass Schizophrenie-Erfahrene nicht immer über wirksame Werkzeuge und Strategien verfügen, die das Leben in unserer konsum- und erfolgsorientierten Gesellschaft mit all ihren Mängeln und Gefahren erleichtern. Wie zum Beispiel ein „dickes Fell“ und einsatzfreudige Ellenbogen oder ausreichende Verdrängungsmechanismen.

Ich wünsche mir eine breitenwirksame Aufklärung, die geeignet ist, alle unsinnigen Ansichten und Vorurteile zu beseitigen. Und eine offene und groß ausgetragene Diskussion darüber, was Schizophrenie ist/sein kann. Für mich ist sie eine aufschlussreiche Erfahrung der eigenen Grenzen und Möglichkeiten. Ich gestatte mir, diese Erfahrung als Bereicherung anzusehen und als Chance zu Veränderung und Weiterentwicklung. Meinen Beitrag zur Aufklärung leiste ich im Kleinen, indem ich in meinem unmittelbaren Umfeld Nicht-Betroffenen über meine Erfahrungen und Beobachtungen erzähle. Und in einem langfristig angelegten Projekt meiner künstlerischen Arbeit sammle ich Fundstücke und Fotos, die ich zusammenfüge, um typische „Botschaften“, wie sie in einer schizophrenen Phase empfangen und verarbeitet werden, für Nicht-Erfahrene lesbar und nachvollziehbar zu machen.

# Erfahrungsbericht einer Angehörigen

Elisabeth Müller

## **Kurzbiografie der Familie Müller**

(Namen geändert)

## **Zeitraum des Erfahrungsberichtes 2004 – 2007**

### **Familienmitglieder:**

**Vater:** Werner, Jg. 1947, Angestellter in Frühpension

**Mutter:** Elisabeth, Jg. 1951, Hausfrau

### **Kinder:**

Anna, Jg. 1975

Walter, Jg. 1980

Michael, Jg. 1981

Susanne, Jg. 1985

Simone, Jg. 1995

---

## **Erfahrungsbericht einer Mutter**

---

**2004**

Die schizophrene Erkrankung meines Sohnes wurde zuerst am Arbeitsplatz erkennbar. Die Familie hat davon aber nichts zu hören bekommen. Er war ja erwachsen. Mich haben zu diesem Zeitpunkt seine unhaltbaren Vorwürfe sehr verletzt. Er sagte oft: „Du schnüffelst in meinem Zimmer und in meinen Sachen.“ Ich habe darauf eine Zeit lang sein Zimmer nicht mehr betreten und nicht mehr aufgeräumt. Er hat sich entschuldigt und die Geschichte ging von vorne los.

Bald darauf fand ich in seiner Arbeitshose ein Blatt, auf dem ihm die fristlose Kündigung angedroht wurde, falls sich ein bestimmtes Vorkommnis wiederholen sollte. Jetzt, im Nachhinein, taucht bei mir immer wieder die Frage auf, war es ein Hilferuf oder hatte er das Blatt einfach vergessen.

Ein halbes Jahr später platzte er in unseren gemütlichen Fernsehabend mit dem Satz: „Ich habe gekündigt. Ich will eine Auszeit nehmen, vielleicht verreisen.“ Ich hatte meine Zweifel. Die erste Zeit schaute es aus, als würde er neue Arbeit suchen oder die Reise organisieren. Dann lag er nur noch zu Hause herum.

Mein Mann wurde ärgerlich und meinte: „Unser Sohn soll Arbeit annehmen. Es ist egal, was man tut. Faul herum liegen gibt es nicht.“ Ich vermutete zu diesem Zeitpunkt schon, dass Michael krank war. Deshalb versuchte ich, meinen Mann mit allen möglichen Argumenten zu beruhigen und den Sohn abzuschildern. Meine zwei erwachsenen Töchter unterstützten mich dabei. Unserer jüngsten Tochter, Simone, damals 8 Jahre alt, gelang es durch ihre kindliche Unbefangenheit oft, die schwierige Situation zu entschärfen. Unser ältester Sohn, Walter, konnte mit dem Verhalten seines Bruders schon damals und bis heute nicht umgehen. Sobald er konnte, zog er aus.

Michael nahm dann wieder am Familienleben teil. Ich freute mich und dachte, es gehe ihm besser.

## 2005

Am 1. April liegt ein Zettel auf dem Tisch. In fürchterlicher Schrift steht geschrieben: „Bin weg – rufe an.“ Darunter steht sein Name fast unleserlich. Ich bin geschockt und weine. Es kommen viele Fragen. Ist ihm der Abschied so schwer gefallen? Hat er uns etwas vorgespielt, damit wir ihn in guter Erinnerung behalten? Wann werden wir ihn wieder sehen? Nach drei Tagen ist er am Abend wieder da. Alles ist gut. Zwei Tage später ist er wieder weg. Diesmal nehme ich es gelassener. Am anderen Tag ruft Michael aus London an. Er überfällt mich mit der Frage: „Warum schickst du Leute hinter mir her?“ Seine Stimme klingt verschwommen und gehetzt. Ich erkläre ihm, dass ich ihm nicht Leute nachschicken kann, wenn ich nicht weiß, wo er ist. Es folgt eine kurze Pause, dann sagt er: „Ich fühle mich verfolgt.“ Auf meine Frage, in welcher Form diese Verfolgung stattfindet, kann er keine Antwort geben. Ich beende das Gespräch mit den Worten: „Michael, komm heim.“ Er antwortet plötzlich ganz klar: „Heute gibt es keinen Flug mehr, aber ich komme morgen.“ Am nächsten Abend ist er da. Ich bin erlöst und glücklich, mein Mann auch.

Michael bleibt nun zu Hause und verunsichert alle mit seinem Verhalten und seinen Fragen. Am 2. Mai verlangt er plötzlich einen Psychiater. Da es Sonntag ist, erreichen wir keinen Facharzt. Deshalb fährt mein Mann mit ihm ins Krankenhaus. Er kommt vier Stunden später völlig erschöpft heim und meint: „Das mache ich nie wieder.“ Michael wollte auf halber Strecke umkehren. Im Krankenhaus musste mein Mann kämpfen, dass unser Sohn aufgenommen wurde.

Wir wurden zu einem Arztgespräch eingeladen. Die Ärztin erkundigte sich bei Michael nach seinen Freundinnen und seinem Sexualleben. Ich fand dies in Gegenwart der Eltern taktlos und unangebracht. Ich berichtete, dass meine Mutter an Schizophrenie erkrankt war.

Ein paar Tage später brach Michael seine Behandlung ab und erklärte, er wolle sein Leben nun selber in die Hand nehmen. Ich hätte mir von der behandelnden Ärztin mehr Überzeugungsarbeit gewünscht. Auch mein Mann hatte Bedenken auf Grund seiner eigenen Erfahrungen mit früheren Depressionen. Mir hatte er

bis dahin nichts davon erzählt. Daheim reduziert Michael sofort seine Medikamente, damit er wieder Auto fahren kann. Auf Zureden unseres Hausarztes vereinbart er einen Termin mit einem Sozialarbeiter. Als dieser ins Haus kommt, weigert er sich, mit ihm zu reden. Er ist schon wieder in einem schlechten Zustand.

Zum Glück teilt er uns mit, dass er nicht mehr versichert ist. Er will daran aber nichts ändern. Diese Situation können wir so nicht hinnehmen. Wir wollten Michael vor finanziellem Schaden bewahren. Er hatte bisher soviel gearbeitet, bescheiden gelebt und gespart. Nach vielen Gesprächen mit zuständigen Stellen regten wir eine Sachwalterschaft an.

Es folgten sehr schwierige Wochen, während der wir immer wieder versuchten, ihn zu einer Behandlung zu bringen, jedoch ohne Erfolg. Michael bombardierte hauptsächlich mich mit Vorwürfen. Ich hätte ihn beim ersten Arztgespräch schlecht gemacht und ihm dadurch geschadet. Ich hätte einen Krankenhausaufenthalt befürwortet und nun sei er als „Spinner“ abgestempelt. In der Nacht klopfte er an die Wand oder an die Zimmertüren von Susanne und Walter. Abwechselnd schlief Michael im Auto, auf dem Balkon oder auf dem Boden vor seinem Zimmer. Für meinen Mann war diese Zeit sehr schwer zu ertragen. Bei ihm hatte sich zudem erneut eine Krebserkrankung bemerkbar gemacht. Er jammerte viel, was für mich auch anstrengend war. Eines Tages klagte er sein Leid unserem Ortspfarrer. Wie er mir anschließend berichtete, war die Reaktion des Pfarrers: „Euer Sohn wird noch tiefer fallen müssen, bis er krankheitseinsichtig wird.“ Über diese Antwort geriet ich in unglaublichen Zorn.

Von einer bekannten Frau erfuhr ich, dass mein Mann mich sehr gelobt hätte und erzählt, wie stark ich wäre. Ich könne mit der Erkrankung von Michael viel besser umgehen als er. Mein Mann zog sich immer mehr zurück. Er ging auch nicht mehr zu den Treffen der Selbsthilfegruppe für Krebspatienten, wohin ich ihn ein paar Mal begleitet hatte. Ich war über sein Verhalten sehr enttäuscht.

An einem sehr schwierigen Tag wies er unseren Sohn aus dem Haus. Ich habe sehr geweint und große Angst ausgestanden. Aber Michael kam nach zwei Tagen wieder zurück. Er setzte sich jetzt öfter

auf die Terrasse, zuerst mit billigem Wein, den er sich gekauft hatte. Weil ihm dieser nicht schmeckte, wechselte er zum Bier. Auch davon trank er nur die Hälfte, verschüttete den Rest und warf die leere Flasche in den Garten. Er führte laute Selbstgespräche und fing an, dabei auch die Nachbarn einzubeziehen und zu beschimpfen. Deshalb gingen zwei Wochen später auch mir die Nerven durch. Ich drohte meinem Sohn mit den Worten: „Wenn du nicht weißt, wie du dich zu benehmen hast, kannst du gehen.“ Kurz darauf ging er tatsächlich. Nach einiger Zeit kam er wieder zurück mit einer Flugkarte nach Amerika und verschwand wieder für einige Tage.

Vom Hausarzt hatte ich inzwischen von der Selbsthilfegruppe des Vereines HPE erfahren. Ich ging zu einem Gruppentreffen und erzählte von den Vorkommnissen und meiner Sorge, dass Michael sich in Schulden stürzt. Ich erhielt die Anregung, bei der Bank anzurufen und zu bitten, dass der Überziehungsrahmen auf seinem Konto gesperrt wird. Das tat ich dann auch, worauf Michael sein ganzes Geld abhob und im Rucksack zu einer anderen Bank trug.

Auch die Sachwalterschaft zu bekommen, gestaltete sich schwierig, weil Michael Termine nicht einhielt und sogar bei einem Hausbesuch des Richters nicht bereit war, mit ihm zu sprechen. Kurz vor Weihnachten folgte wieder ein sehr mühsamer Krankenhausaufenthalt. Von Michael erfuhren wir nur, dass er von der Rettung dort hingebacht wurde, aber nicht, weshalb. Michael lehnte alle Angebote zur Beschäftigung und kreativen Tätigkeiten ab, klagt aber über Langeweile. Bei meinen Besuchen höre ich von ihm alte Beschuldigungen und Vorwürfe. Er bildet sich ein, das Pflegepersonal lacht ihn aus und hilft ihm nicht. Er jammert über Krämpfe. Ich weiß nicht, was ich glauben soll, aber ich leide mit meinem Sohn.

Nachdem Michael nicht bereit ist, sich wirklich einer Behandlung zu stellen, aber unbedingt heim möchte, raten mir die Ärzte, diesem Wunsch nicht zu entsprechen. Mein Mann und die beiden erwachsenen Töchter finden das auch richtig. Ich füge mich und teile Michael diesen Entschluss mit. Zuhause weine ich viel. Die mittlerweile bestellte Sachwalterin will sich um eine Wohnung kümmern. Mir fällt es sehr schwer, Michael loszulassen. Was mich besonders stört, ist die Tatsache, dass es niemand kümmert, wie

ich mit meinem Mann zurechtkomme. Er explodiert bei jeder Kleinigkeit, isst unkontrolliert und schläft nur wenig. Es wird als selbstverständlich angesehen, dass ich das einfach aushalten muss.

Beim nächsten Treffen von HPE schneide ich dieses Thema an und erwarte, dass die anderen Frauen meine Empfindungen bestätigen und Verständnis zeigen für meinen Schmerz, meinem Sohn die Türe zu weisen. Stattdessen wurde mir von einer Mutter erzählt, dass deren Sohn zwei Jahre im Ausland unter Brücken gelebt hat. Als er heimkehrte, erklärte sie ihm, er könne in diesem Zustand nicht bei ihr wohnen. Ich war geschockt und am Boden zerstört. Wenn ein Kind Mist baut, wäre diese Handlungsweise für mich vielleicht verständlich, aber nicht bei einem Kranken. Ich denke, diese Frauen sind vielleicht durch alles, was sie durchgemacht haben, so abgestumpft, dass sie Gefühle nicht mehr zulassen wollen oder können.

Die Geschichte beschäftigt mich tagelang. Im Hinterkopf kommt der Gedanke, dieser Sohn hat vielleicht wie meiner gehandelt. Vielleicht wollte diese Mutter erreichen, dass er eine Therapie beginnt.

Ich weise den Gedanken weit von mir und möchte ihn verdrängen. Aber er lässt mir keine Ruhe und ich bitte die Frau, die diese Geschichte in der Gruppe erzählt hatte, um ein Gespräch. Ich weiß, dass sie selbst auch einen psychisch kranken Sohn hat. Diese Frau hat es mir leicht gemacht, mit ihr ins Gespräch zu kommen. Sie ging mit mir noch einmal das Beispiel durch, das sie erzählt hatte und berichtete vom guten Ende der Geschichte. Dieser junge Mann hatte nach einigen Wochen, in denen er im Dorf der Eltern herumzog, eine Therapie begonnen und meistert sein Leben nun recht gut. Von dieser Mutter erfuhr ich auch, einem Kind die Türe zumachen bedeutet noch lange nicht, es fallen zu lassen. Was ich durch dieses Erlebnis gelernt habe, ist unbezahlbar und es gibt mir viel Kraft.

Neben der Selbsthilfegruppe von HPE besuchte ich nun auch den Trialog, eine monatliche Gesprächsrunde von Angehörigen, Betroffenen und professionellen Helfern. Auch hier fand ich viel Verständnis und Unterstützung.

Wohin geht Michael, wenn er entlassen ist? Um dieses Thema drehen sich die Gespräche in der Familie. Wir müssen in absehbarer Zeit eine Lösung finden. Aber vorerst kommt er vom Krankenhaus heim. Michael bewirbt sich in der kommenden Zeit bei verschiedenen Firmen. Bei jeder Absage zieht er sich länger in sein Zimmer zurück. Ich fürchte, dass er wieder in eine Depression fällt. Mit dem Einverständnis des Richters kauft er sich im Sommer ein Auto. Ich ärgere mich darüber sehr. Meiner Meinung nach sollte er zuerst Arbeit und ein fixes Einkommen haben.

Im August beginnt er wieder zu arbeiten. Er arbeitet sehr viel und zu unterschiedlichen Zeiten. Bald darauf verändert sich sein Verhalten. Er ist unruhig und aggressiv. Ich rufe Michaels Personalchef an und frage ihn, ob Michael noch arbeitet. Er erklärt mir, dass Michael ein super Arbeiter ist, aber immer mehr zum Einzelgänger wird. Er wird ihn beobachten.

Leider wurde sein Verhalten immer unkontrollierter. Alle bisherigen Verhaltensformen waren in verstärktem Ausmaß wieder da. Nur den Alkohol mied er. Er wurde aggressiver und begann, alle möglichen Gegenstände auf den Boden und an die Wand zu schleudern. Er schlief nicht mehr und eine erneute Zwangseinsweisung wurde notwendig.

In diesen Wochen fühlte ich mich restlos überfordert. Meinem Mann ging es psychisch sehr schlecht. Er jammerte ständig, machte die Nacht zum Tage und fing mit anwesenden Bauarbeitern Streit an, den ich schlichten musste. In der Nacht konnte ich höchstens vier Stunden am Stück schlafen. Ich war hilflos und reagierte ungeduldig.

Auch die Nachricht, dass Michael im Krankenhaus mit Elektro-Krampf-Therapie behandelt wurde, machte mich sehr betroffen. Ich weinte wieder viel und fand, so wie in schlimmen Zeiten zuvor, Trost und Kraft im Gebet. Beim Gespräch mit einer Ärztin im Krankenhaus beklagte ich mich über meinen Mann und meinte: „Es kann doch nicht sein, dass ein Familienmitglied alle Rücksicht für sich in Anspruch nimmt und ein anderes dafür hinausgeekelt wird.“ Ich wollte immer noch nicht wahrhaben, dass eine räumliche Trennung für unseren Sohn wichtig wäre. Ich bekam zur Antwort: „Wenn Sie Ihrem Sohn alle Wün-

sche erfüllen, wird er mit 70 Jahren noch im gleichen Zustand bei Ihnen sein.“

Mein Mann hat Michael bei diesem Krankenhausaufenthalt nie besucht und nur einmal an einem Arztgespräch teilgenommen. Deshalb zog ich mich von meinem Mann zurück. Er sollte spüren, wie es ist, wenn die Frau und Mutter Grenzen setzt.

Kurz vor Weihnachten erklärte Michael: „Ich will nach der Entlassung zu 70% arbeiten und den Werkmeisterkurs machen.“ Die ganze Familie war der Meinung, dass es zu diesem Zeitpunkt zu früh wäre und nicht gut gehen könne. Ich bat um ein Arztgespräch und teilte meine Bedenken mit. Die Eigenverantwortung unseres Sohnes wurde mir dagegen gehalten. Es gab keinen Kompromiss. Nach dieser Begegnung kam unser Sohn acht Wochen, auch über Weihnachten, nicht heim und ließ nichts von sich hören. Ich teilte seinem Personalchef meine Sorgen mit. Er war froh, auch meine Sicht zu kennen.

## 2006

Ab diesem Zeitpunkt hielt ich mich aus allem heraus. Ich weiß weder genau, wann Michael vom Krankenhaus in eine Wohngemeinschaft übersiedelt ist, noch wann er begonnen hat, zu arbeiten. Er telefonierte ab und zu mit Susanne und Simone und traf sie auch manchmal. Schon bald zog er von der Wohngemeinschaft in eine Kleinwohnung. Da begann er auch wieder, uns zu besuchen. Im September 2006 brach bei meinem Mann wieder Lymphdrüsenkrebs aus. Er musste in ein Krankenhaus. Während er auf der Intensivstation lag, hat Michael seinen Vater fast täglich besucht.

## 2007

Mein Mann starb am 23. Februar 2007. Der Gesundheitszustand unseres Sohnes ist aus meiner Sicht schwankend. Er arbeitet jedoch sechs bis acht Stunden pro Tag. Er kommt mich und seine Schwestern regelmäßig besuchen. Ich bin froh, dass ich den Kontakt zu ihm habe und wünsche ihm und uns eine weitere Stabilisierung.

# Angehörige und ExpertInnen: Ihre Rollenbeziehung bei der Bewältigung der Schizophrenie

Heinz Katschnig

---

## Vorbemerkung

---

*Dieser Beitrag befasst sich mit den verschiedenen Möglichkeiten der Einbindung der Angehörigen von Personen, die an Schizophrenie leiden, in die Bewältigung der Krankheit und der schwierigen Lebenssituation.*

*Die Darstellung beruht weitgehend auf den eigenen Erfahrungen und Konzeptualisierungen der Kooperation mit Angehörigen psychisch Kranker in den vergangenen dreißig Jahren, zuerst am Institute of Psychiatry bei Professor John Wing an der Universität London, dann an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien in Zusammenarbeit mit Teresa Konieczna und schließlich in Kooperation mit Helmut Michelbach und Michaela Amering in der Pension Bettina, die ich vor über 20 Jahren als „Lebensschule für die Familie mit einem an Schizophrenie erkrankten Mitglied“ in Wien ins Leben gerufen habe (s. Anhang).*

*Meine Publikationen dazu, auf denen dieser Artikel aufbaut, finden sich im Literaturverzeichnis und sind nicht im Artikel selbst zitiert.*

*Einige neuere empirische Arbeiten zur Angehörigen-thematik aus Österreich finden sich ebenfalls im Literaturverzeichnis.*

Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, leiden in erster Linie an Behinderungen in ihren kommunikativen und sozialen Fähigkeiten. Durch diese Behinderungen beim Knüpfen und Aufrechterhalten von neuen Beziehungen kommt es häufig zu Rückzug und Isolierung und in der Folge zu einem zusätzlichen Verlernen von sozialen Fertigkeiten. Um dies zu vermeiden, erscheint es wichtig, dass schizophrene PatientInnen ihre schon vor der Zeit der Erkrankung bestehenden sozialen Beziehungen aufrechterhalten.

Das Ziel einer Angehörigenarbeit, die sich diesem Gedankengang verpflichtet fühlt, kann deshalb nicht die Trennung von der Familie sein, wie sie in manchen familientherapeutischen Ansätzen angestrebt wird, in denen die Familie lediglich unter dem Aspekt der Belastung für die PatientInnen und die Verhinderung der Entwicklung ihrer Autonomie gesehen wird, sondern geradezu das Gegenteil: Eine so begründete Arbeit mit Angehörigen wird danach trachten müssen, die familiären Bindungen aufrecht zu erhalten, die diese PatientInnen wegen des relativ frühen Erkrankungsalters sehr häufig noch besitzen. Einem mittelgradig bis schwer behinderten schizophrenen Patienten geht es nach dieser Auffassung in seiner Familie besser als in jeglicher Institution oder in sozialer Isolation. Wir selbst haben uns bei unserer Angehörigenarbeit in Wien von Anfang an von diesem Gedanken leiten lassen.

Den Kontakt zur Herkunftsfamilie aufrecht zu erhalten ist aber nicht nur wichtig, weil ein Patient in den Beziehungen zu seinen Familienmitgliedern gleichsam schon „zu Hause“ ist, sondern auch deshalb, weil das Engagement und die Motivation zur Hilfe bei Verwandten (besonders, wenn es sich, wie bei der Schizophrenie so häufig, um Eltern handelt) in der Regel größer sind. Die Familie garantiert so im Allgemeinen besser als sozialpsychiatrische Institutionen – die durch eine hohe Personalfuktuation gekennzeichnet sind – eine konstante und kontinuierliche, vielfach auch lebenslange Hilfe für einen in seinen sozialen Fertigkeiten behinderten Menschen, der außerdem gegen Veränderungen seiner Lebenssituation besonders empfindlich ist.

Freilich finden wir uns im therapeutischen Alltag immer wieder mit PatientInnen konfrontiert, die zu ihrer Herkunftsfamilie praktisch keine Kontakte mehr haben, sei es, weil sie von ihren Angehörigen mehr oder weniger verstoßen worden sind, sei es, weil sie selbst aus einer komplizierten Familiensituation geflüchtet sind. Dies weist uns darauf hin, dass die familiäre Situation dieser PatientInnen oft durch emotionale Spannungen gekennzeichnet ist, und dass man den Aspekt, dass die Familie für den Patienten eine Stütze sein kann, nicht naiv sehen darf. Viele PatientInnen haben aber noch Beziehungen zu ihren Angehörigen, zu denen sie nach dem Krankenhausaufenthalt zurückkehren können. Diese Angehörigen sind prinzipiell auch bereit, sich um die PatientInnen zu kümmern, können aber ohne fremde Hilfe in diesen Bemühungen oft nicht das richtige Maß finden und werden im Laufe der Zeit entweder überbesorgt und überfürsorglich und dadurch oft müde, verzagt und hoffnungslos, oder auch reizbar, verbittert und abweisend. Wenn wir davon ausgehen, dass die Familie unter den gegebenen Umständen für einen behinderten schizophrenen Patienten vielfach die bestmögliche soziale Umgebung darstellt – dass die Angehörigen vielleicht belastend, aber auch sehr hilfreich sein können –, dann müssen wir sicherstellen, dass den Familien selbst auch geholfen wird. Welche Formen dieser Hilfe es heute gibt, wie sie praktisch durchgeführt werden und welche Erfolge damit erzielbar sind, soll in diesem Artikel geschildert werden.

## Traditionelle Rollen und die neue Rolle der Angehörigen

Zum besseren Verständnis dieses Ansatzes erscheint es nützlich, sich zunächst ein Bild von den Rollen zu machen, die die Angehörigen psychisch Kranker in den Augen der PsychiaterInnen bisher gespielt haben, und in Abhebung davon ein neues Selbstverständnis der Angehörigen zu skizzieren, das sich im Rahmen von Selbsthilfeaktivitäten langsam zu entwickeln beginnt. Wir können vier traditionelle „Rollen“ des Angehörigen in der Psychiatrie unterscheiden: der Angehörige als Anamneselieferant, der Angehörige als Gegenstand genetischer Forschungsprojekte, der Angehörige als Verursacher der Schizophrenie und der Angehörige als Opfer der Schizophrenie.

Im klinischen Alltag haben Angehörige psychisch Kranker schon immer – hier ähnelt die Psychiatrie der Pädiatrie – die Rolle von Auskunftspersonen über den Patienten gehabt. Dahinter steht – in der Pädiatrie wie in der Psychiatrie – das Konzept, dass die PatientInnen über sich selbst nicht oder nicht genügend Auskunft geben können und für den helfenden Experten deshalb die zusätzliche Information einer an den Geschehnissen beteiligten Person notwendig ist. Nicht ganz unzutreffend wurde diese Rolle mit dem Begriff „Anamneselieferant“ charakterisiert.

Die zweite Rolle ist die eines Forschungsobjektes im Rahmen von genetischen Studien. Um Familienstambäume psychisch Kranker zu eruieren, wurden und werden in derartigen Forschungsprojekten die Angehörigen psychiatrisch exploriert, ohne dass man sich in der Regel dann weiter um sie kümmert.

Von einer sich als fortschrittlich verstehenden psychiatrischen Richtung, die in den fünfziger Jahren in den USA entstand, werden die Angehörigen gerne als Verursacher der Schizophrenie, als „Täter“, gesehen, was sich in vielen populärwissenschaftlichen Schriften niedergeschlagen hat, ohne dass ein wissenschaftlicher Beweis für diese These besteht. Die in Taschenbuchform leicht zugängliche entsprechende Literatur hat viele Angehörige, besonders Eltern, in tiefe Zweifel darüber gestürzt, wie sehr sie denn selbst an der Erkrankung ihres Familienmitgliedes Schuld tragen.

Einen dazu konträren Aspekt hat die Sozialpsychiatrie seit Ende der sechziger Jahre herausgestrichen: Die Angehörigen als „Opfer“ der Krankheit, durch die sie in ihrer Lebensqualität Einbußen erleiden und körperlich und seelisch mehr oder minder stark beeinträchtigt sind. Seit durch sozialpsychiatrische Initiativen viele PatientInnen nicht mehr ein Leben lang in psychiatrischen Anstalten sind, sondern den größten Teil ihres Lebens wieder in ihren Familien verbringen, ist diese Belastung besonders groß geworden.

Anamneselieferant, Gegenstand von genetischen Studien, Täter, aber auch Opfer sein – dies alles ist im Grunde genommen eine unbefriedigende Identität, die den Angehörigen mehr oder minder zur Passivität verdammt und seine intellektuellen wie auch emotionalen Bedürfnisse nicht befriedigt. Es ist deshalb verständlich, dass Angehörige psychisch Kranker an verschiedenen Orten dazu übergegangen sind, Selbsthilfeaktivitäten in Gang zu setzen, die mit einem mehr aktiven und positiven Selbstverständnis verknüpft sind.

Die Entwicklung derartiger Selbsthilfeaktivitäten ist auch auf dem Hintergrund des gerade bei der Schizophrenie trotz aller Fortschritte noch sehr hohen Anteils mangelhafter Therapieerfolge zu sehen und in dem generellen Trend zu mehr Selbstbewusstsein und Selbsthilfe der „Konsumenten“ im Gesundheitswesen einzuordnen. So entstand, nachdem in Frankreich schon 1963 die „Union Nationale des Amis et Familles des Malades Mentaux“ (UNAFAM) gegründet worden war, Anfang der siebziger Jahre in Großbritannien die „National Schizophrenia Fellowship“ (NSF), in Wien im Jahre 1977 die Angehörigenvereinigung „Hilfe für Psychisch Kranke“ (HPE; s. den Beitrag von Ladinser in diesem Bericht) und 1979 in den USA die „National Alliance for the Mentally Ill“ (NAMI).

Die in derartigen Selbsthilfeorganisationen tätigen Angehörigen haben ein neues Selbstverständnis entwickelt, gleichsam eine fünfte „Rolle“ des Angehörigen in der Psychiatrie: Den aktiven und informierten Angehörigen, der die Rolle des Angehörigen bewusst akzeptiert und sich vor der Gesellschaft nicht versteckt; dem die „klassischen“ Rollen, die ihm von der Psychiatrie zugeschrieben werden, bewusst sind. Der akzep-

tiert werden kann, dass er über den Patienten Auskunft gibt, dass er Objekt von genetischen Studien ist, dass sein Verhalten für den weiteren Verlauf der Krankheit möglicherweise nicht unwichtig ist, und der auch weiß, dass er sehr viel mehr leiden muss als andere Menschen, die kein psychisch krankes Familienmitglied haben. Der aber auf der anderen Seite engagiert und motiviert ist, dem Patienten zu helfen, ohne dessen Distanzbedürfnis zu verletzen; der weiß, dass seine und die Interessen des Patienten verschieden sind, der sich aber bemüht, diese Interessensgegensätze zu versöhnen. Dieser „neue Angehörige“ ist natürlich idealtypisch geschildert. Wo immer aber Selbsthilfeaktivitäten entstehen, sind diese Tendenzen eines neuen Rollenverständnisses deutlich erkennbar, wie weiter unten noch zu zeigen sein wird.

---

### **Expertendominanz und Angehörigendominanz: Typen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie**

---

Das Begriffspaar „Expertendominanz – Angehörigendominanz“ ist eine wichtige Dimension für die Unterscheidung verschiedener Formen der Angehörigenarbeit. Es spiegelt die Spannung zwischen professioneller und Selbsthilfe wider, unter der jede Form der Angehörigenarbeit steht und die bewusst mitreflektiert werden muss, wenn die Arbeit einen optimalen Erfolg haben soll.

Die behandelten Themen, die Art der geleisteten Arbeit und das, was mit ihr erreicht werden kann, ist davon abhängig, ob bei einer konkreten Form der Angehörigenarbeit eher die Experten oder eher die Angehörigen „den Ton angeben“ bzw. angeben können. Dies hängt nicht nur von der Persönlichkeit der beteiligten Experten und Angehörigen ab, sondern auch von der ursprünglichen Intention und vom Setting, in dem die Angehörigenarbeit stattfindet. In dieser Hinsicht können vier hauptsächliche Formen der Angehörigenarbeit unterschieden werden, zwei mehr oder weniger expertendominierte und zwei mehr oder weniger angehörigendominierte.

Zu den expertendominierten Formen kann einerseits die Familientherapie im engeren Sinn, andererseits

die heute zunehmend von psychiatrischen Einrichtungen für die Angehörigen ihrer PatientInnen organisierten Gruppen, die „patientenzentrierten Angehörigengruppen“ genannt werden. Diesen beiden Typen können zwei angehörigendominierte Formen gegenübergestellt werden, die im wesentlichen dem Bereich der Selbsthilfe zuzuordnen sind: Die so genannten „angehörigenzentrierten Angehörigengruppen“, wie sie in Wien im Rahmen einer Selbsthilfeorganisation entstanden sind, und die Selbsthilfe im engeren Sinn.

Expertendominanz und Angehörigendominanz werden hier nicht als einander ausschließende Prinzipien verstanden, sondern als graduelle Konzepte. Jeder einzelne Typ der Angehörigenarbeit gibt den Experten wie den Angehörigen die Chance, zu gewissen Zeiten „den Ton anzugeben“, nur ist die Chance dafür bei verschiedenen Formen der Angehörigenarbeit zwischen Experten und Angehörigen jeweils unterschiedlich aufgeteilt.

Mehr experten- und mehr angehörigendominierte Formen der Angehörigenarbeit schließen einander nicht aus; sie können gleichzeitig stattfinden und einander ergänzen. So lernen etwa Experten zunehmend den Wert von Selbsthilfeorganisationen zu schätzen und motivieren Angehörige immer häufiger, sich an Selbsthilfeaktivitäten zu beteiligen. Umgekehrt erleben wir es nicht selten, dass bei manchen Angehörigen durch die Arbeit in einer Selbsterfahrungsgruppe das Bedürfnis nach einer tiefgehenden Familientherapie geweckt wird.

### Expertendominierte Angehörigenarbeit

Bei den beiden hier subsumierten Formen der Angehörigenarbeit, der Familientherapie im engeren Sinn und den patientenzentrierten Angehörigengruppen, findet der Experte den Zugang zu den Angehörigen über den Patienten. Dies erscheint zwar in gewisser Weise selbstverständlich, ist aber eine die Richtung und Möglichkeiten der Arbeit wesentlich mitbestimmende Randbedingung. Es geht hier zwangsläufig zunächst um den Patienten und seine Krankheit und nicht primär um die Not der Angehörigen, wie bei den beiden anderen Typen der Angehörigenarbeit, bei denen die Initiative von den Angehörigen ausgeht. Hier wird in der Regel der ganzen Familie das „Angebot“ einer

Familientherapie gemacht, wenn der entsprechend orientierte Therapeut des Patienten einen „Fall für Familientherapie“ sieht, oder es werden die Angehörigen vom Therapeuten des Patienten „eingeladen“, an einer eigenen Angehörigengruppe teilzunehmen, die in der den Patienten behandelnden Institution stattfindet. Familientherapie und patientenzentrierte Angehörigengruppen als expertendominierte Formen der Hilfe für die Familie sind zwar im Rahmen der therapeutischen Palette, die die Psychiatrie heute anbietet, auch nicht gerade häufig, allerdings noch wesentlich häufiger als die beiden anderen von der Idee der Selbsthilfe geprägten Typen, die wir später darstellen werden.

### Typ 1: Familientherapie

Wie mannigfaltig die verschiedenen familientherapeutischen Schulen ihre Vorgangsweise und ihre Ziele auch definieren mögen, das Gemeinsame der familientherapeutischen Ansätze besteht darin, dass die Familieninteraktionen als solche Gegenstand der Behandlung sind. Dies bedeutet, dass sämtliche Familienmitglieder, der Patient mit eingeschlossen, an den Therapiesitzungen teilnehmen müssen. Dies und die Notwendigkeit, sich als Bestandteil eines gestörten Systems zu sehen, ja vielleicht sogar als Ursache für die Krankheit, ist ein Hemmfaktor für viele sich als unbeteiligt erlebende Angehörige, sodass solche für notwendig erachtete Familientherapien häufig gar nicht zustande kommen.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Selektion von Familien, die letztlich tatsächlich eine solche Familientherapie beginnen, recht spezifisch ist und in erster Linie dadurch gekennzeichnet ist, dass ein größerer Teil der so behandelten Familienmitglieder eine gewisse „Expertengläubigkeit“ besitzt. Außerdem können gerade bei schizophrenen PatientInnen mit kognitiven Störungen Gruppengespräche, wie sie in der Familientherapie üblich sind, eine beträchtliche Belastung darstellen und dazu führen, dass die geringe Toleranzschwelle des Patienten überschritten wird und er deshalb ausbleibt. Therapieabbrüche sind bei Familientherapien mit einer schizophrenen Erkrankung nicht selten.

Wie neu der interaktionistische Ansatz der Familientherapie auch sein mag, das gesamte Setting der Therapie – die Familie kommt zu einem Experten,

der zwar „mit der Familie arbeitet“, der aber, je nach theoretischer Ausrichtung, ein bestimmtes begriffliches Rüstzeug mitbringt und dieses Expertenwissen beim Erarbeiten von Problemlösungen einsetzt – dieses Setting lässt sich als eindeutig expertenorientiert charakterisieren, zumindest im Vergleich zu den anderen noch zu schildernden Typen der Angehörigenarbeit, die sich nicht nur in ihrem Arbeitsstil von der Familientherapie unterscheiden, sondern auch in dem möglichen Spektrum bearbeitbarer Probleme.

### **Typ 2: Patientenzentrierte Angehörigengruppen**

Mit „patientenzentrierten Angehörigengruppen“ sind die an vielen psychiatrischen Institutionen eingeführten Angehörigenrunden oder Angehörigengruppen gemeint, die so zustande kommen, dass sich die TherapeutInnen des Patienten mit seinem Einverständnis an Eltern und andere Angehörige wenden und diese dazu motivieren, zu regelmäßigen Gruppensitzungen ins Krankenhaus zu kommen. Auch hier ist also die Kontaktaufnahme zwischen Therapeut und Angehörigem durch den Patienten vermittelt, dessen Krankheit und Behandlung notgedrungen zunächst das Hauptthema der Gruppenarbeit ist, obwohl der Patient selbst in der Regel an den Gruppensitzungen nicht teilnimmt. Deswegen nennen wir diese Form „patientenzentriert“.

Durch die gleichzeitige Anwesenheit mehrerer Angehöriger, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben, einander ihr Leid klagen können, füreinander Verständnis aufbringen, das sie außerhalb dieser speziellen Situation schwer finden, eröffnen sich Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung, die in familientherapeutischen Settings nicht realisierbar sind. Die Anwesenheit von anderen Angehörigen ermöglicht es, dass eine gewisse „Trauerarbeit“ geleistet wird, durch die von vielen Angehörigen zum ersten Mal akzeptiert werden kann, dass es sich um eine ernste Erkrankung eines Familienmitgliedes handelt. In jeder Gruppe gibt es Angehörige, die im Hinblick auf die Aufgabe von „Verleugnungstendenzen“ verschieden weit gekommen sind, und die „weniger Fortgeschrittenen“ können von den „Fortgeschrittenen“ dazulernen. Das gilt auch für andere Verhaltensweisen, wie etwa für die Fähigkeit, die richtige Distanz zum

Patienten und das optimale Ausmaß der notwendigen Fürsorge zu finden. Jemand anderem einen Ratschlag zu erteilen, eröffnet darüber hinaus einem selbst die Chance, sich als kompetent zu erleben, was zu einer Hebung des Selbstwertgefühls beiträgt. Eine solche Gruppenarbeit bietet sehr vielen verzagten und zurückgezogenen Angehörigen wieder die Möglichkeit – oft nach langer Zeit der sozialen Isolation – Kontakte zu Personen außerhalb der Kernfamilie aufzunehmen. Durch diese Erweiterung des sozialen Netzwerkes allein kann es schon in vielen Familien zu einer wesentlichen Entspannung der Situation kommen, die letztlich auch dem Patienten nützt.

Die Tatsache aber, dass der Therapeut des Angehörigen entweder gleichzeitig der Therapeut des Patienten ist, oder dass er zumindest zur gleichen Institution gehört, in der der Patient behandelt wird, legt dieser Form von Angehörigenarbeit gewisse Schranken auf, die bei der später noch zu schildernden „angehörigenzentrierten Gruppenarbeit“ nicht bestehen. So können viele Angehörige gerade durch die manchmal als drängend erlebte Einladung des Therapeuten ihres Patienten, an solchen Angehörigengruppen teilzunehmen, einen gewissen Vorwurf empfinden, wodurch latente Schuldgefühle aktualisiert werden. Wenn die Angehörigen dann zusammen mit dem Therapeuten des eigenen Kindes in einer Gruppe sitzen, sind sie nicht in der Lage, diese Schuldgefühle zu bearbeiten, weil sie gerade vor ihm in einem eher günstigen Licht dastehen möchten. Bei dieser Form von Angehörigenarbeit ist immer die Möglichkeit eines gewissen Mangels an Offenheit gegeben, was in der später noch zu schildernden angehörigenzentrierten Gruppenarbeit nicht der Fall ist. Darüber hinaus erweist sich als hinderlich, dass der „Angehörigengruppenmoderator“, wenn er auch Therapeut des Patienten ist, notgedrungen mit Loyalitätsproblemen konfrontiert ist. Er kommt dann oft in das Dilemma, ihm anvertraute Informationen nicht benutzen zu können, weil sich dies einer der Beteiligten ausbedungen hat. Problematischer ist, dass es in dieser Situation für den Therapeuten schwierig ist, wirklich unparteiisch zu sein und nicht überwiegend die Interessen des ihm primär anvertrauten Patienten zu vertreten, was den Offenheitsgrad der Angehörigen natürlich beeinflusst.

Manchmal haben solche Gruppensitzungen die Tendenz, zu Fragestunden auszuarten. Einerseits hängt das mit der wechselnden Zusammensetzung der

Gruppen zusammen – es kommen immer wieder neue Angehörige – und es ist ja auch tatsächlich wichtig, dass die Angehörigen adäquat informiert werden. Andererseits wird dieses Informationsbedürfnis aber oft dazu verwendet, emotionale Probleme zu umgehen. Konkrete Fragen nach der richtigen Medikation für das eigene Kind, Einholen eines Rates, wie man sich in diesem oder jenem Falle wohl am besten verhalten sollte, und ähnliche gezielte Informationsfragen kommen immer wieder, und man hat es als Therapeut schwer, die Antwort zu verweigern. Fast völlig unmöglich ist es aber, bei einer derartigen Form der Angehörigenarbeit die Probleme, die Angehörige mit ÄrztInnen, PsychologInnen und Krankenpflegepersonal haben, durchzuarbeiten. Die Angst, dem Patienten zu schaden, verhindert, dass gegenüber den TherapeutInnen kritische Gefühle zur Sprache kommen.

Aus den genannten Gründen ist es für den Therapeuten nicht ganz einfach, in diesem Setting einer „patientenzentrierten Angehörigengruppe“ sein Expertentum in den Hintergrund treten zu lassen, auch wenn er dies möchte. Diese patientenzentrierten Angehörigengruppen stellen zweifellos eine wesentliche Hilfe für viele Familien dar, wenngleich einzelne Probleme nicht in der Tiefe bearbeitet werden können, wie dies in einer Familientherapie möglich ist, und manche Sorgen der Angehörigen nicht zur Sprache kommen können. Auf jeden Fall kann diese Form der Hilfe für die Angehörigen einer viel größeren Zahl von Familien zugute kommen als die viel schwerer zugängliche Familientherapie.

---

### **Angehörigendominierte Angehörigenarbeit**

---

Das hauptsächliche Kennzeichen der angehörigendominierten Formen der Angehörigenarbeit besteht darin, dass sie von den Angehörigen selbst initiiert wird und von der Tendenz primär für sich selbst und nur sekundär für den Patienten gedacht ist. Praktisch ist eine derartige Konstellation nur im Rahmen von Selbsthilfeorganisationen möglich.

Hierzu gehören zunächst „angehörigenzentrierte Angehörigengruppen“. Das Kennzeichen dieser Gruppenarbeit besteht darin, dass die Experten die Pati-

entInnen dieser Angehörigen in der Regel nicht kennen (was allerdings nur in Ballungszentren konsequent durchgehalten werden kann). Wie noch zu zeigen sein wird, ermöglicht dieses Losgelöstsein vom Patienten wesentliche neue Erfahrungen für die Angehörigen, die in den bisher geschilderten Formen der Angehörigenarbeit nicht oder nur sehr beschränkt möglich sind. Als zweiter Typ der angehörigendominierten Angehörigenarbeit wird hier nur kursorisch die Angehörigenselbsthilfe geschildert (s. dazu den Beitrag von Ladinsler in diesem Bericht).

### **Typ 3: Angehörigenzentrierte Angehörigengruppen**

Ein entscheidender Unterschied zu den bis jetzt geschilderten Formen der Angehörigenarbeit besteht darin, dass sich die Angehörigen von sich aus dazu entschließen, an einer solchen Gruppe teilzunehmen, die an neutralen Orten angeboten wird. Wer dieses „Angebot“ annimmt und wer nicht, wäre eine sehr untersuchenswerte Frage. Offensichtlich sind es in erster Linie Angehörige, die unter einem mittelgradigen Leidensdruck stehen: Wenn sie ihre Probleme ohnehin bewältigen, sind sie zu einer derartigen Arbeit zu wenig motiviert, wenn sie in ihre Probleme maximal verstrickt sind, sehen sie keine Hoffnung mehr.

Alle Vorteile der Gruppenarbeit, wie sie bereits geschildert wurden (siehe Typ 2: Patientenzentrierte Angehörigengruppen) gelten auch für diese Form der Angehörigenarbeit. Darüber hinaus eröffnet aber die Tatsache, dass die professionellen Moderatoren nicht nur nicht TherapeutInnen des Patienten sind, sondern den Patienten in der Regel auch gar nicht kennen, zusätzliche Möglichkeiten, typische Probleme der Angehörigen selbst zu bearbeiten.

Zunächst braucht der Angehörige keine Angst zu haben, dass sein Verhalten in der Gruppe dem Patienten schaden könnte, oder dass der Experte nur die Interessen des Patienten vertritt, was die oben geschilderten patientenzentrierten Gruppen kennzeichnet. Dies führt zu einer größeren Offenheit, die es ermöglicht, emotionale Probleme viel eher und leichter anzusprechen und zu bearbeiten, vor allem auch die oft vorhandene Unzufriedenheit mit der psychiatrischen

Betreuung. Bei dieser Form der Angehörigenarbeit können es sich die Experten eher leisten, zuzugeben, dass die Psychiatrie viel weniger weiß, als manche Angehörige glauben oder vielleicht hoffen (als Therapeut des Patienten hat man wesentlich größere Schwierigkeiten, seine Grenzen einzugestehen, schon allein, weil man nicht allzu entmutigend sein möchte).

Die Experten als „hilflos“ zu erleben, bedeutet für viele Angehörige in diesen Gruppen die Chance, eine realistische Einstellung zu psychiatrischen Betreuungsmöglichkeiten zu gewinnen, die nicht durch übergroße „Gläubigkeit“, aber auch nicht durch irrationale Ablehnung gekennzeichnet ist. In den Betreuungskontakten mit den TherapeutInnen des Patienten ist dann eine solche Einstellung sicher vorteilhaft.

In diesem Setting kommt es auch wesentlich leichter als bei der patientenzentrierten Arbeit dazu, dass die Angehörigen etwas voneinander lernen, also von jemand anderem, der im „gleichen Boot sitzt“, einen Rat entgegennehmen oder sich von seiner Art, mit den Problemen umzugehen, etwas „abschauen“. Die Angehörigen verstehen bald, dass die Experten bewusst im Hintergrund bleiben, und dass damit beabsichtigt ist, das Selbsthilfepotenzial zu stärken. Das Zurückspielen von Fragen ist dabei eine wichtige „Technik“. Die Angehörigen sollen dadurch noch besser verstehen, dass sie selbst Experten für das Zusammenleben mit einem kranken Familienmitglied sind, und dass sie sich das entsprechende Wissen am besten gemeinsam erarbeiten können. Am Ende der wenigen vereinbarten Wochen, die eine solche Selbsterfahrungsgruppe dauert (mit einer Sitzung von eineinhalb Stunden pro Woche), entsteht meistens spontan der Wunsch, die begonnene Arbeit ohne Experten fortzusetzen.

Von den vielen bei dieser Angehörigenarbeit regelmäßig auftretenden Themen seien hier nur einige genannt. Neben den schon erwähnten Problemen der Beziehung zur Psychiatrie lässt sich in einer derartigen, vom Patienten relativ weit entfernten Gruppe auch das Thema „Was tue ich für mich selbst?“ leichter bearbeiten. Allein die Tatsache, dass die Angehörigen aus eigenen Stücken, und nicht nach Aufforderung durch einen Experten, an der Selbsterfahrungsgruppe teilnehmen, bedeutet schon „etwas für sich selbst tun“. Die Angehörigen sind also in gewisser

Weise besonders bereit, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Für viele Angehörige, besonders für Eltern von kranken Kindern, hier besonders wieder für Mütter, ist es ja sehr schwierig, das richtige Maß von Fürsorge zu finden, und es kommt nicht selten zu Erschöpfungszuständen, die auf Überfürsorglichkeit zurückgehen. In jeder Gruppe gibt es Angehörige, die diesen Mechanismus schon klar erkannt haben und den anderen, die „noch nicht so weit“ sind, ein entsprechendes Feedback geben. Ein anderes, immer wieder auftretendes Thema ist die Unsicherheit der meisten Angehörigen darüber, ob ein konkretes Verhalten des Patienten eine Krankheitserscheinung ist oder „nur“ auf den „schlechten Willen“ des Betroffenen zurückzuführen ist. Sich nicht an Vereinbarungen halten, Inaktivität, Probleme im Umgang mit Geld sind typische Kristallisationspunkte dieser Unsicherheit. Die wichtigste Einsicht, die die Angehörigen angesichts dieses Problems in solchen Gruppen gewinnen, ist die, dass dieses Interpretationsproblem des Verhaltens des Patienten nicht eindeutig zu lösen ist. Ein drittes häufiges Thema, das der möglichen Schuld an der Krankheit des Familienmitgliedes, kann ebenfalls in dem vom Patienten losgelösten Gruppen-setting besser bearbeitet werden als in „patientenzentrierten Gruppen“.

#### **Typ 4: Selbsthilfe**

Der vierte logische Typ der Angehörigeninvolvierung ist die am Selbsthilfepol befindliche Angehörigen-selbsthilfe – sie wird im Beitrag von Ladinsger in diesem Buch geschildert

---

### **Schlussbemerkung**

---

Ein wesentliches Element der meisten Formen der Angehörigenarbeit ist die Akzeptierung und Achtung des Angehörigen als eine Person, die selbst in der Lage ist, die schwierige Lebenslage für sich und den Patienten zu verbessern, und der lediglich von professioneller Seite dazu geholfen werden muss, ihr Selbsthilfepotenzial zu realisieren. Interventionsstudien zeigen, dass unterschiedliche Variationen von Angehörigenarbeit erfolgreich sind, was darauf hinweist, dass es möglicherweise gar nicht so wichtig ist, welche spezifische Technik zur Anwendung kommt,

sondern dass die Tatsache allein, dass Experten in einer respektvollen Weise die Probleme der Angehörigen ernst nehmen, ihnen durch die Art der Arbeit ein Gefühl der Selbstständigkeit, mehr Selbstbewusstsein und Hoffnung geben, für den Erfolg ausschlaggebend ist. Zwar mögen spezifische Techniken etwas „Zusätzliches“ bringen, es ist aber denkbar, dass der Gewinn, der allein durch die genannte Haltung des Therapeuten gegenüber dem Angehörigen und durch das „miteinander Arbeiten“ erzielt wird, weit über das hinausgeht, was durch spezifische Techniken zusätzlich erzielbar ist. Es steht heute fest, dass nicht nur hochspezialisierte therapeutische Techniken, wie etwa die Familientherapie, wirksam sind, sondern auch vergleichsweise einfache Maßnahmen, wie Versuche, Einstellungen zu verändern und Wissen zu vermehren, Hilfen für einzelne Mitglieder der Familie oder einfach die Erweiterung des sozialen Netzwerkes durch einen Zusammenschluss in Selbsthilfegruppen. Es spricht vieles dafür, sich beim Versuch, den Familien und damit den PatientInnen zu helfen, zunächst dieser einfachen Mittel zu bedienen.

---

## Literatur

---

Literatur des Autors, auf der der vorliegende Artikel basiert

- Katschnig H (Hrsg.) (1977) Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Katschnig H (1998) Die andere Seite der Schizophrenie – 20 Jahre später. Kontakt 21: 3, 5-7
- Katschnig H (2002) Zur Geschichte der Angehörigenbewegung. Psychiatrische Praxis 29: 113-115
- Katschnig H (2006) Lebensschule statt Therapie oder Psychoedukation. Die Pension Bettina in Wien: gemeinsames Lernen mit Angehörigen psychisch Kranker. Kerbe 4:24-26
- Katschnig H, Amering M (1996) Neutralität und Autonomie – Leitbilder für die Kooperation mit Angehörigen schizophrener Patienten in einem familienorientierten Wohnheim. In: Böker W, Brenner HD (Hrsg.): Integrative Therapie der Schizophrenie. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 377-383
- Katschnig H, Demal U, Scherer M, Aigner M (1998) Wie gehen Familienangehörige von Zwangskranken mit Zwangsymptomen um? Eine Pilot-Untersuchung. In: Lenz G, Demal U, Bach M (Hrsg.) Spektrum der Zwangsstörungen. Forschung und Praxis. Springer-Verlag Wien, New York 87-91
- Katschnig H, Konieczna T (1984) Angehörigenprobleme im Spiegel von Selbsterfahrungsgruppen. In: Angermeyer MC, Finzen A (Hg.) Angehörigenarbeit und Angehörigen-selbsthilfe in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 100–109
- Katschnig H, Konieczna T (1987) The Philosophy and Practice of Self-Help for Relatives of the Mentally Ill. In: Strauss JS, Böker W, Brenner HD (eds.): Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Hans Huber Publishers, Toronto Lewiston N.Y. Bern Stuttgart, 191-200
- Katschnig H, Konieczna T (1989) What works in work with relatives? – A hypothesis. British Journal of Psychiatry 155, Suppl.5: 144 150
- Katschnig H, Konieczna T (1989) Neue Formen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: H. Katschnig (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zu Hause. 3. erweiterte Auflage. Psychologie Verlags Union, München
- Katschnig H, Konieczna T, Michelbach H, Sint PP (1989) Intimität auf Distanz – ein familienorientiertes Wohnheim für schizophrene Patienten. In: Katschnig H, (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zu Hause, 3. erweiterte Auflage. Psychologie Verlags Union, München, 229 242
- Katschnig H, Konieczna T (2005) „... in dünnen Blättern säuselt der Wind“. Wie Angehörige psychisch Kranker auf Halluzinationen und Wahnideen reagieren. In: Katschnig H, Amering M (Hrsg): Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte. Facultas Verlag, Wien, 90-101
- Katschnig H, Simon MD, Kramer B (1994) Die Bedürfnisse von Angehörigen schizophrenie-kranker Patienten – Erste Ergebnisse einer Umfrage. In: Katschnig H, König P (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. Springer-Verlag, Wien New York, 241-250
- Kramer B, Simon M, Katschnig H (1996) Die Beurteilung psychiatrischer Berufsgruppen durch die Angehörigen. Psychiatrische Praxis 23: 29-32
- Katschnig H, Sint P (1984) Zwischen Selbsthilfe und Expertenhilfe: Die Angehörigenvereinigung „Hilfe für psychisch Erkrankte (HPE)“ in Wien. In: Angermeyer MC, Finzen A (Hrsg.): Die Angehörigengruppe. Familie mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe. Enke-Verlag, Stuttgart, 46-52

### Neuere österreichische empirische Literatur zum Angehörigenthema

- Krautgartner M, Unger A, Friedrich F, Stelzig-Schöler R, Rittmannsberger H, Simhandl C, Grill W, Doby D, Wancata J (2005) Risiken für Depressivität bei den Angehörigen Schizophrenie-Kranker. Neuropsychiatrie 19: 148-154
- Sibitz I, Amering M, Kramer B, Griengl H, Katschnig H (2002) Krankheitsverlauf und Probleme schizophrener erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. Psychiatrische Praxis 29: 148-153
- Unger A, Krautgartner M, Freidl M, Stelzig-Schöler R, Rittmannsberger H, Simhandl C, Grill W, Doby D, Wancata J (2005) Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. Neuropsychiatrie 19: 141-147
- Wancata J (2005) Angehörige psychisch Kranker: Belastungen, Bedürfnisse und Bedarf (Editorial). Neuropsychiatrie, 19: 131-133

Dieser Beitrag ist eine adaptierte und gekürzte Form eines Artikels von H. Katschnig und T. Konieczna: Neue Formen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: H. Katschnig (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zu Hause. 3. erweiterte Auflage. Psychologie Verlags Union, München 1989

## Die Pension Bettina in Wien – eine Lebensschule für die Familie mit einem an Schizophrenie erkrankten Mitglied

Im Folgenden wird zur Illustration eine seit über 20 Jahren bestehende Form der Arbeit mit Familien in diesem Bereich an Hand einer Selbstdarstellung beschrieben. In ihr sind alle genannten Formen der Angehörigenarbeit realisiert.

---

### Die Pension Bettina in Wien

---

*Eine „Schule für das Leben“  
für junge Menschen, die an einer Psychose  
erkrankt sind und bei ihren Eltern leben bzw.  
engen Kontakt zu ihnen haben.*

*Alle BewohnerInnen werden gemeinsam  
aufgenommen und bleiben gemeinsam für  
17 Monate in der Pension Bettina  
(jeweils Sonntag Abend bis Freitag*

*Nachmittag).*

*Die Angehörigen sind in einem vorgegebenen  
Rahmen regelmäßig in den  
Wohngemeinschaftsalltag eingebunden.*

Die familienorientierte, sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Pension Bettina besteht seit 1986 und ist in 1190 Wien in einem Mietshaus lokalisiert.

Die Zielgruppe, an die sich die Pension Bettina richtet, sind junge Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sowie deren Angehörige. Es handelt sich vorwiegend um PatientInnen mit mittelfristigen, rezidivierenden Krankheitsverläufen und teils häufigen Wiederaufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern.

Das Konzept der Pension Bettina verbindet den Ansatz einer intensiv betreuten Wohnform mit einem stabilisierenden, tagesstrukturierenden Angebot, das von Einfachheit, Klarheit und Kontinuität geprägt ist.

Ziel ist, dass die gesamte Familie lernt, für die Zeit nach der Pension Bettina einen Lebensplan zu erstellen, der von möglichst großer Autonomie geprägt ist und dazu führen soll, dass die Lebensqualität trotz der Krankheit gut ist.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass ein wesentliches Anliegen für die PatientInnen und Angehörigen darin besteht, mit den krankheitsbedingten Symptomen besser umgehen zu lernen, belastende Situationen als solche frühzeitig wahrzunehmen sowie soziale, kognitive und Alltagsfertigkeiten zu erlernen und zu üben.

Ein breit gefächertes Spektrum von Aktivitäten bietet für beide Seiten neue Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten, eine Reflexion der persönlichen Lebenssituation, der eigenen Bedürfnisse und Fähigkeiten und die Entwicklung von zufriedenstellenden realistischen Zukunftsperspektiven hinsichtlich Wohnen und Tagesstruktur nach der Pension Bettina. Deshalb kann die Pension Bettina auch als „Schule für das Leben“ gesehen werden.

---

### Die Pension Bettina im Detail

---

#### **Rahmenbedingungen**

Der Aufenthalt für die 10 BewohnerInnen in der Wohngemeinschaft findet als 17-monatiger Turnus statt. Die BewohnerInnen beginnen und beenden den Turnus gleichzeitig. Die Wohngemeinschaft ist von Sonntag 19 Uhr bis Freitag 15 Uhr durchgängig betreut, wobei in der Nacht Angehörige der BewohnerInnen (einmal pro Monat) oder Psychologie- und MedizinstudentInnen anwesend sind. Für allfällige Rückfragen während dieser Anwesenheit steht eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter über die telefonische Rufbereitschaft zur Verfügung. Ab Freitag 15 Uhr bis Sonntag 19 Uhr und an Feiertagen ist die Wohngemeinschaft geschlossen. Während dieser Zeit ist ein Aufenthalt in der Wohngemeinschaft nicht möglich. Die Wochenenden und Feiertage werden im Kreise der Familie verbracht.

In der 340 m<sup>2</sup> großen Wohnung gibt es sechs Einzel- und zwei Zweibettzimmer sowie Gemeinschaftsräume. Alle Zimmer sind mit warmem Fließwasser ausgestattet. Ein an das Haus angrenzender Garten steht auch den BewohnerInnen zur Verfügung.

Das Betreuungsteam besteht aus vier MitarbeiterInnen. Die BetreuerInnen sind Montag bis Donnerstag von 8 Uhr bis 19.30 Uhr und Freitag von 8 Uhr bis 15 Uhr anwesend.

### **Therapeutisches Setting für BewohnerInnen**

Die BewohnerInnen kommen jeweils Sonntag zwischen 19 Uhr und 21 Uhr in die Wohngemeinschaft.

Spezielle therapeutische Programme fördern das Erlernen von Alltagsfertigkeiten, stärken die soziale Kompetenz und befähigen zum Einhalten eines geregelten Tagesablaufes. An den Vormittagen werden die anfallenden Haushaltsaufgaben (waschen, bügeln, kochen, einkaufen, aufräumen etc.) erledigt. Dazu gibt es drei Arbeitsgruppen, zwischen denen die BewohnerInnen periodisch wechseln.

Am späteren Nachmittag gibt es jeweils eine therapeutische Aktivität (Musiktherapie außerhalb der Wohngemeinschaft; eine Gruppe, in welcher die Belange des Zusammenlebens in der Pension Bettina besprochen werden, sowie eine Gruppe zum Training von kognitiven und sozialen Fertigkeiten).

Am Mittwochnachmittag findet ein ca. dreistündiger Ausflug in Begleitung einer Betreuerin statt.

Am Freitag verlassen die BewohnerInnen nach einer gemeinsamen Wochenendplanungsgruppe zwischen 14.30 Uhr und 15 Uhr die Wohngemeinschaft und kehren in die Familien oder gegebenenfalls in die eigene Wohnung zurück.

Zeiten, in denen keine Aufgabenbereiche und keine therapeutischen Aktivitäten vorgegeben sind, stehen den BewohnerInnen als Freizeit zur Verfügung und können und sollen auch außerhalb der Wohngemeinschaft verbracht werden.

Nach einiger Zeit des Aufenthaltes besteht für die BewohnerInnen auch die Möglichkeit, außerhalb der Wohngemeinschaft einer Beschäftigung nachzugehen.

### **Psychiatrische Behandlung**

Jeder Bewohner/jede Bewohnerin muss außerhalb unserer Einrichtung in psychiatrischer Behandlung sein (Niedergelassener Psychiater oder Psychosoziale Station oder andere ambulante Einrichtungen).

### **Angehörige**

Die Angehörigen sollten in engem Kontakt zur Bewohnerin/ zum Bewohner stehen und sich um diese/n kümmern. Sie nehmen einmal wöchentlich in der Zeit von 19.30 Uhr bis 21 Uhr an einer Angehörigenrunde teil. Hier bietet sich die Möglichkeit, über die persönliche Betroffenheit im Zusammenhang mit der Erkrankung zu sprechen, Erfahrungen mit den BewohnerInnen, mit anderen Angehörigen wie auch mit den MitarbeiterInnen, auszutauschen und gemeinsam Problemlösungsstrategien für diese schwierige Lebenssituation zu erarbeiten. Zusätzlich wird eine umfangreiche fachärztliche Information über Krankheitssymptome, deren Verläufe und Behandlungsmöglichkeiten angeboten.

Einmal pro Woche muss ein Familienmitglied ca. drei Stunden (wird individuell vereinbart) tagsüber in der Wohngemeinschaft anwesend sein, um unter anderem auch mit anderen BewohnerInnen Kontakt haben zu können.

Einmal pro Monat verbringt ein Familienmitglied einen Abend und die Nacht in der Wohngemeinschaft. Für das Schlafen während der Nacht steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung.

Die Anwesenheit der Angehörigen in der Wohngemeinschaft ermöglicht die Vielfältigkeit des Krankheitsbildes sowie Fähigkeiten und Defizite der einzelnen BewohnerInnen zu erkennen. Die entstehenden Kontakte zu anderen BewohnerInnen und Angehörigen und die Möglichkeit, mit MitarbeiterInnen Fragen zu erörtern, bewirken eine neue Sichtweise der Krankheit. Probleme können durch diese Erfahrungen konstruktiver gelöst werden. Weiters tragen die vielfältigen neuen Kontakte zum Training der Kommunikationsfertigkeiten der BewohnerInnen bei.

### ***Therapeutisches Setting für BewohnerInnen und Angehörige***

Innerhalb des Bezugsbetreuungssystems sind die BewohnerInnen und ihre Familien einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter zugeteilt. In diesem Rahmen finden Einzel- und Familiengespräche statt. Darüber hinaus wird ein spezielles Kommunikationstraining angeboten, das sich über sechs Einheiten erstreckt.

Neben der Erarbeitung von individuellen sowie familienorientierten Problemlösungsstrategien liegt ein weiterer Schwerpunkt in der Information über die Erkrankung, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und die möglichen Behandlungsmethoden.

### ***Turnusverlauf***

Der Turnus lässt sich in drei Abschnitte gliedern.

- Während der ersten Monate, in der Zeit der Eingewöhnung, werden die BewohnerInnen mit den neuen Strukturen des Wohngemeinschaftsalltags, den vielfältigen neuen Beziehungen und den therapeutischen Angeboten vertraut.
- In der anschließenden Phase beginnen wir gemeinsam daran zu arbeiten, welche Möglichkeiten von Wohnen und Beschäftigung nach dem Turnusende angestrebt werden sollen. Die Erfahrungen und Beobachtungen anderer Angehöriger werden mit einbezogen.
- Im letzten Abschnitt wird an der schrittweisen Umsetzung der erwogenen Ziele gearbeitet. Die Familie überlegt gemeinsam mit dem Team, welche Bedingungen notwendig sind, um konfliktträchtige Beziehungsmuster möglichst gering zu halten und die Autonomiebestrebungen der einzelnen Mitglieder zu fördern.

# Die Angehörigenbewegung

Edwin Ladinser

---

## Aufbau

---

„Es begann 1977 mit einer kleinen informellen Gruppe von acht Personen, alle Angehörige von psychisch erkrankten Familienmitgliedern. Den Anstoß dazu gab Dr. Heinz Katschnig, der im Wiener Volkshaus Urania einen Vortrag über psychische Krankheiten hielt. Er war gerade von einem Studienaufenthalt in England zurückgekehrt, und er berichtete über eine dortige Neuheit: eine Selbsthilfegruppe von Angehörigen (Simon, 2003).“ So beschrieb Dr. Dorli Simon, sie war eines der Gründungsmitglieder der HPE, den Beginn der Angehörigenbewegung in Österreich. Dr. Katschnig stellte für die ersten Treffen einen Raum in der Universitätsklinik für Psychiatrie zur Verfügung und stand unterstützend, aber nicht vereinnahmend, zur Seite. Im Jahr 1978 kam es zur Gründung des Vereines „Hilfe für psychisch Erkrankte“ (HPE) in Wien und Oberösterreich. Man wählte bewusst den Begriff „Erkrankte“ und nicht „Kranke“, um der Hoffnung Ausdruck zu geben, dass auch eine Besserung, eine Heilung möglich ist. Als Vereinssitz in Wien wurde das Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie eingetragen, da sonst eine der Angehörigen mit ihrer Privatadresse an die Öffentlichkeit hätte treten müssen – damals noch unvorstellbar. Die Vereinsarbeit wurde aber in den Wohnungen erledigt. Nach zwei Jahren verließ die HPE die Universitätsklinik, um ihre Treffen an anderen, kostenlos überlassenen Räumlichkeiten zu organisieren.

Die Situation der Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen war damals massiven Schuldzuschreibungen durch MitarbeiterInnen der Psychiatrie, aber auch der Bevölkerung, durch Unwissenheit, Ausgrenzung und Hilflosigkeit geprägt. Daher war von Anfang an klar, dass sich die Tätigkeit des Vereines auf zwei Bereiche aufteilen muss:

1. Gegenseitige Unterstützung und Hilfe der Angehörigen in ihrer schwierigen persönlichen Situation
2. Sozialpolitisches Engagement zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung und Abbau von Ausgrenzung und falschen Schuldzuschreibungen.

Die Hilfe für Angehörige funktionierte von Beginn an im Prinzip der Selbsthilfe. Die Möglichkeit der Aussprache, des Erfahrungsaustausches von Menschen, die ähnliche Schwierigkeiten zu bewältigen haben, stärkte die Angehörigen. Fachliche Informationen oder Hilfe holte man sich von ExpertInnen, die zu einzelnen Treffen eingeladen wurden. Die in diesen Gruppentreffen konzentrierte Erfahrung und auch Unzufriedenheit stellte auch die Basis für die sozialpolitische Arbeit dar.

Von Beginn an setzte sich die Angehörigenbewegung für den Ausbau der psychosozialen Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser ein. Denn hier brauchten die Familien dringend Unterstützung bei der, ihnen von der Gesellschaft (und der Psychiatrie) zugeordneten Betreuungsarbeit. Bei

Behörden und dem psychiatrischen Establishment stieß HPE mit seiner Forderung der Anhörung von Angehörigen auf massiven Widerstand. Immer wieder wurden zuständige PolitikerInnen zu den Veranstaltungen eingeladen und mit den Forderungen und Problemen der Angehörigen konfrontiert. „Ein denkwürdiges Ereignis auf dem Weg zur Anerkennung war ein von großem Verständnis zeugender Vortrag des Bundespräsidenten Dr. Rudolf Kirchschläger anlässlich eines von HPE veranstalteten ‚Tag der psychisch Kranken‘ im Jahr 1981 (Simon, 2003).“ Aber es dauerte noch lange, bis Anerkennung erkennbar war. In den ersten 10 Jahren erhielt HPE so gut wie keine finanzielle Förderung von öffentlicher Seite. Die minimalen finanziellen Ressourcen stammten aus Spenden und Anerkennungspreisen für soziale Leistungen.

Nachdem es HPE gelang, auch die damalige Familienministerin Gertrude Fröhlich-Sandner von der schwierigen Lebenssituation von Familien mit psychisch erkrankten Mitgliedern zu überzeugen, wurde der Selbsthilfeverein HPE 1987 Träger einer vom Familienministerium geförderten Familienberatungsstelle nach dem Familienberatungsförderungsgesetz. So konnte damals unter der Leitung von Dr. Dorli Simon (Angehörige, damals auch Leiterin der Akademie für Sozialarbeit in Wien) ein kleines Büro eröffnet werden, in dem eine Sozialarbeiterin (Teilzeit) Information und Beratung für Angehörige anbot und eine Sekretärin (Teilzeit) für Hilfe bei administrativen Aufgaben zur Verfügung stand. Selbstverständlich stand dieser Raum auch für die vielen Selbsthilfeaktivitäten und Interessensvertretungen, die alle ehrenamtlich geleistet wurden, zur Verfügung.

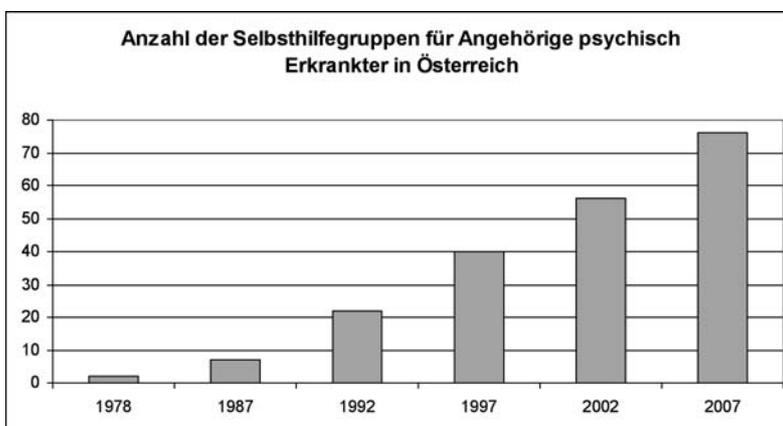
Gleichzeitig spürte man, dass „Angehörigenarbeit“ in der Psychiatrie als Thema aufgegriffen wurde. Es gab einzelne psychiatrische Veranstaltungen, zu denen Angehörige eingeladen wurden, auch als ReferentInnen.

## Ausbau

In den darauf folgenden Jahren gelang es, vor allem durch das große Engagement der Vorsitzenden Mag. Ingrid Rath, die heutige Struktur der HPE aufzubauen: In jedem Bundesland ein selbstständiger Selbsthilfeverein und ein gemeinsamer Dachverband (HPE Österreich) zur Unterstützung der regionalen Arbeit, Bündelung der Interessen und sozialpolitischen Arbeit auf Bundesebene.

Es gelang in den meisten Bundesländern eine (kleine) Landesförderung zu bekommen. Ab 1992 erhielt der Dachverband eine Förderung vom Sozialministerium für seine koordinierende Aufgabe, womit eine weitere Mitarbeiterin (Teilzeit) finanziert werden konnte. Die Tätigkeit der HPE umfasst seither folgende Bereiche:

- Österreichweit Selbsthilfeaktivitäten auf regionaler Ebene und deren Unterstützung durch den Dachverband
- Sozialpolitische Arbeit auf regionaler, Landes- und Bundesebene auf Basis der Zusammenarbeit aller Bundesländer im Dachverband
- Professionelle Information, Beratung und Unterstützung für Angehörige in der Beratungsstelle des Dachverbandes in Wien und in einzelnen Bundesländern.



## Selbsthilfeaktivitäten

Der Kernbereich der Aktivitäten der HPE liegt in der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung in den regionalen Selbsthilfegruppen. Diese Gruppen haben eine/n, manchmal zwei, ehrenamtlich tätige ModeratorInnen, die selbst Angehörige sind. Die Treffen finden meist in monatlichen Abständen an verschiedenen

kostenlosen Orten (meist Räume von psychosozialen Vereinen) oder in den Räumen der HPE-Vereine statt. Meist nehmen daran zwischen 5 und 15 Personen teil. Diese Personen sind dzt. im Durchschnitt rd. 57 Jahre alt und der überwiegende Teil sind Frauen (rd. 90%). Die meisten GruppenteilnehmerInnen (rd. 70%) sind Angehörige von Menschen, die bereits länger bzw. wiederholt an schizophrenen Störungen erkrankt sind. So kommen Angehörige meist erst rd. sechs Jahre nach der Ersterkrankung des Betroffenen in eine Selbsthilfegruppe und berichten von einer langen und weitgehend erfolglosen Suche nach Hilfe für sich selbst.

Die Anzahl der Gruppen hat von zwei im Jahr 1978, 7 im Jahr 1987 auf 40 im Jahr 1997 und auf immerhin 76 Gruppen im Jahr 2007 zugenommen.

Im Jahr 2007 kam es zu mehr als 6.000 Kontakten in Selbsthilfegruppen für Angehörige psychisch Erkrankter. Die ehrenamtlich tätigen ModeratorInnen der Gruppen sind aber immer mehr auch mit dem Wunsch nach Einzelgesprächen konfrontiert und so kam es 2007 zu mehr als 1.000 Entlastungsgesprächen unter Angehörigen. Aber bei der Selbsthilfe geht es nicht nur um die Probleme der Angehörigen, sondern auch um gemeinsame Freude. Ausflüge, Weihnachtsfeiern oder Heurigenbesuche sind aus der gemeinsamen Arbeit nicht wegzudenken.

Zur Unterstützung dieser ehrenamtlich tätigen Angehörigen bietet HPE in einzelnen Bundesländern Gruppensupervision an, wird umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt und Weiterbildung ermöglicht. So veranstaltet der Dachverband HPE Österreich jährlich ein Seminar zur Unterstützung der ModeratorInnen,

dessen Inhalte bei der täglichen Arbeit helfen sollen, aber es ist dezidiert nicht das Ziel, die ehrenamtlichen ModeratorInnen zu professionalisieren. Der Austausch der TeilnehmerInnen untereinander ist im Sinne der Selbsthilfe ein wichtiger Bestandteil des Seminars. Die Informationsweitergabe untereinander ist eine zentrale Aufgabe der Selbsthilfe. Um Angehörigen aktuelle Informationen in verständlicher Form anzubieten und ihnen die Möglichkeit der Diskussion mit verschiedensten ExpertInnen zu ermöglichen, veranstaltet HPE auf regionaler Ebene immer wieder Vortragsabende (rd. 40 im Jahr) und auf nationaler Ebene jährlich eine zweitägige Tagung für Angehörige aus ganz Österreich (rd. 180 TeilnehmerInnen).

Die Zeitschrift KONTAKT ist seit 1978 die Mitgliederzeitschrift der HPE. Auf mittlerweile 32 Seiten wer-



den Vorträge von ExpertInnen zusammengefasst, neueste Informationen, Erfahrungen und die aktuellen Termine für Gruppen und Veranstaltungen geboten. Die Zeitschrift erscheint dzt. mit einer Auflage von 2.600 Stück fünf Mal im Jahr und wird an Mitglieder, Interessierte und an einzelne psychosoziale Institutionen und PolitikerInnen in ganz Österreich verschickt.

Als wichtigstes Informationsmedium für Angehörige, die Unterstützung suchen, stellt sich in den letzten Jahren die Homepage der HPE ([www.hpe.at](http://www.hpe.at)) heraus. Täglich besuchen mehr als 320 Personen die rd. 200 Internetseiten mit verschiedensten Informationen zu Erkrankungen, Hilfsmöglichkeiten, Terminen, Büchern u.v.m. Laufend werden E-mail-Anfragen beantwortet und eine eigene Onlineberatung für Angehörige befindet sich im Aufbau. In allen Bundesländern findet der größte Teil von neuen TeilnehmerInnen über die Homepage in die Selbsthilfegruppen.

---

### Sozialpolitische Arbeit

---

Seit Beginn war es den Angehörigen wichtig, die Situation von Betroffenen und deren Familien zu verbessern. Dabei ging es um die Verbesserung der stationären Behandlung, Ausbau und Qualitätssicherung außerstationärer Einrichtungen und geeignete rechtliche Rahmenbedingungen. Waren Angehörige früher nur in kleinen, innovativen Projekten miteinbezogen, so ist die Bandbreite der Bereiche, in denen Angehörige heute gehört werden, wesentlich größer. Dies beginnt auf persönlicher Ebene. So haben viele der GruppenmoderatorInnen bzw. die Landesvereine eine gute Gesprächsbasis mit Repräsentanten der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen. Die jeweils zuständigen LandespolitikerInnen werden regelmäßig über HPE und die Anliegen der Angehörigen informiert. HPE wird aber auch eingeladen, auf verschiedenen Ebenen mitzureden, so etwa in entsprechenden Beiräten, Vorstandssitzungen großer psychosozialer Vereine, bei der Erstellung von Psychiatrieplänen, bei Gesetzesänderungen u.v.m. Auf Bundesebene ist HPE u.a. Mitglied im Beirat für psychische Gesundheit im Gesundheitsministerium, im Bundesbehindertenbeirat des Sozialministeriums, bei der Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

(ÖAR), bei pro mente Austria, bei der Österreichischen Schizophrenie Gesellschaft und auf europäischer Ebene bei EUFAMI, der europäischen Angehörigenvereinigung. Dazu kommen noch zahlreiche informelle oder themenbezogene Arbeitskreise.

Von besonderer Bedeutung ist die Einbeziehung der HPE in die Aus- und Weiterbildung von verschiedenen relevanten Berufsgruppen, so z.B. von KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, PolizistInnen, MitarbeiterInnen psychosozialer Einrichtungen. HPE wird dabei meist von besonders engagierten Personen eingeladen, ist aber noch kein fixer Bestandteil der Ausbildung.

Die Basis der sozialpolitischen Arbeit ist die Bündelung der Interessen und Erfahrungen der Angehörigen aus den Gruppen und den Landesvereinen. Zahlreiche Treffen der ModeratorInnen und der Vorstandsmitglieder auf Landes- und Bundesebene, ein regelmäßiger interner Rundbrief, zu dem jedes Bundesland beiträgt, und reger Austausch per E-Mail oder Telefon ermöglichen einen gemeinsamen Wissensstand und die Formulierung gemeinsamer Interessen.

Meist lassen sich Erfolge der sozialpolitischen Arbeit nicht an einzelnen Personen oder Gesprächen festmachen, sondern vielmehr an einer geänderten Gesprächskultur und einer stärkeren Betonung und Rücksichtnahme der realen Situation von Betroffenen und Angehörigen.

Es gibt ein Thema, das alle Bereiche der sozialpolitischen Arbeit überspannt: die Förderung der sozialen Akzeptanz der Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Familien (Abbau von Vorurteilen und Stigma). Noch immer ist die öffentliche Meinung zu psychischen Erkrankungen und den davon Betroffenen sehr negativ geprägt. HPE hat das Ziel, mit verschiedensten Aktivitäten die soziale Akzeptanz zu fördern: zum einen nach innen, bei Angehörigen und Betroffenen selber, zum anderen bei relevanten Berufsgruppen, PolitikerInnen, Medien u.v.m. Sehr erfolgreiche Projekte fanden dabei mit SchülerInnen statt, die von Angehörigen und Betroffenen gemeinsam über psychische Erkrankungen informiert wurden.

## Professionelle Angebote

Es ist im Sinne der Selbsthilfe, sich gezielt auch der Unterstützung durch ExpertInnen zu bedienen. Begonnen hat diese professionelle Hilfe 1987 mit der Eröffnung der Familienberatungsstelle mit einer Sozialarbeiterin in Wien.

Derzeit gibt es vier Landesvereine, die neben den Selbsthilfeangeboten in kleinem Ausmaß die Unterstützung durch Profis für Angehörige anbieten. Diese MitarbeiterInnen sind auf Honorarbasis tätig.

Im Angehörigenzentrum in Wien bietet HPE Österreich professionelle Beratung und Unterstützung für Angehörige in zwei Bereichen an: einmal im Rahmen der Familienberatungsstelle (BMGF) und weiters im Projekt „Rückhalt durch Angehörige“ (Bundessozialamt / Wien). Die MitarbeiterInnen kommen aus verschiedenen Professionen, u.a. DiplomsozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PädagogInnen, PsychiaterInnen, Lebens- und SozialberaterInnen. Pro Jahr gibt es dabei rd. 3.600 Beratungskontakte, verschiedene Seminare, die mehrere Abende dauern, Informationsveranstaltungen u.v.m. Themenbereiche für die Beratung können u.a. sein:

- Die psychische Erkrankung
- Verständnis für die Situation des/der psychisch Erkrankten
- Formen des Umgangs mit der/dem psychisch Erkrankten
- Einfluss der Erkrankung auf die Beziehungsgestaltung

- Beachtung der eigenen Lebenssituation
- Hilfsmöglichkeiten seitens der Angehörigen
- Möglichkeiten der finanziellen Absicherung der/des Erkrankten
- Konkrete Hilfsangebote und Einrichtungen

Die Angehörigen in der Beratungsstelle sind jünger (ca. 50 Jahre) als in den Selbsthilfegruppen und der Anteil der Männer liegt bei rund einem Viertel. Dies ergibt sich vor allem dadurch, dass hier der Anteil von PartnerInnen von Betroffenen bzw. von erwachsenen Kindern von Betroffenen wesentlich höher ist (rd. 24% PartnerInnen). Die Anzahl der Beratungen je Angehörige/n ist sehr unterschiedlich. Manche nehmen nur eine Beratung in Anspruch, da bereits eine Information weiterhelfen konnte, manche haben bis zu zehn Beratungen, da Veränderungen im persönlichen bzw. familiären Bereich sehr schwierig sind und einige wenige nutzen in besonders schwierigen Zeiten auch eine Begleitung die länger dauern kann.

Die Zusammenarbeit zwischen der Selbsthilfe und dem Bereich der professionellen Beratung ist sehr eng und viele Angehörige nutzen beide Bereiche.

Die Angehörigenbewegung in Österreich entwickelt sich laufend weiter. Geprägt wird sie dabei von Angehörigen, von Menschen, die aus eigener Erfahrung wissen, welche gravierende Einschnitte eine psychische Erkrankung in einer Familie bringt. Nach wie vor sind alle Vorstandsmitglieder auf Landes- oder Bundesebene selbst Angehörige, die so über die Entwicklung der HPE in Österreich bestimmen.

**HPE-Österreich**

Dachverband  
Vorsitz: Ehrentraud Hagleitner  
GF: Edwin Ladinser  
1070 Wien, Bernardgasse 36  
Tel.: 01 / 5264202

**HPE-Burgenland**

Vorsitz: Hermine Leiner  
7100 Neusiedl, Seestr. 3  
Tel.: 02167 / 8203

**HPE-Kärnten**

Vorsitz: Edeltraud Kastner  
9500 Villach, Schloßgasse 6  
Tel.: 04242 / 54312

**HPE-Niederösterreich**

Vorsitz: Dr. Waltraud Kress  
2500 Baden, Kraftgasse 13/36  
Tel.: 01 / 5264202

**HPE-Oberösterreich**

Vorsitz: Dipl.Ing. Alexander Brinnich  
4020 Linz, Volksfeststr. 17  
Tel.: 0732 / 784162

**AHA-Salzburg**

Vorsitz: Sigrid Steffen  
5020 Salzburg, Lessingstr. 6  
Tel.: 0662 / 882252-16

**HPE-Steiermark**

Vorsitz: Adelinde Gugerbauer  
8010 Graz, Tummelplatz 9  
Tel.: 0316 / 816331

**HPE-Tirol**

Vorsitz: Elfriede Schatz  
6020 Innsbruck, Karl-Schönherr-Str. 3  
Tel.: 0512 / 589051-26

**HPE-Vorarlberg**

Vorsitz: Ehrentraud Hagleitner  
6900 Bregenz, Sandgrubenweg 4  
Tel.: 0664 / 7805085

**HPE-Wien**

Vorsitz: Herta Frenzel  
1070 Wien, Bernardgasse 36  
Tel.: 01 / 5264202

# Die Betroffenenbewegung

Christian Horvath

---

## Geschichte, Ziele, aktueller Stand

---

„Seit es Patienten in der Psychiatrie gibt, solange wird Selbsthilfe auch praktiziert.“ Dies sagte Harald Hofer, der Gründer der österreichischen Betroffenenbewegung, im Jahr 1999 anlässlich einer Tagung zum Thema Schizophrenie in Gmunden. Demgegenüber steht die Meinung mancher Ärzte, die bezweifeln, dass Selbsthilfe unter den Bedingungen, wie sie ihr psychiatrisches Klientel wahrnimmt, gut funktionieren kann.

Harald Hofer, der auch mehr als ein Jahrzehnt in diversen Medien und auf Kongressen die Aufgabe der Interessensvertretung organisierte, beklagte sich darüber, dass die Personen, die sehr geeignet wären, Selbsthilfegruppen aufzubauen, dies aufgrund der Stigmatisierung nicht machen und das psychiatrische Umfeld möglichst schnell verlassen.

Tatsächlich entstehen bei psychiatrischen Aufenthalten Freundschaften unter den PatientInnen, teilweise ist es ein Näherrücken aufgrund von Angst und des Gefühls, im Gespräch mit anderen nicht allein zu sein. Solche Freundschaften verbleiben oft auch nach der Entlassung aus den Krankenhäusern und haben schon öfters zur Gründung von Selbsthilfegruppen geführt.

Historisch gesehen war das erste Zusammentreffen von Menschen, die sich außerhalb der Psychiatrie orga-

nisierten, in der Florianigasse im 8. Wiener Gemeindebezirk. Diese Gruppe nannte sich „demokratische Psychiatrie“ und dies war Ende der Siebzigerjahre des vorigen Jahrhunderts. Interessant an dieser Gruppe war auch, dass sie aus JungärztInnen, MedizinstudentInnen und PsychiatriepatientInnen bestand. Harald Hofer besuchte diese Gruppe, wie auch der heute in New York arbeitende Psychiater Dr. Stastny.

Ab 1980 gibt es keine weiteren Aktivitäten in der Florianigasse, dafür entstand 1983 unter der Regie eines Psychologen und eines zu diesem Zeitpunkt gerade stationären Patienten die Grundlage für die erste PatientInneninitiative auf der Baumgartner Höhe in Wien. Aus dieser PatientInneninitiative entwickelte sich nach kurzer Zeit die erste PsychiatriepatientInnenzeitschrift „Kuckucksnest“. Diese besteht nun seit fast einem Vierteljahrhundert und jährlich werden bis zu 5 Auflagen im Eigenverlag veröffentlicht. Fast jeder, der an der Verbesserung der Psychiatrie mitarbeitet und öffentlich auftrat, hat in diesen 25 Jahren einen Artikel über seine oder ihre Aktivitäten im „Kuckucksnest“ veröffentlicht.

1989 entstand in den Räumlichkeiten der Caritas Wien die erste Selbsthilfegruppe speziell für PsychosepatientInnen. Nach anfänglichen Schwierigkeiten entwickelte sich diese Gruppe zur bekanntesten Selbsthilfeorganisation im Umfeld der österreichischen Psychiatrie. Die Aktivitäten von „Crazy Industries“

umfassten Gesundheitsstammtische, Urlaubsprojekte von Betroffenen für Betroffene und Sportprojekte. Große Bekanntheit erreichte „Crazy Industries“ auch durch die Teilnahme an 150 Kongressen und Tagungen im In- und Ausland. „Crazy Industries“ war auch die erste Selbsthilfegruppe, die peer specialists ausbildete.

1994 entstand der erste Wiener Trialog mit den Hauptprotagonisten Fr. Mag. Rath, Dr. Michaela Amering, Harald Hofer und Uschi Trojan. Ein Trialog ist ein Gesprächsforum, in dem sich ProfessionalistInnen, Angehörige und Betroffene außerhalb bestehender psychiatrischer Einrichtungen treffen, um zu diskutieren und neue Wege der Zusammenarbeit zu erlernen. Obwohl der Trialog nicht zu den Selbsthilfegruppen zu zählen ist, darf er in dieser Auflistung nicht fehlen. Die Gründe dafür sind, dass im Trialog Betroffene sehr oft die Möglichkeit haben, zum ersten Mal in der Öffentlichkeit über ihre Probleme zu berichten. Der erste Wiener Trialog tagte 2 Mal im Monat in den Jahren 1984 bis 1999 im 6. Wiener Gemeindebezirk und wurde von mehr als tausend InteressentInnen besucht. Nach einer kleineren Pause trifft sich dieser Trialog wieder bis heute in der Volkshochschule Stöbergasse und wird von DSA Uschi Trojan geleitet. Aus dem ersten Wiener Trialog entwickelte sich auch der Verein „Freiräume“, dessen wichtige Veröffentlichung des Ratgebers „Die Wiener Seele in Not“ eine Auflistung aller Hilfsangebote (Vereine, Ambulanzen, Adressen, Telefonnummern etc.) für psychisch kranke Menschen beinhaltet.

Sicher gibt es in Wien die höchste Dichte an Betroffenen, die sich organisiert haben, und auch die Anzahl der Aktivitäten scheint in Wien am höchsten zu sein. Viele Betroffene aus NÖ und dem Burgenland werden in Wien behandelt, das entspricht einem Einzugsbereich von nahezu 3 Millionen Menschen. Weitere Zentren in denen sich Betroffene organisiert haben, sind Linz, Graz, St. Pölten, Salzburg, nördliches Burgenland und Teilbereiche von Kärnten und Vorarlberg. Gesprächsforen wie der Trialog haben sich nahezu in allen Bundesländern temporär gebildet, wobei der Trialog in Baden bei Wien, der von Fr. Michaela Jägersberger gegründet worden ist, jahrelang besonders erfolgreich war.

In Niederösterreich fand im Jahr 1999 der zweite österreichische User-Kongress statt, aus dem sich mit freundlicher politischer Unterstützung der Verein HSSG bildete. Dieser Verein ist in ganz Niederösterreich tätig und hat seine Zentrale in St. Pölten. Österreichweit scheint der Verein HSSG über das größte Netzwerk in seinem Bundesland zu verfügen. In über 20 Ortschaften finden Gruppentreffen statt. Auch sind Mitglieder von HSSG bei Tagungen anzutreffen, speziell der Obmann Hermann Heintz ist sehr engagiert.

Ein weiterer von Betroffenen geleiteter Verein „Netzwerk Spinnen“ etablierte das erste speziell für Betroffene von Betroffenen betriebene Büro in Linz. Neben einigen Tagungen organisierte dieser Verein auch spezielle Programme, in denen Betroffene zu Sozialbegleitern („Peer Coach“) ausgebildet wurden. Viele dieser Aktivitäten verdankt der Verein dem großen Bemühen von Stefanus Binder.

Im Burgenland ist seit 2002 der von Alexander Nagy gegründete Verein „Helping friends“ sehr aktiv und verfügt auch über eine recht große Zahl an Vereinsmitgliedern. Jährlich treffen sich diese bei einem Sommerfest mit einem großen Lagerfeuer, zu dem auch Betroffene aus anderen Bundesländern eingeladen werden.

Um über die Betroffenenangelegenheiten in Österreich genau zu berichten, ist es notwendig, eine leichte Abgrenzungslinie zwischen von Betroffenen autonom gegründeten Selbsthilfegruppen und von Professionalisten initiierte Gruppen zu ziehen. Inwiefern Selbsthilfegruppen, die in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht sind, als Selbsthilfe zu bezeichnen sind, kann in diesem Artikel nicht geklärt werden. Die Zahl dieser Gruppen ist an Quantität und Qualität beständig steigend. Hat sich bis vor einigen Jahren die Betroffenenbewegung hauptsächlich über Selbsthilfegruppen und Interessensvertreter definiert, die zum Teil sehr kontroversielle Standpunkte bezüglich der Psychiatrie einnahmen, so müssen heute auch Betroffenenbewegungen innerhalb psychiatrischer Einrichtungen dazugerechnet werden.

## **Zielsetzungen der Selbsthilfe bzw. der Interessenvertretung von Psychiatrie- erfahrenen für Psychiatrieerfahrene**

### **Selbsthilfe**

Menschen mit psychischen Erkrankungen durchlaufen meist verschiedene Stadien oder Zyklen ihrer Erkrankung. Lebensabschnitte, die von der Krankheit schwer beeinträchtigt werden, können von Zeiten abgelöst werden, in denen der Leidensdruck gering ist. Sehr viele Betroffene haben ihre Erkrankung recht gut in ihr Leben integriert und können anderen, die noch nicht so weit sind, ihre Erfahrungen mitteilen und weitergeben, um sie bei der Genesung zu unterstützen. Zum Beispiel können sie ihnen helfen, mit Angstzuständen oder Depressionen besser umzugehen.

Selbst bei der besten Nachbetreuung durch medizinisches Personal verspüren viele Betroffene Einsamkeit und suchen stabile soziale Kontakte. Durch die Erkrankung und durch die Stigmatisierung gehen sehr viele ihres Freundeskreises verlustig oder, im Fall von Personen, die sich über den Arbeitsplatz definieren, gehen durch die Behinderung die Kollegen verloren. Genau für diese Aufgabenstellung ist die Selbsthilfe-Gruppe bestens geeignet.

Durch psychische Erkrankungen entstehen auch erhebliche juristische Probleme: Besachwalterung, Erbschaftsstreitigkeiten, Entziehung des Sorgerechtes für die Kinder bis hin zum Freiheitsentzug. Selbsthilfe-Gruppen sind bestens geeignet, um in ihnen diese Problematiken zu bearbeiten. Dass die Arbeit von Selbsthilfe-Gruppen heute zum Teil finanzielle staatliche Hilfe in Anspruch nehmen kann, ist ein erstes Zugeständnis des Gesetzgebers. Die Förderungen sind jedoch nach wie vor zu gering.

Die bis heute erfolgreichsten Projekte von Selbsthilfe-Gruppen sind in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie entstanden, wobei hier auch Vorsicht angebracht ist, da nicht jeder Psychiater in der Selbsthilfebewegung einen vollwertigen Partner sieht.

### **Interessenvertretung**

In Österreich hat sich seit einigen Jahren einige Spannung entwickelt zwischen Betroffenen, die eher Selbsthilfe betreiben und einer kleineren Zahl von Betroffenen, die sich mehr in die politische Vertretung begeben haben. Einerseits verfügt die Selbsthilfe über die größeren Ressourcen an Betroffenen, andererseits sind nicht alle Leiter von Selbsthilfe-Gruppen willens, sich auch politisch zu engagieren.

Einige Psychiatrieerfahrene, die politische Aktionen setzen und somit Interessensvertretung betreiben, tun dies mehr aus ihrem Gefühl heraus und haben zu wenig Kontakt zur Basis. Von der Psychiatrie bestellte Interessensvertreter für Betroffene sind eigentlich abzulehnen, da sie als Korrektiv für psychiatrische Fehler dienen und damit nicht mehr geeignet sind. Wenn also in der Psychiatrie angesiedelte Selbsthilfe-Gruppen üblich sind, so gilt das nicht für die Interessensvertretung, die ein hohes Maß an Selbstständigkeit in Anspruch nehmen muss.

In einigen Ländern der Europäischen Union ist die Förderung der Interessenvertretung politisch gewollt und gesetzlich verankert.

Nach einem Anstieg der Selbsthilfe-Gruppen in den Jahren 1990 bis 2000 ist seitdem leider wieder ein Rückgang zu bemerken, genauso ist es nicht gelungen, bis dato eine österreichweite Vernetzung zu etablieren. Hingegen sind Selbsthilfe-Gruppen, die unter der Patronanz professioneller Einrichtungen stehen, im zunehmen. Vereinzelt finden sich auch Interessensvertreter, die bei psychiatrischen Einrichtungen ange stellt sind.

Die finanzielle Situation der meisten Selbsthilfe-Gruppen und Vereine hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, ohne dabei auch nur annähernd signifikant zu sein.

In den meisten Bundesländern gibt es keine Supervision für die Initiatoren von Selbsthilfe-Gruppen und dies hat sich als sehr nachteilig erwiesen. Es ist eben nicht leicht, nach einer psychiatrischen Erkrankung gesellschaftlich wieder Fuß zu fassen und da sich dieser Artikel mit der Betroffenenbewegung befasst, ist festzuhalten, dass es auch nicht leicht ist, sich unter

den gegebenen Bedingungen erfolgreich in diesem Feld zu engagieren. Nachdem die österreichische Betroffenenbewegung über lange Zeit deutlich sowohl hinsichtlich Zahl als auch Aktivitäten hinter vergleichbaren Ländern wie Schweden und Niederlande zurückblieb, ist doch seit 1995 eine Wendung zum Besseren hin bemerkbar. Da einige Politiker, die mit dem Gesundheitsbereich befasst sind, sehr wohl ein Interesse an der Meinung von Psychiatrieerfahrenen haben, ist in den nächsten Jahren mit neuen positiven Entwicklungen zu rechnen.

Ein Teil der Vorarbeiten für diese Entwicklung wurde schon geleistet, zum Beispiel jene zwei Kongresse österreichischer Psychiatrieerfahrenen und der erste Wiener Kongress für Psychiatrieerfahrene. Zu allen drei Kongressen kamen Delegationen aus dem Ausland, auch zu dem eigens für Wien durchgeführten Kongress meldeten sich Betroffene aus Deutschland, der Slowakei und der Schweiz. Durch dieses Zusammentreffen von Selbsthilfe-Gruppen aus mehreren Ländern bestätigt sich die Möglichkeit, auch international tätig zu sein. Der Bekanntheitsgrad des europäischen Netzwerkes und des Weltverbandes für Psychiatrieerfahrene ist unter den Professionalisten noch gering, obwohl sie in den Gremien der WPA und WHO schon beratende Funktionen einnehmen. Einige inländische Selbsthilfe-Gruppen und Interessensverbände stehen in ständigem Kontakt mit dem europäischen Netzwerk.

Um die Notwendigkeit der Bildung eines österreichischen Netzwerkes zu verdeutlichen, muss an dieser Stelle gesagt werden, dass die Vertretung Österreichs im europäischen Netzwerk jahrelang durch Betroffene anderer Nationalitäten wahrgenommen wurde. Die Qualität einer nationalen Betroffenenbewegung widerspiegelt auch die Qualität der zuständigen psychiatrischen Einrichtungen. Als Beweis für diese These ist anzumerken, dass Schweden und die skandinavischen Länder im Allgemeinen recht starke Interessensvertretungen aufweisen, während zum Beispiel in Ländern wie Portugal oder der Türkei keine Interessensverbände existieren oder erst gerade im Aufbau sind.

Diese These widerspiegelt zwar nicht die medizinische Qualität hierzulande, doch es wird klar, dass der politische Wille durch Abwertung und Stigmatisierung

noch nicht die wünschenswerten Einrichtungen ermöglichen konnte. Nach Einschätzung im internationalen Austausch scheint die Stigmatisierung psychisch Kranker in Österreich deutlich höher zu sein als in vergleichbaren Ländern, wie zum Beispiel den Niederlanden oder Schweden. Obwohl ab 1997 diverse Anti-Stigma-Kampagnen durchgeführt wurden, hat sich daran nicht allzu viel geändert. 85 Prozent aller Österreicher sind an dem Thema „psychische Erkrankung“ nicht interessiert, obwohl 25 Prozent der Bevölkerung direkt von einer psychischen Erkrankung betroffen sind.

Die Zahl der Menschen, die an Depressionen erkranken, ist stetig im Steigen und die Kosten für die Behandlungen ebenso. Die volkswirtschaftliche Belastung lässt sich auch daran ermessen, dass ein Drittel aller invaliditätsbedingter Pensionierungen auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. Allein diese Zahlen zeigen deutlich, dass eine Interessensvertretung immer notwendiger wird, um im Verbund mit politischen Instanzen neue Strategien erörtern zu können.

---

### Zusammenfassung

---

Die Psychiatrie hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten stark verändert, und zwar zum Besseren. Die österreichische Betroffenenbewegung hat ihre Entstehung diesem Umstand und einigen Pionieren dieser Bewegung zu verdanken. Zugleich muss festgehalten werden, dass zu geringe öffentliche Unterstützung und nicht in allen Punkten erfolgreiche Anti-Stigma-Kampagnen, sowie ungünstige Konflikte unter den Betroffenen eine weit erfolgreichere Entwicklung verhindert haben. Auch wenn die gemeinsame Erfahrung uns Betroffene verbindet, so wird doch die Individualität dadurch manchmal so verstärkt, dass die Bandbreiten der unterschiedlichen Meinungen noch nicht sinnvoll addiert werden können.

Die Wege der Selbsthilfe und ihrer Vertretung führen nun seit zwei Jahrzehnten durch das Land. Die Psychiatrie mit ihren gesamten Aufgaben sucht nun seit 200 Jahren nach Lösungen, daran ist deutlich zu sehen, dass gut Ding Weile braucht, wie man sagt.

# Lebensumstände schizophrener Erkrankter

Hans Rittmannsberger

---

## Einleitung

---

Allgemein über die Lebensumstände von Personen mit schizophrenen Störungen zu berichten ist angesichts der Vielfalt der möglichen Manifestations- und Verlaufsformen unmöglich. Es können daher nur bestimmte Lebensbereiche herausgegriffen werden, vorzüglich solche, für die ein wissenschaftliches oder praktisches Interesse besteht:

1. Familiäre Situation
2. Wohnumfeld
3. Beschäftigung
4. Soziales Netzwerk
5. Lebensqualität

Diese Lebensumstände interessieren insofern, als sie der Gradmesser dafür sind, wie weit es gelingt, Menschen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, ein gesellschaftlich integriertes Leben in der Gemeinde zu ermöglichen. Im Verlauf der Psychiatriereform hat sich herausgestellt, dass diese Integration nicht einfach damit zu erreichen ist, dass man die großen Langzeitabteilungen der Spitäler schließt und den PatientInnen einen anderen Wohnplatz besorgt. Diese Thematik ist heute auch unter dem Schlagwort der „sozialen Exklusion“ ein Fokus sozialpsychiatrischer Arbeit (Richter et al. 2006) und wird innerhalb der EU als ein Hauptziel der Sozialpolitik betrachtet (Esping-Andersen 2002).

## 1. Familiäre Situation

### a) Partnerschaft und Zivilstatus

Generell gilt, dass Personen mit der Diagnose Schizophrenie weniger oft verheiratet sind oder in Partnerschaft leben, als es in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Richter et al. (2006) untersuchten eine Stichprobe der deutschen Rentenversicherung mit über 33.000 Frühberenteten. Von allen psychischen Störungen sind an Schizophrenie Erkrankte am häufigsten unverheiratet, wobei dies bei Männern noch wesentlich häufiger der Fall ist als bei Frauen (79% vs 64%). Personen, die wegen einer körperlichen Erkrankung berentet worden sind, waren vergleichsweise nur in 33% (Männer) bzw. 36% (Frauen) der Fälle unverheiratet.

**Table 1** bietet eine Übersicht diesbezüglicher Daten aus verschiedenen Studien, die freilich – nachdem sie durchwegs mit anderen Fragestellungen durchgeführt worden sind – alle ein nach speziellen Kriterien selektiertes Klientel repräsentieren. Es ist ersichtlich, dass der Anteil alleinstehender Personen generell hoch ist (Range 14%-92%, Median 67%), der Anteil von PatientInnen dagegen, die aktuell oder früher verheiratet waren, entsprechend niedrig ist, (Range 4%-44%, Median 19%) und dass dies auch für viele Länder gilt. Eine europäische Studie (Rymaszewska et al. 2007) verglich PatientInnen verschiedener Diagnosen

Tabelle 1:

Zivilstatus und Wohnmilieu  
schizophrener PatientInnen  
in internationalen Studien

	Land	N	Alter	% Frauen	Zivilstand			Wohnen			
					alleinstehend	Verh./Partner	Gesch./verw.	Alleine	Mit Eltern	Mit PartnerIn	Geschützt
Auslander et al. (2001)	USA <sup>1</sup>	152	58	37,5		25					
	USA <sup>2</sup>	99	61	39		44					
Bebbington et al. (2005)	F	288	40	31	72	15	12	36	39	16	6
	D	618	42	44	54	25	19	33	18	28	14
	UK	302	41	35	67	18	14	36	24	17	13
Bechdolf et al. (2003)	D	66	32	47	89		11				
Caron et al. (2005)	CDN	44 <sup>3</sup>			64	4		27	34	9	9
		137 <sup>4</sup>			85	9		7	32	7	4
Hansson et al. (2002)	S	418	39	35	78	7		15	60	20	
Hutchinson et al. (1999)	UK	100			62	25	6				
Kovess-Masfety et al. (2006)	F	170		31	82						14
	IRL	64		39	67						3
	P	50		18	14						0
	E	84		25	18						1
Mueser et al. (2001)	USA	528	30	34	82	4		14			
Müller et al. (1998)	D <sup>3</sup>	195			49	35		16			
	D <sup>4</sup>	169			73	17		10			
Priebe et al. (1998)	D	24	36	50	50	25					
	CH	24	35	33	71	21					
	USA	24	42	42	92	4					
Rymaszewska et al. (2007)	EU	258	37	50				22	54	24	
Samele et al. (2001)	UK	708	38	42	66	11		23			
Thornicroft et al. (2004)	NL	61	40	33	72	10		49	20	8	
	DK	52	39	40	60	11		65	4	12	
	UK	84	44	42	64	16		42	20	17	
	E	100	40	41	71	16		7	72	17	
	I	107	43	51	58	24		15	50	25	
Usall et al. (2001)	E <sup>3</sup>	86	44		41	37		22			
	E <sup>4</sup>	153	36		82	11		7			

<sup>1</sup>unabhängig lebend; <sup>2</sup>board and care homes; <sup>3</sup>Frauen; <sup>4</sup>Männer;

in 5 Ländern (D, P, UK, SK, CS). PatientInnen mit einer Diagnose aus F2 waren nur halb so oft verheiratet wie jene mit einer Diagnose von F3 oder F4. Hohe Werte für Ehen/Partnerschaften findet man nur in besonderen Situationen, wie z.B. bei MigrantInnen asiatischer Herkunft in Großbritannien, wo es Teil der Tradition ist, Ehen zu arrangieren, auch wenn eine Behinderung vorliegt (Hutchinson et al. 1999).

Eine dänische Studie (Agerbo et al. 2004) verglich anhand eines Fallregisters mehr als 5000 PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie mit mehr als 50.000 gematchten Kontrollpersonen und ermöglicht damit

auch eine längsschnittsmäßige Betrachtung, die von maximal 19 Jahre vor der Erstaufnahme bis maximal 27 Jahre danach reicht. Eingangskriterium für die Aufnahme in die Gruppe der schizophrenen PatientInnen war eine erstmalige Hospitalisierung zwischen 1970 und 1999. Dabei zeigte sich, dass diese PatientInnen sowohl vor als auch nach der Indexepisode wesentlich häufiger alleinstehend waren (odds ratio [OR] für Männer ca. 10, für Frauen ca. 6), wobei die Wahrscheinlichkeit alleinstehend zu sein um den Zeitpunkt der Indexepisode am höchsten war (OR ca. 18 für Männer, ca. 11 für Frauen).

Dass schizophren erkrankte Frauen häufiger in Partnerbeziehungen leben als Männer, wird in vielen Untersuchungen bestätigt (Caron et al. 2005; Müller et al. 1998; Usall et al. 2001). Als Richtwert kann dabei die Annahme dienen, dass Frauen etwa doppelt so häufig in Partnerschaft leben wie Männer.

Diese Tatsache kann sowohl Ursache wie Folge des vielfach beschriebenen besseren Verlaufs

der Erkrankung bei Frauen sein. Auch bezüglich anderer Indikatoren sozialer Integration, wie Arbeiten oder Wohnen, weisen Frauen zumeist günstigere Werte auf (Andia et al. 1995; Röder-Wanner et al. 1997). Es ist naheliegend, die häufigeren Partnerschaften mit dem späteren Beginn der Erkrankung bei Frauen in Verbindung zu bringen (Häfner 2003).

### b) Fertilität

Die reduzierte Fertilität schizophrener PatientInnen gilt als eines der robustesten Ergebnisse in der gesamten Epidemiologie der schizophrenen Erkrankung

(Jablensky 2005; Nimgaonkar 1998). Männer sind davon wesentlich stärker betroffen als Frauen: So fanden etwa McGrath et al. (1999), dass 59% der Frauen im untersuchten Kollektiv Kinder hatten, aber nur 36% der Männer. Verglichen mit ihren Geschwistern lag die Fertilität der erkrankten Personen niedriger, wobei bei Männern der Unterschied wesentlich deutlicher war. Diese Unterschiede in der Fertilität lassen sich wohl in erster Linie auf die unterschiedliche Häufigkeit einer Partnerschaft (siehe oben) zurückführen: Untersuchungen bei in Partnerschaft lebenden PatientInnen zeigten diese reduzierte Fertilität weniger oder gar nicht (Bhatia et al. 2004; Hutchinson et al. 1999; Nimgaonkar 1998; Nimgaonkar et al. 1997). Auch das unterschiedliche Erkrankungsalter spielt insofern eine Rolle, als sich zeigt, dass die Mehrzahl der Kinder bei beiden Geschlechtern vor der Erstmanifestation der Erkrankung gezeugt bzw. empfangen werden (McGrath et al. 1999).

Untersuchungen an erstmalig hospitalisierten PatientInnen (Hutchinson et al. 1999) weisen aber auch darauf hin, dass bereits vor Beginn der Erkrankung ein deutlicher Unterschied in der Fertilität zu finden war, was dafür spricht, dass nicht vorrangig Medikation oder Hospitalisierung dafür verantwortlich sind, sondern dass dies ein Effekt des Prodromalstadiums der schizophrenen Erkrankung ist.

Die plausibelste Erklärung für die reduzierte Fertilität bei schizophrenen PatientInnen liegt daher in der reduzierten Fähigkeit zur Herstellung stabiler, intimer Beziehungen, wobei Männer davon wesentlich stärker betroffen sind. Existiert eine derartige Beziehung, so nähert sich die Fertilität derer der Kontrollgruppen an.

Eine viel diskutierte Frage ist, wieso die Erkrankung Schizophrenie angesichts der deutlich reduzierten Fertilität nicht schon längst ausgestorben ist. Eine mögliche Erklärung dafür ist die erhöhte Fertilität, die manchmal bei den Eltern und Geschwistern der Erkrankten beobachtet wird (Srinivasan und Padmavati 1997).

## 2. Wohnmilieu

Geht es um die Wohnverhältnisse, so interessieren vor allem die Lebensumstände jener PatientInnen, die aufgrund eines ungünstigen Verlaufs Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags benötigen. Dies entspricht zum Teil auch jenen Personen, die früher in den Langzeitabteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser gelebt haben. Die Frage, in welchen Wohnmilieus von Schizophrenie betroffene Personen leben, ist auf Grund vieler methodischer Probleme schwer zu beantworten. Als Näherungswert mögen wieder die Angaben aus den Studien der **Tabelle 1** gelten: Alleine leben zwischen 7% und 65% (Median 22%), mit einem Partner leben zwischen 7% und 28% (Median 17%), bei den Eltern leben zwischen 4% und 72% (Median 33%) und in geschütztem Milieu leben zwischen 0 und 14% (Median 6%). Während die sorgfältige Durchführung der Enthospitalisierungsprogramme zumeist zum Vorteil der Betroffenen gereichten, gibt es auch damit verbundene Probleme, wie z.B. das Abgleiten in die Obdachlosigkeit und/oder Kriminalität, wie es in den USA im großen Stil nach den Schließungen der staatlichen Spitäler in den Sechzigerjahren des vorigen Jahrhunderts passierte (Geller 1992; Lamb und Shaner 1993). Dazu zählt auch die Transferierung der Betroffenen aus den Spitälern in Pflegeheime, wie es im Zuge der deutschen Psychiatriereform geschah (Kunze 1985), wo etwa 100.000 psychisch kranke Menschen aus psychiatrischen Krankenhäusern in Heime verschiedenster Art verlegt worden sind (Steinhart 2001).

Welches Wohnmilieu „das beste“ ist, ist schwer zu sagen, weil es von den Bedürfnissen und Vorlieben der Betroffenen abhängt. Wie nicht weiter verwunderlich, wird selbstständiges Wohnen von der überwiegenden Zahl der Betroffenen bevorzugt (Tanzman 1993). Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen alleine oder in Partnerschaft besser zurechtkommen als Männer, und dass es sich beim Leben in der Ursprungsfamilie umgekehrt verhält. Männer scheinen, wenn sie außerhalb der Ursprungsfamilie leben, besonders anfällig dafür zu sein, soziale Kontakte zu verlieren (Salokangas 1997).

Das Problem der Wohnungslosigkeit unter schizophrenen PatientInnen ist aber keinesfalls nur in den USA aktuell. In der „European Schizophrenia Cohort“

**Tabelle 2:**

Arbeitsstatus und Lebensunterhalt von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie in internationalen Untersuchungen

	Land	N	Alter	% Frauen	Kompetitive Beschäftigung	Geschützt	Ohne Beschäftigung	LU durch eigenes Einkommen	Sozialhilfe/Pension
Bebbington et al. (2005)									
Marwaha et al. (2007)	F	288	40	31	13				
	D	618	42	44	30				
	UK	302	41	35	12				
Caron et al. (2005)	CD								
	N	181		24				8	
Hansson et al. (2002)	S	418	39	35	12				
Kovess-Masfety et al. (2006)	F	170		31	8	78		78	
	IRL	64		39	13	67		67	
	P	50		18	16	24		24	
	E	84		25	11	65		65	
Hansson et al. (2002)	S	418	39	35	12				
Längle et al. (2002)	D	169		52	26	21	26		23
Mueser et al. (2001)	USA	262	30	34	21	13			
Müller et al. (1998)	D	364	35	54	31		48	31	12
Rosenheck et al. (2006)	USA	1438	40	24	15	13	73		
	D	618	42	44	12	18		12	
	UK	302	41	35	9	4		9	
Rüesch et al. (2002)	CH	251			43	16	36		
Rymaszewska et al. (2007)	EU	258	37	50	16		25		48
Thornicroft et al. (2004)	NL	61	40	40	11	8	57	11	85
	DK	52	39	39	18	4	81	2	98
	UK	84	44	44	15	1	92	2	89
	E	100	40	40	5	2	65	13	47
	I	107	43	43	23	5	58		25
Usall et al. (2001)	E <sup>1</sup>	86	44		38				
	E <sup>2</sup>	153	36		21				

<sup>1</sup>Frauen; <sup>2</sup>Männer

Studie (Bebbington et al. 2005), einer naturalistischen Verlaufsstudie, durchgeführt in 9 Zentren in Frankreich, Deutschland und Großbritannien, wiesen die Teilnehmer in 9%, 8% bzw. 33% mindestens eine Episode von Wohnungslosigkeit in der Anamnese auf, 6%, 3% bzw. 15% hatten auf der Straße gelebt.

In Deutschland fanden Untersuchungen in repräsentativen Stichproben wohnungsloser Personen die Diagnose Schizophrenie in 14% (Lowens et al. 2000), 12% (nur Frauen) (Torchalla et al. 2004) und 34% (Frauen) bzw. 12% (Männer) (Meller et al. 2000). Eine gleichzeitig bestehende Störung durch psychotrope Substanzen erhöht das Risiko wohnungslos zu werden beträchtlich (Olfson et al. 1999).

### 3. Beschäftigung

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Teilhabe am freien Arbeitsmarkt schwierig und für Personen mit schizophrenen Störungen wahrscheinlich noch schwieriger.

In einer Studie von Richter (Richter et al. 2006) zeigt sich, dass Personen mit der Diagnose Schizophrenie im Median um 10 Jahre früher berentet wurden als Personen mit anderen psychischen Störungen, vor ihrer Berentung nur halb so viel verdienten wie der Durchschnitt aller wegen psychischer Störungen Berenteter und nur ein Drittel von dem verdienten, was Personen verdienten, die wegen einer somatischen Krankheit berentet worden waren. Dabei ist zu bedenken, dass Personen, die wegen einer früh beginnenden Erkrankung gar nicht ins Berufsleben eintreten konnten, in diesen Daten auch nicht enthalten sind.

Auch andere Studien zeigen, dass unter Personen mit psychischen Krankheiten für Menschen mit schizophrenen Störungen es am schwierigsten ist, sich am Arbeitsmarkt zu behaupten: (Rittmannsberger und Atzlinger 1994; Zwerling et al. 2002).

In einer Übersicht (Marwaha und Johnson 2004) über Arbeiten, die sich mit der Beschäftigungslage von schizophren erkrankten Menschen beschäftigt, fanden sich für die jüngeren europäischen Studien Beschäftigungsraten zwischen 10% und 20%.

**Tabelle 2** zeigt Werte aus einigen jüngeren internationalen Studien, wobei die Raten kompetitiver beschäftigter Personen mit der Diagnose Schizophrenie zwischen 5% und 43% lagen, mit einem Median von 15%. Die Rate der Nicht-Beschäftigten

lag zwischen 25% und 92%, mit einem Median von 65%. Die BezieherInnen von Invaliditätspensionen oder Sozialhilfe lagen zwischen 12% und 98% (Median 56%).

Interessanterweise ließ sich der sehr plausibel erscheinende Zusammenhang zwischen der Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und dem Beschäftigungsniveau psychisch Kranker nicht bestätigen. Hingegen zeigte die Statistik für Großbritannien (Marwaha und Johnson 2004), dass zwischen 1955 und 2000 die Quote der Beschäftigten in der Gesamtbevölkerung insgesamt um ca. 75% lag und nur um +/- 5% über die Jahre schwankte. Die Rate erwerbstätiger Personen mit Schizophrenie sank jedoch kontinuierlich von ca. 40% auf ca. 5%. Das Ausmaß der aktuellen Arbeitslosigkeit ist daher nicht in der Lage, die derzeit niedrigen Beschäftigungsraten zu erklären. Dass die Rate erwerbstätiger Personen mit der Diagnose Schizophrenie früher (1970 bis 1990) höher gelegen ist, wurde auch in anderen Untersuchungen gefunden (Müller et al. 1998). Als Ursachen werden diskutiert: Der Verlust früher angebotener geschützter Beschäftigungsmöglichkeiten, das Verschwinden anspruchloser Arbeitsplätze, erhöhte Ansprüche der Betroffenen und bessere Absicherung durch Erwerbsunfähigkeitspensionen, die die Betroffenen in eine „Pensionsfalle“ bringen – es ist unklug, die Sicherheit einer Pension gegen die Unsicherheit des Erwerbslebens einzutauschen. Allerdings könnten auch Veränderungen in der diagnostischen Definition der Schizophrenie eine Rolle spielen.

Die Möglichkeit, auf dem freien Arbeitsmarkt tätig zu sein, bedeutet nicht nur einen ökonomischen Vorteil, sondern hat auch einen positiven Einfluss auf andere Lebensbereiche.

Priebe et al. (1998) fanden die Lebensqualität von Personen mit schizophrenen Störungen, die einer Arbeit nachgingen, sowohl in objektiven wie auch in subjektiven Kriterien besser als die einer Vergleichsgruppe ohne Arbeit – dies unabhängig vom Land, in dem die Untersuchung durchgeführt wurde (D, CH, USA). Allerdings muss in dieser naturalistischen Studie die Richtung des Kausalzusammenhangs offen bleiben. Bezahlte Arbeit erweist sich im Vergleich mit unbezahlten Tätigkeiten nicht nur als wesentlich motivierender, sondern verbessert auch die Symptome und reduziert Hospitalisationen (Bell und Lysaker 1997; Bell et al. 1996).

Die Wichtigkeit einer kompetitiven Beschäftigung für die Gesamtsituation schizophrener PatientInnen zeigt sich nicht zuletzt an der nun auch für Europa nachgewiesenen Überlegenheit von „training on the job“ gegenüber Arbeitstrainingsmaßnahmen (Burns et al. 2007).

#### 4. Soziales Netzwerk

Das Konzept des „sozialen Netzwerks“ beschreibt die Anzahl der Personen, mit denen ein Mensch in Kontakt ist und die Qualität dieser Beziehungen. Es überschneidet sich damit auch mit dem Konzept der „sozialen Unterstützung“ (Klug 2005). Potenzielle Parameter zur Beschreibung des Netzwerkes sind Anzahl der Personen, Häufigkeit und Dauer der Kontakte, Demografie der Netzwerkmitglieder, Kontext der Kontakte, „Multiplexität“ (Personen, die in mehr als einem Kontext Bedeutung haben), Aktivitäten, die Netzwerkmitglieder miteinander ausführen, soziale Homogenität, Symmetrie des Austauschs usw. (Beels et al. 1984).

Größe und Qualität des sozialen Netzwerkes erwiesen sich in vielen Untersuchungen als Prädiktoren eines positiven Verlaufs der Erkrankung (Angermeyer und Lammers 1986; Brugha et al. 2005; Erickson et al. 1998; Strauss und Carpenter 1977) und werden positiv mit anderen Parametern sozialer Integrationen, wie Selbstständigkeit und Berufstätigkeit assoziiert (Evert et al. 2003).

#### 5. Lebensqualität

Seit der Einführung des Konzepts der Lebensqualität in die Medizin durch Elkinton (1966) sind zumindest zwei Dinge klar geworden: Es ist wichtig, diese subjektive Betrachtungsweise in die immer technokratische werdende Medizin zu integrieren, aber es ist auch sehr schwer, das Konzept methodisch in den Griff zu bekommen. Die subjektive Lebensqualität stimmt oft nicht mit Faktoren objektiver Lebensqualität (Alltagsbewältigung, Zugang zu materiellen und sozialen Ressourcen) überein. Als prinzipielle Probleme der Erfassung der subjektiven Lebensqualität bei psychisch kranken Menschen sind Veränderungen der Stimmung (namentlich Depression), kognitive Ver-

zerrungen, Realitätsverzerrungen, sowie die Adaptation der Erwartungen an die Gegebenheiten zu nennen (Hansson 2006; Katschnig 2000; 2006b). Letzteres ist wohl für die oft erstaunlich hohe subjektive Lebenszufriedenheit unter objektiv schlechten Lebensbedingungen verantwortlich. So bildet sich der objektiv große Gewinn an Lebensqualität der PatientInnen durch Übersiedlung aus dem Spital in die Gemeinde oft nicht entsprechend in der Einschätzung der subjektiven Lebensqualität ab (Barry und Crosby 1996). Eine Untersuchung (Röder-Wanner et al. 1997) ging von der Hypothese aus, dass Frauen eine bessere soziale Integration aufweisen als Männer und damit auch eine höhere subjektive Lebenszufriedenheit haben sollten. Ersteres konnte bestätigt werden (Frauen lebten häufiger in Beziehungen, hatten häufiger Arbeit und mehr Geld zur Verfügung, ...), dennoch unterschieden sie sich bezüglich subjektiver Lebensqualität nicht. Auch die üblicherweise angebotenen außerstationären Dienste erwiesen sich in einigen Untersuchungen als nicht in der Lage, die subjektive Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Thorncroft et al. 2004; Thorup et al. 2006).

Untersuchungen zur Lebensqualität sollten daher idealerweise mehrdimensional sein und folgende Aspekte erfassen (Katschnig 2006a):

- Beurteilungen je durch die PatientIn, durch Angehörige und durch Professionelle
- Messung von subjektivem Wohlbefinden, der Bewältigung verschiedener sozialer Rollen und objektiver (materielle und soziale) Lebensbedingungen
- Die Bewertung sollte nach verschiedenen Lebensbereichen differenziert sein
- Die Psychopathologie sollte dokumentiert werden

Aktuell liegt der Schwerpunkt der Beforschung der Lebensqualität schizophrener PatientInnen sicherlich im Bereich der pharmakologischen Studien und der Erfassung der durch medikamentöse Therapie beeinflussten diesbezüglichen Veränderungen (Bobes und Garcia-Portilla 2006). Generell gilt, dass die Lebensqualität von Untersuchung zu Untersuchung kaum je gut vergleichbar ist (Gaite et al. 2002; Salokangas et al. 2001), was durch die Vielzahl von verfügbaren Messinstrumenten noch erschwert wird (Bobes et al. 2005).

**Tabelle 3:**

*Zivilstatus und Wohnmilieu schizophrener PatientInnen in österreichischen Studien*

	N	Alter	% Frauen	Zivilstand			Wohnen			
				alleinstehend	Verh./Partner	Gesch./verw.	Alleine	Mit Eltern	Mit PartnerIn	Geschützt
Eichberger & Danzinger (1990)	1006	30		54			17	24	28	6
Fischer et al. (2004)	41		24	81	10	10				
Haberfellner & Rittmannsberger (1995)	24		25	71	25	4				
Hofer et al. (2004)	80	37	22	75	18	7	26	10	35	21
Hofer et al. (2005)	60	40	35	73	17	10	38	22	22	13
Hofer et al. (2006)	60	38	28	83	5	12	48	5	32	8
Holzner et al. (1998)	60	36	52	79	9	12	38	10	32	20
	565 <sup>1</sup>						16	30	22	7
	441 <sup>2</sup>						17	17	36	6
Klammer (1995)	14	34	29	71	14	14				
Rittmannsberger & Atzlinger (1994)	56 <sup>3</sup>						14		64	22
	54 <sup>4</sup>						43		32	26
Unger et al. (2005)	135	33	42	80	10	10				

<sup>1</sup>Frauen; <sup>2</sup>Männer; <sup>3</sup>vor beruflicher Rehabilitation; <sup>4</sup>nach beruflicher Rehabilitation

Das führt dazu, dass es wenig konsistente Korrelationen soziodemographischer Faktoren mit Lebensqualität gibt – in Partnerschaft zu leben, einen nahen Freund haben, bezahlte Arbeit und damit Geld zu haben, selbstständig zu sein und ein größeres soziales Netzwerk zu haben hatten noch die konsistentesten positiven Zusammenhänge mit Lebensqualität. Bedeutsam sind auch subjektive Konstrukte (z.B. Kontrollüberzeugungen) und Persönlichkeitseigenschaften (Bechdorf et al. 2003; Eklund et al. 2003; Hansson 2006; Hansson et al. 2002; Heider et al. 2007).

Die Frage, ob schizophrene PatientInnen in dem einen oder dem anderen Milieu eine bessere

Lebensqualität aufweisen, ist daher, wenn überhaupt, immer nur im Rahmen einer einheitlichen Studie zu beantworten, kaum je sind Vergleiche zwischen unterschiedlichen Studien möglich.

---

## Die Situation in Österreich

---

### 1. Familiäre Situation

Einschlägige Untersuchungen zu Zivilstand, Partnerschaft und Fertilität von Personen mit der Diagnose Schizophrenie sind aus Österreich nicht bekannt. **Tabelle 3** stellt Angaben aus Kollektiven schizophrener PatientInnen zusammen, die in anderen Zielsetzungen untersucht worden sind. Der Anteil lediger Personen liegt zwischen 64% und 83% (Median 74%) und somit in vergleichbarer Höhe mit den internationalen Studien.

Eine Studie (Stompe et al. 1999) untersuchte den Zusammenhang zwischen der Position in der Geschwisterreihe und dem Auftreten der Erkrankung und fand dabei keine Korrelationen (anders als in einem zugleich untersuchten pakistanischen Kollektiv, wo die Stellung als Erstgeborener mit einem erhöhten Risiko einherging).

Aus dem Psychiatriebericht der Steiermark (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2006) sind Daten für schizophrene PatientInnen näherungsweise zu erheben: In den Angeboten betreutes Wohnen und Tagesstrukturen sind jeweils ca. die Hälfte der PatientInnen mit einer Diagnose aus F2 registriert. Im Bereich betreutes Wohnen sind die KlientInnen zu 88% ledig, 7% haben ein eigenes Einkommen durch Erwerbstätigkeit. Im Bereich Tagesstruktur sind 63% ledig, 17% verheiratet oder in Lebensgemeinschaft, 19% geschieden oder verwitwet, zu 74% sind die TeilnehmerInnen pensioniert.

Die weiteren Psychiatrieberichte, die es in Österreich gibt (Dantendorfer 2005; Katschnig et al. 2004; Stadt Wien 2006), sind hinsichtlich Angaben bezüglich der Lebensumstände schizophrener PatientInnen unerheblich.

### 2. Wohnumfeld

Es konnte nur eine österreichische Untersuchung gefunden werden, die sich schwerpunktmäßig mit dem Wohnumfeld schizophrener PatientInnen befasste (Eichberger und Danzinger 1990), allerdings sind deren Daten nunmehr 20 Jahre alt. Nimmt man zur Orientierung wieder Daten aus Untersuchungen an Kollektiven schizophrener PatientInnen, die in anderen Fragestellungen untersucht wurden (**Tabelle 3**), ergibt sich folgendes Bild: 16%-48% (Median 26%) lebten alleine, 5%-30% (Median 17%) mit einem Partner, 22%-64% (Median 32%) mit ihrer Ursprungsfamilie (eine Zahl, die hoch erscheint, angesichts des Durchschnittsalters von fast 40 Jahren), und 6%-26% (Median 13%) in einer Form von geschütztem Milieu. Auch hier liegen die Medianwerte in gleicher Höhe wie in den internationalen Studien, lediglich für die BewohnerInnen geschützter Milieus liegt der Wert in Österreich etwas höher. Die sich im Vergleich mit der früheren Arbeit von Eichberger und Danzinger (1990) ergebenden Unterschiede (weniger alleine lebende, weniger in Heimen lebende, mehr in Partnerschaft lebende) sind wohl Ausdruck der seit damals aufgetretenen Veränderungen (insbesondere das höhere Angebot von betreuten Wohnplätzen, aber auch die höhere Anzahl von schwerer erkrankten Personen in der Gemeinde durch Reduktion der Pflegeabteilungen).

Wie viele Menschen mit der Diagnose Schizophrenie in Alten- und Pflegeheimen leben, ist nicht bekannt; ebenso wenig wie viele in von der Sozialhilfe getragenen außerstationären Einrichtungen und Betreuungsverhältnissen leben. Letztere Daten sollten zumindest vom Prinzip her verfügbar sein, sind aber offenbar auch auf der Ebene der einzelnen Bundesländer nirgends veröffentlicht. Aus dem Psychiatriebericht der Steiermark (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2006) sind Daten für schizophrene PatientInnen näherungsweise zu erheben: In den Angeboten betreutes Wohnen und Tagesstrukturen sind jeweils ca. die Hälfte der PatientInnen mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) registriert.

Im Zuge der Recherchen für diesen Bericht wurde mir eine im Auftrage der oberösterreichischen Sozialabteilung im Jahr 2006 durchgeführte und bisher

**Tabelle 4:**

BewohnerInnen in den von der OÖ Sozialhilfe finanzierten Wohnrichtungen  
(Grausgruber und Grausgruber-Berner 2008)

	Alle BewohnerInnen		Schizophrene BewohnerInnen		
	Schizophr.	andere Dg	WG	Wohneime	LPBZ
N (% der Gesamtgr. N=1088)	454 (42%)	634 (58%)	301 (28%)	365 (34%)	422 (39%)
Diagnose Schizophrenie			51	35	41
Anteil Frauen	47	42	46	38	48
Anteil Personen >60a	39	40	13	25	73
Pflegegeld	79	76	72	70	92
Pflegegeld ≥ Stufe 3	24	46	6	10	42
Sachwalterschaft	60	59	41	56	78

**Tabelle 5:**

Arbeitsstatus von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie in österreichischen Untersuchungen

	N	Alter	% Frauen	Vollzeit	Teilzeit	Geschützt	Ohne Beschäftigt.
Fischer et al. (2004)	41		24	12	42	39	
Haberfellner und Rittmannsberger(1995)	24		25	8	17	66	
Hofer et al. (2005)	60	40	35	17	13	27	43
Hofer et al. (2006)	60	38	28	7	10	20	63
Klammer (1995)	14	34	29	7	21	0	72
Unger et al. (2005)	135	33	42	24			68

unveröffentlichte Untersuchung zugänglich gemacht. Dabei wurde der Betreuungsbedarf jener psychisch kranken Personen erhoben, die von der Sozialabteilung finanziert in Wohngemeinschaften und Heimen lebten (betreutes Einzelwohnen und Übergangseinrichtungen wurden nicht erfasst). Diese Gruppe umfasste insgesamt 1088 Personen, die von 8 verschiedenen Organisationen betreut wurden. Nach dem Typus der Einrichtung wurde unterschieden zwischen Wohngemeinschaften, Wohnheimen und den „Landes-Pflege- und Betreuungszentren“ (LPBZ). Letztere sind – im Gegensatz zu den anderen Trägern – direkt in der Trägerschaft des Landes stehende Pflegeheime, in die zumeist jene psychisch Kranken mit dem größten Betreuungsbedarf übernommen werden.

Wie **Tabelle 4** entnommen werden kann, haben 454 (42%) der BewohnerInnen die Diagnose Schizophrenie. Bei einer aktuellen Einwohnerzahl des Bundeslandes von 1,4 Millionen Menschen und einer angenommenen Punktprävalenz von Schizophrenie von 0,7% (Buchanan und Carpenter 1999) entspricht dies einem Anteil von 4,6% der hypothetisch angenommenen Gesamtzahl von Personen mit schizophrenen Erkrankungen. Mit dieser Berechnung sind sicherlich

nicht alle Personen in betreutem Milieu erfasst, aber ein beträchtlicher Teil davon. Schätzungsweise könnte man die Zahl der in intensiver Betreuung befindlichen Personen mit der Diagnose Schizophrenie noch um 50% erhöhen.

Bei einer Erhebung unter den Bewohnern geschützter Wohnplätze im Bereich der Stadt Linz fand Rittmannsberger (Rittmannsberger 2002) einen Anteil schizophrener PatientInnen von 50%. In der gleichen Untersuchung wurden in Einrichtungen für Wohnungslose 18% mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) gefunden.

Der Jahresbericht des Sozialvereins „B37“, der in Linz für die Betreuung Wohnungsloser zuständig ist, weist im Wohnheim im Jahr 2006 unter 265 Personen 46 (17%) mit einer Diagnose aus F2 auf (Sozialverein B37 2007).

### 3. Beschäftigung

Wenngleich anzunehmen ist, dass in Österreich zahlreiche Daten über die Beschäftigungssituation schizophrener Patienten verfügbar sein müssten (in den Dokumentationen der diversen Behandlungseinrichtungen), so sind diese Daten jedoch kaum publiziert und somit nicht verfügbar. Als Näherungswert können wieder Daten aus Untersuchungen in anderen Fragestellungen dienen (**Tabelle 4**), die eine Quote von Erwerbstätigkeit (Voll- und Teilzeit) von 8% bis 30% (Median 17%) zeigen, sowie 39% bis 72% (Median 63%) nicht-erwerbstätiger PatientInnen. Wieder entsprechen diese Werte jenen in internationalen Studien.

Aus den offiziellen Publikationen der Pensionsversicherungsanstalt (Pensionsversicherungsanstalt 2006) lässt sich zwar entnehmen, dass psychiatrische Erkran-

kungen mit 30,2% (Männer 24,8%, Frauen 40,5%) die größte Diagnosegruppe bei neuerteilten Berufsunfähigkeitspensionen darstellen, allerdings ist eine weitere diagnostische Aufschlüsselung nicht möglich.

#### 4. Soziales Netzwerk

Ein ausgezeichnete Übersichtsartikel – allerdings ohne spezifisch österreichische Daten – über das soziale Netzwerk bei Psychosen stammt von G. Klug (Klug 2005).

Haberfellner und Rittmannsberger (1995) fanden in einer Untersuchung an 24 KlientInnen eines psychosozialen Dienstes, dass sich die Anzahl der Netzwerkmitglieder mit 25,7 nicht wesentlich von den Werten in der Allgemeinbevölkerung unterscheidet, dass aber davon 34% auf andere psychisch Kranke und 20% auf professionelle HelferInnen entfallen.

Klammer (1995) verglich in ihrer Diplomarbeit 14 PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie mit 14 Kontrollpersonen und fand dabei ein soziales Netzwerk von durchschnittlich 8,3 Personen bei den PatientInnen, jedoch 22,5 Personen in der Kontrollgruppe. Beratende Berufsgruppen machten bei den PatientInnen lediglich 2,4% des Netzes aus, andere PatientInnen wurden überhaupt nicht erfasst.

Laireiter et al. (1997) beschreiben in ihrer Darstellung des von ihnen entwickelten Instruments „SONET“ zur Erfassung des sozialen Netzwerks und der sozialen Unterstützung eine Gruppe von PatientInnen (N=14) mit einer Gesamtnetzwerkgröße von 15,1 Personen (davon 1,1 professionelle Helfer).

#### 5. Lebensqualität

Bezüglich der theoretischen Grundlagen des Konzepts der Lebensqualität liegen einige wichtige Übersichtsarbeiten von Katschnig vor (Katschnig 2000; Katschnig 2006a).

So interessant es wäre, die Lebensqualität schizophrener PatientInnen zwischen einzelnen Ländern zu vergleichen, machen doch die oben angeführten methodischen Probleme einen derartigen Vergleich

wenig sinnvoll. Hofer et al. (2004) fanden, dass mehr als die Hälfte der von ihnen untersuchten PatientInnen mit ihrem Leben insgesamt zufrieden waren. Unzufriedenheit herrschte bezüglich Partnerschaft und psychischer Gesundheit.

Eine Arbeit aus Wien (Lang et al. 2002) untersuchte die Lebensqualität verschiedener Gruppen von Nutzern sozialpsychiatrischer Dienste mit einem Anteil von ca. 20% schizophrener PatientInnen. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Lebensqualität nach Enthospitalisierung stieg und die Lebenszufriedenheit positiv mit der Diagnose Schizophrenie (vs. andere Diagnosen) korrelierte.

---

#### Zusammenfassung und Empfehlungen

---

Lebensumstände und soziale Inklusion bzw. Exklusion sind von großer Bedeutung für die Lebensqualität psychisch Kranker und natürlich auch schizophrener Erkrankter. Wie die Daten zeigen, gelingt es nur einem kleinen Teil der Betroffenen, eine eigene Familie zu gründen bzw. diese zu erhalten. Die Rate Berufstätiger ist niedrig, soziale Netzwerke sind zahlenmäßig reduziert oder können nur durch professionell vermittelte Kontakte ergänzt werden. Die in Österreich erhobenen Werte sind im Einklang mit den in der internationalen Literatur gefundenen.

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass die zitierten Ergebnisse möglicherweise ein zu pessimistisches Bild zeichnen, da sie in erster Linie an Kollektiven mit schwererem Krankheitsverlauf gewonnen wurden. Trotzdem müssen wir feststellen, dass offenbar für viele Menschen die Erkrankung auch ein gesellschaftlich marginalisiertes Leben mit sich bringt. Lösungsansätze dafür vorzuschlagen würde den Rahmen dieses Beitrags überschreiten und ist ein Fokus von Diskussionen auf professioneller, politischer und ideologischer Ebene. Die wahrscheinlich effektivste Maßnahme gegen diese Marginalisierung wären vermehrte Möglichkeiten für eine berufliche Tätigkeit, die auch viele positive Auswirkungen auf andere Lebensbereiche haben würde. Das Bemühen, auch schwerer Erkrankten ein einigermaßen adäquates Leben zu ermöglichen (inklusive der hier nicht thematisierten Frage der Einkommensverhältnisse), hat auch insofern Bedeutung, weil hier die Kausalitäten

bidirektional sind: Schwerere Erkrankung führt nicht nur zu ungünstigeren Lebensverhältnissen, sondern die ungünstigeren Lebensverhältnisse können auch zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen (Cohen 1993; Wing 1975).

Nur sehr unzureichend sind wir informiert über jene Personen, die auf Grund von Behinderungen in Institutionen mit höherer Betreuungsintensität leben, obwohl hier die Daten noch am einfachsten zu bekommen wären. Eine österreichweite oder zumindest repräsentative Erhebung über jene PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie, die in psychiatrischen Langzeitabteilungen, psychiatrischen Pflegeheimen, Altenheimen oder Einrichtungen für Wohnungslose leben, wäre daher von großem Interesse.

Die hier präsentierten österreichischen Daten sind leider von geringem Umfang und nicht repräsentativ. Es ist wahrscheinlich, dass es viele Daten gäbe, die aber verstreut in diversen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen liegen und zumeist auch nicht ausgewertet sind. Eine einheitliche Sozialdokumentation für psychiatrische PatientInnen, entsprechend der deutschen BADO, wäre sowohl im stationären, wie im ambulanten Bereich nicht nur im Sinne der an Schizophrenie Erkrankten, sondern aller PatientInnen von Vorteil.

---

## Literatur

---

- Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB (2004) Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 61: 28-33
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hrsg) (2006) *Psychiatriebericht Steiermark 2006*. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Graz
- Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J, et al. (1995) Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 183: 522-528
- Angermeyer CM, Lammers R (1986) Das soziale Netzwerk schizophrener Kranker. *Z f Klin Psych Psychopath Psychother* 34: 100-118
- Auslander LA, Lindamer LL, Delapena J, Herless K, Polichar D, Patterson TL, et al. (2001) A comparison of community-dwelling older schizophrenia patients by residential status. *Acta Psychiatr Scand* 103: 380-386
- Barry M, Crosby C (1996) Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 168: 210-216
- Bebbington PE, Angermeyer CM, Azorin J-M, Brugha T, Kilian R, Johnson S, et al. (2005) The European schizophrenia cohort ((EuroSC). A naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40: 707-717
- Bechdolf A, Klosterkötter J, Hambrecht M, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, et al. (2003) Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253: 228-235
- Beels CH, Gutwirth L, Berleley J, Sruening E (1984) Measurements of social support in schizophrenia. *Schizophr Bull* 32: 399-411
- Bell MD, Lysaker PH (1997) Clinical benefits of paid work activity in schizoiphenia: 1-year follow-up. *Schizophr Bull* 23: 317-328
- Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM (1996) Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 22: 51-67
- Bhatia T, Franzos MA, Wood JA, Nimgaonkar VL (2004) Gender and procreation among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 68: 387-394
- Bobes J, Garcia-Portilla MP (Hrsg) (2006) *Quality of life in schizophrenia*. John Wiley, Chichester
- Bobes J, Garcia-Portilla P, Saiz PA, Bascaran T, Bousono M (2005) Quality of life measures in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 20: S313-S317
- Brugha T, Weich S, Singleton N, Lewis G, Bebbington PE, Jenkins P, Meltzer HY (2005) Primary group size, social support, gender and future mental health status in a prospective study of people living in private households throughout Great Britain. *Psychol Med* 35: 705-714
- Buchanan RW, Carpenter WT (1999) Schizophrenia. In: Sadock BJ, VA Sadock (eds) *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370: 1146-52
- Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A (2005) Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Research* 137: 203-213
- Cohen CI (1993) Poverty and the course of schizophrenia: implications for research and policy *Hospital and Community Psychiatry* 44: 951-958
- Dantendorfer K (Hrsg) (2005) *Die psychosoziale Versorgung des Burgenlandes -Psychiatriebericht Burgenland 2004/2005*. Burgenländische Landesregierung, Eisenstadt
- Eichberger G, Danzinger R (1990) Wohnverhältnisse schizophrener Patienten. *Gemeindenahe Psychiatrie* 11/3: 13-18
- Eklund M, Bäckström M, Hansson L (2003) Personality and self variables: important determinants of subjective quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 108: 134-143
- Elkinton J (1966) Medicine and the quality of life. *Ann Int Med* 64: 711-714
- Erickson DH, Beiser M, Iacono WG (1998) Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia. *J Abnormal Psychology* 107: 681-685
- Esping-Andersen G (Hrsg) (2002) *Why we need a new welfare state*. Oxford University Press, Oxford

- Evert H, Harvey C, Trauer T, Herrman H (2003) The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38: 180-188
- Fischer M, Kemmler G, Meise U (2004) „Schön, dass sich auch einmal jemand für mich interessiert.“ Eine Erhebung der Lebensqualität von Angehörigen langfristig an Schizophrenie Erkrankter. *Psychiatr Prax* 31: 60-67
- Gaite L, Vazquez-Barquero J, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. (2002) Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 105: 283-292
- Geller J (1992) A historical perspective on the role of state hospitals viewed from the era of the revolving door. *Am J Psychiatry* 149: 1526-1533
- Grausgruber A, Grausgruber-Berner R (2008) Psychiatrische Diagnosen bei Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen in vom Land Oberösterreich finanzierten Wohnheimen in Oberösterreich. Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Soziologie, Abteilung empirische Sozialforschung, Linz
- Haberfellner EM, Rittmannsberger H (1995) Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker - eine Netzwerkuntersuchung. *Psychiatr Prax* 22: 145-149
- Häfner H (2003) Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 28: 17-54
- Hansson L (2006) Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 113 (Suppl 429): 46-50
- Hansson L, Middelboe T, Sorgaard KW, Bentzen-Tops A, Bjaranson O, Merinder L, et al. (2002) Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand* 105: 343-350
- Heider D, Angermeyer CM, Winkler I, Schomerus G, Bebbington PE, Brugha T, et al. (2007) A prospective study of quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research* 93: 194-202
- Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, Rettenbacher MA, Schweigkofler H, Schwitzer J, Fleischhacker WW (2005) Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *Eur Psychiatry* 20: 386-394
- Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW (2004) Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry* 65: 932-939
- Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemmler G, Hummer M, Fleischhacker WW (2006) Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 156: 246-255
- Holzner B, Kemmler G, Meise U (1998) The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 624-631
- Hutchinson G, Bhugra D, Mallett R, Burnett R, Corridan B, Leff J (1999) Fertility and marital rates in first-onset schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34: 617-621
- Jablensky A (Hrsg) (2005) Schizophrenia: the epidemiological horizon. Blackwell Science, Oxford
- Katschnig H (2000) Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl. 407): 33-37
- Katschnig H (Hrsg) (2006a) How useful is the concept of quality of life in psychiatry? John Wiley, Chichester
- Katschnig H (2006b) Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry* 5: 139-145
- Katschnig H, Denk P, Scherer M (2004) Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Klammer C (1995) Schizophrene Störungen, soziales Netzwerk, soziale Unterstützung und belastende Beziehungen. Naturwiss. Fakultät. Universität Salzburg, Salzburg
- Klug G (2005) Die Veränderung sozialer Netzwerke im Rahmen von Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73, S1: S66-S73
- Kovess-Masfety V, Xavier M, Kustner BM, Suchocka A, Sevilla-Dedieu C, Dubois J, et al. (2006) Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry* 6: 39
- Kunze H (1985) Rehabilitation and institutionalisation in community care in West Germany. *Br J Psychiatry* 147: 261-264
- Laireiter AR, Baumann U, Feichtinger L, Reizenstein E, Untner A (1997) Interview und Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung SONET. *Rehabilitation* 36: XV-XXX
- Lamb HR, Shaner R (1993) When there are almost no state hospital beds left. *Hospital and Community Psychiatry* 44: 973-976
- Lang A, Steiner E, Berghofer G, Henkel H, Schmitz M, Schmidl F, Rudas S (2002) Quality of life and other characteristics of Viennese mental health users. *Int J Soc Psychiatry* 48: 59-69
- Längle G (2002) Die berufliche Entwicklung schizophrener Patienten im Jahr nach der Entlassung aus der Klinik. In: Schmidt-Zadel R, N Pörksen, AP Kranke (eds) Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Lowens S, C K, Eikelmann B, Reker T (2000) Wohnungslose Männer in stationärer Behandlung – Eine kontrollierte Studie. *Psychiatr Prax* 27: 24-27
- Marwaha S, Johnson S (2004) Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 337-349
- Marwaha S, Johnson S, Bebbington PE, Stafford M, Angermeyer CM, Brugha T, et al. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 191: 30-37
- McGrath J, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla JM (1999) The fertility and fecundity of patients with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 99: 441-446
- Meller I, Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Wolz J (2000) Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch kranke Obdachlose. *Nervenarzt* 71: 543-551
- Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR (2001) A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 27: 281-296
- Müller P, Gaebel W, Bandelow B, Köpcke W, Linden M, Müller-Spahn F, et al. (1998) Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 69: 204-209
- Nimgaonkar VL (1998) Reduced fertility in schizophrenia: here to stay? *Acta Psychiatr Scand* 98: 348-353
- Nimgaonkar VL, Ward SE, Agarde H, Weston N, Ganguli R (1997) Fertility in schizophrenia: results from a contemporary US cohort. *Acta Psychiatr Scand* 95: 364-369

- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J (1999) Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 50: 667-673
- Pensionsversicherungsanstalt (2006) Jahresbericht 2006. Pensionsversicherungsanstalt, Wien
- Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I (1998) Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull* 24: 469-477
- Richter D, Eikermann B, Reker T (2006) Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen* 68: 704-707
- Rittmannsberger H (2002) Betreute Wohnplätze und regionale Zugehörigkeit. *Psychiatr Prax* 29: 29-33
- Rittmannsberger H, Atzlinger G (Hrsg) (1994) Ergebnisse beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bei schizophrenen Patienten Springer-Verlag, Wien
- Röder-Wanner UU, Oliver JPI, Priebe S (1997) Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *Int J Social Psychiatry* 43: 129-143
- Rosenheck R, Leslie DL, Keefe R, McEvoy JP, Swartz M, Perkins DO, et al. (2006) Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 163: 411-417
- Rüesch P, Meyer PC, Graf J, Hell D (2002) Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiatr Prax* 29: 68-75
- Rymaszewska J, Jarosz-Nowak J, Kienja A, Kallert T, Schützwohl M, Priebe S, et al. (2007) Social disability in different mental disorders. *Eur Psychiatry* 22: 160-166
- Salokangas RKR (1997) Living situation, social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 96: 459-68
- Salokangas RKR, Honkoken T, Stengard E, Koivisto AM (2001) To be or not to be married - that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 381-90
- Samele C, Van Os J, McKenzie K, Wright A, Gilvarry C, Manley C, et al. (2001) Does socioeconomic status predict course and outcome in patients with psychosis? *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 573-581
- Sozialverein-B37 (Hrsg) (2007) Jahresbericht 2006. Sozialverein B37, Linz
- Srinivasan TN, Padmavati R (1997) Fertility and schizophrenia: evidence for increased fertility in the relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 96: 260-264
- Stadt Wien (Hrsg) (2006) Wiener Psychiatriebericht 2004. Stadt Wien, Wien
- Steinhart I (2001) Grenzen der Entospitalisierung. In: Kranke AP (ed) 25 Jahre PSYchiatrie-Enquete. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Friedmann A, Chaudhry HR (1999) Siblings orders of schizophrenic patients in Austria and Pakistan. *Psychopathology* 32: 281-291
- Strauss JS, Carpenter WT (1977) Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry* 34: 159-163
- Tanzman B (1993) An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry* 44: 450-5
- Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, Vazquez-Barquero J (2004) The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 69: 125-132
- Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Öhlenschläger J, Christensen T, Krarup G, et al. (2006) Social network among young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders. Results from the Danish OPUS trial. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 761-770
- Torchalla I, Albrecht F, Buchkremer G, Längle G (2004) Wohnungslose Frauen mit psychischen Erkrankungen - eine Feldstudie. *Psychiatr Prax* 31: 228-235
- Unger A, Krautgartner M, Freidl M, Stelzig-Schöler R, Rittmannsberger H, Simhandl C, Grill W, Doby D, Wancata J (2005) Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatrie* 19: 141-147
- Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Marquez M (2001) Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry* 42: 301-305
- Wing JK (1975) Institutional influences on mental disorders. In: Kisker KP, JE Meyer, E Müller, E Strömgen (eds) *Psychiatrie der Gegenwart*. Springer, Berlin
- Zwerling C, Whitten PS, Sprince NL, Davis CS, Wallace RB, Blanck PD, et al. (2002) Workforce participation by persons with disabilities: The national health survey disability supplement, 1994 to 1995. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 44: 358-364

# Somatische Erkrankungen bei PatientInnen mit schizophrenen Störungen

**Maria Rettenbacher**

---

## Einleitung

---

PatientInnen mit einer schizophrenen Störung weisen eine höhere Inzidenzrate von somatischen Erkrankungen sowie eine höhere Mortalitätsrate als die gesunde Allgemeinbevölkerung auf (Leucht et al. 2007, Ryan et al. 2003). Darüber hinaus ist bekannt, dass PatientInnen, die an einer schizophrenen Psychose leiden, durch ihren Lebensstil ein erhöhtes Risiko für metabolische und Herz-Kreislaufkrankungen haben. Dabei spielen insbesondere mangelnde Bewegung durch die Erkrankung selbst oder durch medikamentös induzierte Sedierung und ungesunde Ernährung sowie der erhöhte Konsum von Nikotin und Alkohol eine wesentliche Rolle (Brown et al. 1999). Hinzu kommen die somatischen Nebenwirkungen, die durch die antipsychotische Behandlung verursacht werden (Henderson et al. 2000, Melkersson und Dahl 2004, Meyer und Koro 2004). In den letzten Jahrzehnten veränderte sich mit dem vermehrten Einsatz von Antipsychotika der zweiten Generation die Art der somatischen Nebenwirkungen. So kann man heute unter der Behandlung mit neuen Antipsychotika häufiger metabolische und endokrinologische Nebenwirkungen beobachten und weniger extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen. Die aktuelle Datenlage zeigt, dass somatische Nebenwirkungen unter der Behandlung

mit Antipsychotika in den vergangenen Jahren nicht nur im internationalen Bereich sondern auch in Österreich untersucht wurden. Dabei stehen vor allem Daten von klinischen Studien und Fallberichten zur Verfügung. Weiters gibt es auch einige Ergebnisse von Studien aus dem Bereich der Grundlagenforschung.

Das Erkennen und die Behandlung von somatischen Erkrankungen bei PatientInnen mit einer schizophrenen Störung ist aus mehreren Gründen besonders wichtig. PatientInnen mit einer schizophrenen Psychose, die zusätzlich an einer somatischen Erkrankung leiden, nehmen wesentlich später ärztliche Hilfe in Anspruch als psychisch Gesunde. Dafür gibt es verschiedene Ursachen. Einerseits kann die zum Teil bestehende soziale Isolation dafür verantwortlich sein, andererseits können es auch direkt durch die Psychopathologie bedingte Phänomene sein, die den Patienten daran hindern, mit somatischen Beschwerden zum Arzt zu gehen. Aus der klinischen Praxis ist bekannt, dass der behandelnde Psychiater für PatientInnen mit einer schizophrenen Störung oft der einzige Ansprechpartner für psychische aber auch körperliche Beschwerden ist. Dieser sollte also wissen, mit welchen somatischen Komplikationen er bei welchem Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit rechnen muss.

## A. Somatische Symptome unabhängig von der antipsychotischen Behandlung

1. Vegetative Störungen
2. Neurologische „soft signs“
3. Metabolische Störungen

## B. Somatische Erkrankungen als Folge antipsychotischer Behandlung

1. Neurologische Nebenwirkungen:
  - Bewegungsstörungen
  - Senkung der Krampfschwelle
2. Kardiovaskuläre Nebenwirkungen:
  - QTc-Verlängerungen
  - Orthostase
3. Endokrinologische Veränderungen:
  - sexuelle Nebenwirkungen
  - Galaktorrhoe
4. Osteoporose
5. Veränderungen des Blutbildes
6. Metabolische Nebenwirkungen:
  - Gewichtszunahme
  - Insulinresistenz/Diabetes
  - Lipidstoffwechselstörungen
  - Hepatologische Veränderungen
7. Das maligne neuroleptische Syndrom

### A1. Vegetative Störungen

Dabei handelt es sich vor allem um paroxysmale Tachy- oder Bradykardien, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Obstipation sowie Diarrhoe, Veränderungen der Speichel-, Schweiß- und Talgdrüsensekretion, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, Störungen der Thermoregulation sowie Gewichtsschwankungen. Diese Symptome können bei einem Großteil der PatientInnen mit einer schizophrenen Psychose beobachtet werden.

### A2. Neurologische „soft signs“

Neurologische „soft signs“ sind Defizite in der sensorischen Integration sowie in der Koordination und in der Sequenzierung komplexer motorischer Funk-

tionen. Diese Symptome wurden auch bei PatientInnen mit einer schizophrenen Psychose gefunden und werden als nicht-fokale Zeichen einer Pathologie des ZNS interpretiert. Es gibt Befunde über eine Korrelation zwischen diesen neurologischen Veränderungen und der aktuellen Ausprägung der Psychopathologie.

### A3. Metabolische Störungen

Es ist bekannt, dass PatientInnen mit einer schizophrenen Psychose auch unabhängig von einer antipsychotischen Behandlung vermehrt an metabolischen Erkrankungen leiden. Dies lässt sich möglicherweise zum Teil dadurch erklären, dass diese Menschen im Vergleich zu der psychisch gesunden Bevölkerung weniger medizinische Kontrolle und Behandlung in Anspruch nehmen (Nasrallah et al. 2006).

### B1. Neurologische Störungen

#### Senkung der Krampfschwelle

Alle Antipsychotika können die Schwelle für das Auftreten von zerebralen Krampfanfällen senken. Gehäuft werden EEG-Veränderungen unter der Behandlung mit Clozapin beobachtet.

#### Bewegungsstörungen

*Frühdyskinesien*: akut einsetzende schmerzhafte Hypertonien regionaler Muskelgruppen. Sie treten innerhalb von Stunden oder Tagen nach Beginn der Behandlung mit der antipsychotischen Medikation auf. *Das Parkinson-Syndrom* äußert sich in Erhöhung des Muskeltonus, Rigor, Tremor, Akinesie mit Einschränkung der Feinmotorik, Verlust der motorischen Dynamik und kleinschrittigem Gang.

Die *Akathisie* ist eine Nebenwirkung, die von den PatientInnen als quälend empfundene Bewegungsunruhe beschrieben wird. Die PatientInnen klagen über innere Spannung und die Unfähigkeit, still zu sitzen, zu stehen oder zu liegen.

*Spätdyskinesien* sind unfreiwillige, wiederholte Bewegungen vorwiegend im orofazialen aber auch im Extremitätenbereich. Sie können während oder auch erst einige Zeit nach der antipsychotischen Behandlung auftreten. Die Spätdyskinesien werden oft vom Patienten selbst nicht wahrgenommen.

Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen kommen wegen der dafür verantwortlichen Dopamin-Blockade häufiger unter Behandlung mit klassischen Antipsychotika vor, ihr Auftreten wird aber auch bei der Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation beobachtet (Miller et al. 1998, Miller und Fleischhacker 2000).

## **B2. Kardiale Störungen**

*Sinustachykardien* während antipsychotischer Behandlung sind ein häufiges und in den meisten Fällen transientes und harmloses Phänomen.

Die kardiale Nebenwirkung mit den schwerwiegendsten Komplikationen ist die *QTc-Verlängerung*. Dies ist eine Reizleitungsstörung, die zu *torsade de pointes* und im schlimmsten Fall zu Kammerflimmern führen kann. Diese Nebenwirkung wurde bereits unter den klassischen Antipsychotika beobachtet. Sertindol und Ziprasidon sind die Antipsychotika der zweiten Generation mit dem diesbezüglich höchsten Risiko. Es gibt auch Hinweise für QTc-Verlängerungen unter der Behandlung mit Clozapin und Risperidon. Es ist bekannt, dass das QTc-Intervall variabel ist und verschiedenen Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Tageszeit, Sympatho- und Parasympathikotonus, Hormonstatus und Elektrolytstatus unterliegt und somit die QTc-Zeit einer gewissen Variabilität unterliegt. In einer rezent publizierten Studie konnte allerdings gezeigt werden, dass die QTc-Variabilität von PatientInnen unter antipsychotischer Behandlung der von gesunden Probanden entsprach (Rettenbacher et al. 2005).

*Blutdrucksenkung und orthostatische Dysregulation:* gelegentlich kommt es besonders zu Beginn der Behandlung mit nieder- und mittelpotenten sowie atypischen Antipsychotika zu dosisabhängiger orthostatischer Dysregulation. Die Blutdrucksenkung wird durch die blockierende Wirkung der Medikamente auf  $\alpha$ -adrenerge Rezeptoren hervorgerufen. Es ist wichtig, besonders in der Aufdosierungsphase regelmäßig den Blutdruck der PatientInnen zu kontrollieren und die Geschwindigkeit der Dosissteigerung entsprechend anzupassen.

## **B3. Sexuelle Nebenwirkungen**

Relativ häufig führt antipsychotische Behandlung zu Libido- und Potenzstörungen (Hummer et al. 1999, Westheide et al. 2007). Darüber hinaus kommt es unter der Behandlung bei manchen PatientInnen beider Geschlechter zu Brustvergrößerung und Galaktorrhoe, bei Frauen zusätzlich zu Zyklusstörungen. Diese Nebenwirkungen sind ein Resultat der Prolaktinerhöhung, welche durch die antidopaminerge Wirkung des Medikamentes zustande kommt. Die Symptome können für die PatientInnen subjektiv sehr belastend sein und werden mit dem behandelnden Arzt ungenügend kommuniziert. Im Tierversuch zeigte sich, dass erhöhte Prolaktinwerte zu vermehrtem Auftreten von Mammatumoren führten. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf den Menschen kann derzeit allerdings als eingeschränkt betrachtet werden.

## **B4. Osteoporose**

Reduzierte Knochendichte kommt bei PatientInnen mit einer schizophrenen Störung häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung. Dabei ist diese Nebenwirkung bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (Hummer et al. 2005). Pathophysiologisch dürfte auch hier die Hyperprolaktinämie verantwortlich sein. Schädlicher Alkoholkonsum und schweres Rauchen, was gehäuft in dieser PatientInnengruppe vorkommt, sind weitere Faktoren, die möglicherweise die Entstehung von Osteoporose begünstigen. Darüber hinaus spielen mit großer Wahrscheinlichkeit auch reduzierte Mobilität bzw. ungesunder Lebensstil eine wesentliche Rolle.

## **B5. Blutbildveränderungen**

Unter den durch Antipsychotika induzierten Blutbildveränderungen ist die Agranulozytose besonders gefährlich. Am häufigsten tritt diese Nebenwirkung unter der Behandlung mit Clozapin auf. Wenn es zu Veränderungen des weißen Blutbildes kommt, treten diese am wahrscheinlichsten in der 6. bis 10. Behandlungswoche auf. Aufgrund des erhöhten Risikos von Agranulozytose während der Behandlung mit Clozapin darf dieses Medikament nur unter klar definierten Sicherheitsmaßnahmen, die während des gesamten

Behandlungszeitraumes einzuhalten sind, verordnet werden. Transiente Neutropenien kommen auch unter der Behandlung mit anderen Antipsychotika vor (Hummer et al. 1996). Seltener treten Eosinophilien auf, die in der Regel transient sind und als Ausdruck einer allergischen Reaktion interpretiert wurden (Hummer et al. 1996).

## **B6. Metabolische Veränderungen**

### **Gewichtszunahme**

Gewichtszunahme ist insbesondere unter der Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation eine häufige Nebenwirkung (Kurzthaler und Fleischhacker 2001). Ein besonders hohes Risiko für das Auftreten von Gewichtszunahme besteht unter der Behandlung mit Clozapin und Olanzapin (Eder et al. 2001, Eder-Ischia et al. 2005, Kurzthaler und Fleischhacker 2001, Tschoner et al. 2007) Die Gewichtszunahme wird durch Histamin-Antagonismus und Serotonin-Antagonismus des Antipsychotikums verursacht. Als zusätzliche Ursachen werden Appetitsteigerung sowie ungünstiger Lebensstil gesehen. Abgesehen von zusätzlicher psychischer Belastung resultiert die Gewichtszunahme für die betroffenen PatientInnen oft in beachtlichen somatischen Konsequenzen. Insulinresistenz und Diabetes mellitus sowie Hyperlipidämien und letztendlich ein deutlich erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen stellen ein wichtiges klinisches Problem dar (Ebenbichler et al. 2005, Laimer et al. 2005).

### **Insulinresistenz/Diabetes**

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass unter der Behandlung mit Olanzapin und Clozapin ein besonderes Risiko für die Entstehung einer Insulinresistenz und damit in weiterer Folge für Diabetes mellitus besteht (Ebenbichler et al. 2003, Rettenbacher et al. 2004, 2007). Ein wesentlicher Faktor, der damit in Verbindung gebracht wurde, ist die unter der Behandlung mit diesen Medikamenten sehr häufig auftretende Gewichtszunahme. In einer rezenten Studie zeigte sich, dass PatientInnen unter der Behandlung mit Amisulprid ein wesentlich geringeres Risiko für die Entwicklung einer Insulinresistenz hatten als die PatientInnen unter Behandlung mit Clozapin. Die pathophysiologischen Mechanismen, die diesem klinischen Phänomen zugrunde liegen, werden kontroversiell diskutiert.

Neben der antipsychotisch induzierten Gewichtszunahme dürfte es auch einen direkt toxischen Effekt der Medikamente auf die pankreatische Beta-Zelle geben, was letztendlich für die Entstehung eines Diabetes mellitus mitverantwortlich sein könnte. Weiters gibt es Hinweise dafür, dass PatientInnen mit einer antipsychotisch induzierten Insulinresistenz von einer Behandlung mit einem Insulinsensitizer profitieren könnten (Edlinger et al. 2007).

### **Hyperlipidämie**

PatientInnen mit einer schizophrenen Störung haben auch ohne antipsychotische Behandlung ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Hyperlipidämie als die gesunde Bevölkerung. Andererseits weiß man, dass Antipsychotika zu Gewichtszunahme und damit zu Hyperlipidämien führen können. In einer klinischen Studie zeigte sich bereits nach 4 Wochen ein signifikant stärkerer Anstieg des Gewichts und der Serumlipide unter der Behandlung mit Clozapin bzw. Olanzapin im Vergleich mit den PatientInnen, die mit Amisulprid bzw. Ziprasidon behandelt wurden (Edlinger et al. 2007).

### **Hepatologische Nebenwirkungen**

Durch Antipsychotika induzierte Erhöhung der Leberenzyme ist ein bereits länger bekanntes Phänomen. Schwere Leberschäden wurden unter der Behandlung mit Chlorpromazin beobachtet. Unter den Antipsychotika der zweiten Generation sind es vor allem Olanzapin und Clozapin, die zu Transaminasenerhöhung führen können (Hummer et al. 1997). In einer kürzlich durchgeführten Studie konnte eine Assoziation zwischen Gewichtszunahme und Erhöhung der Leberenzyme festgestellt werden (Rettenbacher et al. 2006). In dieser Studie war die Erhöhung der Leberenzyme bei allen PatientInnen transient.

## **B7. Malignes neuroleptisches Syndrom (MNS)**

Das MNS ist mit etwa 20% Letalität einer der gefährlichsten somatischen Nebenwirkungen unter antipsychotischer Behandlung. Mittlerweile weiß man, dass dieses Syndrom nicht nur durch klassische Antipsychotika sondern auch durch Antipsychotika der zweiten Generation ausgelöst werden kann (Frazen et al. 2006).

Die klinische Symptomatik ist charakterisiert durch extrapyramidal-motorische Störungen (Akinesie, Rigor, Hyporeflexie, Opisthotonus gelegentlich Blickkrämpfe) vegetative Entgleisungen (Fieber, Tachykardie, Tachypnoe, Blutdruckentgleisungen, Inkontinenz oder Harnverhalten), psychische Symptome (Stupor, Verwirrtheit, Bewusstseinsstörungen, Katatonie), auffällige Laborbefunde (CK- sowie Transaminasenerhöhung, Myoglobulinurie, Leukozytose). Das MNS tritt überwiegend während der ersten 10 Behandlungstage auf, wurde allerdings auch nach jahrelanger unkomplizierter Behandlung beobachtet. In dem Fall stand meist eine Dosissteigerung im Hintergrund. Ätiopathologisch vermutet man die dopaminantagonistische Wirkung der Antipsychotika.

### Schlussbemerkung

Somatische Erkrankungen bei PatientInnen, die an einer schizophrenen Psychose leiden, sind sehr häufig und sind unabhängig von der Kausalität von großer Bedeutung für den klinischen Alltag. Allein aus dem Grund, dass PatientInnen mit einer schizophrenen Psychose auch ohne antipsychotische Behandlung eine höhere Mortalitätsrate als Folge internistischer Erkrankungen aufweisen als die gesunde Bevölkerung, ist ein regelmäßiges Monitoring der wichtigsten Organ-systemfunktionen dieser PatientInnen besonders unter antipsychotischer Behandlung unverzichtbar. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, die Sinnhaftigkeit der Fortführung der jeweiligen Therapie regelmäßig zu evaluieren. Dazu gehört es, nicht nur die somatischen sondern auch die dadurch entstehenden psychischen Konsequenzen mit dem Patienten zu besprechen. So könnte es auch gelingen, die Compliance dieser chronisch kranken PatientInnen, die bekanntermaßen niedrig ist, zu fördern bzw. zu erhalten. Auch wenn die somatischen Nebenwirkungen nicht immer medizinisch unmittelbar bedrohlich sind, so schränken sie doch die Lebensqualität dieser chronisch Kranken zum Teil erheblich ein. In diesem Sinne ist eine regelmäßige Nutzen-Risiko-Abwägung unter der jeweiligen antipsychotischen Behandlung unerlässlich. Die Datenlage in Österreich ist derzeit zu einigen Bereichen in diesem komplexen Themenfeld umfangreich. Es ist allerdings wichtig, das Risiko für somatische Nebenwirkungen besonders unter der Behandlung mit den neueren Antipsychotika

weiter zu untersuchen. Außerdem könnte die Erforschung der zum Teil noch ungeklärten zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen die Möglichkeiten für eventuelle therapeutische Interventionen erweitern. Weiters würde die Etablierung einheitlicher Standards für Monitoring und Management von somatischen Erkrankungen bei PatientInnen mit einer schizophrenen Psychose deren klinische Versorgung erleichtern und verbessern.

### Literatur

- Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. (1999) The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med* 29: 697-701
- Ebenbichler C, Laimer M, Baumgartner S, et al. (2005) The soluble leptin receptor in olanzapine-induced weight gain: results from a prospective study. *Schizophr Res* 75: 143-6
- Ebenbichler CF, Laimer M, Eder U, et al. (2003) Olanzapine induced insulin resistance: results from a prospective study. *J Clin Psychiatry* 64: 1436-9
- Eder U, Mangweth B, Ebenbichler C, et al. (2001) Association of olanzapine-induced weight gain with an increase in body fat. *Am J Psychiatry* 158: 1719-22
- Eder-Ischia U, Ebenbichler C, Fleischhacker WW (2005) Olanzapine-induced weight gain and disturbances of lipid and glucose metabolism. *Essent Psychopharmacol* 6: 112-7
- Edlinger M, Ebenbichler C, Rettenbacher MA, et al. (2007) Treatment of antipsychotic-associated hyperglycemia with pioglitazone: a case series. *J Clin Psychopharmacol* 27: 403-4
- Frazen D, Burkhard J, Corti N et al. (2006) Malignes neuroleptisches Syndrom nach 30-jähriger Behandlung mit Clozapin: eine seltene Differentialdiagnose auf der Intensivstation. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 41: 125-127
- Henderson DC, Cagliero E, Gray C, Nasrallah RA, et al. (2000) Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: A five-year naturalistic study. *Am J Psychiatry* 157: 975- 981
- Hummer M, Kemmler G, Kurz M, et al. (1999) Sexual disturbances during clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 156: 631-3
- Hummer M, Kurz M, Kurzthaler I, et al. (1997) Hepatotoxicity of Clozapine. *J Clin Psychopharmacol* 17: 314-7
- Hummer M, Malik P, Gasser RW et al. (2005) Osteoporosis in Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 162-167
- Hummer M, Sperner-Unterweger B, Kemmler G, et al. (1996) Does eosinophilia predict clozapine induced neutropenia? *Pharmacopsychiatry* 124, Nr 1-2
- Kurzthaler I, Fleischhacker WW (2001) The clinical implications of weight gain in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 62: 32-7
- Laimer M, Ebenbichler CF, Kranebitter M, et al. (2005) Olanzapine-induced hyperglycemia: role of humoral insulin resistance-inducing factors. *J Clin Psychopharmacol* 25: 183-5
- Leucht S, Burkard T, Henderson J, et al. (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116: 317-333

- Melkersson K, Dahl ML (2004) Adverse metabolic effects associated with atypical antipsychotics: literature review and clinical implications. *Drugs* 64: 701-23
- Meyer JM, Koro CE (2004) The effects of antipsychotic therapy on serum lipids: a comprehensive review. *Schizophr Res* 70: 1-17
- Miller CH, Fleischhacker WW (2000) Managing antipsychotic-induced acute and chronic akathisia. *Drug Saf* 22: 73-81
- Miller CH, Mohr F, Umbricht D, et al. (1998) The prevalence of acute extrapyramidal signs and symptoms in patients treated with clozapine, risperidone and conventional antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 59: 69-75
- Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC (2006): Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *American Journal of Psychiatry*
- Rettenbacher MA, Baumgartner S, Eder-Ischia U, et al. (2006) Association between antipsychotic-induced elevation of liver enzymes and weight gain: a prospective study. *J Clin Psychopharmacol* 26: 500-503
- Rettenbacher MA, Ebenbichler C, Hofer A et al. (2006) Early changes of plasma lipids during treatment with atypical antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology* 21: 369-372
- Rettenbacher MA, Eder-Ischia U, Bader A et al. (2005) QTc-Variability in Schizophrenia Patients Treated with Antipsychotics and Healthy Controls. *J of Clin Psychopharmacol* 25: 206-10
- Rettenbacher MA, Hummer M, Fleischhacker WW et al. (2004) Transient hyperproinsulinemia during treatment with clozapine and amisulpride. *J Clin Psychiatry* 65: 878-9
- Rettenbacher MA, Hummer M, Hofer A, et al. (2007) Alterations of glucose metabolism during treatment with clozapine or amisulpride: results from a prospective 16 week study. *J Psychopharmacol* 21: 400-404
- Ryan MC, Collins P, Thakore JH (2003) Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naive patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160: 284-289
- Tschoner A, Engl J, Laimer M, et al. (2007) Metabolic side effects of antipsychotic medication. *Int J Clin Pract* 61: 1356-70
- Westheide J, Cohen S, Bender S, et al. (2007) Sexual Dysfunction in Psychiatric Inpatients The Role of Antipsychotic Medication; *Pharmacopsychiatry* 40: 140-145

# Mortalität

Johannes Wancata

Bereits im 18. und 19. Jahrhundert fanden sich in England und Wales erste Berichte über eine erhöhte Sterblichkeit von jenen, die unter psychotischen Zuständen litten, ähnlich jenen Krankheitsbildern, die wir heute als Schizophrenie bezeichnen (Brown 1997). Anfang des 20. Jahrhunderts beschrieb Kräpelin (1919), dass die Sterblichkeit bei an Schizophrenie Erkrankten erhöht sei und berichtete, dass Suizide, unzureichende Ernährung, körperliche Krankheiten und mangelnde Kooperation bei der Behandlung wichtige Ursachen dafür seien. Auch Eugen Bleuler (1911) beschrieb mögliche Ursachen für einen vorzeitigen Tod: Nahrungsverweigerung als Folge der Psychose, Verletzungen, Suizide, Tuberkulose und andere körperliche Krankheiten.

Bei der Interpretation historischer Studien darf man nicht vergessen, dass sich die damaligen Lebensbedingungen und Behandlungsmethoden von heute deutlich unterscheiden. In den psychiatrischen Großanstalten, die überwiegend eine Verwahrungsfunktion hatten, war die Sterblichkeit um das 2 bis 4fache erhöht (Crammer 1992). In diesen Anstalten gehörten Mangelernährung, Tuberkulose und andere Lungenerkrankungen zur Tagesordnung und waren wohl eine Folge der dort herrschenden Bedingungen. Möglicherweise war die damals relativ niedrige Suizidrate eine Folge der äußerst strengen Überwachung in diesen Anstalten. Die Behandlung in der Vor-Neuroleptika-Ära dürfte ebenfalls Todesfälle zur Folge gehabt haben. Die „psychochirurgischen“ Eingriffe (Leukotomie), die Insu-

lin-Koma-Therapie und die Kardiazol-Behandlungen dürften für einen nicht unbeträchtlichen Anteil der Todesfälle in der damaligen Zeit verantwortlich sein (Brown 1997).

Ein Vergleich der historischen Situation mit der heutigen Versorgung und Behandlung ist schwierig, da die flächendeckende Einführung der Neuroleptika nicht schlagartig, sondern schrittweise über Jahre erfolgte. Die Enthospitalisierungen und der Aufbau ambulanter Einrichtungen zogen sich teilweise über Jahrzehnte (siehe Kapitel „Die Entwicklung der Psychiatrischen Versorgung in Österreich“). Die ersten ambulanten Einrichtungen waren teilweise äußerst mangelhaft und wenig effizient, sodass die Kranken in den ersten Jahren der Reformbemühungen auch nicht in eine eindeutig bessere Situation kamen. Bis zu einem gewissen Grad ist der flächendeckende Ausbau ambulanter Angebote bis heute noch nicht abgeschlossen. All dies macht es schwierig zu analysieren, in welchem Ausmaß sich die Sterblichkeit aufgrund heute besserer Behandlungs- und Versorgungsbedingungen veränderte.

---

## Mortalität der Schizophrenie und ähnlicher Psychosen – internationale Studien

---

Eine große Zahl international durchgeführter Studien aus denen Informationen über die Sterblichkeit von

**Tabelle 1:**

Mortalität bei Schizophrenie (SMR, gekürzt nach Harris &amp; Barraclough 1998)

Todesursachen	Beide Geschlechter		Frauen		Männer	
	N	SMR	N	SMR	N	SMR
Alle Ursachen	20	157	10	141	12	156
Unnatürliche	20	434	10	378	12	480
Suizid	16	900	6	802	8	979
Andere Gewalt	16	227	6	229	8	225
Natürliche	20	137	10	129	12	129
Infektiöse	6	944	3	490	3	455
Neoplasmen	11	100	7	115	8	86
Endokrin	2	238	1	250	1	182
Psychische	2	500	1	600	1	556
Neurologische	2	188	1	222	1	100
Herz-Kreislauf	11	104	7	102	8	110
Atmung	6	230	5	249	5	214
Verdauung	4	186	3	163	3	208
Geschlechts-Harntrakt	4	161	3	130	3	182

N – Zahl der Studien

Personen, die unter Schizophrenie leiden, gewonnen werden können, basieren auf unterschiedlichsten Erhebungsmethoden und Datenquellen, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Große Meta-Analysen haben die Daten aus diesen zahlreichen Einzelstudien zusammengetragen und gemeinsam ausgewertet (z.B. Brown 1997, Harris & Barraclough 1998). Als Kennzahl bei all diesen Studien dient die „standardized mortality ratio“ (SMR), die auf folgende Weise errechnet wird: Die Zahl der beobachteten Todesfälle (bei einer bestimmten Krankheit) wird durch die Zahl der zu erwartenden Todesfälle in der selben Alters- und Geschlechtsgruppe der Allgemeinbevölkerung dividiert und mit 100 multipliziert. Eine SMR von über 100 weist daher auf eine erhöhte Sterblichkeit hin,

**Tabelle 2:**

Mortalität bei anderen psychotischen Störungen (SMR, gekürzt nach Harris &amp; Barraclough 1998)

Todesursachen	Beide Geschlechter	
	N	SMR
Alle Ursachen	2	239
Unnatürliche	2	274
Suizid	2	462
Andere Gewalt	2	158
Natürliche	2	237
Infektiöse	2	1103
Neoplasmen	2	110
Herz-Kreislauf	2	89

N – Zahl der Studien

eine SMR von unter 100 auf eine verminderte Sterblichkeit.

Da die Meta-Analyse von Harris & Barraclough (1998) von allen in den letzten Jahren publizierten Meta-Analysen auf der umfangreichsten Datenbasis beruht und überdies einen Vergleich mit anderen psychischen Krankheiten zulässt, beziehen wir uns im Folgenden überwiegend auf diese Arbeit. Die Autoren haben zu diesem Zweck alle seit den 60er-Jahren verfügbaren Studien ausgewertet, somit sind teilweise auch Studien aus der Zeit vor Beginn der Deinstitutionalisierung in die Analyse eingegangen.

Die Mortalität bei Schizophrenie ist für beide Geschlechter um etwa das 1,5fache erhöht (**Tabelle 1**), wobei die Sterblichkeit bei den Männern (SMR=156) geringfügig höher als bei den Frauen war (SMR=141). Bei jenen, die an Schizophrenie erkrankt waren, war die SMR aufgrund „unnatürlicher“ Ursachen (d.h. Suizid und aufgrund von Gewalttaten; für beide Geschlechter SMR=434) um vieles höher als aufgrund „natürlicher“ Ursachen (d.h. verschiedene körperliche Erkrankungen; für beide Geschlechter SMR=137). An Schizophrenie Erkrankte haben ein ca. 8 – 9fach erhöhtes Risiko an einem Suizid zu versterben, haben aber auch ein mehr als zweifach erhöhtes Risiko als Opfer von Gewalttaten zu sterben.

Bei den „natürlichen“ Todesursachen fällt auf, dass das Risiko an einer Infektion zu versterben, um mehr als das 9fache erhöht ist. Wenn zusätzlich zur Schizophrenie noch eine weitere psychische Erkrankung vorhanden ist, ist das Sterblichkeitsrisiko um etwa das 5fache erhöht (**Tabelle 1**).

Die Mortalität bei anderen psychotischen Störungen (also Psychosen, die nicht die Kriterien für eine Schizophrenie-Diagnose erfüllen) ist für beide Geschlechter um etwa das 2,4fache erhöht (**Tabelle 2**). Leider waren bei dieser Gruppe keine ausreichenden Daten verfügbar, um mit meta-analytischen Methoden

getrennte Auswertungen nach Geschlecht durchzuführen. Obwohl die Steigerung der Sterblichkeit aufgrund von Suizid geringer als bei der Schizophrenie ist, ist sie noch um das 4,6-fache erhöht. Die Sterblichkeit von Personen mit derartigen anderen psychotischen Störungen ist vor allem aufgrund infektiöser Erkrankungen erhöht (11fach erhöhtes Risiko).

Obwohl die Mortalität um etwa das 1,5fache erhöht ist, zeigt sich, dass die Sterblichkeit bei manchen anderen psychischen Krankheiten noch um vieles mehr erhöht ist (**Tabelle 3**). Beispielsweise ist Sterblichkeit bei Anorexie oder Opiat-Missbrauch um das 4,9fache bzw. das 6,4fache erhöht. Nur bei Depressionen und Angststörungen ist die Sterblichkeit deutlich geringer als bei Schizophrenie.

Sowohl diese als auch die anderen großen Meta-Analysen haben ältere Studien inkludiert, bei denen ein beträchtlicher Anteil der Schizophrenie-Kranken in psychiatrischen Großkrankenhäusern lebte. Aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, dass – so wie in den historischen Studien beschrieben – die Sterblichkeit aufgrund Infektionserkrankungen und Krankheiten der Atemorgane beträchtlich erhöht ist. Neuere Einzelstudien beschreiben hingegen eine deutlich erhöhte Mortalität auch aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Joukamaa et al. 2001). Während früher in den alten psychiatrischen Großkrankenhäusern häufig Unterernährung ein wesentlicher Faktor war, der die Sterblichkeit erhöhte, stellen heute im Gegenteil Übergewicht und andere vaskuläre Risikofaktoren (z.B. Rauchen) eine der Ursachen für eine erhöhte Sterblichkeit dar (Munk-Jorgensen et al. 2000, Goldman 1999, Leon & Diaz 2005). So berichtet eine kürzlich veröffentlichte Studie von Brown et al. (2000), dass die Sterblichkeit bei Personen mit Schizophrenie vor allem durch die folgenden körperlichen Erkrankungen erhöht war: Diabetes mellitus (10fach), Herz-Kreislauf (1,9fach) und Schlaganfälle (5,3fach), also Erkrankungen, die mit Ernährungsgewohnheiten, Übergewicht und Rauchen zu tun haben.

**Tabelle 3:**

Mortalität bei verschiedenen psychischen Krankheiten (SMR, gekürzt nach Harris & Barraclough 1998)

Todesursachen	N	Beide Geschlechter		Frauen		Männer	
		N	SMR	N	SMR	N	SMR
Anorexie	4	493		--			--
Alkohol-Missbrauch und Abhängigkeit	32	197	12	384	21	180	
Opiat-Missbrauch und Abhängigkeit	10	638	3	377	4	354	
Schizophrenie	20	157	10	141	12	156	
Andere psychotische Störungen	2	239		--			--
Major Depression	9	136	7	133	6	135	
Bipolare Störung	6	202	2	176	3	196	
Angststörung	1	96	1	77	1	154	
Persönlichkeitsstörung	2	184		--			--
Psycho-organische Zustände	6	326		--			--

N – Zahl der Studien

Einige Studien berichten zusätzlich zur „standardized mortality ratio“ auch die „Exzess Mortalität“ in absoluten Zahlen, die angibt, um wie viel mehr Todesfälle es aufgrund einer bestimmten Ursache gab. Auch wenn die Wahrscheinlichkeit, an einem Suizid zu versterben, für Personen mit Schizophrenie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung dramatisch erhöht ist, berichten einige Autoren, dass in absoluten Zahlen gleich viele oder sogar mehr Personen mit Schizophrenie aufgrund von körperlichen Krankheiten versterben (Brown 1997, Ösby et al. 2000 a).

In diesem Zusammenhang muss auch die kürzlich von einigen Autoren aufgeworfene Frage einer genaueren Betrachtung unterzogen werden, nämlich ob die Sterblichkeit von Personen mit Schizophrenie gegenüber der Allgemeinbevölkerung in den letzten beiden Jahrzehnten wirklich steigt (Saha et al. 2007, Seeman 2007, Heilä et al. 2005). Einige Autoren, die in ihren Studien eine steigende Sterblichkeit von Personen mit Schizophrenie gefunden haben, haben diese mit den sich verändernden Versorgungsstrukturen in Zusammenhang gebracht (Ösby et al. 2000 b). Allerdings wiesen die meisten dieser Studien methodische Rahmenbedingungen auf, die rein rechnerisch zu einer Zunahme der „standardized mortality ratio“ in den jeweils untersuchten Stichproben führen müssen (unabhängig davon, ob sich die Sterblichkeit in der Bevölkerung wirklich verändert hat):

- (a) Üblicherweise werden in diesen Untersuchungen Krankenhausdaten für die Erfassung der Diagnose Schizophrenie verwendet. Die im Laufe der Zeit zunehmend engeren diagnostischen Kriterien und die geringere Zahl von Krankenhausaufnahmen insgesamt führen wahrscheinlich dazu, dass in den später untersuchten Stichproben eher schwerer Kranke zu finden sind als in früher untersuchten Stichproben.
- (b) Die Stichproben jüngerer Datums erfassen zu einem höheren Anteil Personen, die erst kürzer krank sind, während die Stichproben älteren Datums auch Personen mit lange dauernder Schizophrenie einschließen. Da berichtet wurde, dass in den ersten Jahren nach Krankheitsbeginn die Mortalität besonders stark erhöht ist, sind in den Stichproben jüngerer Datums vermutlich höhere Sterblichkeitsraten zu finden (Heilä et al. 2005).

Wenn man zusätzlich berücksichtigt, dass die Zunahme der Mortalität nur in einem Teil der Studien gefunden wurde, muss man zu dem Schluss kommen, dass diese Frage bislang nicht eindeutig beantwortet werden kann.

### Mortalität aufgrund von Suizid – internationale Studien

Die Sterblichkeit durch Suizid bei Personen, die unter Schizophrenie leiden, ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (SMR=900; **Tabelle 4**). Deutlich höhere Mortalitätsraten aufgrund von Suizid finden sich nur bei Anorexie und Depressionen, während bei allen psychiatrischen Diagnosen die Sterblichkeitsraten etwa vergleichbar mit Schizophrenie (Opiat-Missbrauch, bipolare Störung) oder deutlich geringer (z.B. Alkohol-Missbrauch, Angststörung, Persönlichkeitsstörung) sind.

**Tabelle 4:**

Mortalität aufgrund von Suizid bei verschiedenen psychischen Krankheiten (SMR, gekürzt nach Harris & Barraclough 1998)

Todesursachen		Beide Geschlechter		Frauen		Männer	
		N	SMR	N	SMR	N	SMR
Anorexie	Suizid	4	3243		--		--
Alkohol-Missbrauch und Abhängigkeit	Suizid	27	550	10	1818	18	491
Opiat-Missbrauch und Abhängigkeit	Suizid	10	1003	3	610	4	553
Schizophrenie	Suizid	16	900	6	802	8	979
Andere psychotische Störungen	Suizid	2	462		--		--
Major Depression	Suizid	8	2124	6	2781	5	1573
Bipolare Störung	Suizid	4	1173	1	588	1	571
Angststörung	Suizid	1	629	1	607	1	647
Persönlichkeitsstörung	Suizid	1	256		--		--
Psycho-organische Zustände	Suizid	2	292		--		--

N – Zahl der Studien

Die folgenden Risikofaktoren für Suizid bei Schizophrenie wurden in verschiedenen Studien gefunden: frühere Depressionen, frühere Suizidversuche, Drogenmissbrauch, Unruhezustände, geringe Compliance mit der Behandlung, kürzlicher Verlust eines nahestehenden Menschen (Hawton et al. 2005).

### Österreichische Forschung

Bei der Suche in der Literaturdatenbank MEDLINE fanden sich bei Verwendung der Suchbegriffe „Schizophrenie“ UND „Mortalität“ ODER „Suizid“ keine österreichischen Studien, die sich speziell mit der Mortalität von Personen, die unter Schizophrenie leiden, beschäftigen. Auch bei Durchsicht der großen Übersichtsarbeiten und Reviews der letzten Jahre (siehe oben) fanden sich keine österreichischen Studien.

Aufgrund einer persönlichen Information konnte die folgende Studie gefunden werden: Deisenhammer et al. (2000) untersuchten die Häufigkeit von Suiziden an allen PatientInnen, die innerhalb von 8 Jahren in Tirol in stationärer psychiatrischer Behandlung standen. Es zeigte sich, dass mehr als ein Viertel jener stationär aufgenommenen PatientInnen, die sich das Leben nahmen, unter einer Schizophrenie litten.

Andere österreichische Studien, die sich mit der Epidemiologie des Suizids beschäftigten (Etzersdorfer et al. 1992 a, Etzersdorfer et al. 1992 b, Etzersdorfer et al. 1994 a, Etzersdorfer et al. 1994 b), berichteten keine diagnose-spezifischen Raten, weshalb keine speziellen Aussagen zur Schizophrenie möglich sind.

## Zusammenfassung und Empfehlungen

Personen, die unter Schizophrenie leiden, haben ein beträchtlich erhöhtes Risiko, vorzeitig zu versterben, wobei neben Suizid verschiedene körperliche Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle) eine wichtige Rolle spielen. Neben Programmen, die gezielt auf die Suizidprävention bei der Schizophrenie fokussieren, dürfte es notwendig sein, den körperlichen Krankheiten bei Schizophrenie vermehrt Augenmerk zu schenken.

In Österreich wäre es sicherlich hilfreich, diagnose-spezifisch genauere Daten zur Sterblichkeit zu erhalten. Seit Jahrzehnten bestehende psychiatrische Fallregister, wie sie in einigen skandinavischen Ländern zur Verfügung stehen, liegen in Österreich nicht vor und können aufgrund von Datenschutzbestimmungen wahrscheinlich auch nicht errichtet werden. Die Verknüpfung von personenbezogenen Daten der Krankenkassen und von Daten zur Sterblichkeit könnten – unter Berücksichtigung strenger Auflagen zum Datenschutz – vermutlich auch in Österreich genauere Informationen über die Sterblichkeitsrisiken von Personen mit Schizophrenie geben.

## Literatur

- Bleuler E (1911) Dementia präcox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig, Wien
- Brown S, Inskip H, Barraclough B (2000) Causes of excess mortality in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177: 212-217
- Brown S (1997) Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 171: 502-508
- Crammer J (1992) Extraordinary deaths of asylum inpatients during the 1914-1928 war. *Medical History*, 36: 430-441
- Deisenhammer E, DeCol C, Honeder M, Hinterhuber H, Fleischhacker W (2000) In-patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 290-294
- Etzersdorfer E, Wancata J, Sonneck G (1992a) Miscounting suicide (Letter to the Editor). *Acta Psych. Scand.* 86: 86-87
- Etzersdorfer E, Wancata J, Sonneck G (1992b) Attempted suicide in Adelaide and Perth (Letter to the Editor). *Medical J. of Australia* 156: 142-143
- Etzersdorfer E, Wancata J, Kaindlstorfer M, Sonneck G (1994a) Zur Prävalenz von Intoxikationen in der Aufnahmestation eines Schwerpunktkrankenhauses in Wien – unter besonderer Berücksichtigung der Klassifizierung als Suizidversuch. *Neuropsychiatrie* 8: 165-171
- Etzersdorfer E, Wancata J, Sonneck G (1994b) Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? (anhand von Zahlen für Wien 1989). *Wiener klinische Wochenschrift* 106/3: 63-68
- Goldman L (1999) Medical illness in patients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 60 (suppl. 21): 10-15
- Harris E, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173: 11-53
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J (2005) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187: 9-20
- Heilä H, Haukka J, Suvisaari J, Lönnqvist J (2005) Mortality among patients with schizophrenia and reduced hospital care. *Psychological Medicine*, 35: 725-732
- Joukamaa M, Heliövaraa M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V (2001) Mental disorders and cause specific mortality. *British Journal of Psychiatry*, 179: 498-502
- Kräpelin E (1919) Dementia präcox und Paraphrenia. Livingstone, Edinburgh
- Leon de J, Diaz F (2005) A meta-analysis of worldwide studies demonstrating an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviours. *Schizophrenia Research*, 76: 135-157
- Munk-Jørgensen P, Mors O, Mortensen P, Ewald H (2000) The schizophrenic patient in the somatic hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl. 407): 96-99
- Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P (2000a) Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research*, 45: 21-28
- Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P (2000b) Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *British Medical Journal*, 321: 483-484
- Saha S, Chant D, McGrath J (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 64: 1123-1131
- Seeman M (2007) An outcome measure in schizophrenia: mortality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52: 55-60

# Schizophrenie und Störungen durch psychotrope Substanzen

Hans Rittmannsberger

---

## Einleitung

---

Komorbidität von Schizophrenie mit Störungen durch psychotrope Substanzen (SPS), auch manchmal als „Doppeldiagnose“ bezeichnet, kommt recht häufig vor und stellt Betroffene und Behandler vor schwierige Probleme. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sich die Versorgungssysteme der beiden Störungsgruppen in ihren Methoden deutlich von einander unterscheiden und dazu tendieren, sich gegen die jeweils andere Störung abzugrenzen. Für PatientInnen, die von beiden Störungen betroffen sind, besteht daher Gefahr, für beide Probleme nur eine unzureichende Behandlung zu bekommen.

---

## Häufigkeit der Komorbidität von schizophrenen Störungen mit SPS

---

Die Häufigkeit des Substanzkonsums bei an Schizophrenie erkrankten Personen ist, so wie bei SPS allgemein, stark von den in der lokalen Gesellschaft gegebenen Verhältnissen bestimmt, schwankt daher erheblich zwischen Ländern, in diesen zwischen Regionen, zwischen Stadt und Land (Mueser et al. 2001) und im Zeitverlauf (Kavanagh et al. 2002). Überdies sind die in den verschiedenen Untersuchungen gefundenen Prävalenzzahlen von der verwendeten Methodik bestimmt, etwa welche diagnostischen

Kriterien für Schizophrenie und für das Substanzproblem gewählt wurden, welcher Zeitraum untersucht wurde und wie die PatientInnen rekrutiert worden sind.

In der Epidemiological Catchment Area Study (Regier et al. 1990) betrug die Lebenszeitprävalenz für Störungen im Zusammenhang mit Substanzen bei Personen mit einer Lebenszeitdiagnose von Schizophrenie 47%, verglichen mit 16% in der Allgemeinbevölkerung. Die National Comorbidity Study (Kendler et al. 1996) fand sogar eine Lebenszeitprävalenz von 59% für substanzbezogene Störungen bei Personen mit nicht-affektiven psychotischen Störungen, wobei die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit 57% und die von Drogenabhängigkeit 45% betrug.

Trotz der zahlreichen Untersuchungen, die dazu durchgeführt wurden, kann die Frage, ob SPS bei Personen mit Schizophrenie häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorkommen, zur Zeit nicht mit Sicherheit beantwortet werden (Philipps und Johnson 2001). Ältere Übersichtsarbeiten aus den USA, wo generell die höchsten Raten von Komorbidität gefunden wurden, kamen zum Schluss, dass es in Summe keine Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung gibt, mit Ausnahme eines erhöhten Gebrauchs von Stimulantien (Mueser et al. 1995; Mueser et al. 1990) bzw., dass Opiate, Alkohol und Tranquilizer seltener, Amphetamine, Kokain, Cannabis, Halluzinogene, Inhalantien, Koffein und Tabak aber häufiger als in

der Allgemeinbevölkerung konsumiert werden (Schneier und Siris 1987). Allerdings scheint es, dass im letzten Jahrzehnt das Problem der Komorbidität häufiger geworden ist (Frisher et al. 2004) und jüngere Übersichtsarbeiten kommen zu dem Schluss, dass man von einer erhöhten Prävalenz von substanzbezogenen Störungen bei Personen mit schizophrenen Störungen ausgehen kann (Rach-Beisel et al. 1999). Eine jüngst erschienene Arbeit zu dieser Frage aus Norwegen (Ringén et al. 2008) fand kaum Unterschiede bezüglich des aktuellen Konsums, jedoch eine wesentlich höhere Lebenszeitprävalenz von SPS bei den an Schizophrenie erkrankten Personen, wobei der größte Unterschied (um 160%) beim Konsum von Kokain und Amphetaminen bestand. Eine konsistente Bevorzugung bestimmter Substanzen von an Schi-

zophrenie erkrankter Personen ließ sich bislang nicht finden (Dixon 1999). **Tabelle 1** bietet eine Übersicht über einige Studien zur Frage der Häufigkeit von Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Aus den hier referierten Werten ergibt sich die Häufigkeit eines problematischen Konsums psychotroper Substanzen (zumeist Lebenszeitprävalenz, ohne Tabak) zwischen 10% und 74%, mit einem Median von 44%; für Alkohol liegen die Werte zwischen 7% und 57%, mit einem Median von 30%, für illegale Drogen zwischen 5% und 68%, mit einem Median von 19%. Cannabis schwankt zwischen 17% und 64%, mit einem Median von 31%. Die Diskrepanzen zwischen diesen Werten sind daraus zu erklären, dass sie verschiedenen Studien entstammen und die Studien sich überdies in der Methodik stark unterscheiden.

Tabelle 1:

Studien zur Häufigkeit von Substanzkonsum/Missbrauch/Abhängigkeit bei Personen mit schizophrenen Störungen

Autor	Land	R	N	Alle	Alk	Illeg	Cann	Opia	Am	Kok	Hall	Tab	TQ	Zeit	Art	Erf	Ko	Ge	An
Barnes et al. (2006)	GB	S	152	68	27	68	64	12	38	31	60	9	L	Mb+Abh	H		ns		1
Barnett et al. (2007)	GB	S+L	123		43		49	4	8	8	6		L	Mb+Abh	R	AB	F<M		2
Boydell et al. (2006)	GB	S	119				50							1a	Konsum	H	Ko	F<M	3
Bühler et al. (2002)	D				24	14							L	„Mißbrauch“	H??	Ko			
Cantor-Graae et al. (2001)	S	S	87	48	47		17	1	7		5		6	L	Mb	H+A		F<M	
Cantwell (2003)	GB		316	21									L	Mb+Abh	A			F<M	
Condren et al. (2001)	IRL	S	99		33	45	42	10	13	11	15		12	L	Mb	H+A	Ko		4
Duke et al. (1994)	GB	S	271		21								L	Mb	R	Ko			
Duke et al. (2001)	GB	S	265			22	19	5	9		8		L	Konsum	R			F<M	5
Fowler et al. (1998)	AUS	S+L	194	60	48	37	36	3	13	3	7		L	Mb+Abh	R			F<M	
Kamali et al. (2000)	IRL	S	102	40/20	30/17		17/10						L/A					F<M	
Kendler et al. (1996)	USA			59	57	45							L	Mb+Abh.	E				
Kovasszay et al. (1993)	USA	S	76	37									L	Mb+Abh	H			F<M	
Lambert et al. (2005)	AUS	S	643	74/62									L/A	Mb+Abh	R				
Margolese et al. (2004)	USA	S	207	45/14									L/A	Mb+Abh	A			F<M	
McCreddie et al. (2002)	GB				17	7					65		1a	Mb+Abh.	R	Ko			
Menezes et al. (1996)	GB			36	32	16							1a	Alle Probleme	A			F<M	
Menezes&Ratto (2004)	BR	S	192	10	7	5							1a	Mb+Abh	R			F<M	
Mueser et al. (2000)	USA			52	43		26	0	3	12	5		L	Mb+Abh	H			F<M	
Philips&Johnson (2003)	GB		264	49									6Mo	Mb+Abh	H				
Röder-Wanner&Priebe (1998)	D	S	90				19						L	Mb+Abh	H			F<M	6
Roick et al. (2007)	D	S+L	194		7 <sup>1)</sup>							46	A	Tägl. Gebr.		AB		F<M	
Salokangas et al. (2006)	SF	S+L	760									61	A	Konsum	H			F<M	7
Shaner et al. (1993)	USA	S	100	66					37				6Mo	Konsum	H				
Soyka et al. (1993a)	D	S	183	22	17								L	Mb+Abh	H				8
Soyka et al. (1993a)	D	S	447	43	35								L	Mb+Abh	H				9
Steadman et al. (1998)	USA	S		41										Mb+Abh	H	Ko			
Strassnig et al. (2006)	USA	S	146								60		A	Konsum	A			F=M	
Wright et al. (2000)	GB	S	40	33	28	13							L	Mb	R				

Land: internationale Länderkennzeichen; Reg: Region (S: städtisch; L: ländlich); N: Anzahl der Untersuchten; Zeit: Zeit, über die die Prävalenz erhoben wurde (L: Lebenszeit; a: Jahr; Mo: Monat; A: aktuell); Art: Quantifizierung des Substanzproblems (Mb: Missbrauch; Abh: Abhängigkeit; Konsum: ohne Quantifizierung; tägl. Gebr: täglicher Gebrauch); Erf: Erfassung des untersuchten Kollektivs (H: bei Hospitalisierung; A: bei ambulanten Diensten; R: Repräsentativ = Erfassung aller bekannten PatientInnen in einem Einzugsgebiet; E: Epidemiologisch basierte Erfassung); Ko: Kontrollgruppe (Bev: Vergleich mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung; Ko: Kontrollgruppe); Ge: Geschlechtsunterschiede (F: Frauen; M: Männer); An: Anmerkungen

1: Alkohol: Missbrauch + Abhängigkeit; Drogen: jeder Gebrauch

2: Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung: Substanzgebrauch doppelt so häufig

3: Cannabisgebrauch vor Ersthospitalisierung: Zunahme über die Zeit (1965 – 1999), Vergleich mit nicht-psychotischen PatientInnen (22%)

4: Prävalenz bei den comorbiden PatientInnen nicht höher als bei den Kontrollpersonen (aus Allgemeinpraxen, gematcht nach Alter und Geschlecht)

5: Misuse nicht quantifiziert („Jeder Gebrauch ist für SZ schädlich“)

6: Prävalenz Cannabis: Männer 54%, Frauen 2%!!!

7: Männer: 69%, Frauen 51%

8: Universitätsklinik

9: Psychiatrisches Landeskrankenhaus

<sup>1)</sup> Kritischer (hazardous) Konsum

## Erklärungsmodelle

Für das gehäufte Vorkommen von SPS bei Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, werden verschiedene Erklärungsmodelle diskutiert (Gouzoulis-Mayfrank 2004):

### 1. Selbstmedikationsmodell

Der Substanzgebrauch wird als Versuch verstanden, psychotische Symptome zu bessern oder auch als unangenehm empfundene Wirkungen der Medikamente abzuschwächen. Wahrscheinlich trifft dies nur bei einem kleinen Teil der Fälle zu.

### 2. Affektregulationsmodell

Wie bei Personen ohne psychotische Symptomatik dient der Substanzgebrauch der Bewältigung negativer affektiver Zustände oder der Verstärkung positiver affektiver Zustände.

### 3. Supersensitivitätsmodell

Die Alterationen des dopaminergen und glutamatergen Systems im Rahmen der schizophrenen Erkrankung stellen auch ein Risiko für SPS dar: Die biologischen Veränderungen in diesem Bereich ähneln den Veränderungen, die durch langfristigen Substanzgebrauch induziert werden, und können somit Personen mit schizophrenen Störungen anfälliger für SPS machen (Chambers et al. 2001). Umgekehrt induzieren manche Drogen Veränderungen, die einen psychotischen Zustand begünstigen.

### 4. Social drift Hypothese

Der sozioökonomische Abstieg, den viele PatientInnen durch die schizophrene Psychose erleben, erhöht auch das Risiko für SPS (Philipps und Johnson 2001).

### 5. Milieuhypothese

Geht davon aus, dass die Drogenszene wegen einer größeren Toleranz für psychotisches Verhalten eine besondere Attraktivität für schizophrene PatientInnen hat (Kavanagh et al. 2002).

## Effekte des Substanzkonsums auf Symptomatik und Verlauf der schizophrenen Erkrankung

Begleitender Substanzkonsum ist mit zahlreichen negativen Effekten assoziiert:

- Früherer Beginn der schizophrenen Erkrankung (Barnes et al. 2006; Bühler et al. 2002; Green et al. 2004; Tsuang et al. 1982)
- Schlechteres Ansprechen auf antipsychotische Behandlung (Bowers et al. 1990; Green et al. 2004)
- Noncompliance (Bühler et al. 2002; Dixon 1999; Lambert et al. 2005; Owen et al. 1996)
- Mehr Positivsymptomatik (Harrison et al. 2007; Soyka 1994a; b; Soyka et al. 2001)
- Mehr Suicidgedanken (Kamali et al. 2000) oder Suicidversuche (Soyka et al. 2001)
- Vermehrte Rückfälle in die psychotische Symptomatik und mehr und/oder längere Hospitalisierungen (Brady et al. 1990; Menezes et al. 1996) (Hides et al. 2006), wobei die Rückfälle auch bei guter Compliance erhöht sind (Gupta et al. 1996)
- Erhöhte Rate an medizinischen Problemen (Dickey et al. 2000; Dixon 1999)
- Geringere Rate von Beschäftigung (Bühler et al. 2002; Crompton et al. 2005)
- Mehr Wohnungslosigkeit (Crompton et al. 2005; Dixon 1999; Olfson et al. 1999)
- Höherer nicht gedeckter Bedarf an psychosozialen Maßnahmen (Urbanoski et al. 2007) und geringere Teilnahme an medizinischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen (Bühler et al. 2002; Crompton et al. 2005; Lambert et al. 2005; Owen et al. 1996)
- Erhöhtes Gewaltisiko und erhöhte Delinquenz (Dixon 1999; Haller et al. 2001; Soyka et al. 1993b; Steadman et al. 1998; Swanson et al. 1990)
- Höhere Kosten (Dickey et al. 2000; Dixon 1999)

Allerdings gibt es auch Studien, die keine zusätzlichen Beeinträchtigungen schizophrener PatientInnen mit komorbiden SPS fanden (Farely et al. 2007; Kovasznay et al. 1997), oder sogar in mancher Hinsicht bessere Ergebnisse, wie etwa bei kognitiven Leistungen (McCleery et al. 2006; Potvin et al. 2007; Sevy et al. 2001) oder bessere prämorbid soziale Anpassung (Sevy et al. 2001; Soyka 1994b). Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass PatientInnen mit komorbiden SPS weniger ausgeprägte negative Symptome aufwiesen, was als Argument die Selbstmedikationshypothese stützt (Potvin et al. 2006).

Verlaufsuntersuchungen bei PatientInnen mit Erstmanifestation zeigten eine Tendenz zur Reduktion des Substanzkonsums (Addington und Addington 2006), auch ohne spezifische Intervention (Harrison et al. 2007).

---

## Spezielle Substanzen

---

### ***Cannabis***

Cannabiskonsum hat in den Industriestaaten in den letzten Jahrzehnten allgemein zugenommen, so auch unter psychiatrischen PatientInnen. Boydell et al. (2006) zeigten, dass diese Zunahme bei PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie wesentlich stärker war als bei einer Kontrollgruppe mit anderen Diagnosen.

In ihrer Literaturübersicht kommen Green et al. (Green et al. 2005) zu einer Rate aktuellen Gebrauchs von Cannabis von 23% und einer 12-Monatsprävalenz von 29,2% bei PatientInnen mit psychotischen Störungen.

Die jüngste Metaanalyse (Moore et al. 2007) bezüglich des Zusammenhanges zwischen Cannabiskonsum und dem Auftreten einer psychotischen Störung bezog 11 Studien in insgesamt 7 bevölkerungsbezogenen, longitudinal untersuchten Kohorten ein. Das Risiko für das Auftreten einer psychotischen Störung wurde durch Cannabiskonsum um den Faktor 1,41 erhöht, bei häufigem Konsum um den Faktor 2,09. Dass jüngeres Alter bei Beginn des Cannabiskonsums das Risiko erhöht (Arseneault et al. 2002), erwies sich in der Metaanalyse nicht als bedeutend. Wie auch andere Metaanalysen (Degenhardt und Hall 2006) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass Cannabis einen direkten, substanzialen Beitrag für das Auftreten von Psychosen liefert.

Auch bei Personen mit persistierender, subsyndromal ausgeprägter schizophrener Symptomatik fand sich statistisch ein deutlicher, dosisabhängiger Zusammenhang mit einer Anamnese von Cannabiskonsum (OR 4,3) (Rössler et al. 2007).

PatientInnen mit schizophrenen Störungen, die Cannabis konsumierten, hatten mehr (positive) psycho-

tische Symptomatik, einen ungünstigeren Verlauf der Psychose und mehr Rückfälle (Grech et al. 2005; Hides et al. 2006; van Os et al. 2002).

Angesichts dieser mittlerweile sehr überzeugenden Befunde und der starken Verbreitung des Cannabiskonsums wäre zu erwarten, dass durch den Effekt von Cannabis die Inzidenz schizophrener Erkrankungen allgemein steigen müsste – wofür es bislang aber keine Belege gibt. Die derzeit gängige Erklärung dafür ist, dass Cannabis den psychotogenen Effekt nur bei Personen mit einem ohnehin erhöhtem Risiko für eine schizophrene Erkrankung ausübt (Degenhardt 2003; Dittrich et al. 2004). Der wesentliche Effekt von Cannabis könnte darin liegen, dass die Psychose wesentlich früher auftritt, wie in einer niederländischen Studie (Veen et al. 2004) bei Personen mit Erstmanifestationen psychotischer Symptome gezeigt werden konnte: Männliche Cannabiskonsumanten waren im Schnitt um 7 Jahre jünger als Nicht-Konsumenten.

Die zugrunde liegenden biologischen Mechanismen dieses Zusammenhanges sind noch weitgehend unklar. Die derzeit plausibelste Hypothese betrifft die von Cannabis induzierten Veränderungen im dopaminergen System, mit erhöhter Aktivität im mesolimbischen System und reduzierter Aktivität präfrontal (Linszen und van Amelsvoort 2007).

Nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Assoziation von Cannabiskonsum mit Schizophrenie durch einen vermehrten Gebrauch von Cannabis von an Schizophrenie erkrankten Personen im Sinne einer Selbstbehandlung zu erklären ist („reverse causation“). Die Kohortenstudien waren bemüht, diese Möglichkeit zu kontrollieren, und soweit diese Möglichkeit untersucht werden konnte, wurde sie eher für unwahrscheinlich gehalten (Boydell et al. 2006; Fergusson et al. 2005; Moore et al. 2007).

### ***Tabak***

Tabakkonsum bei PatientInnen mit schizophrenen Störungen ist doppelt bis fünf Mal so häufig wie in der Allgemeinbevölkerung (De Leon und Diaz 2005; Kumari und Postma 2005; Strassnig et al. 2006). Diese PatientInnen inhalieren auch intensiver (Strand und Nybäck 2005). Eine Metaanalyse, die 42 Studien welt-

weit erfasst, wies einen Mittelwert von 62% aktuellen RaucherInnen unter den PatientInnen mit schizophrenen Störungen auf. Im Vergleich zu Kontrollgruppen war die Wahrscheinlichkeit, Raucher zu sein, um das 5,3-fache erhöht (De Leon und Diaz 2005). Bei PatientInnen, bei denen Missbrauch/Abhängigkeit von einer anderen Substanz besteht, ist Rauchen mit noch höherer Wahrscheinlichkeit zu finden (Margolese et al. 2004).

Es gibt Hinweise darauf, dass Tabak bei Personen mit schizophrenen Störungen vermehrt positive Effekte induziert: Verglichen mit Kontrollpersonen erleben PatientInnen mit schizophrenen Störungen durch Tabakkonsum mehr Verbesserung der Stimmung, Wachheit, Konzentration und Beruhigung (Gurpegui et al. 2007) und zeigen eine stärkere positive Beeinflussung von Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeit durch Nikotin als Kontrollpersonen (Sacco et al. 2005). Verantwortlich für diese positiven Effekte sind wahrscheinlich bestimmte Nikotinrezeptoren: Agonisten für die Nikotinrezeptoren  $\alpha 7$  und  $\alpha 4\beta 2$  bewirken eine signifikante Verbesserung von Lernen, Gedächtnisleistungen und Aufmerksamkeit (Levin und Rezvani 2007). Es konnte gezeigt werden, dass der Zigarettenkonsum um so höher ist, je weniger D2-Dopaminrezeptoren zur Verfügung stehen, d.h. je höher der Besetzungsgrad der D2-Rezeptoren durch Antipsychotika ist (Desai et al. 2001) – ein Befund, der gut zur Beobachtung passt, dass Clozapin die Intensität des Tabakkonsums reduziert (McEvoy et al. 1995). Überdies kann Tabak eine Induktion des Cytochrom P450 Enzym 1A2 bewirken, was zu einem reduzierten Plasmaspiegel und damit zu einer Verminderung allfälliger Nebenwirkungen führen kann (Desai et al. 2001). All dies führt dazu, dass der Nikotinkonsum bei Personen mit Schizophrenen Störungen in erster Linie im Sinne der Selbstmedikationshypothese interpretiert wird (Cattapan-Ludewig et al. 2005; Kumari und Postma 2005; Strand und Nybäck 2005).

Allerdings scheiterte ein Versuch im Rahmen der Cochrane Collaboration, den Effekt von Tabak auf die Behandlung schizophrener Störungen zu evaluieren, weil sich keine Studien finden ließen, die den methodischen Ansprüchen gerecht wurden (Punnoose und Belgamwar 2006).

## Therapie

### **Abstinenzorientierte Therapie**

Komorbidität mit SPS ist nicht nur bei Schizophrenie, sondern auch bei anderen psychischen Erkrankungen hoch (Mueser et al. 2000; Weaver et al. 2003). Wie bereits eingangs erwähnt, sind die Systeme der Behandlung psychischer Erkrankungen und von Suchterkrankungen undurchlässig und vernachlässigen jeweils die andere Störung (Weaver et al. 2003).

Insgesamt ist die Situation bezüglich der Behandlung von komorbiden PatientInnen unbefriedigend und es gibt viele Studien mit enttäuschenden Ergebnissen – Spezialisierung innerhalb bestehender Programme brachte nicht viel. Am besten schnitten „comprehensive, integrated dual disorder programs“ ab (Drake et al. 1998). Elemente dieser Programme sind (Drake et al. 2001; Gaebel und Falkai 2006):

- Phasenspezifische Interventionen
- Assertive outreach
- Motivationale Interviews
- Beratung (Skills zum Umgang mit Substanzen)
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Familieninterventionen
- Soziale Unterstützung
- Langfristige Perspektive
- Umfassende Planung: Die PatientInnen sollen Zugang zu allen anderen Dienstleistungen im System haben
- Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds

„Integrierte“ Behandlungsprogramme werden zwar allgemein als die optimale Lösung für komorbide PatientInnen angesehen, jedoch wird deren Effektivität auch bezweifelt (Tyrer und Weaver 2004).

Bezüglich Tabakkonsum haben sich die üblichen Interventionen als erfolgreich erwiesen, allerdings auf niedrigerem Niveau als in der Allgemeinbevölkerung (Baker et al. 2006).

### **Substitutionstherapie**

Im Falle einer Opiatabhängigkeit erweist sich Substitutionstherapie oft als ein günstiger Weg zur ambu-

lanten Stabilisierung des Suchtverhaltens bei PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen (Unglaub et al. 2003).

## Medikamentöse Therapie

Die Medikamentöse Therapie der schizophrenen Störung bei Personen mit Substanzgebrauch unterscheidet sich nicht wesentlich von der allgemein üblichen. Atypische AP sind als günstiger einzuschätzen, auch im Hinblick darauf, dass die weniger intensive Blockade des dopaminergen Systems Vorteile hinsichtlich der Befindlichkeit (weniger Anlass zu Selbstmedikation) und des Cravings bieten kann.

Depotpräparate haben angesichts der problematischen Compliance einen besonderen Stellenwert (Wobrock et al. 2007).

## Die Situation in Österreich

### Epidemiologie

Epidemiologische Angaben zur Komorbidität von Schizophrenie und SPS liegen nicht vor. Der Österreichische Psychiatriebericht 2004 (Katschnig et al. 2004) listet lediglich die psychiatrischen Nebendiagnosen (bei PatientInnen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen) auf: Bei 11,3% der Entlassungen gab es eine Nebendiagnose von SPS, dies gilt aber für die Gesamtheit aller Diagnosen.

**Tabelle 2:**

LKF Daten 2006: Entlassungen mit den Hauptdiagnosen F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen) und F20 (Schizophrenie) und Kodierung der jeweils anderen Diagnose als Nebendiagnose

Hauptdiagnose	F1	F20
Hauptdiagnose	27.979	8.789
Davon F10 (Alkohol)	23.121 (83%)	
F19 (multipler Substanzgebrauch)	2.699 (10%)	
F11 (Opioide)	1.208 (4%)	
Davon Nebendiagnose F20	144 (0,5%)	
Davon mit Nebendiagnose F1		1.252 (14,2%)
Davon F10 (Alkohol)		465 (37%)
F17 (Tabak)		245 (20%)
F12 (Cannabinoide)		213 (17%)
F19 (multipler Substanzgebrauch)		165 (13%)
F13 (Sedativa)		110 (9%)

Eine Anfrage im Rahmen des LKF-Systems (Weberberger 2007) zeigte, dass 14,2% aller Personen mit einer Hauptdiagnose von Schizophrenie die Nebendiagnose einer SPS aufweisen. Interessant dabei ist (**Tabelle 2**), dass die Gewichtung der betroffenen Substanzen deutlich von jener abweicht, die man bei SPS als Hauptdiagnose findet. Während es bei Letzteren in 83% aller Fälle um Alkohol geht, gefolgt von multiplem Substanzgebrauch (10%) und Opioiden (4%) und auf alle anderen Substanzen insgesamt nur mehr 3% der Fälle entfallen, ist bei den Nebendiagnosen schizophrener PatientInnen zwar auch Alkohol mit 37% an erster Stelle, gefolgt von Tabak (20%), Cannabinoiden (17%), multiplem Substanzgebrauch (13%) und Sedativa (9%). Dazu ist anzumerken, dass die Kodierung von Nebendiagnosen im LKF-System ohne ökonomische Relevanz ist, so dass die Datenqualität als nicht gut einzuschätzen ist.

Diese relativ niedrigen Zahlen bestätigen den Eindruck aus der klinischen Arbeit, dass Komorbidität von Schizophrenie mit SPS in Österreich zwar ein klinisch relevantes Problem ist, aber nicht mit jener Häufigkeit auftritt, wie es z.B. aus der US-amerikanischen Literatur berichtet wird. Eine mögliche Ursache dafür könnte die bei uns viel bessere soziale Absicherung sein, die vor allem den mit Verelendung einhergehenden Substanzkonsum hintanhält.

### Weitere österreichische Publikationen zum Thema

Ein Beitrag, der sich am Rande mit der Problematik der Komorbidität beschäftigt, stammt aus Vorarlberg (Haller et al. 2001). Dabei wurden Personen mit einer Lebenszeitprävalenz einer schizophrenen Störung und einer Verurteilung wegen eines schweren Vergehens oder Verbrechens während eines definierten 12-jährigen Untersuchungszeitraumes erfasst. In diesem Kollektiv (N=82) hatten 24% eine Lebenszeitdiagnose von schädlichem Gebrauch/ Abhängigkeit von Alkohol und 16% von schädlichem Gebrauch/ Abhängigkeit von Drogen.

Eine gute Übersichtsarbeit zum Thema der Komorbidität, aber ohne spezifisch österreichische Daten, stammt von Winklbaier et al. (2006).

In einer Übersichtsarbeit beschreiben Dittrich et al. (2004) die Zusammenhänge zwischen Cannabis und Psychose und kommen zu dem Schluss, dass es keine Belege dafür gibt, dass gelegentlicher Konsum zu anhaltenden psychotischen Störungen führen würde, dass es weiters aber als gesichert gelten kann, dass bei disponierten Personen der Beginn einer schizophrenen Erkrankung beschleunigt wird und die Symptome verstärkt werden.

Das State of Art-Paper der ÖGPP (Haller und Dittrich 2005) beurteilt den Beitrag von Cannabis zur Manifestation einer schizophrenen Erkrankung sehr zurückhaltend. Allerdings ist anzumerken, dass die seither erschienene jüngere Literatur diesen Zusammenhang weiter erhärtet hat.

---

## Therapie

---

### **Abstinenzorientierte Therapie**

Auf der Homepage der „Plattform Drogentherapien“ ([www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at)), dem Internetauftritt der in Österreich tätigen therapeutischen Institutionen, findet sich kein Hinweis auf spezielle Therapiemöglichkeiten komorbider schizophrenen Störungen.

Meines Wissens gibt es in Österreich nur 2 Einrichtungen, die auch konzeptuell auf die Problematik eingehen:

- Der „Grüne Kreis“ bietet ein spezielles Angebot für PatientInnen mit komorbiden Störungen, allerdings sind damit alle möglichen psychischen Erkrankungen und nicht nur schizophrenen Erkrankungen gemeint.
- Die Therapiestation „Lukasfeld“ hat im Rahmen ihres Behandlungsprogrammes einen eigenen „Therapiestrang“ für PatientInnen mit Psychosen eingerichtet.

### **Substitutionstherapie**

In der Novelle der Suchtgiftverordnung BGBl. II Nr. 451/2006 ist als Zielsetzung der Substitutionstherapie unter anderem festgehalten, „die Behandlung einer neben der Opioidabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung zu unterstützen“. Damit sind Patienten mit komorbiden schizophrenen Erkrankungen eine besondere Zielgruppe der Substitutionsbehandlung. Daten über Häufigkeit und Ergebnisse dieser Behandlung liegen aber nicht vor.

---

## Zusammenfassung und Empfehlungen

---

Komorbidität von Schizophrenie mit SPS ist ein relevantes Problem, da es Verlauf und Behandlung beider Erkrankungen kompliziert. Es ist häufig mit Prävalenzzahlen in der internationalen (vorwiegend angelsächsischen) Literatur von 10% bis 74% und einem Median von 44%. Werte für Österreich liegen nicht vor, die Daten, die aus dem LKF-System gewonnen werden können, sprechen aber dafür, dass die Prävalenz bei uns nicht so hoch ist wie in den angelsächsischen Ländern.

Insgesamt besteht hier aber ein erhebliches Forschungsdefizit und es wäre wünschenswert, genauere Zahlen zu bekommen über die Häufigkeit der Komorbidität und über ihre praktischen Auswirkungen auf Behandlung und Prognose. Besonders interessant ist die Frage des Stellenwertes des Cannabiskonsums im Kontext der schizophrenen Erkrankung.

Die Therapie für PatientInnen, die sowohl an Schizophrenie wie auch an SPS leiden, ist schwierig und noch nicht befriedigend gelöst. Dennoch wäre gerade deswegen das Angebot strukturierter spezieller Programme, stationär und ambulant, von großer Wichtigkeit: Es droht nämlich sonst eine gefährliche Kollusion zwischen der Ratlosigkeit der BehandlerInnen und der oft geringen Motivation der PatientInnen, und es ist zu befürchten, dass gerade diese PatientInnen einen besonders großen ungedeckten Behandlungsbedarf haben.

## Literatur

- Addington J, Addington D (2006) Patterns, predictors and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 115: 304-309
- Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray RW, Caspi A, Moffitt TE (2002) Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 325: 1212-1213
- Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VC, Taylor RL, Jansons S, Wilhelm K (2006) A randomized controlled trial of smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry* 163: 1934-1942
- Barnes TRE, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM (2006) Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 188: 237-242
- Barnett JH, Werners U, Secher S, Hill KE, Brazil R, Pernet DE, et al. (2007) Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 190: 515-520
- Bowers MJB, Mazure CM, Nelson JC (1990) Psychotogenic drug use and neuroleptic response. *Schizophrenia Bulletin* 16: 81-85
- Boydell J, Van Os J, Caspi A, Kennedy NB, Giouroukou E, Fearon P, Farrell M, Murray RW (2006) Trends in Cannabis use prior to first presentation with schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999. *Psychol Med* 36: 1441-1446
- Brady K, Anton R, Ballenger JC, al. e (1990) Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 147: 1164-1167
- Bühler B, Hambrecht M, Löffler W, an der Heiden W, Häfner H (2002) Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse – a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophr Res* 54: 243-251
- Cantor-Graae E, Nordström LG, McNeil TF (2001) Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res* 48: 69-82
- Cantwell R (2003) Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use. *Br J Psychiatry* 182: 324-329
- Cattapan-Ludewig K, Ludewig S, Jaquenoud Sirot E, Etzensberger M, Hasler F (2005) Warum rauchen Schizophreniepatienten? *Nervenarzt* 76: 287-294
- Chambers RA, Krystal JH, Self DW (2001) A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 50: 71-83
- Condren RM, O'Connor J, Browne R (2001) Prevalence and patterns of substance misuse in schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 25: 17-20
- Crompton MT, Weiss PS, West JC, Kaslow NJ (2005) The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and axis IV psychosocial problems. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40: 939-946
- De Leon J, Diaz FJ (2005) A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 76: 135-157
- Degenhardt L (2003) The link between cannabis use and psychosis: furthering the debate. *Psychol Med* 33: 3-6
- Degenhardt L, Hall W (2006) Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Can J Psychiatry* 51: 556-574
- Desai HD, Seabolt J, Jann MW (2001) Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 15: 469-494
- Dickey B, Azeni H, Weiss R, Sederer L (2000) Schizophrenia, substance use disorders and medical comorbidity. *J Ment Health Policy Econ* 3: 27-33
- Dittrich I, Haller R, Kocsis E, Hinterhuber H (2004) Cannabis und Psychose. *Neuropsychiatrie* 18: 32-38
- Dixon LB (1999) Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res* 35: S93-S100
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, al. e (2001) Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 52: 469-476
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24: 589-608
- Duke PJ, Pantelis C, Barnes TRE (1994) South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *Br J Psychiatry* 164: 630-636
- Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TRE (2001) Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 179: 509-513
- Farely S, Harris MG, Henry LP, al. e (2007) Prevalence and correlates of comorbidity 8 years after first psychotic episode. *Acta Psychiatr Scand* 116: 62-70
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM (2005) Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction* 100: 354-353
- Fowler IL, Carr VC, Carter NT, Lewin TJ (1998) Patterns of current and life time substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 24: 443-455
- Frisher M, Collins J, Millson D, Crome I, Croft P (2004) Prevalence of comorbid psychiatric illness and substance misuse in primary care in England and Wales. *J Epidemiol Community Health* 58: 1036-1041
- Gaebel W, Falkai P (2006) *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Steinkopf, Darmstadt
- Gouzoulis-Mayfrank E (2004) Doppeldiagnose Psychose und Sucht. *Nervenarzt* 75: 642-650
- Grech A, Van Os J, Jones PB, Lewis SW, Murray RW (2005) Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. *Eur Psychiatry* 20: 349-353
- Green AI, Tohen MF, Hamer RM, et al. (2004) First episode schizophrenia-related psychosis and substance disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophr Res* 66: 125-135
- Green B, Young R, Kavanagh D (2005) Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry* 187: 306-313
- Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bahtia SC, Haffke EA (1996) Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizophr Res* 20: 153-156
- Gurpegui M, Martinez-Ortega JM, Jurado D, Aguilar MC, Diaz FJ, de Leon J (2007) Subjective effects and the main reason for smoking in outpatients with schizophrenia: a case-control study. *Comprehensive Psychiatry* 48: 186-191
- Haller R, Dittrich I (2005) Cannabis. *State of Art-Paper der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)*. *Psychiatrie & Psychotherapie* 1/2: 39-49

- Haller R, Kemmler G, Kocsis E, Maetzler W, Prunlechner R, Hinterhuber H (2001) Schizophrenie und Gewalttätigkeit. *Nervenarzt* 72: 859-866
- Harrison I, Joyce EM, Mutsatsa SH, Hutton SB, Huddy V, Kapasi M, Barnes TRE (2007) Naturalistic follow-up of comorbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study. *Psychol Med* doi:10.1017/S0033291707000797
- Hides L, Dawe S, Kavanagh DJ, Young RM (2006) Psychotic symptom and cannabis relapse in recent-onset psychosis. *Br J Psychiatry* 189: 137-143
- Kamali M, Kelly L, Gervin M, al. e (2000) The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 101: 452-456
- Katschnig H, Denk P, Scherer M (2004) Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders J, Dore G, Clark D (2002) Substance misuse in patients with schizophrenia. *Drugs* 62: 743-755
- Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, et al. (1996) Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample: the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 53: 1022-1031
- Kovaszny B, Bromet E, Schwartz JE, Ram R, Lavelle J, Brandon L (1993) Substance abuse and onset of psychotic illness. *Hospital and Community Psychiatry* 44: 567-571
- Kovaszny B, Fleischer J, Tanenberg-Karant M, Jandorf L, Miller A, Bromet E (1997) Substance use disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis. *Schizophr Bull* 23: 195-201
- Kumari V, Postma P (2005) Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev* 29: 1021-1034
- Lambert M, Conus P, Lubman DI, al. e (2005) The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 112: 141-148
- Levin ED, Rezvani AH (2007) Nicotinic interactions with anti-psychotic drugs, models of schizophrenia and impacts on cognitive function. *Biochem Pharmacol* 74: 1182-1191
- Linszen D, van Amelsvoort T (2007) Cannabis and psychosis: an update on course and biological plausible mechanisms. *Curr Opin Psychiatry* 20: 116-120
- Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier RT, Gill KJ (2004) Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res* 67: 157-166
- McCleery A, Addington J, Addington D (2006) Substance misuse and cognitive functioning in early psychosis: a 2 year follow-up. *Schizophr Res* 88: 187-191
- McCreadie RG, al. e (2002) Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. *Br J Psychiatry* 181: 321-325
- McEvoy JP, Freudenreich O, McGee M, VanderZwaag, C, Levin ED, Rose J (1995) Clozapine decreases smoking in patients with chronic schizophrenia. *Biol Psychiatry* 37: 550-552
- Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, al. e (1996) Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Brit J Psychiatry* 168: 612-619
- Menezes PR, Ratto LRC (2004) Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in Sao Paulo. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 212-217
- Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, Lewis G (2007) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 370: 319-328
- Mueser KT, Essock SM, Drake RE, Wolfe RS, Frisman L (2001) Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis. *Schizophr Res* 48: 93-107
- Mueser KT, Nishith P, Tracy JI, De Girolamo G, Molinaro M (1995) Expectations and motives for substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21: 367-378
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, al. e (1990) Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull* 16: 31-56
- Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, al. e (2000) Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates and subgroups. *Schizophrenia Bulletin* 26: 179-192
- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J (1999) Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 50: 667-673
- Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ (1996) Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 47: 853-858
- Phillips P, Johnson S (2001) How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 269-276
- Phillips P, Johnson S (2003) Drug and alcohol misuse among inpatients with psychotic illnesses in three inner-London psychiatric units. *Psychiatric Bulletin* 27: 217-220
- Potvin S, Joyal C, Pelletier J, Stip E (2007) Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* doi:10.1016/j.schres.2007.04.022
- Potvin S, Sepelhy AA, Stip E (2006) A meta-analysis of negative symptoms in dual diagnosis schizophrenia. *Psychol Med* 36: 431-440
- Punnoose S, Belgamwar MR (2006) Nicotine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 25: CD004838
- Rachbeisel J, Scott J, Dixon LB (1999) Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services* 50: 1427-1434
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, al. e (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. *JAMA* 264: 2511-2518
- Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Jonsdottir H, al. e (2008) Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 117: 133-138
- Röder-Wanner UU, Priebe S (1998) Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 248: 250-258
- Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindler J, Riedel-Heller SG, Angermeyer CM (2007) Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 268-276
- Rössler W, Riecher-Rössler A, Angst J, Murray RW, Gamma A, Eich D, Van Os J, Gross VA (2007) Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophr Res* 92: 1-14

- Sacco KA, Termine A, Seyal A, al. e (2005) Effects of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 62: 649-659
- Salokangas RKR, Honkoken T, Stengard E, Koivisto AM, Hietala J (2006) Cigarette smoking in long-term schizophrenia. *Eur Psychiatry* 21: 219-223
- Schneier FR, Siris SG (1987) A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis* 175: 641-651
- Sevy S, Robinson DG, Solloway S, Alvir MJ, Woerner MG, Bilder R, et al (2001) Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 104: 367-374
- Shaner A, Khalsa ME, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh BS (1993) Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 150: 758-762
- Soyka M (1994a) Sucht und Schizophrenie. Neurologische, klinische und therapeutische Fragestellungen. 2. Drogenabhängigkeit und Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 62: 186-196
- Soyka M (1994b) Sucht und Schizophrenie. Neurologische, klinische und therapeutische Fragestellungen. 1. Alkoholismus und Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 62: 71-87
- Soyka M, Albus M, Immler B, Kathmann N, Hippus H (2001) Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics – are there differences? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251: 232-238
- Soyka M, Albus M, Kathmann N, al. e (1993a) Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 242: 362-72
- Soyka M, Immler B, Sand P (1993b) Alkohol- und Drogenmissbrauch als Risikofaktor für Gewalttaten und Delinquenz Schizophrener. *Psychiatr Prax* 20: 172-175
- Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. (1998) Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 55: 393-401
- Strand JE, Nybäck H (2005) Tobacco use in schizophrenia: a study of conicotine concentrations in the saliva of patients and controls. *Eur Psychiatry* 20: 50-54
- Strassnig M, Brar J, Ganguli R (2006) Increased caffeine and nicotine consumption in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 86: 269-275
- Swanson JW, Holzer CEI, Ganju VK (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 41: 761-770
- Tsuang MT, Simpson JC, Kronfol Z (1982) Subtypes of drug abuse with psychosis: demographic characteristics, clinical features, and family history. *Arch Gen Psychiatry* 39: 141-147
- Tyrer P, Weaver T (2004) Desperately seeking solutions: the search for appropriate treatment for comorbid substance misuse and psychosis. *Psychiatric Bulletin* 28: 1-2
- Unglaub W, Kandel M, Zenner D, Wodarz N, Klein H (2003) Neuroleptikatherapie von komorbiden Opiatabhängigen in der Methadonambulanz. *Psychiatr Prax* 30 (Suppl 2): S121-S124
- Urbanoski KA, Rush BR, Wild TC, Bassani DG, Castel S (2007) Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders. *Psychiatric Services* 58: 962-969
- van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H (2002) Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 156: 319-327
- Veen ND, Selten J-P, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS (2004) Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161: 501-506
- Weaver T, Madden P, Charles V, al. e (2003) Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry* 183: 304-313
- Weberberger G (2007) LKF-Abfrage. Persönliche Mitteilung
- Winklbaur B, Ebner N, Sachs G, Thau K, Fischer G (2006) Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 8: 37-43
- Wobrock T, D'Amelio R, Falkai P (2007) Pharmakotherapie bei Schizophrenie und komorbider Substanzstörung. *Nervenarzt* online first
- Wright S, Gournay K, Glorney E, Thornicroft G (2000) Dual diagnosis in the suburbs: prevalence, need, and in-patient service use. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35: 297-304

# Schizophrene PatientInnen im Kontext der forensischen Psychiatrie

Heidi Kastner

---

## Einleitung

---

Mit Ausnahme der forensischen Pathologie weist kein anderer medizinischer Fachbereich eine so große Berührungsfläche mit der Justiz auf wie die Psychiatrie. Innerhalb jener wieder hat die Gruppe der an einer Schizophrenie erkrankten Personen in der öffentlichen Wahrnehmung häufig nicht nur unter dem Stigma der psychischen Erkrankung, sondern auch unter dem Vorurteil der Gefährlichkeit zu leiden und gilt quasi als Prototyp des psychisch kranken Rechtsbrechers.

Die Beziehungen zwischen schizophrenen Erkrankungen und Delinquenz können mannigfaltig sein, sind aber nirgends so eng und so offensichtlich wie in der Gruppe der psychisch kranken schuldunfähigen RechtsbrecherInnen, die allerdings in Österreich aktuell nur 2,3% aller der Justiz überantworteten Personen ausmachen. Die Tatsache, dass psychisch kranke Menschen Delikte begehen können, deren motivationale Grundlage nicht in der kriminellen Absicht, sondern in der spezifischen Ausformung der erkrankungsbedingten Symptomatik zu suchen ist, war schon dem Römischen Recht bekannt, das in solchen Fällen von der Schuldunfähigkeit der Betroffenen ausging. Diesem Postulat der Schuldunfähigkeit psychisch kranker Personen wurde in der österreichischen Gesetzgebung in der Constitutio Criminalis Theresiana 1770, in Folge im Josefinischen Strafgesetzbuch

1787 und nach mehreren Novellierungen schließlich durch die Strafrechtsreform 1975 entsprochen.

In den vergangenen 30 Jahren zeichnete sich in ganz Europa eine Entwicklung ab (Birmingham 1996, Fazel 2002), die auch in Österreich zu beobachten war, und immer noch anhält: Während der Anteil der an Schizophrenie Erkrankten im Maßnahmenvollzug konstant blieb, nahmen die Zahlen der Maßnahmen-einweisungen in einem Ausmaß zu, das seit 1990 zu einer nur als exorbitant zu bezeichnenden Vermehrung der in der Maßnahme nach § 21 Abs. 1 Angehaltenen führte. Analog, wenngleich wechselnd intensiv, stellt sich die Zunahme europaweit dar: zwischen 1993 und 2003 stieg die Zahl der forensischen Betten in England um 38%, in Italien um 10%, in den Niederlanden um 143%, in Spanien um 25% und in Schweden um 46% (Priebe et al. 2005). Die Gründe dafür sind mit hoher Wahrscheinlichkeit vielfältig und liegen zum Teil in der verstärkten Betonung der Freiwilligkeit psychiatrischer Behandlung, der restriktiveren Handhabung der Behandlung gegen den Willen, den durch den Abbau stationärer Behandlungsbetten verursachten Belagsdruck und den dadurch verkürzten Aufenthaltsdauern sowie dem steigenden Sicherheitsbedürfnis der Öffentlichkeit, welches zumindest für die überproportionale Zunahme der Maßnahmeneinweisungen wegen milder schwerer Delikte wie der gefährlichen Drohung verantwortlich sein dürfte.

Bei denjenigen schizophrenen Erkrankungen, die über ein Delikt zur Maßnahmeneinweisung führen, sind paranoide Formen überdurchschnittlich häufig vertreten (Böker, Häfner 1973; Tiihonen 1997). Weitere Charakteristika sind chronifizierte Erkrankungsverläufe mit überdauernd florider Symptomatik und wiederholte stationäre Vorbehandlungen mit gehäuften Behandlungsabbrüchen. Nach einer deutschen Untersuchung von Müller Isberner 2002 waren ForensikpatientInnen zu 79% zuvor in stationärer psychiatrischer Behandlung und unterscheiden sich von chronisch kranken PatientInnen der Allgemeinpsychiatrie vor allem durch frühe Verhaltensprobleme, durch eine Vorgeschichte mit Gewalt gegen Personen und durch den Schweregrad der jemals ausgeübten Gewalt.

Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass an Schizophrenie Erkrankte ein erhöhtes Komorbiditätsrisiko für Substanzmissbrauch aufweisen (Regier et al. 1990; Jacobi et al. 2004). Da substanzgebundene Süchte generell als Risikofaktor delinquenten Verhaltens gelten, hat die einschlägige Komorbidität bei im Maßnahmenvollzug Angehaltenen eine besondere Bedeutung und es lassen sich in der internationalen Literatur hohe Komorbiditätsraten bei dieser Klientel nachweisen, die auch in einer österreichischen Untersuchung nachvollzogen werden konnten (Haller et al. 2001, Putkonen et al. 2004). Nach einer 1998 veröffentlichten Studie von Wallace et al. (1998) steigert komorbider Substanzkonsum bei an Schizophrenie Erkrankten das Risiko für allgemeine Delinquenz von 3,2% auf 12,4%, für Gewaltdelikte von 4,4% auf 18,8% und für Tötungsdelikte von 10,1% auf 28,8%.

Einschlägige Untersuchungen für Österreich liegen nur für Tötungsdelikte vor (Schanda et al. 2004) und erbrachten ähnliche Ergebnisse, in welchen sich ein deutliches Überwiegen des paranoiden Subtyps und eine Risikoerhöhung bei komorbidem Substanzkonsum abbildete.

Internationale Untersuchungen legen nahe, dass die Mehrzahl der im Regelvollzug Inhaftierten psychiatrisch relevante Auffälligkeiten aufweist, wobei sich die Zahlen teilweise bei fast 90% bewegen. Umfassende Studien für den deutschen Sprachraum liegen nicht vor, die Daten stammen zumeist aus Erhebungen an einzelnen Haftanstalten. Eine relativ rezente Untersuchung von Schönfeld et al. (2005) fand an insgesamt 139 Häftlingen der Justivollzugsanstalt Bielefeld

Brackwede in 88,2% eine Achse I (83,5%) oder Achse II (53,2%) Diagnose mit deutlichem Überwiegen der substanzbezogenen Störungen. In einer 2004 von Konrad veröffentlichten Untersuchung zur Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe wurde eine Lebenszeitprävalenz psychotischer Störungen von 10% diagnostiziert.

Obwohl auch für schizophrene Störungen in einer Vielzahl von Publikationen (Fazel, Danesh 2002, Metaanalyse über 62 Arbeiten) eine erhöhte Prävalenz im Regelvollzug berichtet wird, ist der Mangel an exakten Daten betreffend Prävalenz und/oder Inzidenz schizophrener Erkrankungen bei Inhaftierten nicht nur für Österreich eklatant. Im EUPRIS-Projekt, das von der EU von 10/2005 bis 10/2007 durchgeführt wurde, konnten nur in 7 von 24 Teilnehmerstaaten entsprechende Zahlen erhoben werden, wobei die Angaben zur Prävalenz schizophrener Erkrankungen bei Insassen des Regelvollzugs eine Variationsbreite von 23,9% (Frankreich 2004) bis zu 0,1% (Litauen 2005) aufweisen.

---

### **Zurechnungsunfähige psychisch kranke RechtsbrecherInnen im österreichischen Maßnahmenvollzug**

---

#### ***Österreichische Rechtsgrundlagen des Umgangs mit an Schizophrenie erkrankten Delinquenten***

Der Großteil der an Schizophrenie erkrankten strafrechtlich auffälligen Personen findet sich in Österreich in der Gruppe der schuldunfähigen, psychisch kranken Rechtsbrecher, deren strafrechtliche Beurteilung im Wesentlichen durch zwei Paragraphen des österreichischen Strafgesetzbuchs geregelt ist.

Als Erster ist hier der § 11 StGB anzuführen, der die Bedingungen der Zurechnungsunfähigkeit (und somit Schuldunfähigkeit) regelt. Im § 11 StGB werden vier Eingangskriterien oder Exkulpierungsgründe benannt, die zu einer Aufhebung der Diskretions- und/oder Dispositionsfähigkeit führen können, nämlich „Geisteskrankheit“ (psychotische Erkrankungen im engeren Sinn, somit auch alle Erkrankungen aus dem schizo-

phrenen Formenkreis), „Schwachsinn“, „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ (eine im Rahmen einer Intoxikation oder schwerwiegender affektiver Entgleisungen auftretende vorübergehende Trübung des Bewusstseins von solcher Intensität, dass „das seelische Gefüge des Betroffenen teilweise außer Funktion tritt“) und „andere schwere, einem dieser Zustände gleichwertige seelische Störungen“ (organische Psychosen, gravierende Persönlichkeitsstörungen).

Treten im Rahmen der Voruntersuchungen nach einem Delikt Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit eines Straftäters auf, so wird die Begutachtung durch einen Sachverständigen und zumeist zeitgleich als Äquivalent der Untersuchungshaft die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik nach § 429 Abs 4 Strafprozessordnung (StPO) angeordnet. Aufgabe des Gutachters ist neben der Überprüfung der Voraussetzungen des § 11 StGB, d.h. des kausalen Zusammenhangs zwischen Erkrankung und Deliktbegehung, das Vorliegen der Bedingungen des § 21 Abs 1 StGB, der die Einweisung in eine „Anstalt für geistig abnorme schuldunfähige Rechtsbrecher“ regelt. Voraussetzungen für diese auf unbestimmte und somit unbegrenzte Zeit ausgesprochene Einweisung sind neben der zum Tatzeitpunkt vorliegenden Schuldunfähigkeit die Begehung eines Delikts, das mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und eine ungünstige Gefährlichkeitsprognose, d.h. es muss „zu befürchten sein, dass der Betroffene in Zukunft unter dem Einfluss seiner Erkrankung, die auf einer höhergradigen seelisch-geistigen Abartigkeit beruht, wieder mit Strafe bedrohte Handlungen mit schweren Folgen begehen wird“.

Bis zum Jahr 2001 stellte die unbedingte (stationäre) Einweisung in die Maßnahme nach § 21 Abs 1 StGB somit die einzige Möglichkeit dar, Betroffenen mit ungünstiger Gefährlichkeitsprognose nach Deliktbegehung einer von Gerichts wegen angeordneten und bei erkrankungsassoziiierter Gefährlichkeit auch deliktpräventiv erforderlichen Behandlung zu unterziehen. Da sich diese Regelung als zu wenig differenziert erwies und damit auch der Tatsache nicht Rechnung getragen werden konnte, dass zwischen Delikt und Verhandlung durch die während der Anhaltung nach § 429 Abs 4 StPO erfolgte Behandlung zuweilen eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands und weitgehende Remission der Erkrankungssymptomatik erzielt wurde, wurde

die Regelung der Einweisung psychisch kranker Rechtsbrecher im Strafrechtsänderungsgesetz 2001 um den § 45 StGB ergänzt. Dieser sieht vor, dass die unbedingte durch die bedingte Einweisung substituiert werden kann, „wenn nach dem erzielten Behandlungserfolg anzunehmen ist, dass die bloße Androhung der Unterbringung in Verbindung mit einer Behandlung außerhalb der Anstalt ausreicht, um die Gefährlichkeit hintanzuhalten“. Neben den auf den ersten Blick unverkennbaren Vorteilen für die Betroffenen birgt die 2001 neu etablierte Regelung auch Tücken in sich und dürfte eher zur Zunahme der Einweisungen in die Anhaltung nach § 21 Abs 1 beigetragen haben, da durch die Möglichkeit der gelinderen Maßnahme der ambulanten Behandlung die Hemmschwelle zur Einweisung gesenkt wurde und vermutlich jetzt auch vermehrt Personen eingewiesen werden, bei denen das Verfahren nach alter Rechtslage eingestellt worden wäre. Unter diesem Gesichtspunkt sind nun auch Erkrankte von der Einweisung betroffen, die früher nicht im forensisch-psychiatrischen Versorgungssystem gelandet, sondern zur weiteren Behandlung gänzlich der Verantwortung der Allgemeinpsychiatrie übergeben worden wären. Die bedingte Einweisung ist zwingend mit Weisungen verbunden, deren Erfüllung wiederum (auch) abhängig ist von der Qualität der psychiatrischen Versorgungsstrukturen. Bei Nichteinhaltung besteht die Gefahr eines Widerrufs der bedingten Einweisung und somit der zwar zeitlich verzögerten, aber im Ergebnis doch ausgesprochenen Maßnahmenunterbringung.

Die Behandlung während der Maßnahme ist in den § 164-166 des Strafvollzugsgesetzes (StVG) geregelt, kann in einer öffentlichen psychiatrischen Krankenanstalt oder einer spezialisierten Einrichtung der Justiz durchgeführt werden und hat jedenfalls nach dem gültigen state-of-the-art-Procédere der Psychiatrie, Psychologie und Pädagogik zu erfolgen. Den Unterschieden zwischen justizeigenen und öffentlichen Behandlungseinrichtungen liegt hauptsächlich die Tatsache zu Grunde, dass justizeigene Anstalten nicht den jeweiligen Bestimmungen des KAG unterworfen sind und die personelle Ausstattung sich nicht notwendigerweise an den PsychPV-Richtlinien orientieren muss, bzw. auch entsprechend geschulte, wenngleich nicht spezifisch diplomierte Justizwachebeamte in der Behandlung tätig sind. Da die Behandlung der dem Delikt zu Grunde liegenden Erkrankung und somit die Reduktion der erkrankungsassoziierten

Gefährlichkeit die eigentliche Intention des Gesetzgebers bei der Maßnahmeneinweisung darstellt, kann eine solche bei UbG-analogen Voraussetzungen (Fremd- und/oder Selbstgefährdung) auch gegen den Willen der betroffenen Person durchgeführt werden, ohne dass die damit verbundene Einschränkung der Selbstbestimmung einer weiteren richterlichen Überprüfung unterzogen wird. Ebenso können bei entsprechender Erfordernis bzw. zur Hintanhaltung von Gefährdungsmomenten weitreichende Beschränkungen der Außenkommunikation (Besuche, Brief-, Telefonkontakt) angeordnet werden.

Die weitere Notwendigkeit der Anhaltung in der Maßnahme nach § 21 Abs 1 muss von Gerichts wegen jährlich, auf Verlangen der Betroffenen jederzeit, vom zuständigen Vollzugsgericht eventuell unter Beiziehung eines externen Gutachters überprüft werden.

Die Entlassung erfolgt in jedem Fall bedingt und nur nach Abklingen der der Einweisung zugrunde liegenden Gefährlichkeit (§ 47 Abs 2 StGB) und ist je nach Schwere des Delikts mit einer Probezeit von fünf oder zehn Jahren und der Erteilung von Weisungen verbunden, die unterschiedlichster Natur sein können, bei der von Schizophrenie betroffenen Personengruppe aber zumeist die Weisungen zur Fortsetzung der medikamentösen, in eventuell auch depotneuroleptische Behandlung, fachärztlichen Kontrolle, Wohnsitznahme in einer betreuten Einrichtung oder Kontrolle der Alkohol- und Drogenabstinenz umfassen.

Seit 2001 ist lt. § 54 StGB bei entsprechend problematischer Gefährlichkeitsprognose auch die wiederholte Verlängerung der Probezeit möglich.

In der Absicht, eine auf die teilweise spezifischen Bedürfnisse der bedingt aus dem Maßnahmenvollzug Entlassenen abgestimmte weisungsgebundenen Nachbetreuung zu etablieren, wurden mittlerweile in allen österreichischen Bundesländern mit Ausnahme des Burgenlands Forensische Ambulanzen eingerichtet, die zur Gänze vom Bundesministerium für Justiz finanziert werden. Der hohe Bedarf nach solchen spezifischen Einrichtungen wird beispielhaft durch die Daten des Ambulanzverbands Linz-Amstetten-Salzburg belegt, wo von bedingt Entlassenen an Schizophrenie Erkrankten im Jahr 2007 (1-10/2007) bisher insgesamt 931 Behandlungseinheiten wahrgenommen wurden.

### **Entwicklung des Österreichischen Maßnahmenvollzugs seit der Strafrechtsreform 1975**

Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern ist die Zahl der im Maßnahmenvollzug Angehaltenen auch in Österreich in den letzten Jahren drastisch gestiegen (**s. Tabelle 1**).

Die Ursachen dieser signifikanten Zunahme sind vermutlich vielgestaltig und nicht in einem singulären Faktor zu suchen. Aus Gründen der zeitlichen Koinzidenz wurde in Österreich lange Zeit das mit 1.1.1991 novellierte Unterbringungsgesetz angeschuldigt, da es die Behandlung einer (wenngleich nicht notwendigerweise unmittelbar) gefährlichkeitsprognostisch relevanten Personengruppe wesentlichen Einschränkungen unterwarf und vor allem eine mittel- bis

**Tabelle 1:**

Entwicklung des Maßnahmenvollzugs nach § 21 Abs 1 StGB 1980-2007 (Stichtagsprävalenzen)

Jahr	§ 429 Abs 4	§ 21 Abs 1	Summe
	StPO	StGB	
1980	22	111	133
1981	16	107	123
1982	29	105	134
1983	13	114	127
1984	26	111	137
1985	24	107	131
1986	21	112	133
1987	22	105	127
1988	17	105	122
1989	24	110	134
1990	24	117	141
1991	38	126	164
1992	30	130	160
1993	41	149	190
1994	31	172	203
1995	44	176	220
1996	31	195	226
1997	27	189	216
1998	43	206	249
1999	37	229	266
2000	32	256	288
2001	30	244	274
2002	41	274	315
2003	42	302	344
2004	39	315	358
2005	40	322	362
2006	52	313	365
2007	53	333	386

(Stand 1.10.)

langfristig zu erwartende Gefährdung nicht mehr als ausreichende Begründung einer ausschließlich fremdbestimmten Behandlung anerkannte.

Hier trugen vor allem umfangreiche Untersuchungen von Schanda und Knecht (1997) dazu bei, die Gründe nicht, wie ursprünglich angenommen, ausschließlich im Unterbringungsgesetz zu verorten und die Ursachenforschung auf andere Bereiche auszuweiten. Neben gesellschaftspolitischen Veränderungen, die eine allgemein verminderte Toleranz für normabweichendes Verhalten und damit eine erhöhte Bereitschaft zur Anzeigenerstattung mit sich brachten, dürften die mit der Psychiatriereform und der Öffnung der psychiatrischen Langzeiteinrichtungen einhergehenden Veränderungen nicht unwesentlich an der Entwicklung beteiligt sein. Während die zwischen 1970 und 1992 erfolgte Reduzierung der stationären Behandlungsbetten um 47% noch zu keiner dramatischen Veränderung und zu einem nur moderaten Anstieg der Einweisungen in die Maßnahme nach § 21 Abs 1 führte, bzw. sich bald ein Fließgleichgewicht zwischen Einweisungen und Entlassungen einstellte und die Zahl der Unterbrachten weitgehend konstant blieb, trat ab Beginn der 90er-Jahre eine dramatische Veränderung ein. Innerhalb der nächsten zehn Jahre wurden die stationären Behandlungsbetten in Österreich um weitere 28,4% reduziert. Durch die 1997 in Kraft getretene leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung erhöhte sich der auf den psychiatrischen Abteilungen lastende Druck zur Reduktion der Aufenthaltsdauer, gleichzeitig stieg die Prävalenz der nach § 21 Abs 1 Unterbrachten von 1990 bis zum aktuellen Zeitpunkt (Stand 10/2007) um 173%.

Als weiterer Faktor bei der steten Zunahme der psychisch kranken Maßnahmenunterbrachten wird, wiederum für Österreich hauptsächlich von Schanda in Anlehnung an die internationale Literatur, die veränderte Einstellung der Allgemeinpsychiatrie thematisiert, die bei weitreichender Aufgabe der paternalistischen Haltung und Zunahme der auf Seiten der Erkrankten verorteten Behandlungsverantwortung nicht mehr in der Lage sei, chronisch schwer Kranke und Krankheits- und Behandlungsuneinsichtige zu erreichen und über die Behandlung der schizophrenen Erkrankung und hier vor allem der mit erhöhter Gefährlichkeit assoziierten Symptome wie imperative akustische Halluzinationen oder Wahnphänomene deliktpräventiv zu agieren.

### **Unterbringung zurechnungsunfähiger psychisch Kranker**

1985 wurde die Justizanstalt Göllersdorf eröffnet. Etwa 80 der 100 Betten waren für zurechnungsunfähige Straftäter (§ 21 Abs. 1 StGB) vorgesehen, und das Ziel war, den überwiegenden Teil der in Österreich in der Maßnahme nach § 21 Abs 1 Unterbrachten aufzunehmen. Parallel dazu wurden die schon vorher im Otto-Wagner-Spital in Wien (Pavillon 23) vorhandenen 30 forensischen Betten weitergeführt. Schon 1995 konnte die Justizanstalt (JA) Göllersdorf trotz Aufstockung des Belags auf 120 Betten die anfallenden Einweisungen nicht mehr bewältigen, es wurden weitere 13 Betten in der JA Josefstadt Wien und kleine forensische Abteilungen in allgemeinpsychiatrischen Kliniken, vorerst in der LNK Wagner Jauregg in Linz und im Psychiatrischen Krankenhaus Hall, geschaffen.

Seit 2000 wird auch im Landeskrankenhaus Mostviertel eine forensische Abteilung geführt, seit 2005 ebenso in der Landesnervenklinik Salzburg und in der Justizanstalt Wels. Parallel dazu wird ein kleinerer Teil der Unterbrachten in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen österreichischer psychiatrischer Kliniken ohne spezifisch forensische Ausrichtung angehalten.

Mit Stand 1.10.2007 sind von den insgesamt 333 Maßnahmenunterbrachten 117 in der JA Göllersdorf angehalten, 216 und damit der weit überwiegende Teil befinden sich in allgemeinpsychiatrischen Kliniken, wobei 153 in den forensischen Abteilungen der LNK Linz, der PKH Hall, des LK Mostviertel und der LNK Salzburg untergebracht sind und 63 in nicht spezifisch forensischen allgemeinpsychiatrischen Abteilungen. Vor allem die massive Steigerung der Unterbringungen in nicht justizeigenen Einrichtungen bedeutet für das Bundesministerium für Justiz, das seit 1975 die volle finanzielle Verantwortung für diese Gruppe von Unterbrachten trägt, eine ganz beträchtliche Belastung. Mussten 1989 nur 1,9 Mio € für die Behandlung zurechnungsunfähiger Delinquenten aufgewendet werden, so stieg dieser Betrag bis 2005 auf 22,8 Mio € an bzw. umfasste im Jahr 2003 (Bericht der Projektgruppe zur Verbesserung der Betreuung psychisch kranker Insassen im Straf- und Maßnahmenvollzug 2004) 55,6% sämtlicher im österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug aufgewendeten medizinischen Versorgungskosten bzw. 72,7% der anfallenden Spi-

talskosten. Zum Zeitpunkt dieser Datenerhebung 2003 standen somit für 97,7% aller vom österreichischen Justizsystem medizinisch zu versorgenden Personen nur 44,4% der finanziellen Ressourcen zur Verfügung, während nur 2,3% aus dieser Gruppe mehr als die Hälfte der finanziellen Mittel beanspruchten. Im Rahmen des Finanzausgleichs (Artikel 15 Bundesverfassungsgesetz) wurde rezent eine Refundierung eines Teils der Spitalskosten durch die Länder an das BMJ vereinbart, was zumindest eine gewisse, wenn auch wegen der fehlenden Valorisierungsvereinbarung laufend reduzierte, finanzielle Entlastung bedeutet.

In seiner 2006 veröffentlichten Arbeit zur Zukunft des österreichischen Maßnahmenvollzugs wurden von Schanda et al. (2006) die bisherige Entwicklung der Einweisungszahlen (mit Vorbehalt) extrapoliert und für das Jahr 2010 eine Zahl von ca. 500 nach § 21 Abs 1 Untergebrachten errechnet. Neben der absehbaren finanziellen Belastung ist hier vor allem die erwartete zunehmende Forensifizierung schwer psychisch Kranker zumindest kritisch zu würdigen.

### **Differenzierung der in der Maßnahme nach § 21 Abs 1 Angehaltenen nach Diagnose, Delikt und Geschlecht**

Der Großteil der nach § 21 Abs 1 eingewiesenen Personen leidet an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20 – F29) und somit unter einer dem Eingangskriterium der „Geisteskrankheit“ nach § 11 zugeordneten Störung. 2007 sind 71,5% der Untergebrachten an einer Schizophrenie erkrankt, 9,7% wurden auf Grundlage einer Minderbegabung eingewiesen, immerhin 7,8% leiden an einer massiv ausgeprägten und daher exkulpierend wirkenden Persönlichkeitsstörung, organische Störungen bilden mit 5,6% einen nur geringen Anteil der Gesamtzahl Untergebrachter.

Die Deliktverteilung (**Tabelle 2**) stellt sich bei den einweisungsbegründenden Tathandlungen aktuell (Stand 8/2007) so dar, dass 20% der Angehaltenen Tötungsdelikte und 25% schwere Körperverletzungen begangen haben. Die größte Gruppe der Untergebrachten (26,7%) wurde allerdings wegen Delikten gegen die Freiheit (z.B. gefährliche Drohung, Nötigung) in die Maßnahme nach § 21 Abs 1 eingewiesen.

Während die Anzahl schwerer Aggressionshandlungen Zurechnungsunfähiger in den letzten Jahren nicht wesentlich gestiegen ist, hat die Zahl der Einweisungen wegen milderer Delikte und hier vor allem wegen der gefährlichen Drohung nach § 107 Abs 2 (die einen ein Jahr übersteigenden Strafraum aufweist) als Einweisungsgrund massiv zugenommen (Schanda 2005).

Die Geschlechtsverteilung der Maßnahmeneingewiesenen entspricht mit einer Ratio von ca. 10:1 (männlich : weiblich 300 : 33, Stand 10/2007) der auch aus dem Normalvollzug zurechnungsfähiger RechtsbrecherInnen bekannten.

## **Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Normalvollzug**

Österreich stellt in der in Gesamteuropa festgestellten mangelhaften Erfassung psychiatrisch relevanter Störungen und Erkrankungen keine Ausnahme dar und konnte daher auch im rezent von der EU durchgeführten und finanzierten Datenerfassungsprojekt in Haftanstalten in Gesamteuropa (EUPRIS 2007) betreffend Prävalenz schizophrener Erkrankungen bei Inhaftierten des Regelvollzugs keine fundierten Zahlen beitragen. In einer eigenen Stichtagserhebung, die 5/2004 an der Justizanstalt Garsten an den damals dort inhaftierten 313 Insassen durchgeführt wurde, fand sich eine Prävalenz von 7,4% für schizophrene Erkrankungen, was eine gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich erhöhte Belastung mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis abbildet.

Um eine adäquate Versorgung der Insassen und eine ausreichende personelle Besetzung der Justizanstalten mit entsprechendem Fachpersonal zu gewährleisten, wären hier dringend Untersuchungen zur Prävalenz im österreichischen Normalvollzug zu fordern.

**Tabelle 2:**

*Deliktverteilung Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs 1*

Tötungsdelikte	20%
Schwere Körperverletzung	25,4%
Delikte gegen die Freiheit	26,7%
Brandstiftung	26,7%
Sexualdelikte	8,4%
Eigentumsdelikte	8,8%

## Bemerkungen zur österreichischen Datenlage

Einzig in Hinblick auf die exakten Zahlen der im Maßnahmenvollzug Angehaltenen, auf deren grobe diagnostische Zuordnung und auf die einweisungsbegründenden Delikte liegen ausreichende Daten des österreichischen status quo vor. Eine umfassende gesamtösterreichische Erhebung zur psychiatrischen Vorgeschichte oder Anamnese biografischer Faktoren sowie zum Verlauf nach bedingter Entlassung, die eventuell weiterführende, spezifische und differenziertere Erkenntnisse betreffend Ursachen und Grundlagen der Kombination von delinquentem Verhalten und Schizophrenie liefern könnte, fehlt weitgehend, was es unter anderem auch verunmöglicht, potenzielle Auswirkungen der regional unterschiedlichen Versorgungsdichte mit ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen in Österreich zu überprüfen.

Hier besteht unzweifelhaft ein beträchtlicher Nachholbedarf.

Auch wären spezifische österreichische Studien sinnvoll und nötig, um die Prävalenz schizophrener Erkrankungen in Haft zu erfassen, eine ausreichende Behandlungsdichte im Strafvollzug zu sichern und die Früherkennung schizophrener Störungen unter Haftbedingungen zu ermöglichen.

## Zusammenfassung, Ausblick

Die forensische Psychiatrie, die sich weltweit in einem Aufschwung befindet und nach Jahrzehnten des Schattendaseins nun wieder Selbstbewusstsein und spezifische Kompetenz entwickelt, wird aller Voraussicht nach bei Anhalten der bisherigen Entwicklung auch in Zukunft reichlich Aufgabengebiete vorfinden und besonders in der Behandlung chronisch und schwer kranker schizophrener PatientInnen eine wesentliche Funktion zu erfüllen haben. Um den Anforderungen im besten Interesse der Gesellschaft und der Erkrankten gewachsen zu sein, ist noch vieles an wissenschaftlich fundierter Datenerfassung und daraus resultierendem Erkenntnisgewinn erforderlich.

## Literatur

- Birmingham L, Mason D, Grubin D (1996) Prevalence of mental disorder in remand prisoners. *BMJ* 313: 1521-4
- Böker W, Häfner H (1973) *Gewalttaten Geistesgestörter*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- Bundesministerium für Justiz Österreich (2004) Bericht der Projektgruppe zur Verbesserung der Betreuung psychisch kranker Insassen im Straf- und Maßnahmenvollzug. Wien
- Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorders in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359: 545-50
- Haller R, Kemmler G, Kocsis E, et al. (2001) Schizophrenie und Gewalttätigkeit. *Nervenarzt* 72: 859-866
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al. (2004) Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population. *Psychol Med* 34(4):597-611.
- Konrad N (2004) Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe. *Recht & Psychiatrie* 22(3): 147-150.
- Müller-Isberner R (2002) Criminality of mentally ill patients in general psychiatry. *European Psychiatry* 17: 265
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, et al. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330: 123-126
- Putkonen A., Kotilainen I, Joyal CC, et al. (2004) Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 30: 31-44
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264: 2511-8
- Salize HJ, Dreßing H, Kief C (2007) *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS), Final Report*. Central Institute of Mental Health Mannheim Deutschland
- Schanda H, Knecht G (1997) Strafrechtliche Folgewirkungen des Unterbringungsgesetzes. *Neuropsychiatrie* 11: 154-160
- Schanda H, Ortwein-Swoboda G, Knecht G, et al. (2000) The situation of forensic psychiatry in Austria: setback or progress? *Int J Law Psychiatry* 23: 481-492
- Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G (2006) Psychisch Kranke zwischen Psychiatrie und Justiz: die Zukunft des österreichischen Maßnahmenvollzugs nach § 21 Abs 1. *Neuropsychiatrie* 20: 50-56
- Schanda H (2005) Die Behandlung gewalttätiger psychisch Kranker – eine Spezialaufgabe der forensischen Psychiatrie? *J Neurol Neurochir Psychiatr* 6: 14-19
- Schönfeld CE, Schneider F, Schröder T, et al. (2005) Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt* 77: 830-841
- Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, et al. (1997) Specific mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 154: 840-845
- Wallace C, Mullen P, Burgess P, et al. (1998) Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry* 172: 477-484

# Pharmakotherapie

W. Wolfgang Fleischhacker und Hans Rittmannsberger

Die medikamentöse Therapie mit Antipsychotika ist ein wesentliches Element in der Behandlung von PatientInnen mit Schizophrenie. Im Allgemeinen kann heute davon ausgegangen werden, dass alle PatientInnen mit Schizophrenie einer pharmakologischen Behandlung mit Antipsychotika unterzogen werden sollten. Seit der Einführung dieser Medikamente vor einem halben Jahrhundert wurden zahlreiche Studien zu deren Effektivität und Sicherheit durchgeführt. Es kann heute als eindeutig nachgewiesen gelten, dass Antipsychotika sowohl in der Akutbehandlung als auch der Rezidivprophylaxe die Mittel der ersten Wahl sind.

---

## 1. Die verfügbaren Antipsychotika

---

### 1.1 Antipsychotika der ersten Generation

Antipsychotika der ersten Generation, die auch als „typische“ oder „konventionelle“ Antipsychotika bezeichnet werden, können aufgrund ihrer Struktur in drei Gruppen unterteilt werden: Phenothiazine, Butyrophenone, andere Antipsychotika wie z.B. Thiothixen, Molindon und Loxapin.

Die Therapie mit Antipsychotika der ersten Generation soll bei PatientInnen nicht nur zu einer Linderung der Positivsymptome führen, sondern auch im Rahmen der Langzeittherapie ein neuerliches Auftreten der

Symptomatik verhindern. Allerdings kommt es bei ca. 30% der PatientInnen unter Antipsychotika der ersten Generation zu keiner wesentlichen Verbesserung der Symptomatik und bei ca. 50% der PatientInnen nur zu einem partiellen Ansprechen (Fleischhacker 1995). Die Wirkung gegen Negativsymptome, Kognitivsymptome und affektive Symptome ist limitiert. Primäre Negativsymptome zeigen sich resistent gegen eine Antipsychotikatherapie der ersten Generation (Hawkins et al. 1999).

### 1.2 Antipsychotika der zweiten Generation

Clozapin stellt den Prototyp dieser Gruppe, die mitunter auch als „atypische“ Antipsychotika klassifiziert werden, dar (Lieberman 1996). Obwohl alle Antipsychotika eine Beeinflussung des Dopaminrezeptors zeigen, sind Struktur und somit pharmakologische Eigenschaften der atypischen Antipsychotika sehr unterschiedlich (Waddington et al. 2003). Die Unterschiedlichkeit dieser Substanzen hat letztlich auch dazu geführt, dass die gängige Kategorie „Atypika“ heute zunehmend verlassen wird, weil dafür keine wissenschaftliche Basis besteht. Da Aripiprazol das einzige Antipsychotikum mit einem partiellen Dopaminagonismus ist, könnte es schon als „Antipsychotikum der dritten Generation“ bezeichnet werden. Im Folgenden werden die einzelnen Substanzen im Detail besprochen.

**Tabelle 1:**

Empfohlene Untersuchungen: Schizophrene PatientInnen vor und während einer Therapie mit Antipsychotika (Fleischhacker u. Hummer 2006)

Untersuchung	Zu Behandlungsbeginn	Nachuntersuchung
Körperliche Untersuchung zum Ausschluss von Begleiterkrankungen	x	bei klinischer Indikation bzw. in den für Gesundenuntersuchung üblichen Abständen
Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur)	x	Regelmäßig, besonders nach Dosissteigerung
Gewicht, Größe, BMI	x	Während der ersten 6 Monate: bei jeder Visite; anschließend vierteljährlich
Hämatologie (Blutbild, evtl. Differenzialblutbild; Clozapin)	x	Clozapin: s. gesetzliche Regelung Alle anderen Substanzen: bei klinischer Indikation
Blutchemie: Elektrolyte, NFP, LFP, Schilddrüsenparameter	x	Jährlich und bei klinischer Indikation
Schwangerschaftstest	Frauen im gebärfähigen Alter	Bei klinischer Indikation
EEG, Imaging	(x)	Bei klinischer Indikation
Diabetes-Screening Fettstoffwechsel	x Risikofaktoren erheben, Nüchtern-glucose	Nüchtern-glucose oder Hämoglobin A1c 2-4 Monate nach Therapiebeginn, anschließend jährlich
EKG	Bei kardiologischen Risikofaktoren	Bei Komedikation mit QTc- verlängernden Medikamenten, bei klinischer Indikation
Prolaktin	Bei klinischen Symptomen einer Hyperprolaktinämie	Bei klinischer Indikation
EPS-Screening	x	Bei jeder Visite
Tardive Dyskinesien	x	Antipsychotika der ersten Generation: alle 3-6 Monate RisikopatientInnen alle 3 Monate Antipsychotika der zweiten Generation: alle 6-12 Monate (RisikopatientInnen alle 6 Monate)
Ophthalmologische Untersuchung	Bei klinischer Indikation	Bei klinischer Indikation

BMI Body-Mass-Index, NFP Nierenfunktionsparameter, LFP Leberfunktionsparameter, EPS extrapyramidalmotorische Störungen

In Österreich sind derzeit die folgenden atypischen Antipsychotika verfügbar: Amisulprid, Aripiprazol, Clozapin, Quetiapin, Risperidon, Olanzapin, Paliperidon, Sertindol, Ziprasidon.

## 2. Auswahl des Antipsychotikums

Ist die Wirkung das entscheidende Auswahlkriterium, so wurde in zahlreichen Studien gezeigt, dass der Effekt von Antipsychotika der ersten und zweiten Generation gegen Positivsymptome vergleichbar ist (Remington u. Kapur 2000). Im Gegensatz dazu gibt es für Symptome außerhalb des psychotischen Spektrums viele Hinweise auf zumindest moderate Vorteile

der neueren Medikamente (Sartorius et al. 2002, 2003). Es gibt allerdings zwei große Studien, in denen ältere und neuere Antipsychotika bei chronisch Schizophreniekranken untersucht wurden, in denen neuere Antipsychotika, mit Ausnahme von Clozapin, keinen Effektivitätsvorteil gegenüber traditionellen Antipsychotika zeigten (Lieberman et al. 2005; Jones et al. 2006). Im Gegensatz dazu belegt eine neuere Studie bei ersterkrankten SchizophreniepatientInnen eindrücklich den Vorteil von Amisulprid, Olanzapin, Quetiapin und Ziprasidon gegenüber niedrig dosiertem Haloperidol (Kahn et al. 2008). Hier waren die Abbruchraten unter im Durchschnitt 3mg Haloperidol pro Tag deutlich höher als unter den neuen Antipsychotika. Diese pragmatische klinische Studie wurde in 13 europäischen Ländern und Israel mit einem österreichischen Co-Studienleiter durchgeführt.

Inwiefern Antipsychotika der zweiten Generation in der Behandlung von primären Nega-

tivsymptomen und kognitiven Symptomen den älteren Medikamenten wirklich überlegen sind, kann noch nicht mit letzter Gewissheit beantwortet werden. Nur für Amisulprid konnte im Vergleich mit Placebo eine signifikant bessere Wirkung gegen primäre Negativsymptome gefunden werden (Storosum et al. 2002). Es scheint, dass Antipsychotika der zweiten Generation sich nicht nur von denen der ersten Generation abheben, sondern auch untereinander Unterschiede aufweisen. Verschiedene Antipsychotika können zudem auch bei einzelnen PatientInnen unterschiedlich wirken (Davis et al. 2003).

Das Nebenwirkungsprofil unterscheidet sich sowohl zwischen als auch innerhalb der Gruppen von Anti-

psychotika deutlich. Auf diese wird im nächsten Abschnitt genauer eingegangen.

In der Akuttherapie stellen die unterschiedlichen Darreichungsformen ein weiteres Auswahlkriterium dar. Zum Management von PatientInnen, die aufgrund ihrer Symptomatik nicht in der Lage sind, zu kooperieren, und bei denen eine rasche Beeinflussung von psychopathologischen und Verhaltensauffälligkeiten erforderlich ist, kann eine parenterale Gabe von Medikamenten indiziert sein.

In Notfallsituationen ist eine Zusammenarbeit zwischen PatientInnen und TherapeutInnen oft nicht mehr möglich, sodass bei Gefahr für den Patienten oder seine Umgebung eine parenterale Medikation verabreicht werden muss. Zur Behandlung solcher akut agitierten Zustandsbilder stehen als Antipsychotika der zweiten Generation zurzeit Aripiprazol, Olanzapin und Ziprasidon als kurz wirksame i.m.-Darreichungsform zur Verfügung, eine i.m.-Form von Aripiprazol ist derzeit im Registrierungsprozess. Die Wirkung dieser Medikamente ist vergleichbar mit Haloperidol i.m., das jedoch den Nachteil des großen Risikos von EPS hat. Außerdem können eine medikamentös induzierte Dysphorie oder eine Akathisie, die häufiger als Nebenwirkung während einer Therapie mit Antipsychotika der ersten Generation gefunden werden, zu einer weiteren Verschlechterung des akuten Zustandsbildes führen.

Die genannten neuen Medikamente wurden ausschließlich gegen Haloperidol i.m. geprüft. Im Rahmen der Nutzen-Risiko-Kalkulation werden bei Notfallsituationen häufig Benzodiazepine (auch parenteral) als Zusatzmedikation verwendet (Battaglia 2005; Pereira et al. 2007). Generell gilt, dass PatientInnen immer zuerst eine orale Medikation angeboten werden sollte (Hummer et al., ÖGPP).

Zur Akuttherapie stehen kurz wirksame Medikamente, sowohl der ersten als auch der zweiten Generation, zur i.m.-Gabe zur Verfügung (Battaglia 2005). Depotpräparate sind aufgrund der langen Dauer bis zum Erreichen der maximalen Wirksamkeit und der langen Eliminationszeit in der Akuttherapie primär nicht sinnvoll. Bei PatientInnen mit Compliance-Problemen kann jedoch eine rasche Umstellung auf ein Depotpräparat nach erfolgreicher Einstellung auf eine orale

Medikation erforderlich sein. Derzeit steht von den Antipsychotika der zweiten Generation nur Risperidon als Depotpräparat zur Verfügung (Harrison u. Goa 2004).

Ferner spielen pharmakoökonomische Überlegungen bei der Auswahl von Medikamenten eine immer größere Rolle. Im Rahmen solcher Überlegungen müssen allerdings neben Medikamentenkosten stets auch andere relevante Kosten, wie z. B. die von Krankenhausaufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit, Beachtung finden, um einen fairen Vergleich zu gewährleisten. Nicht selten helfen teurere und effizientere Medikamente in diesen Bereichen, Kosten zu sparen, indem sie die Notwendigkeit von stationärer Behandlung reduzieren.

---

### 3. Nebenwirkungen der Antipsychotika

---

#### 3.1 Nebenwirkungen der Antipsychotika in der Akuttherapie

##### Extrapyramidalmotorische Störungen

Die Wahrscheinlichkeit von akuten extrapyramidalen Nebenwirkungen ist während einer Therapie mit Antipsychotika der ersten Generation wesentlich größer und wird mit ca. 60% beziffert. Prinzipiell können alle Antipsychotika der ersten und zweiten Generation EPS induzieren, das Risiko ist jedoch unter den neueren Medikamenten geringer und bei Clozapin am geringsten (Fleischhacker u. Widschwendter 2005). Geddes et al. (2000) haben kritisch angemerkt, dieser Vorteil der neuen Antipsychotika sei im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass in klinischen Studien meist sehr hohe Dosen des Vergleichspräparats aus der Gruppe der konventionellen Antipsychotika Verwendung fanden. Dieser Vorteil verschwände, wenn man nur Studien in Betracht zöge, in denen Haloperidol-Dosen von  $\leq 12$  mg/d zum Einsatz kommen. Dieser Annahme widersprechen jedoch sowohl ältere als auch neuere Untersuchungen, in denen die Referenzsubstanz Haloperidol deutlich niedriger dosiert wurde und trotzdem zu einer höheren EPS-Wahrscheinlichkeit führte (Schooler et al. 2005; Zimbroff et al. 1997).

Während der Akuttherapie sollte besonders auf das Auftreten einer Akathisie geachtet werden, da diese mit einer psychotischen Unruhe verwechselt werden

kann, die andere therapeutische Maßnahmen erfordert. Neben einer Dosisreduktion werden in erster Linie  $\beta$ -Blocker, welche die Blut-Hirn-Schranke überwinden (z. B. Propranolol 30-120 mg/d), empfohlen, gefolgt von Antiparkinsonmitteln und Benzodiazepinen (Remington u. Bezchlibnyk-Butler 1996).

Akute Dystonien können auch schon nach der ersten Medikamentendosis auftreten, typischerweise jedoch innerhalb der ersten sieben Tage. Anticholinergika (z. B. Benzotropin) sind Mittel der Wahl zur Therapie von akuten Dystonien.

Ein antipsychotikainduziertes Parkinson-Syndrom entwickelt sich üblicherweise Tage bis Wochen nach Therapiebeginn. Auch hier empfiehlt sich in erster Linie die Reduktion der Antipsychotikadosis oder die Gabe eines Anticholinergikums (Fleischhacker u. Widschwendter 2005; Remington u. Bezchlibnyk-Butler 1996). Aufgrund der möglichen Nebenwirkungen von Anticholinergika sollte 14 Tage nach Abklingen der extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen ein Absetzversuch (Dosis ausschleichen) des Anticholinergikums durchgeführt werden. Kommt es zum Auftreten von EPS und führen diese trotz Therapie zu einer Beeinträchtigung des Patienten, muss ein Wechsel des Antipsychotikums überlegt werden.

#### **Prolaktinanstieg**

Während alle Antipsychotika der ersten Generation mit einem Prolaktinanstieg assoziiert sind, findet man persistierende erhöhte Plasmaspiegel dieses Hormons bei den neuen Antipsychotika nur unter Amisulprid oder Risperidon. Während einer Therapie mit Olanzapin oder Ziprasidon ist er meist nur transient und klinisch kaum von Bedeutung. Clozapin und Quetiapin sowie Aripiprazol führen üblicherweise nicht zu einem Prolaktinanstieg (Hummer u. Huber 2004). Kommt es zum Auftreten von prolaktinassozierten Nebenwirkungen, muss im Rahmen einer Nutzen-Risiko-Analyse eine medikamentöse Umstellung erwogen werden.

Bei einer klinisch asymptomatischen Hyperprolaktinämie sind nach heutigem Wissensstand mit Ausnahme von regelmäßigen Kontrollen und einer verstärkten Aufmerksamkeit im Hinblick auf mögliche prolaktinassozierte Nebenwirkungen keine Maßnahmen erforderlich.

Sexualstörungen sind häufige Nebenwirkungen und wurden auch unabhängig von Veränderungen des Prolaktinspiegels beobachtet (Hummer et al. 1999).

#### **Gewichtszunahme und metabolische Nebenwirkungen**

Gewichtszunahme ist eine weitere Nebenwirkung, die mitunter als Auswahlkriterium für oder gegen ein bestimmtes Antipsychotikum herangezogen wird. Clozapin und Olanzapin sind am häufigsten mit einer Gewichtszunahme assoziiert. Ziprasidon und Aripiprazol scheinen den geringsten Einfluss auf das Gewicht zu haben (Allison u. Casey 2001; American Diabetes Association et al. 2004). Neben einer Gewichtszunahme sind auch andere metabolische Nebenwirkungen wie Diabetes mellitus und Veränderungen des Fettstoffwechsels zu beachten (Newcomer 2005, Tschoner et al. 2007).

#### **Kardiovaskuläre Effekte**

Hypotension ist eine der häufigsten kardiovaskulären Nebenwirkungen, die v. a. bei Medikamenten mit  $\alpha$ 1-antagonistischer Wirkung auftritt und bei rascher Auf titrierung zu erheblicher Sturzgefahr führen kann (Miyamoto et al. 2003). Die klinische Relevanz von unter Antipsychotika beschriebenen EKG-Veränderungen, wie Verlängerungen des QT- und PR-Intervalls sowie der ST-Depression und einer Abflachung der T-Welle, sind derzeit noch nicht hinreichend geklärt (Ames et al. 2002). Liegt ein kardialer Risikofaktor vor, ist vor einer Therapie mit Ziprasidon eine EKG-Kontrolle durchzuführen (APA 2004).

#### **Weitere unerwünschte Effekte**

Während der Akuttherapie ist eine Sedierung häufig erwünscht. Kommt es zu keiner Adaptation, kann diese jedoch zu einer massiven Beeinträchtigung in der Langzeittherapie führen (Hummer u. Fleischhacker 2000).

Das maligne neuroleptische Syndrom (MNS) wurde während einer Therapie mit Antipsychotika der ersten und zweiten Generation beschrieben. Insgesamt liegt die Inzidenz jedoch deutlich unter 1% (Caroff u. Mann 1993). Gastrointestinale Nebenwirkungen wie Obstipation und Mundtrockenheit verlangen v. a. supportive Maßnahmen, wie z. B. Ernährungsberatung. Transaminaseerhöhungen finden sich bei Antipsychotika der ersten und zweiten Generation (Hummer et

al. 1997). Hämatologische Nebenwirkungen und die Senkung der Krampfschwelle erfordern begleitende Kontrollen, und zwar des Differenzialblutbildes während einer Clozapinbehandlung und des EEG im Rahmen der Behandlung von HochrisikopatientInnen. Dazu gehören primär PatientInnen mit Substratschäden des Gehirns oder solche, die mit hohen Dosen von niederpotenten Antipsychotika (z. B. Zotepin, Clozapin) behandelt werden (Hummer u. Fleischhacker 2000).

### **3.2 Unerwünschte Effekte der Langzeitbehandlung mit Antipsychotika**

Die meisten akuten Nebenwirkungen von Antipsychotika können auch chronifizieren. Selbstverständlich muss versucht werden, dies zu vermeiden; allerdings wird man, nach ausführlicher Diskussion mit den PatientInnen, u. U. gewisse Nebenwirkungen in Kauf nehmen müssen, insbesondere dann, wenn die Vorteile der Antipsychotika diese unerwünschten Effekte deutlich überwiegen. Es gibt auch Nebenwirkungen, die schon während der Akutbehandlung erkennbar sind, aber erst im Rahmen der Weiterbehandlung klinische Relevanz erlangen. Dazu gehören z. B. Sedierung, metabolische Veränderungen inklusive Gewichtszunahme und Sexualstörungen (Hummer u. Fleischhacker 2000). Diese bedürfen auch deswegen besonderer Aufmerksamkeit, weil sie die Compliance beeinträchtigen können.

Spätdyskinesien repräsentieren ein spezielles Problem, insbesondere im Rahmen der Behandlung mit konventionellen Antipsychotika, wo die kumulative Jahresinzidenzrate 5% beträgt (APA 1992; Kane et al. 1988). Da die Risikofaktoren für diese potenziell irreversible Antipsychotikanebenwirkung heute hinlänglich bekannt sind, dürfte es eigentlich zu keinen neuen Fällen von schweren Spätdyskinesien mehr kommen. Da sich Spätdyskinesien langsam progredient über lange Zeiträume hin entwickeln, kann bei sorgfältiger und regelmäßiger klinischer Kontrolle dieses Problem schon sehr früh identifiziert werden. Dem Schweregrad und der Progredienz entsprechend müssen dann so früh wie möglich Therapieumstellungen auf Präparate mit geringem oder keinem (Clozapin) Spätdyskinesienrisiko in Betracht gezogen werden. Obwohl die neuen Antipsychotika wohl ein deutlich

geringeres Risiko für tardive Dyskinesien darstellen (Correll et al. 2004), sind doch in klinischen Langzeitstudien einzelne Fälle identifiziert worden, sodass auch für diese Medikamente gelten muss, PatientInnen regelmäßig im Hinblick auf die mögliche Entwicklung dieser motorischen Behandlungskomplikationen zu observieren. Daten aus kontrollierten Vergleichsstudien liegen bis dato für Risperidon (Gharabawi et al. 2005) und Olanzapin (Beasley et al. 1999) vor; allerdings gehen die Beobachtungszeiträume nicht über ein Jahr hinaus. Beiden Substanzen wird ein Spätdyskinesienrisiko von < 1% pro Jahr attestiert. Für Clozapin wurde bis dato in der Literatur kein einziger gut dokumentierter Fall von Spätdyskinesien beschrieben, unter Quetiapin (Tariot u. Ismail 2002) fand sich auch in der Langzeitbeobachtung von HochrisikopatientInnen kein Fall von tardiver Dyskinesie. Allerdings gibt es zu Quetiapin noch kaum Befunde aus kontrollierten vergleichenden Langzeitstudien.

Das Management von Antipsychotikanebenwirkungen im Rahmen der Langzeitbehandlung folgt den gleichen Prinzipien wie für den Akutbereich. Eine Ausnahme stellt die Behandlung manifester Spätdyskinesien dar, die immer noch äußerst unbefriedigend ist, was noch einmal die dringliche Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen akzentuiert. Die Ergebnisse von klinischen Prüfungen zur therapeutischen Effizienz von Tocopherol (Vitamin E), der bisher bestuntersuchten Maßnahme, sind kontrovers; möglicherweise profitieren jüngere PatientInnen mit kürzerer Dauer dieser Nebenwirkung davon (Boomershine et al. 1999).

---

## **4. Dosisfindung in der Akutbehandlung**

---

Die Dosierung der Medikation zu finden, bei welcher eine maximale Wirkung bei minimalen oder nach Möglichkeit keine Nebenwirkungen erzielt werden, ist nach wie vor eine der größten Herausforderungen der Psychopharmakologie. Der optimale Dosisbereich wird für Antipsychotika der ersten Generation zwischen 300 mg/d und 600 mg/d Chlorpromazinäquivalente angegeben. Wird innerhalb dieses Dosisbereichs keine optimale Wirkung erzielt, ist es unwahrscheinlich, dass durch eine weitere Dosissteigerung eine zusätzliche Verbesserung der Symptomatik oder ein rascherer Wirkungseintritt erzielt werden kann.

**Tabelle 2:**

Dosierung von Antipsychotika in der Akutbehandlung<sup>a</sup> (Fleischhacker u. Hummer 2006)

Autoren	Erste Episode (mg/d)	Multiple Episode (mg/d)	Höchste Akutdosis (mg/d)
Antipsychotika der neuen Generation			
Amisulprid	400-800	600-800	1200
Aripiprazol	15-30	15-30	30
Clozapin	300-500	400-600	850
Olanzapin	10-20	15-25	40
Quetiapin	350-700	500-800	1600
Risperidon	2,5-5,0	4,0-6,5	10
Ziprasidon	100-160	140-180	400
Zotepin	75-200	100-300	300
Konventionelle Antipsychotika			
Chlorpromazin	200-650	400-800	950
Flupentixol	3-10	20-40	40
Fluphenazin	2,5-15,0	5,0-22,5	25
Haloperidol	1-10	5-20	40
Perphenazin	8-38	16-48	56
Trifluoperazin	5-30	10-35	40

<sup>a</sup> Dies sind generelle Empfehlungen; es gibt eine erhebliche interindividuelle Schwankungsbreite

Es besteht jedoch die Gefahr eines vermehrten Auftretens von extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen, die den Therapieerfolg gefährden können (Coffman et al. 1987; Baldessarini et al. 1988).

Die derzeit gültigen Dosisempfehlungen für Antipsychotika der zweiten Generation entsprechen den Empfehlungen der Hersteller und finden sich in den Gebrauchsinformationen.

Mitunter werden auch Plasmaspiegelbestimmungen zur optimalen Dosisfindung durchgeführt, obwohl bei gleicher Dosierung große interindividuelle Plasmaspiegelunterschiede bestehen können (Kurz et al. 1998).

## 5. Langzeitbehandlung

Vor allem zu Beginn der Langzeitbehandlung werden PatientInnen üblicherweise mit derselben Dosis behandelt, die sich in der Akuttherapie bewährt hat. Dem tragen auch die zu Beginn dieses Kapitels zusammengefassten Langzeitstudien Rechnung, in denen durchwegs Dosen zur Anwendung kamen, die der Verwendung der jeweiligen Medikamente im Akutbereich entsprechen.

## Minimal effektive Dosis

In vielen Publikationen zum Thema stößt man auf die Empfehlung, die Dauerbehandlung von SchizophreniepatientInnen mit „minimal effektiven“ Antipsychotikadosen durchzuführen. Dieser intuitiv gut nachvollziehbare Vorschlag ist in der täglichen klinischen Praxis nicht immer leicht und ohne Risiko umzusetzen. Die individuelle Exploration einer minimal effektiven Dosis kann sich nämlich nur an einer schrittweisen Dosisreduktion orientieren, die die Gefahr in sich birgt, die für den einzelnen Patienten wirksame Dosis zu unterschreiten, was wiederum in einem erhöhten

Rezidivrisiko resultiert. Da bekannt ist, dass sich Rezidive auch bei völligem Absetzen der Medikation mitunter erst Monate später manifestieren (Johnson 1979), sollten Dosisreduktionsschritte in dementsprechend großen zeitlichen Abständen vorgenommen werden. Ebenso sollte die Dosis nicht um mehr als 20% pro Schritt reduziert werden.

Rational gibt es keinen Grund, die Dosis eines wirksamen und gut vertragenen Antipsychotikums im Behandlungsverlauf zu reduzieren. Da der Wunsch nach einer Dosisreduktion häufig von den PatientInnen kommt, ist es hilfreich, diese Faktenlage regelmäßig zu thematisieren, wie im Langzeitbehandlungsverlauf die Therapiemotivation insgesamt einer beständigen Erneuerung bedarf.

## Dosierung in Prophylaxe und Erhaltungstherapie

Die Langzeitverschreibung von Antipsychotika stellt ohne Zweifel die bestuntersuchte und erfolgreichste Langzeittherapiemaßnahme bei Schizophrenie dar (Gilbert et al. 1995; Marder u. Wirshing 2003; Csernansky u. Newcomer 1995; Kissling 1991; Fleischhacker 1999a). Hier spielen auch nichtpharmakologische Therapien eine wichtige Rolle. Verschiedenste psy-

chosoziale Interventionen, die von supportiven Gesprächen über mehr oder weniger strukturierte Psychoedukation bis hin zu komplexen, individuellen psychotherapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen reichen, müssen in jedem Fall das pharmakologische Therapieangebot komplementieren. Für einen tieferen Einblick in diese Materie sei auf die relevante Fachliteratur verwiesen (Katschnig u. Windhaber 1998; Katschnig et al. 2002; Brenner et al. 2000; Martindale et al. 2003).

Viele Fachgesellschaften und ExpertInnengruppen haben in den letzten Jahren im Rahmen von Behandlungsrichtlinien oder -empfehlungen bzw. Konsensuspapieren dem Kapitel Langzeitbehandlung bei SchizophreniepatientInnen breiten Raum gewidmet. Beispielhaft seien an dieser Stelle erwähnt:

- die Empfehlungen der APA (2000), die inzwischen auch in einer neuen, optimierten Version vorliegen (APA 2004),
- das Papier des englischen National Institute of Clinical Excellence (NICE 2002),
- den World Psychiatric Association Task Force Report (Sartorius et al. 2002, 2003) sowie
- im deutschsprachigen Raum die von einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde verfassten Behandlungsrichtlinien (DGPPN 2006) und
- die von der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie konsentierten 4 × 8-Behandlungsempfehlungen zur Schizophrenie (Katschnig et al. 2002).

Alle diese und viele andere Publikationen zum Thema unterscheiden sich in vielen Bereichen nur um Nuancen.

Abschließend sei auch noch kritisch festgehalten, dass die allermeisten Interventionsstudien, auf denen heute gängige Therapieempfehlungen beruhen, relativ kurze Therapiezeiträume untersuchen. So gibt es kaum prospektive Therapiestudien, die länger als ein Jahr dauern, noch weniger gehen über einen Zeitraum von zwei Jahren hinaus. Trotzdem gibt es eine Fülle von Evidenz, die ein hohes Rezidivrisiko – auch nach jahre- und jahrzehntelanger Stabilität bzw. Remission der Erkrankung – belegt (Kissling 1991).

## **Medikamentenwahl**

Im Allgemeinen wird sich die Langzeitbehandlung von PatientInnen mit Schizophrenie an der Akutbehandlung orientieren. Im Rahmen dieser werden sowohl Behandelnde als auch Behandelte erste Erfahrungen mit Wirksamkeit und Verträglichkeit von Antipsychotika gemacht haben. In der Erstbehandlung erfolgreiche Substanzen werden also in aller Regel auch weiter eingesetzt werden.

In logischer Konsequenz der pharmakologischen Therapie der Akutbehandlung stellen Antipsychotika auch das dominierende Behandlungsprinzip der Langzeittherapie von PatientInnen mit schizophrenen Störungen dar. Man darf heute davon ausgehen, dass durch eine antipsychotische Langzeitbehandlung etwa zwei Drittel aller Rezidive verhindert werden können (Marder u. Wirshing 2003; Miyamoto et al. 2003; Fleischhacker 2000). Naturgemäß muss im Rahmen einer langjährigen Medikamenteneinnahme den Bereichen Arzneimittelsicherheit und subjektive Akzeptanz durch die Betroffenen noch größere Bedeutung zugemessen werden als in der Akutbehandlung.

Obwohl die allermeisten Studien zur Langzeitbehandlung von SchizophreniepatientInnen noch mit den traditionellen Antipsychotika durchgeführt wurden, wird heute zunehmend die Verschreibung von Antipsychotika der neueren Generation empfohlen (Sartorius et al. 2002, 2003) – dies v. a. im Hinblick auf Arzneimittelsicherheit und Akzeptanz, aber auch wegen der im Folgenden noch ausführlicher dargestellten Wirkungen gegen Symptome, die nicht oder nur indirekt dem psychotischen Spektrum zugerechnet werden. Für die Annahme, dass diese Medikamente auch die Compliance optimieren können, stehen allerdings wissenschaftliche Nachweise noch aus, obwohl eine verbesserte Akzeptanz von PatientInnenseite gegenüber den konventionellen Medikamenten sowohl belegt (Lambert u. Naber 2004) als auch von vielen Klinikern empirisch erfahren ist.

Im Folgenden werden neuere Untersuchungen, deren Beobachtungszeitraum mindestens ein Jahr umfasste, skizziert.

### **Studien zur Rezidivprophylaxe**

Klassische Rezidivprophylaxestudien gibt es, neben denen für die traditionellen Antipsychotika, auch für die neueren Medikamente Aripiprazol (Pigott et al. 2004), Olanzapin (Beasley et al. 2003), Risperidon (Csernansky et al. 2002; Schooler et al. 2005), Ziprasidon (Arato et al. 2002) und Zotepin (Cooper et al. 2000). In der Risperidonstudie wurde Haloperidol als Vergleichssubstanz benutzt; die vier anderen Substanzen wurden plazebokontrolliert geprüft. In allen drei Fällen war die medikamentöse Rückfallprophylaxe Placebo deutlich überlegen. Beim Vergleich von Risperidon und Haloperidol fanden die Autoren ein signifikant geringeres Rezidivrisiko unter Risperidon; zudem war dieses Medikament auch in Bezug auf Symptomreduktion und motorische Nebenwirkungen der Vergleichssubstanz überlegen. Zu den drei plazebokontrollierten Rezidivprophylaxestudien ist kritisch anzumerken, dass in allen Studien die Dropout-Rate sehr hoch war, was die Generalisierbarkeit der erhobenen Daten etwas kompromittiert.

### **Studien zur Erhaltungstherapie**

Erhaltungstherapiestudien unterschiedlicher Designs gibt es für alle der neuen Antipsychotika: Amisulprid (Colonna et al. 2000), Aripiprazol (Kasper et al. 2003), Olanzapin (Tran et al. 1998), Quetiapin (Glick u. Marder 2005) und Sertindol (Daniel et al. 1998) wurden in doppelblinden Studien mit Haloperidol verglichen; für Risperidon (Lindstrom et al. 1995) und Quetiapin (Kasper et al. 2004) existieren kontrollierte offene Langzeitbeobachtungen. In allen Fällen war die therapeutische Langzeitwirkung besser als Placebo bzw. mindestens gleich gut wie die der Referenzsubstanz Haloperidol, die zudem mit einem erhöhten Risiko an EPS behaftet war. Auf Nebenwirkungen wurde bereits ausführlich eingegangen.

Olanzapin wurde auch in einer ein halbes Jahr dauernden Studie mit Risperidon verglichen (Tran et al. 1997), wobei sich sowohl im Wirksamkeits- als auch im Sicherheitsbereich gewisse Vorteile in der Olanzapin-Gruppe feststellen ließen. Diese Studie wird allerdings kontrovers diskutiert, insbesondere deswegen, weil die mittlere Risperidondosis doch deutlich über den heute gängigen Therapieempfehlungen für diese Substanz lag.

Amisulprid wurde bis dato auch im Hinblick auf seine Wirksamkeit gegenüber Negativsymptomen in einer Langzeitstudie mit gutem Erfolg einer klinischen Prüfung unterzogen (Speller et al. 1997).

Trotz der langen Verfügbarkeit von Clozapin liegen für dieses Medikament kaum gut kontrollierte Langzeitstudien vor. Zwei Untersuchungen aus dem amerikanischen Sprachraum an einer sehr chronisch kranken Klientel schreiben dieser Substanz Vorteile gegenüber herkömmlichen Antipsychotika, v. a. im Hinblick auf die Optimierung von Rehabilitationsbemühungen, reduzierte Rehospitalisierungsraten und verbesserte psychosoziale Integration zu (Essock et al. 1996; Rosenheck et al. 1997).

### **Behandlungsdauer**

Wie schon erwähnt, gibt es kaum prospektive Therapiestudien, die mehr als zwei Jahre überblicken. Therapieempfehlungen über diesen Beobachtungszeitraum hinaus fußen also primär auf den ebenfalls schon zitierten Befunden, dass SchizophreniepatientInnen auch nach jahrelanger Symptomremission zu einem hohen Prozentsatz Rückfälle erleiden, wenn sie die Antipsychotika absetzen. Durch fast alle Behandlungsrichtlinien zieht sich die Empfehlung, erkrankten SchizophreniepatientInnen eine Rezidivprophylaxe von 1–2 Jahren nahe zu legen (DGPPN 2006; Katschnig et al. 2002; Lehman et al. 2004). Hier wird dem Faktum Rechnung getragen, dass einerseits auch bei dieser Gruppe von PatientInnen ein mindestens 40%iges Rezidivrisiko im ersten Jahr nach Absetzen des Medikaments vorliegt, andererseits aber etwa 20% aller an Schizophrenie Erkrankten in ihrem Leben nur eine einzige schizophrene Episode erleiden (Häfner u. an der Heiden 2003). Um Letzteren eine unnötige Langzeitbehandlung zu ersparen, wird also üblicherweise nach erfolgreicher Behandlung und Symptomremission die Antipsychotikamedikation nach einem Jahr langsam ausgeschlichen. Eine Dosisreduktion von 20% alle 3–4 Monate hat sich bewährt. Selbstredend muss diese Maßnahme unter sorgfältiger klinischer Kontrolle durchgeführt werden, um einem eventuellen Wiederauftreten der Symptome rasch begegnen zu können.

Bei PatientInnen, die in ihrem Krankheitsverlauf schon mehrere Episoden aufweisen, wird man mehrere

symptomfreie Jahre – die meisten Autoren empfehlen fünf – abwarten, bevor man an ein Absetzen der Antipsychotika denkt. Auch hier gelten die oben angeführten Kautelen.

Gegen Ende des letzten Jahrhunderts beschäftigten sich fünf unabhängige Studiengruppen mit der Frage, ob eine intermittierende antipsychotische Therapie, die sich an der jeweils aktuellen Psychopathologie der PatientInnen orientiert, eine Alternative zur Dauertherapie darstellen könnte (Pietzcker et al. 1993; Carpenter et al. 1990; Herz et al. 1991; Jolley et al. 1989; Schooler et al. 1997).

Übereinstimmend belegten alle diese Untersuchungen eindrucksvoll, dass es unter der intermittierenden Therapie ein deutlich höheres Rezidivrisiko gab als während einer Dauertherapie. Auch in Bezug auf das Auftreten von Spätdyskinesien fand sich kein Vorteil für die intermittierende Behandlung. Einer Replikation bedarf ein Nebenbefund aus einer dieser Untersuchungen (Gaebel et al. 2002), aus dem abgeleitet werden könnte, dass eine intermittierende Behandlung zumindest für PatientInnen mit Ersterkrankungen eine Option sein könnte.

### Depotantipsychotika

Die Verwendung von injizierbaren Depotantipsychotika ist eine wichtige Behandlungsoption im Langzeitmanagement der Schizophrenie (Kane et al. 1998). Diese Präparate erzeugen konstante Plasmaspiegel über einen Zeitraum von mehreren Wochen. Eine Reihe der konventionellen Antipsychotika, wie z. B. Clopenthixol, Flupenthixol, Fluphenazin, Haloperidol (Davis et al. 1994) sowie das neuere Medikament Risperidon (Fleischhacker et al. 2003a; Kane et al. 2003) sind als Depotpräparate verfügbar, Aripiprazol-, Olanzapin- und Paliperidon-Depots werden geprüft.

**Tabelle 3:**

Empfohlene Dosierung der zugelassenen Depotantipsychotika in der Langzeittherapie der Schizophrenie (modifiziert nach Lambert et al. 2006)

Antipsychotikum	Zur Verfügung stehende Dosierung (mg)	DI <sup>a</sup>	Langzeittherapie (mg/pro DI)	Höchste empfohlene Dosis (mg/pro DI)
Atypisches Depotantipsychotikum				
Risperidon M <sup>b</sup>	25, 37,5 und 50	Alle 2 Wochen	25-50	50
Konventionelles Depotantipsychotikum				
Flupenthixol D <sup>c</sup>	10 (0,5 ml, 2%), 20 (1 ml, 2%), 100 (1 ml, 10%)	Alle 2-3 Wochen	Startdosis: 20-60 Erhaltungsdosis: 20-40	100
Haloperidol D <sup>c,d</sup>	5 (1 ml), 50 (1 ml), 150 (3 ml)	Alle 4 Wochen	Symptomsuppression: 100-200 Rezidivprophylaxe: 25-150	300
Zuclopenthixol D <sup>c</sup>	200 (= 1 ml = 1,5 Amp.)	Alle 2-3 Wochen	100-400	400

<sup>a</sup> Dosierungsintervall,

<sup>b</sup> Microspheres,

<sup>c</sup> Decanoat,

<sup>d</sup> Faustregel: 10 (-15) × orale Dosis = Depotdosis pro vierwöchiges Intervall

Depotantipsychotika haben gegenüber oral verabreichten Medikamenten den Vorteil des Wegfalls der Notwendigkeit der täglichen Medikamenteneinnahme, und sie erleichtern dem Behandler das Compliance-Monitoring wesentlich. Mögliche Nachteile sind die generell geringere Akzeptanz von Injektionen, Irritationen und Schmerzen an der Einstichstelle sowie die Tatsache, dass die Dosis des Medikaments nach Applikation der Spritze nicht mehr verändert werden kann. Da bei den meisten PatientInnen die Vorteile einer Depotmedikation deren Nachteile überwiegen, wird die Applikation von Depotantipsychotika von vielen Experten empfohlen (Kane et al. 1998; Davis et al. 1994).

## 6. Die Situation in Österreich

Die Behandlung von SchizophreniepatientInnen in Österreich orientiert sich im Wesentlichen an den im Text zitierten internationalen Richtlinien, wobei es auch spezifisch österreichische Empfehlungen zum Thema gibt. Dazu zählen Empfehlungen und offizielle Dokumente der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (Katschnig et al. 2002; Hummer et al. 2006) sowie ein Konsensusdokument der Österreichischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (Kasper et al. 2002).

Ähnlich der Situation in vielen vergleichbaren Ländern ist auch in Österreich unklar, inwieweit Behandlungsempfehlungen/Richtlinien auch wirklich konsistent in der täglichen Praxis umgesetzt werden (Meise et al. 1994). Die Hauptproblemfelder in diesem Zusammenhang sind wohl die Hochdosierung klassischer und neuerer Antipsychotika, Kombinationstherapien mit mehreren Antipsychotika bzw. mit Stimmungsstabilisatoren (für beides gibt es keine konsistente wissenschaftliche Evidenz, diese Praktiken sollten ausschließlich bei Versagen aller anderen therapeutischen Möglichkeiten eingesetzt werden). Es ist zu erwarten, dass die kürzlich neu strukturierte Facharzt-ausbildung, die sowohl mehr theoretische Ausbildungsstunden als auch eine Prüfung beinhaltet, die Bemühungen der Fachgesellschaften unterstützen wird, eine evidenzbasierte Behandlung von SchizophreniepatientInnen auch in der täglichen klinischen Praxis umzusetzen.

Um einen Überblick über die in Österreich geleistete Arbeit über Antipsychotika zu bekommen, wurde eine Suche in Medline durchgeführt. Bei Eingabe der Suchbegriffe (neuroleptic\* OR antipsychotic\*) AND (Austria[affiliation]) werden 233 Arbeiten angeführt, deren korrespondierender Autor eine Kontaktadresse in Österreich angibt. Davon wurden 84 Arbeiten nicht berücksichtigt, weil sie sich mit anderen Indikationen als Schizophrenie (bipolare Störungen, Depression, Borderline, etc.) beschäftigten. Der Löwenanteil der verbleibenden 149 Publikationen entfällt auf die beiden psychiatrischen Universitätskliniken in Innsbruck (72 Arbeiten/48%) und Wien (47 Arbeiten/31%). Aus den beiden anderen Universitätskliniken kommen 5 (Salzburg/3%) und 3 (Graz/2%) Publikationen. 11 (7%) Artikel wurden federführend von MitarbeiterInnen österreichischer Niederlassungen von Pharmakonzernen publiziert und 11 (7%) Artikel entstammen aus sonstigen psychiatrischen Kliniken.

Bezüglich der Themen dominieren Arbeiten, die sich mit den Nebenwirkungen der Therapie befassen (50/33%), gefolgt von Arbeiten, die sich mit biologischen Grundlagen der Therapie (z.B. Bildgebung, Rezeptorbindung, EEG) beschäftigten (37 Arbeiten/25%).

Insgesamt sind diese Arbeiten zu vielfältig, um referiert zu werden – sie haben zumeist auch keinen spezifischen Bezug zur österreichischen Situation.

Interessante Fragen mit spezifischem Bezug zur Situation in Österreich sind:

### a. Die Größe des Anteils von Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation an den Gesamtverordnungen von Antipsychotika

Edlinger et al. (2005) beschreiben die Veränderungen in der Therapie schizophrener PatientInnen zwischen 1989 und 2001 an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Innsbruck. In diesem Zeitraum ist die Verwendung von Haloperidol als initiales Medikament von 50% auf 10% zurückgegangen, während die Verwendung von Antipsychotika der zweiten Generation auf 60% gestiegen ist. Die Verwendung von Clozapin ist von 33% auf 23% gesunken.

Den besten Überblick über die Verordnungspraxis österreichischer ÄrztInnen können Daten von IMS Health Austria (IMS Health Austria 2008) bieten.

**Table 4:**

*Verordnungen niedergelassener ÄrztInnen 01-12/2007 bei PatientInnen mit Störungen aus den Diagnosegruppen F20-F29 (F2), Gesamtzahl der Verordnungen von Antipsychotika (alle Dg) und prozentueller Anteil der Verordnungen an PatientInnen der Diagnosegruppen F20-F29 von den Gesamtverordnungen (% F2)*

	Handelsname	Verordnungen		
		F2	Alle Dg	% F2
1	Zyprexa	74.821	176.363	42,4
2	Risperdal	57.624	144.148	40,0
3	Seroquel	34.226	157.296	21,8
4	Leponex	28.305	40.069	70,6
5	Dominal	23.233	291.611	8,0
6	Haldol	20.976	36.051	58,2
7	Abilify	17.539	30.302	57,9
8	Fluanxol	14.712	31.567	46,6
9	Cisordinol	11.572	17.539	66,0
10	Solian	10.728	25.070	42,8
11	Truxal	9.729	34.003	28,6
12	Zeldox	9.534	23.196	41,1
13	Dogmatil	5.811	13.656	42,6
14	Lanolept	5.369	8.256	65,0
15	Nipolept	5.217	10.410	50,1
16	Nozinan	5.021	23.180	21,7
17	Risperidon-Sandoz	3.868	10.927	35,4
18	Orap	2.966	4.148	71,5
19	Serdolect	1.786	2.996	59,6
20	Risperidon-Genericon	1.688	4.385	38,5
21	Buroniil	1.471	22.227	6,6
22	Dapotum	667	667	100,0
23	Meresca	351	1.611	21,8
24	Delpral	316	17.839	1,8
	Alle Antipsychotika	347.532	1.131.433	30,7

**Tabelle 4** zeigt die Verordnungen bei niedergelassenen ÄrztInnen (die Verordnungen in Spitälern sind in dieser Aufstellung nicht enthalten), einerseits für PatientInnen den Diagnosen F20-F29, andererseits die Summe aller Verordnungen von Antipsychotika in Österreich im Jahr 2007.

Analysiert man diese Daten hinsichtlich der Verwendung der verschiedenen Generationen von Antipsychotika ergibt sich folgendes Bild: Bei einer Gesamtzahl der Verordnungen von 1,131.433 entfielen 52% auf Antipsychotika der 2. Generation, 4,3% auf Clozapin und 44% auf Antipsychotika der 1. Generation. Bei den Verordnungen, die für PatientInnen der Diagnosegruppe F2 getätigt wurden, entfielen 63% der

**Tabelle 5:**

*Einkäufe öffentlicher Apotheken vom Großhandel Jänner-Dezember 2007  
Umsätze in € (Tausende)  
(Daten von IMS Health Austria)*

Rang	Handelsname	€ x 1000
1	Zyprexa	19.310
2	Risperdal	16.904
3	Seroquel	16.376
4	Abilify	6.139
5	Zeldox	3.351
6	Solian	2.495
7	Dominal	1.506
8	Leponex	962
9	Risperidon Sandoz	715
10	Haldol	640
11	Cisordinol	349
12	Truxal	332
13	Buronal	316
14	Lanolept	292
15	Delpral	265
16	Nozinan	230
17	Nipolept	208
18	Dogmatil	206
19	Risperidon Genericon	186
20	Fluanxol	179
21	Risperdal Eug	52
22	Risperidon Hexal	48
23	Serdolect	46
24	Dapotum	43
25	Risperidon-1a	34
26	Meresa	32
27	Orap	22
28	Decentan	21
29	Seroquel Eug	15
30	Cisordinol acutard	3
	N05A Antipsychotika	71.298

Verordnungen auf Antipsychotika der 2. Generation, 9,7% auf Clozapin und 27,7% auf Antipsychotika der ersten Generation. Bemerkenswert ist, dass immerhin 69,3% aller Verordnungen von Antipsychotika außerhalb der engeren Gruppe der psychotischen Störungen F2 getätigt wurden.

**Tabelle 5** zeigt die Umsätze in €, die im Großhandel öffentlicher Apotheken gemacht wurden und beziehen sich auf alle verordneten Antipsychotika, unabhängig von der Diagnose der PatientInnen (Daten von IMS Health Austria (2008)). Vom Umsatz her wurden 68,35 Millionen € mit Antipsychotika der 2. Generation gemacht, was einem Anteil von 95,9% entspricht.

## b. Dosierungsgewohnheiten

In der bereits erwähnten Untersuchung von Edlinger et al. (2005) entwickelten sich die Dosen der verwendeten Antipsychotika in dem 12-Jahres-Zeitraum unterschiedlich: Die durchschnittliche Dosis von Haloperidol sank stark (von 23,9mg auf 7,2mg), von Risperidon etwas (von 5,8mg auf 3,3mg), während die durchschnittlichen Dosen von Clozapin und den anderen Antipsychotika der zweiten Generation anstiegen.

Rittmannsberger et al. (1999) untersuchten die Medikamentengabe im stationären Bereich an drei psychiatrischen Kliniken in den Jahren 1993 und 1994 und fanden dabei, dass die Mittelwerte der Tagesdosen der Antipsychotika in den drei Kliniken 550, 648 und 1018 Chlorpromazineinheiten betragen.

Informationen über Verordnungsgewohnheiten im stationären Bereich können die Daten bringen, die über das Projekt „Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie“ (AMSP) in 8 österreichischen klinischen Abteilungen erhoben wurden (Konstantinidis 2008). Das Projekt ist in Deutschland initiiert worden (Grohmann et al. 2004) und umfasst mittlerweile mehrere europäische Länder.

Die im Rahmen des AMSP-Projekts 2006 erhobenen Dosierungen von Antipsychotika bei PatientInnen der Diagnosegruppe F2 sind **Tabelle 6** zu entnehmen.

## c. Off-Label use

Eine Studie (Weiss et al. 2000), die durchgeführt wurde als Risperidon als einziges atypisches Antipsychotikum erhältlich war, ergab, dass von 173 in einer Apotheke befragten PatientInnen 115 (67%) angaben, Antipsychotika für andere als die zugelassenen Indikationen (Schizophrenie, schizophreiforme Störung, Manie, schizoaffektive Störung) einzunehmen. Vorwiegend wurden die Medikamente als Tranquillizer oder Anxiolytikum verwendet. Es darf vermutet werden, dass sich durch die Einführung der neuen Generation von Antipsychotika daran nicht viel geändert hat. Dafür sprechen auch die von IMS erhobenen Daten (IMS Health Austria 2008), die zeigen, dass fast 70% der Verordnungen von Antipsychotika außerhalb der diagnostischen Gruppe F2 erfolgen.

**Tabelle 6:**

AMSP-Projekt 2006. 182 PatientInnen, 297 Verschreibungen.

Medikament	N (Verschreibungen)	Mittelwert	Minimum	Maximum
Amisulprid	22	572.72	100	1200
Aripiprazol	16	18.12	5	30
Chlorprothixen	6	108.33	100	150
Clopentixol	6	81.66	50	100
Clozapin	52	342.78	50	800
Flupentixol	2	10	5	10
Flupentixoldecanoat	2	5	2.85	7.14
Fluphenazin	1	5	5	5
Fluphenazindecanoat	1	7.14	7.14	7.14
Haloperidol	21	12.61	4	30
Haloperidoldecanoat	3	5.35	5.35	5.35
Levomepromazin	13	273.46	25	600
Melperon	2	25	25	25
Olanzapin	26	19.8	5	45
Penfluridol	2	2	1	3
Prothipendyl	32	103.75	80	160
Quetiapin	21	823.81	25	2400
Risperidon	45	5.48	1	10
Risperidon depot	13	3.42	1.78	5.35
Ziprasidon	7	145.71	40	320
Zotepin	2	325	50	600
Zuclopenthixoldecanoat	2	32.14	28.57	35.71

#### d. Ausmaß und Art der Kombinationen von Antipsychotika

In der bereits erwähnten Untersuchung in drei österreichischen Kliniken (Rittmannsberger et al. 1999) in den Jahren 1993 und 1994 erhielten zwischen 41% und 62% der PatientInnen mehr als ein Antipsychotikum.

Im Patientengut der Praxis eines psychiatrischen Facharztes fanden sich bei 30% der PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie eine Kombination mit 2 Antipsychotika (Haberfellner und Rittmannsberger 1998).

**Tabelle 7:**

AMSP Daten 2006: Anzahl der Antipsychotika pro PatientIn (Diagnose: F2)

Anzahl der Antipsychotika pro Patient		
Anzahl der Antipsychotika	Anzahl der PatientInnen	%
4	1	0,55
3	19	10,44
2	73	40,11
1	89	48,90
1.63	182	100,00

Beim Vergleich der Medikation in den Jahren 1989 und 2001 in einer Universitätsklinik (Edlinger et al. 2005) hat die gleichzeitige Verordnung von 2 Antipsychotika auf niedrigem Niveau zugenommen (von 3% auf 12% bei der Entlassungsmedikation).

Die Daten aus dem AMSP-Projekt (Konstantinidis 2008) zeigen, dass knapp die Hälfte aller PatientInnen nur ein Antipsychotikum bekommt (**Tabelle 7**). Die häufigsten Monotherapien fanden sich mit Risperidon, gefolgt von Clozapin und Olanzapin (**Tabelle 8**). Die mit Abstand häufigste Kombination war die von Clozapin mit Amisulprid (**Tabelle 9**).

**Tabelle 8:**

Häufigsten Antipsychotika als Monotherapie – 89 PatientInnen

Wirkstoff	% der Monotherapie
Risperidon	24.72
Clozapin	17.98
Olanzapin	14.61
Quetiapin	8.99
Amisulprid	7.87
Aripiprazol	6.74
Risperidon Depot	5.62
Haloperidol	4.49

**Tabelle 9:**

Häufigsten Kombinationen von Antipsychotika – 2er Kombination (73 PatientInnen)

Wirkstoff 1	Wirkstoff 2	% der Kombinationen
Amisulprid	Clozapin	13,7
Risperidon	Prothipendyl	6,85
Aripiprazol	Clozapin	5,48
Haloperidol	Clozapin	5,48
Risperidon	Clozapin	5,48

#### e. Das Ausmaß der Nutzung von Depotpräparaten

Ein Konsensuspapier der ÖGPB erstellte Behandlungsempfehlungen für Depot-Neuroleptika (Kasper et al. 2006), Angaben über deren Verwendungshäufigkeit in Österreich sind darin aber nicht enthalten.

In einer nervenärztlichen Praxis wurden 45% der PatientInnen mit Depotneuroleptika behandelt (Haberfellner und Rittmannsberger 1998).

Edlinger et al. (Edlinger et al. 2005) verglichen in einer psychiatrischen Universitätsklinik die Verordnungshäufigkeiten in den Jahren 1989 und 2001 und fanden einen Rückgang von 19% auf 10% der PatientInnen.

In der Untersuchung von Rittmannsberger et al. in den Jahren 1993 und 1994 lag die Häufigkeit der Depotgabe bei 0,14 und 43%.

Im Rahmen des AMSP-Projekts 2006 erfasste PatientInnen erhielten 21 (11,5%) Depotpräparate.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Verwendung von Depotpräparaten großen lokalen Schwankungen unterliegt und tendenziell rückläufig ist. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass das einzige atypische Depotpräparat erst seit kurzem verfügbar ist.

#### **f. Monitoring während Psychopharmakotherapie**

Wie bereits erwähnt, sind zahlreiche Arbeiten über verschiedenste Aspekte potenzieller Nebenwirkungen der antipsychotischen Therapie aus österreichischen Kliniken erschienen. Die in Österreich üblichen Empfehlungen für Monitoring (Rittmannsberger et al. 2007) orientieren sich an der internationalen Literatur (z.B. Gaebel und Falkai 2006). Allerdings wissen wir nicht, in wie weit dieses Monitoring in der alltäglichen Routine durchgeführt wird und welche Konsequenzen aus etwaigen pathologischen Ergebnissen gezogen werden.

Die wenigen Untersuchungen, die es dazu gibt, lassen vermuten, dass es hierbei erheblichen Verbesserungsbedarf geben könnte. Zwei Untersuchungen, die sich mit dem diesbezüglichen Wissensstand der PatientInnen befassten, weisen auf beträchtliche Defizite hin. So zeigten sich PatientInnen wenig informiert über Sinn von Leukozytenkontrollen bei der Therapie mit Clozapin und den damit verbundenen Risiken (Haberfellner und Rittmannsberger 2006a). Noch schlechter war der Kenntnisstand bezüglich tardiver Dyskinesien (Haberfellner und Rittmannsberger 2006b). In beiden

Untersuchungen zeigte sich, dass Information nur bei einem Teil der PatientInnen zu einer Wissenszunahme führte.

#### **g. Einstellungen der PatientInnen und der Bevölkerung zu Antipsychotika**

(Grausgruber et al. 2007) führten in jüngster Zeit eine Befragung einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung durch und verglichen die Einstellungen von Angehörigen und nicht-medizinischen MitarbeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen. Leider wurden hier keine spezifischen Fragen zu Medikamenten gestellt, wohl aber zur Behandelbarkeit der Schizophrenie. Diese wurde nur von 37% der Befragten als sehr gut oder gut eingeschätzt (im Gegensatz zu 57% bei den Angehörigen und 69% bei den professionellen MitarbeiterInnen). Sollte es auch in Österreich so sein, wie es in einer deutschen Untersuchung gezeigt wurde (Angermeyer und Matschinger 2005), dass die medikamentöse Behandlung der Schizophrenie als bei weitem weniger wichtig als Psychotherapie eingeschätzt wird, kann man daraus schließen, dass das Vertrauen der Bevölkerung in die medikamentöse Behandlung schizophrener Störungen recht niedrig ist.

---

### **Schlussfolgerungen**

---

Pharmakoepidemiologische Daten können einen wertvollen Beitrag zur Qualitätssicherung darstellen. Die diesbezüglichen Bemühungen in Österreich (z.B. das AMSP-Projekt) sollten daher unterstützt und erweitert werden. Dies bezieht sich auf Fragen wie:

- Art der verordneten Medikamente
- Dosierung
- Komedikation
- Monitoring bei laufender Therapie mit Psychopharmaka

Ebenso kommt der Frage der Compliance mit der Medikation eine ganz wesentliche Bedeutung zu (siehe Kapitel 23), aber auch der Frage, wie es um die Compliance der Behandler mit den aktuellen Behandlungsrichtlinien steht.

## Literatur

- Angermeyer CM, Matschinger H (2005) Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 111: 68-73
- Ames D et al (2002) Minimizing the risks associated with QTc prolongation in people with schizophrenia. A consensus statement by the Cardiac Safety in Schizophrenia Group. *Encéphale* 28: 552-562
- APA (American Psychiatric Association) (1992) Tardive dyskinesia: a task force report of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, Washington, DC
- APA (American Psychiatric Association) (2000) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Press, Washington, DC
- APA (American Psychiatric Association) (2004) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd edn. American Psychiatric Press, Washington, DC
- Arato M et al (2002) A 1-year, double-blind, placebo-controlled trial of ziprasidone 40, 80 and 160 mg/d in chronic schizophrenia: the Ziprasidone Extended Use in Schizophrenia (ZEUS) study. *Int Clin Psychopharmacol* 17: 207-215
- Baldessarini RJ et al (1988) Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 45: 79-91
- Balestrieri M et al (2000) Efficacy and safety of novel antipsychotics: a critical review. *Hum Psychopharmacol* 15: 499-512
- Ballas C et al (2004) Ziprasidone: a novel psychotropic with unique properties. *Expert Rev Neurother* 4: 179-186
- Battaglia J (2005) Pharmacological management of acute agitation. *Drugs* 65: 1207-1222
- Beasley CM et al (1999) Randomized double-blind comparison of the incidence of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia during long-term treatment with olanzapine or haloperidol. *Br J Psychiatry* 174: 23-30
- Beasley CM Jr et al; Olanzapine Relapse Prevention Study Group (2003) A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of olanzapine in the prevention of psychotic relapse. *J Clin Psychopharmacol* 23: 582-594
- Boomershine KH et al (1999) Vitamin E in the treatment of tardive dyskinesia. *Ann Pharmacother* 33: 1195-1202
- Brenner HD et al (2000) Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen. In: Helmchen H, Henn H, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart* 5, 4. Aufl. Schizophrenie und affektive Störungen. Springer, Berlin Heidelberg New York, 243-264
- Caroff SN, Mann SC (1993) Neuroleptic malignant syndrome. *Med Clin N Am* 77: 185-202
- Carpenter WT et al (1990) Continuous versus targeted medication in schizophrenic outpatients: outcome results. *Am J Psychiatry* 147: 1138-1148
- Cheer SM, Wagstaff AJ (2004) Quetiapine. A review of its use in the management of schizophrenia. *CNS Drugs* 18: 173-199
- Coffman JA et al (1987) Clinical effectiveness of oral and parenteral rapid neuroleptization. *J Clin Psychiatry* 48: 20-24
- Colonna L et al (2000) Long-term safety and efficacy of amisulpride in subchronic or chronic schizophrenia. Amisulpride Study Group. *Int Clin Psychopharmacol* 15: 13-22
- Cooper SJ et al (2000) Zotepine in the prevention of recurrence: a randomised, double-blind, placebo-controlled study for chronic schizophrenia. *Psychopharmacology* 150: 237-243
- Corell CU et al (2004) Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 161: 414-425
- Csernansky JG, Newcomer JG (1995) Maintenance drug treatment for schizophrenia. In: Bloom FE, Kupfer DJ (eds) *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*, Raven Press, New York, 1267-1275
- Csernansky JG et al (2002) A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 346: 16-22
- Daniel DG et al (1998) Long-term efficacy and safety comparison of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia. The Sertindole Study Group. *Psychopharmacol Bull* 34: 61-69
- Davis JM et al (1994) Depot antipsychotic drugs: place in therapy. *Drugs* 47: 741-773
- Davis JM et al (2003) A meta-analysis of the efficacy of second generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 60: 553-564
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) (Hrsg) (2006) S3 – Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd 1, Behandlungsleitlinie Schizophrenie (Leitlinien-Entwicklungsgruppe und Autoren: Gaebel W, Falkai P, Weinmann S, Wobrock T). Steinkopff, Darmstadt
- Edlinger M, Hausmann A, Kemmler G, Kurz M, Kurzhaller I, Walch T, Walpoth M, Fleischhacker WW (2005) Trends in the pharmacological treatment of patients with schizophrenia over a 12 year observation period. *Schizophrenia Research* 77: 25-34
- Essock SM et al (1996) Clozapine's effectiveness for patients in state hospitals: results from a randomized trial. *Psychopharmacol Bull* 32: 683-697
- Fitzsimons J et al (2005) A review of clozapine safety. *Expert Opin Drug Saf* 4: 731-744
- Fleischhacker WW (1995) New drugs for the treatment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 388: 24-30
- Fleischhacker WW (1999a) Pharmacological treatment of schizophrenia: a review. In: Maj M, Sartorius N (eds) *Schizophrenia*. Wiley, Chichester, 75-107
- Fleischhacker WW (1999b) Clozapine: a comparison with other novel antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 60(Suppl 12): 30-34
- Fleischhacker WW (2000) Pharmakotherapie schizophrener Störungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart* 5, 4. Aufl. Schizophrenie und affektive Störungen. Springer, Berlin Heidelberg New York, 209-241
- Fleischhacker WW (2005) Trials on long acting intramuscular risperidone. *Hospital Pharmacy Europe* Sept./Oct: 77-79
- Fleischhacker WW, Hummer M (2006) Pharmakotherapie der Schizophrenie. *Nervenarzt* 77(Suppl 3): 77-S98
- Fleischhacker WW, Widschwendter C (2005) Medikamentös induzierte extrapyramidalmotorische Störungen: vermeiden, erkennen, behandeln. *Psychiatr Prax* 32(Suppl 1): 25-30
- Fleischhacker WW et al (2003a) Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic. *J Clin Psychiatry* 64: 1250-1257

- Gaebel W, Falkai P (2006) Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopf, Darmstadt
- Gaebel W et al (2002) First vs multiple episode schizophrenia: two-year outcome of intermittent and maintenance medication strategies. *Schizophr Res* 53: 145–159
- Geddes J et al (2000) Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *Br Med J* 321: 1371–1376
- Gharabawi GM et al (2005) An assessment of emergent tardive dyskinesia and existing dyskinesia in patients receiving long-acting, injectable risperidone: results from a long-term study. *Schizophr Res* 77(2–3): 129–139
- Gilbert PL et al (1995) Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. *Arch Gen Psychiatry* 52: 173–188
- Glick ID, Marder SR (2005) Long-term maintenance therapy with quetiapine versus haloperidol decanoate in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 66: 638–641
- Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schöny W, Fleischhacker WW (2007) Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatr Scand* 115: 310–319
- Grohmann R, Engel RR, Rütger E, Hippus H (2004) The AMSP drug safety program: methods and global results. *Pharmacopsychiatry* 37 (suppl 1): 4–11
- Haberfellner EM, Rittmannsberger H (1998) Die Neuroleptika-behandlung beim niedergelassenen Psychiater. *Psychiatr Prax* 25: 284–285
- Haberfellner EM, Rittmannsberger H (2006a) Patientenwissen über clozapininduzierte Agranulozytose. *Psychiatr Prax* 33: 194–196
- Haberfellner EM, Rittmannsberger H (2006b) Patientenwissen über tardive Dyskinesie. *Nervenarzt* 77: 333–337
- Häfner H, an der Heiden W (2003) Course and outcome of schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger D (eds) *Schizophrenia*, 2nd edn. Blackwell Science, Oxford, pp 101–141
- Harrison TS, Goa KL (2004) Long acting risperidone: a review of its use in schizophrenia. *CNS Drugs* 18: 113–132
- Hawkins KA et al (1999) Will the novel antipsychotics significantly ameliorate neuropsychological deficits and improve adaptive functioning in schizophrenia? *Psychol Med* 29: 1–8
- Herz MI et al (1991) Intermittent vs. maintenance medication in schizophrenia: two-year results. *Arch Gen Psychiatry* 48: 333–339
- Hummer M, Fleischhacker WW (2000) Nonmotor side effects of novel antipsychotics. *Curr Opin CPNS Invest Drugs* 2: 45–51
- Hummer M, Huber J (2004) Hyperprolactinaemia and antipsychotic therapy in schizophrenia. *Curr Med Res Opin* 20: 189–197
- Hummer M et al (1997) Hepatotoxicity of clozapine. *J Clin Psychopharmacol* 17: 314–317
- Hummer M et al (1999) Sexual disturbances during clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 156: 631–633
- Hummer M et al (2006) Prävention und Management von psychiatrischen Notfällen im stationären Bereich. *Psychiatrie & Psychotherapie* 2/1: 1–10
- IMS Health Austria (2008) Hochrechnungen des Ordnungsverhaltens österreichischer Ärzte aus dem IMS Ordnungsindex Österreich (VIÖ). Persönliche Mitteilung.
- Johnson DAW (1979) Further observations on the duration of depot neuroleptic maintenance therapy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 135: 524–530
- Jolley AG et al (1989) Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: clinical outcome at one year. *Br Med J* 298: 985–990
- Jones PB et al (2006) Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utilities of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS1). *Arch Gen Psychiatry* 63(10): 1079–1087
- Kahn RS et al (2008) Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 371: 1085–97
- Kane JM et al (1988) Tardive dyskinesia: prevalence, incidence and risk factors. *J Clin Psychopharmacol* 8: 52–56
- Kane JM et al (1998) Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 8: 55–66
- Kane JM et al (2003) Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry* 160: 1125–1132
- Kasper S et al (2002) Schizophrenie – Medikamentöse Therapie. State of the Art 2002. *CliniCum Sonderausgabe* 11
- Kasper S et al (2003) Efficacy and safety of aripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 6: 325–337
- Kasper S et al (2004) Maintenance of long-term efficacy and safety of quetiapine in the open-label treatment of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 19: 281–289
- Kasper S, Rudas S, et al. (2006) Einsatz von Depot-Neuroleptika. Konsensus-Statement – State of the art. *Clinicum psy Sonderausgabe*
- Katschnig H, Windhaber J (1998) Die Kombination einer Neuroleptika-Langzeitmedikation mit psychosozialen Maßnahmen. In: Riederer P, Laux G, Pöldinger W (Hrsg) *Neuro-Psychopharmaka – Ein Therapie-Handbuch*, Bd 4, Neuroleptika, 2. Aufl. Springer, Wien, 249–272
- Katschnig H et al (2002) 4 x 8 Empfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie. Edition pro mente, Linz
- Katschnig S Konsensuspapier ÖGPP
- Kissling W (1991) Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Konstantinidis A (2008) Auswertung aus dem AMSP Projekt. Persönliche Mitteilung.
- Kurz M et al (1998) Long-term pharmacokinetics of clozapine. *Br J Psychiatry* 173: 341–344
- Lambert M, Naber D (2004) Current issues on schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs* 18(Suppl 2): 5–17
- Lambert M et al (2006) Schizophrenie – Pharmakotherapie (ICD-10 F2). In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) *Therapie psychischer Erkrankungen*. State of the art. Urban & Fischer, München, 55–78
- Lehman AF et al (2004) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 30: 193–217
- Lieberman JA (1996) Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis. *J Clin Psychiatry* 57(Suppl 11): 68–71

- Lieberman JA et al (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353(12): 1209-1223
- Lindstrom E et al (1995) Efficacy and safety of risperidone in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Clin Ther* 17: 402-412
- Lund BC, Perry PJ (2000) Olanzapine: an atypical antipsychotic for schizophrenia. *Expert Opin Pharmacother* 1: 305-323
- Marder SR (1998) Antipsychotic medication. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds) *Textbook of Psychopharmacology*, 2nd edn. American Psychiatric Press, Washington, DC, 309-348
- Marder SR, Wirshing DA (2003) Maintenance treatment. In: Hirsch SR, Weinberger D (eds) *Schizophrenia*, 2nd edn. Blackwell Science, Oxford, 474-488
- Martindale BV et al (2003) Psychological treatments for schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger D (eds) *Schizophrenia*, 2nd edn. Blackwell Science, Oxford, 657-687
- McKeage K, Plosker GL (2004) Amisulpride: a review of its use in the management of schizophrenia. *CNS Drugs* 18: 933-956
- Meise U et al (1994) Antipsychotic maintenance treatment of schizophrenic patients: is there a consensus? *Schizophr Res* 20: 215-225
- Miyamoto S et al (2003) Antipsychotic drugs. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds) *Psychiatry* 2nd edn, Wiley, Chichester, 1928-1964
- Möller HJ (2005) Risperidone: a review. *Expert Opin Pharmacother* 6: 803-818
- Newcomer JW (2005) Second generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 19(Suppl 1): 1-93
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2002) Guidance on the use of newer (atypical) antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. *Technology Appraisal Guidance No. 43*. ([www.nice.org](http://www.nice.org))
- Pereira S et al (2007) Management of behavioural emergencies. *J Psychiatr Intens Care* 2: 71-83
- Perquin L, Steinert T (2004) A review of the efficacy, tolerability and safety of sertindole in clinical trials. *CNS Drugs* 18(Suppl 2): 19-30
- Pietzcker A et al (1993) Intermittent versus maintenance neuroleptic long-term treatment in schizophrenia – 2-year results of a German multicenter study. *J Psychiatr Res* 27: 321-339
- Pigott TA et al (2004) Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study. *J Clin Psychiatry* 64: 1048-1056
- Remington G, Bezchlibnyk-Butler K (1996) Management of acute antipsychotic-induced extrapyramidal syndromes. *CNS Drugs* 5(Suppl 1): 21-35
- Remington G, Kapur S (2000) Atypical antipsychotics: are some more atypical than others? *Psychopharmacology* 148: 3-15
- Rittmannsberger H, Hummer M, Wancata J (2007) Begleituntersuchungen bei einer Behandlung mit Antipsychotika. *Facharzt Neurologie Psychiatrie* 10 (1): 20-23
- Rittmannsberger H, Meise U, Schauflinger K, Horvath E, Donat H, Hinterhuber H (1999) Polypharmacy in psychiatric treatment. A comparison of different types of psychiatric clinics in Austria. *Eur Psychiatry* 14: 33-40
- Rosenheck R et al (1997) A comparison of clozapine and haloperidol in hospitalized patients with refractory schizophrenia. *N Engl J Med* 337: 809-815
- Sartorius N et al (2002) The usefulness and use of second generation antipsychotic medications. *Curr Opin Psychiatry* 15(Suppl 1): 1-51
- Sartorius N et al (2003) The usefulness and use of second generation antipsychotic medications – an update. *Curr Opin Psychiatry* 16(Suppl 1): S1-44
- Schooler NR et al (1997) Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: the effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 54: 453-463
- Schooler N et al (2005) Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *Am J Psychiatry* 162: 947-953
- Speller JC (1997) One-year, low-dose neuroleptic study of inpatients with chronic schizophrenia characterised by persistent negative symptoms. Amisulprid vs. haloperidol. *Br J Psychiatry* 171: 564-568
- Storosum JG et al (2002) Amisulpride: is there a treatment for negative symptoms in schizophrenia patients? *Schizophr Bull* 28: 193-201
- Tariot PN, Ismail MS (2002) Use of quetiapine in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 63(Suppl 13): 21-26
- Tran PV et al (1997) Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *J Clin Psychopharmacol* 17: 407-418
- Tran PV et al (1998) Oral olanzapine versus oral haloperidol in the maintenance treatment of schizophrenia and related psychoses. *Br J Psychiatry* 172: 499-505
- Tschoner A et al (2007) Metabolic side effects of antipsychotic medication. *Int J Clin Pract* 61, 8: 1356-1370
- Waddington JL et al (2003) The neuroscience and clinical psychopharmacology of first- and second-generation antipsychotic drugs. In: Hirsch SR, Weinberger D (eds) *Schizophrenia*, 2nd edn. Blackwell Science, Oxford, 421-441
- Weiss E, Hummer M, Koller D, Ulmer H, Fleischhacker WW (2000) Off-label use of antipsychotic drugs. *J Clin Psychopharmacol* 20: 695-698
- Zimbardo DL et al (1997) Controlled, dose-response study of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154: 782-791

# Allgemeine und spezifische Psychotherapie bei schizophrenen Störungen

Gabriele Sachs

Alle Behandlungsleitlinien zur Therapie bei PatientInnen mit Schizophrenie basieren auf einem multimodalen Interventionsansatz. Neben den medikamentösen Therapieverfahren gehören psychotherapeutische Maßnahmen zum Repertoire jeglicher psychiatrischer Behandlung. Neben methodenspezifischen Psychotherapien haben bei der Behandlung schizophrener Störungen zunehmend andere, spezifisch für die Erkrankung entwickelte Verfahren Eingang gefunden, die oftmals eine Mischung verschiedener Ansätze sind (z.B. Verhaltenstherapie, Didaktik und übende Verfahren, Familienarbeit, ...) und damit über das übliche Konzept der Psychotherapie hinausgehen, dennoch aber oft als solche bezeichnet werden. State-of-the-art-Behandlungskonzepte in Bezug auf Psychotherapie bei Schizophrenie beziehen sich auf eine phasenspezifische Kombination von Pharmakotherapie und störungsspezifischen psychotherapeutischen Hilfen. Durch Psychotherapie kann die Rezidivrate und Compliance verbessert werden.

Psychotherapeutische Interventionen sollten zuerst auf die Erfassung und in der Folge auf die Behandlung krankheitsspezifischer Störungen ausgerichtet sein. Die gewählten Verfahren sollen auf das Erlernen bzw. Wiedererlernen von Fähigkeiten abzielen und sind als „Bewältigungsstrategien“ im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modells zu sehen. Ziele der Psychotherapien sind daher die Verminderung der individuellen Vulnerabilität, die Verringerung

von ungünstigen Einflüssen äußerer Stressoren, die Behandlung krankheitsspezifischer Störungen im kognitiven, affektiven und psychosozialen Lebensbereich, die Verbesserung der Lebensqualität, die Förderung und Verbesserung von Fähigkeiten zur Kommunikation und Krankheitsbewältigung.

---

## Stand der derzeit vorliegenden wissenschaftlichen Studien

---

Es existiert eine Reihe von empirischen Wirksamkeitsstudien zur Psychotherapie bei Schizophrenie. Die Evidenz für die einzelnen spezifischen Therapieverfahren basiert auf systematischen Reviews und Metaanalysen, sowie aktuellen Wirksamkeitsstudien.

### ***Psychodynamisch orientierte Verfahren und Psychoanalyse***

Die Wirksamkeit psychoanalytisch orientierter Verfahren wird widersprüchlich beurteilt. Diese Verfahren können zur Routinebehandlung bei der Schizophrenie nicht empfohlen werden. Es ist nicht für jeden Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung eine aufdeckende Psychotherapie geeignet. Eine psychoanalytische Psychotherapie erscheint nur nach spezieller Indikationsstellung bei einem kleinen Teil der PatientInnen

mit einer schizophrenen Störung indiziert. Häufig wird eine Modifikation der technischen Bedingungen mit aktiv stützenden Elementen im Dienst der Angstreduktion notwendig sein. Günstig erscheint es, psychotherapeutische Ansätze zur Klärung der Störungsursachen erst in einem stabilen Remissionsstadium einzusetzen. Bisher wurden wenige Studien durchgeführt, die evidenzbasierten wissenschaftlichen Kriterien entsprechen. Nach Malmberg und Fenton (2003) gibt es keinen Hinweis auf einen positiven Effekt der psychodynamischen Therapie, sodass diese Verfahren nicht in evidenzbasierten Therapieempfehlungen enthalten sind. Ebenso wird klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nicht für die Routinebehandlung empfohlen.

### **Kognitive Verhaltenstherapie: Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)**

Die Ziele der kognitiven Verhaltenstherapie bestehen in der Reduktion vor allem der Positivsymptome, wie Wahnideen und Halluzinationen, sowie in der Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Rückfallprophylaxe. Eine weitere wichtige Strategie stellt das Erkennen und Bewältigen von Frühwarnsymptomen dar. So ist kognitive Therapie ein wichtiger Ansatz zur Verbesserung der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Das Training im Umgang mit Stresssituationen ist ein entscheidender Baustein einer integrativen Behandlung. Nach Wiedemann und Klingberg (2003) verbessert kognitive Verhaltenstherapie insbesondere die persistierenden psychotischen Symptome. Als therapeutische Strategien kommen Veränderungen von Wahrnehmungsstörungen, irrationalen Überzeugungen und Voreingenommenheiten sowie die Förderung von alternativen Bewältigungsstrategien zum Einsatz.

Die Metaanalysen von Jones et al. (2004) und Pilling et al. (2002b) zeigen, dass kognitive Verhaltenstherapie Verbesserungen in Bezug auf die Psychopathologie aufweist. Im Cochrane-Review von Jones et al. (2004) heißt es jedoch, dass die kognitive Verhaltenstherapie hilfreich war über mittlere Zeiträume, nach einem Jahr war jedoch kein Unterschied mehr festzustellen. Inzwischen sprechen jedoch neuere Studien für die Wirksamkeit auch im Langzeitverlauf. In einer manualisierten, randomisiert kontrollierten Stu-

die (Sensky et al. 2000) zeigte sich, dass kognitive Verhaltenstherapie bei therapieresistenter Symptomatik über 9 Monate (19 Sitzungen) signifikant in Bezug auf die Positiv- und Negativsymptomatik und depressiver Symptomatik einer unspezifischen Routinebehandlung (befriending) überlegen ist. In einer aktuellen 5-Jahres-Follow-Up-Studie konnte Turkington et al. (2007) einen signifikant größeren Effekt unter CBT im Vergleich zur unspezifischen Behandlung im Gesamtschweregrad der Symptomatik und dem Ausmaß der Negativsymptomatik nachweisen.

### **CBT in der Prodromalphase**

Der Einsatz kognitiver Verhaltenstherapie bei Personen in der präpsychotischen Prodromalphase mit einem hohen Übergangsrisiko ist zu empfehlen. In einer randomisierten, kontrollierten Studie wurde CBT in Kombination mit Risperidon mit einer unspezifischen Behandlung verglichen (Mc Gorry et al. 2002). In einem Vergleich von CBT mit Monitoring zeigte sich unter CBT im Zeitraum von einem Jahr ein signifikant geringerer Übergang in eine Psychose und eine signifikant geringere Notwendigkeit einer medikamentösen antipsychotischen Behandlung (Morrison et al. 2004).

### **CBT bei persistierender Symptomatik**

Ein Review nach Cormack et al. 2004 berichtet über die positive Auswirkung von CBT bei therapieresistenter Positivsymptomatik. Bei persistierender Positivsymptomatik und beeinträchtigender Negativsymptomatik ist CBT ergänzend zur gängigen Therapie effektiv (Lewis et al. 2002). Drury et al. 2000 kombinierten kognitives behaviorales verhaltenstherapeutisches Vorgehen mit Familienintervention (RCT). In einer Metaanalyse von Falloon 2003 konnte dargestellt werden, dass RCT symptomverbessernd bei Therapieresistenz eingesetzt werden kann. Zusammenfassend kann spezielle CBT und Familienintervention als additive Therapie als hilfreich angesehen werden.

### **CBT bei der Rückfallverhütung**

Weitere Studien sprechen auch für die Wirksamkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methode zur weiteren Reduktion des Rückfallrisikos (Buchkremer et al. 1997, Hogarty et al. 1997).

## **Familientherapie**

Eine Reihe von gut kontrollierten Studien konnte nachweisen, dass ein emotionales Überengagement (expressed emotion) naher Verwandter das Rückfallrisiko für PatientInnen mit Schizophrenie vergrößert. Ziel der Familientherapie ist daher vor allem der Abbau von „high expressed emotion“ Mustern bei Angehörigen sowie eine Rückfallprophylaxe. In der behavioralen Familientherapie kommen umfassende psychoedukative, kommunikationsfördernde, sowie lösungszentrierte Interventionen zum Einsatz um derartige „high expressed emotion“ Verhaltensmuster zu behandeln (Katschnig und Konieczna 1984, Hahlweg et al. 1989). Zur Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit sollten Angehörige in allen Phasen der Erkrankung miteinbezogen werden. Die Metaanalyse von Pitschel-Walz et al. (2001) ergab, dass bei Einbeziehung der Angehörigen die Rückfallrate um 20% gesenkt werden kann. Auch im Chochrane Review von Pharoah et al. (2003) wird deutlich, dass die Rückfallfrequenz durch Familienintervention reduziert werden kann. Von den psychotherapeutischen Methoden, welche die Familie einbeziehen, ist die problemorientierte Familientherapie in ihrer Wirksamkeit bei der Schizophrenie ausreichend untersucht und belegt.

---

## **Spezifische Therapieverfahren**

---

### **Psychoedukation**

Psychoedukation ist eine systematische Intervention, die PatientInnen und Angehörige über die Krankheit und ihre Behandlung informiert. Von besonderer Bedeutung ist der Dialog zwischen PatientInnen und TherapeutInnen und dient als Grundlage kooperativer klinischer Entscheidungsfindung. Häufig wird die psychoedukative Intervention in Gruppen durchgeführt. Psychoedukation unter Einbeziehung von familientherapeutischen Interventionen können die Rezidivraten bei Schizophrenie erniedrigen (Pekkala und Merinder 2002). Psychoedukative Interventionen konnten unter Einbeziehung der Angehörigen im Zeitraum von neun bis 18 Monaten, verglichen mit der Standardbehandlung, Rückfall- und Wiederaufnahmeraten verringern.

### **Training sozialer Kompetenz**

Ein Training sozialer Fertigkeiten kann als psychotherapeutische Hilfe bei sozialen Behinderungen zur Verbesserung bzw. zur Wiederherstellung psychosozialer Kompetenzen durchgeführt werden. Ebenso bedarf die (Wieder-)Erlangung von Alltagsfertigkeiten gezielter Hilfe. Diese Fertigkeiten haben die jeweils konkrete praktische Lebensgestaltung des einzelnen Kranken zum zentralen Thema (Metaanalyse von Benton und Schröder 1990). Nach Bustillo et al. (2001) können PatientInnen mit Schizophrenie ihre soziale Kompetenz mit dem Training sozialer Fertigkeiten verbessern, was zu einer besseren Funktionsfähigkeit im Alltag führen kann. Diese Interventionen wurden bei eher chronischen PatientInnen eingesetzt. Kein eindeutiger Hinweis auf die Wirksamkeit des Trainings sozialer Kompetenzen auf die Rückfallraten und die soziale Funktionsfähigkeit zeigte sich in der Metaanalyse von Pilling et al. (2002a).

### **Kognitive Behandlungsstrategien bei schizophrenen Psychosen**

Entsprechend den Psychotherapieempfehlungen für die Schizophreniebehandlung der *Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie* hat die Therapie schizophreniespezifischer Störungen erste Priorität. Zu Beginn jeder Psychotherapie ist zu klären, ob kognitive und affektive Störungen vorliegen. Die Therapie dieser Störungen hat Vorrang, da erst durch sie die Voraussetzungen für Compliance bei allen pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen geschaffen werden können. Die Beeinträchtigung kognitiver Funktionen bei Menschen mit Schizophrenie wurde in etlichen Studien nachgewiesen. Diese Bereiche sind Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen. Neuropsychologisches Training zur Verbesserung spezifischer kognitiver Funktionen kann zur kognitiven Rehabilitation hilfreich sein und zur Verbesserung der Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisleistungen bei PatientInnen mit kognitiven Defiziten beitragen (Sachs und Katschnig 2001).

### **Computergestütztes Training bei schizophrenen PatientInnen**

#### **COGPACK (cognition package Marker, Marker, 2001)**

Dieses computergestützte kognitive Trainingsprogramm wurde ursprünglich vor allem für PatientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis entwickelt. Dabei stellte sich die Frage, wie PatientInnen mit psychiatrischen und neurologischen Diagnosen sowohl konzentrativ als auch kognitiv gefördert werden können, um folglich eine Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation zu schaffen. Ein Vorteil des Cogpack-Programms liegt in der Möglichkeit, dieses Programm sowohl im diagnostischen Bereich als auch als Trainingsprogramm einzusetzen. Darüber hinaus beinhaltet es eine Patientenversion für das Training zu Hause. Das Computerprogramm Cogpack umfasst 64 Test- und Übungsprogramme mit je bis zu 20 Varianten zu Visuomotorik, Auffassung, Reaktion, Vigilanz, Merkfähigkeit, sprachlichen, intellektuellen, alltags-, ausbildungs- und berufsnahen Fähigkeiten und Sachwissen. Ein zusätzlicher Schwerpunkt liegt im Bereich der beruflichen Rehabilitation.

#### **Neurocognitive Enhancement Therapy (Bell et al., 2007)**

In einem randomisierten Kontrollgruppendesign untersuchten Bell et al. (2007) 145 PatientInnen. Die PatientInnen erhielten über 6 Monate ein computergestütztes Training in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen (Neurocognitive Enhancement Therapy) plus Arbeitstherapie oder Arbeitstherapie allein. Nach 12 Monaten (Follow-up) zeigten sich umfassendere neuropsychologische Verbesserungen in der kombinierten Therapie (Neurocognitive Enhancement Therapy & Arbeitstherapie) bezüglich der Bereiche „Arbeitsgedächtnis“ und „Exekutivfunktionen“. Beide Gruppen zeigten Verbesserungen im verbalen und nonverbalen Gedächtnis.

### **Komplexe neuropsychologische Therapieansätze**

#### **Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT, Roder et al 1995 )**

Dieser Therapieansatz wurde als Gruppenprogramm entwickelt und zielt einerseits auf die Behandlung von attentional/perzeptiven und kognitiven Störungen, andererseits auf spezifische Defizite im gesamten Sozialverhalten ab. Das IPT besteht aus den folgenden fünf Unterprogrammen: Kognitive Differenzierung, Soziale Wahrnehmung, Verbale Kommunikation, Soziale Fertigkeiten, Interpersonelles Problemlösen. Sowohl gesamt als auch innerhalb der einzelnen Unterprogramme sollen kognitive und soziale Funktionen integrativ verbessert werden.

In einer Metaanalyse über 28 unabhängige Studien konnte die Wirksamkeit des IPT nachgewiesen werden (Müller et al. 2007). Die IPT-Gruppen zeigten eine Überlegenheit gegenüber den Kontrollgruppen in den Funktionsbereichen kognitive Fähigkeiten, Sozialverhalten und Psychopathologie. Die Überlegenheit der IPT-Gruppen nahm im Verlauf der durchschnittlichen Katamnesedauer von 8,1 Monaten weiter zu.

#### **Emotionale Behandlungsstrategien bei schizophrenen Psychosen (TAR, Wölwer et al 2005)**

Wölwer und Mitarbeiter entwickelten ein 6-wöchiges Training zur Affektdekodierung (TAR) für schizophrene PatientInnen. In einem randomisierten 3 Gruppen Pre-Post Vergleich zeigt sich für die TAR-Gruppe nach Abschluss des Training eine signifikante Verbesserung im Bereich der Affektdekodierung (Wölwer et al., 2005, Frommann et al., 2003)). Silver et al. (2004) adaptierten ein Computertrainingsprogramm, das ursprünglich für autistische Kinder zur Verbesserung der Emotionswahrnehmung entwickelt wurde, für den Trainingseinsatz bei schizophrenen PatientInnen. Ergebnisse aus beiden Studien zeigen, dass die PatientInnen insgesamt von derartigen Trainingsprogrammen profitieren.

#### **Integrierte neurokognitive Therapie (INT)**

Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der IPT entsprechend den Empfehlungen der National Institute of Mental Health Konsensus Initiative (NIMH-MATRICES). Hierbei werden neurokognitive Funktionen in Kombination mit sozial-kognitiven

Funktionen (z.B. soziale Wahrnehmung, soziale Schema, „Theory of Mind“ teilweise mittels Computer trainiert (Müller & Roder, 2007).

### ***Kognitive Remediation***

Obwohl man bisher von einer unzureichenden Wirksamkeit von kognitivem Training und kognitiver Remediation ausging (Hayes und Mc Grath 2002, Cochrane-Review) scheinen neuere Publikationen den Nachweis einer positiven Wirksamkeit zu zeigen. Die Wirksamkeit von kognitiver Rehabilitation unter Einsatz von spezifischen kognitiven Strategien konnte von Hogarty et al. (2004) gezeigt werden. Wykes et al. (2007) fand positive Effekte der kognitiven Remediation (siehe auch Mc. Gurk et al. 2007, Kurtz et al. (2007).

---

### **Behandlungsleitlinien**

---

Nach den Kriterien der Evidence Based Medicine (EBM) sind wirkungsvolle psychotherapeutische Verfahren bei PatientInnen mit Schizophrenie: Psychoedukation, CBT, Verhaltenstherapie, Familientherapie.

Die Grundlage für die existierenden Behandlungsleitlinien sind die referierten Reviews und Publikationen. Die Behandlungsleitlinien der American Psychiatric Association (2004) empfiehlt: „Für die meisten Personen mit Schizophrenie in der stabilen Phase werden psychosoziale Interventionen als ein nützlicher, zusätzlich zur medikamentösen Behandlung eingesetzter Therapiebaustein empfohlen und können die Behandlungsergebnisse verbessern. Sie beinhalten Familienintervention, unterstützte Beschäftigung, aufsuchende Behandlung in Gemeinden, Fertigkeitstraining und kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapie“. Das britische „National Institute of Clinical Excellence 2003“ empfiehlt ähnlich: „CBT sollte PatientInnen mit Schizophrenie angeboten werden, die unter persistierenden psychotischen Symptomen leiden. Familieninterventionen sollten den Familien von Personen mit Schizophrenie angeboten werden, die vor kurzem einen Rückfall erlitten haben oder die als rückfallgefährdet eingeschätzt werden. Training sozialer Fertigkeiten und kognitive Remediation wird kritisch beurteilt“ (nach Voderholzer und

Hohagen 2006). Die Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2002) und die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2006) geben uneingeschränkte Empfehlungen für Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie und Familienintervention. Das Training sozialer Fertigkeiten und kognitive Remediation können zur Bearbeitung definierter Defizite z.B. innerhalb einer Rehabilitationsmaßnahme eingesetzt werden. Trotz Unterschieden im Detail sind die Empfehlungen weiterer Leitlinien (z.B. kanadische, schottische, australische Fachgesellschaften) ähnlich (Gaebel et al. 2005).

---

### **Forschungsstand zur Psychotherapie bei Schizophrenie in Österreich**

---

(Berücksichtigt sind aktuelle Therapiestudien zu wirkungsvollen psychotherapeutischen Verfahren bei PatientInnen mit Schizophrenie nach den Kriterien der EBM).

### ***Studien zur Psychoedukation***

Eine Studie zu einer psychoedukativen Intervention bei PatientInnen mit Schizophrenie wurde in der Tagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien durchgeführt (Hofer et al. 2001). In dieser Untersuchung wurde der Effekt der Psychoedukation auf Krankheitskonzepte bei Schizophrenie überprüft. Es wurden 27 PatientInnen nach einem 10-wöchigen Psychoedukationsprogramm untersucht. Die Auswertungen erfolgten qualitativ und rein deskriptiv. Die Prognose wurde nach der psychoedukativen Therapie positiver eingeschätzt als zuvor. Generell waren die Krankheitskonzepte über den Beobachtungszeitraum nur eingeschränkt veränderbar. In einer von Rummel-Kluge et al. (2006) durchgeführten Befragung zur Psychoedukation in Deutschland, Österreich und der Schweiz wurde angegeben, dass im Jahr 2003 in Österreich zu 65% Psychoedukation durchgeführt wurde, es fand sich ein signifikanter Unterschied zu Deutschland (88%). Insgesamt nahmen nur ein sehr geringer Anteil (21%) von PatientInnen mit Schizophrenie und nur 2% der Familienmitglieder an Psychoedukation teil.

### **Trainingsprogramme „Alltagsfertigkeiten fördern“**

Die Therapieverfahren zielen auf ungenutzte oder neu zu erwerbende Fertigkeiten ab, die eine unabhängige Lebensführung im Alltag und einen persönlichen, gesunden Lebensstil erreichen helfen. Ein spezifisches Seminar wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien entwickelt und untersucht: Seminar „Wissen – genießen – besser leben“ – ein lebensqualitätsorientiertes Gruppenangebot für Menschen mit Psychoseerfahrung. Das Seminar „Wissen – genießen – besser leben“ vermittelt sowohl klassische psychoedukative Anregungen zum besseren Umgang mit krankheitsbezogenen Problemen – „Wie verringere ich meine Vulnerabilität?“ – als auch, und dies zu gleich großen Teilen, Anregungen zur Erhöhung der Lebensqualität – „Wie erhöhe ich meine Lebensqualität?“. Das Seminar wirkt sich nicht nur günstig auf die Einstellung gegenüber Medikamenten sowie das krankheitsbezogene Wissen aus, sondern führt auch zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeit, des Empowerments und der Lebensqualität (Sibitz et al. 2006, 2007).

### **Studien zu kognitivem Training und kognitiver Remediation**

In einer randomisierten Untersuchung mit 20 PatientInnen wurde kognitives Training im Hinblick auf eine additive Wirkung zur alleinigen Therapie mit Atypika verglichen. Die PatientInnen mit zusätzlichem kognitivem Training zeigten signifikante Verbesserungen in spezifischen kognitiven Funktionen und Alltagsfertigkeiten (Winklbaur et al. 2003).

In einer weiteren randomisierten Studie wurde der Effekt von einem additiven Emotionstraining geprüft. In dieser Untersuchung wurde das von Wölwer et al. (2004) entwickelte TAR (Training of Affect Recognition) angewandt. Erste Daten zeigten Verbesserungen im Erkennen von negativen Emotionen im Gesicht (Sachs et al. 2007). Zusammenfassend weisen die durchgeführten Studien darauf hin, dass kognitives Training und Training von Erkennen von Emotionen wirkungsvolle Behandlungstechniken zur Verbesserung von kognitiven und emotionalen Defiziten bei PatientInnen mit Schizophrenie sind.

Diese Ergebnisse haben wichtige Implikationen für psychosoziale Funktionsfähigkeit und Rehabilitation.

---

### **Stand der derzeitigen psychotherapeutischen Angebote auf dem Gebiet der Behandlung von PatientInnen mit Schizophrenie**

---

Internationale Zahlen zeigen, dass weniger als 25% aller PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen Behandlungen erhalten, die umfassend evidenzbasierten Vorschlägen entsprechen. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Manche Hilfsangebote, deren Nutzen wissenschaftlich bereits erwiesen ist, stehen noch kaum zur allgemeinen Verfügung, z.B. störungsspezifische kognitive Therapien zur Behandlung von persistierenden psychotischen Symptomen wie Wahn, Stimmenhören und kognitive Störungen.

Seit der ASVG-Novelle 1992 besteht der Auftrag an die Krankenkassen, eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Seit Einführung des Psychotherapiegesetzes in Österreich haben sich in allen Bundesländern verschiedene Versorgungsstrukturen entwickelt. Zum einen bestehen so genannte „Zuschussregelungen“ für selbstständig tätige niedergelassene PsychotherapeutInnen. Zum anderen gibt es „Kontingente“ von zur Gänze durch die Versicherungsträger bezahlten Psychotherapiestunden.

### **Befragung der Österreichischen Krankenkassen zur Anzahl der Bewilligungen für Psychotherapie bei Personen mit schizophrenen Störungen**

Anzahl der in Österreich stattgegebenen Bewilligungen für Psychotherapie mit der Diagnose Schizophrenie der österreichischen Krankenkassen.

Zur Untersuchung der stattgegebenen Bewilligungen für Psychotherapie bei Personen mit schizophrenen Störungen wurden alle Österreichischen Gebietskrankenkassen kontaktiert.

Folgende Ergebnisse zu stattgegebenen Bewilligungen liegen derzeit vor:

- Eine Gebietskrankenkasse erteilte die Information, dass es seit 1.1.2006 1553 Bewilligungen gegeben hätte.
- Eine Gebietskrankenkasse teilte mit, dass die Auswertungen nur bei Kostenerstattung möglich wären.
- Eine weitere Gebietskrankenkasse teilte mit, dass keine Untersuchungen vorhanden seien.
- Alle anderen Gebietskrankenkassen antworteten nicht auf die Anfrage.

Aufgrund der mangelnden Datenlage kann geschlossen werden, dass derzeit keine gezielte Planung zur Verteilung der im Rahmen der Kontingente angebotenen Psychotherapiestunden hinsichtlich der Diagnosgruppen erfolgt.

### ***Befragung zur Häufigkeit von Angeboten an Psychoedukation und kognitivem Training bei Schizophrenie in Österreich***

Universitätskliniken für Psychiatrie: 3  
Landeskrankenhäuser: 11  
Psychosoziale Dienste (PSD): 5  
Psychosoziale Beratungsstellen: ProMente: 4  
Psychosoziales Zentrum Caritas: 2

(Die Lizenzen für die Cogpack Trainingsprogramme [computergestütztes kognitives Training] wurden zum Großteil dankenswerter Weise von der Fa. Janssen Cilag zur Verfügung gestellt, eine Dokumentation der Daten liegt vor, eine Auswertung ist noch nicht erfolgt.)

### ***Befragung der Österreichischen PsychotherapeutInnen zur Psychotherapie von Personen mit schizophrenen Störungen***

#### ***Ergebnisse zur Häufigkeit der Behandlungen***

In der Befragung von Österreichischen PsychotherapeutInnen zur Psychotherapie von Personen mit schizophrenen Störungen von Rittmannsberger und Wancata (2008) gaben 59,1% an, schon KlientInnen mit Schizophrenie behandelt zu haben, aktuell haben die TherapeutInnen am häufigsten (19,6%) nur eine KlientIn mit Schizophrenie in Behandlung, mehr als die Hälfte (54%) kommen über ärztliche Zuweisung. TherapeutInnen, die bereits Erfahrung mit der Behandlung von KlientInnen mit schizophrenen Störungen haben, sind in den Bundesländern Vorarlberg (46,3%), Tirol (54,7%) und Wien (56,4%) seltener zu finden als in den anderen Bundesländern (um 65%). PsychotherapeutInnen, die im Krankenhaus arbeiten, haben mehr KlientInnen aktuell in Behandlung, die Frequenz der Psychotherapie ist höher und sie führen häufiger kurzfristige Psychotherapien (bis 3 Monate) durch, während langfristige (>5 Jahre) Psychotherapien in der Praxis häufiger vorkommen.

#### ***Ergebnisse zu Psychotherapiemethoden***

Generell werden am häufigsten Therapiemethoden der humanistischen Psychotherapie (35,2%), am seltensten der Verhaltenstherapie (12%) angewandt. TherapeutInnen, die bereits Erfahrung mit der Behandlung von KlientInnen mit schizophrenen Störungen haben, verwenden häufiger eklektische Psychotherapie (25% vs. 18,2%). TherapeutInnen mit längerer psychotherapeutischer Berufserfahrung verwenden im Vergleich zu denen, die eine kürzere Berufserfahrung haben, eher Methoden der Tiefenpsychologie und eklektische Therapie. Ebenso verwenden Fachärzte für Psychiatrie im Vergleich zu anderen PsychotherapeutInnen häufiger die Methoden der Tiefenpsychologie und eklektische Psychotherapie.

PsychotherapeutInnen, die im Krankenhaus arbeiten (3,7%) verwenden häufiger die Methode der Verhaltenstherapie, haben auch mehr KlientInnen aktuell in

Behandlung. Sie führen häufiger kurzfristige Psychotherapien (bis zu 3 Monate) durch, während langfristige (>5 Jahre) häufiger in der Praxis vorkommen. Die Sitzungsfrequenz wird am häufigsten (63,5%) mit 1 Mal/Woche angegeben.

### **Angaben zur Person der TherapeutInnen**

Die meisten Antworten kamen aus Wien (37,1%), fast die Hälfte (48,9%) ist älter als 50 Jahre, Frauen überwiegen (70,6%). 12,9% haben einen ärztlichen Grundberuf, davon sind zwei Drittel FachärztInnen für Psychiatrie. Fast die Hälfte (48,8%) haben zwischen 6 – 15 Jahre Psychotherapie-Berufserfahrung, zwei Drittel (65,8%) arbeiten ausschließlich in der Psychotherapie-Praxis. Vor allem haben männliche Fachärzte für Psychiatrie längere Psychotherapie-Berufserfahrung sowie Erfahrung mit der Behandlung von KlientInnen mit der Diagnose Schizophrenie.

Weibliche Therapeutinnen unterscheiden sich von männlichen

- Sie haben seltener KlientInnen mit der Diagnose Schizophrenie behandelt (58% vs 66,1%)
- Sie behandeln aktuell eine niedrigere Anzahl von KlientInnen
- Sie behandeln die KlientInnen häufiger mit höherer Frequenz
- Ihr Anteil ist im Osten Österreichs höher als im Westen
- Sie sind jünger und haben eine kürzere Berufserfahrung als Psychotherapeuten
- Sie haben weniger oft einen ärztlichen Berufshintergrund
- Sie arbeiten häufiger in Institutionen und weniger oft in Krankenhäusern

Fachärzte für Psychiatrie unterscheiden sich von anderen PsychotherapeutInnen

- Sie haben häufiger KlientInnen mit der Diagnose Schizophrenie behandelt
- Die Anzahl der aktuell behandelten KlientInnen mit der Diagnose Schizophrenie ist höher
- Die Frequenz der Psychotherapien ist geringer
- Langfristige Psychotherapien (>5 Jahre) sind häufiger
- Der Effekt der Medikamente wird häufiger als positiv bewertet

- Sie halten häufiger eine besondere Qualifikation für die Psychotherapie-Behandlung von KlientInnen mit Schizophrenie für notwendig. Die Psychotherapieausbildung über schizophrene Störungen wird häufiger für nicht ausreichend gehalten
- Sie sind häufiger männlichen Geschlechts
- Sie haben häufiger längere Berufserfahrung als PsychotherapeutInnen
- Sie arbeiten häufiger in Krankenhäusern
- Sie verwenden häufiger die Methoden Tiefenpsychologie und eklektische Psychotherapien und weniger oft die Methoden der humanistischen Psychotherapie

### **Qualifikation und Ausbildung zur Psychotherapie bei Schizophrenie**

Soziotherapeutische Maßnahmen werden von den meisten (92,4%) als sehr wichtig gesehen. Eine große Mehrheit (83,9%) hält besondere Qualifikationen für die Psychotherapie-Behandlung von KlientInnen mit schizophrenen Störungen für notwendig. Eine große Mehrheit (70,2%) hält die Ausbildung bezüglich der Psychotherapie für schizophrene Störungen für nicht ausreichend. Die Mehrzahl der Befragten (61,5%) wäre bereit, KlientInnen mit der Diagnose Schizophrenie in Psychotherapie zu übernehmen, auch TherapeutInnen, die noch nie eine KlientIn mit Schizophrenie behandelt haben (42,7%).

TherapeutInnen, die bereits Erfahrung mit der Behandlung von KlientInnen mit schizophrenen Störungen haben, sind häufiger der Meinung, dass in der Psychotherapieausbildung die Therapie schizophrener Störungen ausführlich genug behandelt wird (auf niedrigem Niveau: 17,1% vs. 11,1%). Sie sind häufiger der Meinung, dass eine besondere Qualifikation für die Behandlung von KlientInnen mit schizophrenen Störungen notwendig ist. Sie sind häufiger bereit, KlientInnen mit schizophrenen Störungen in Therapie zu übernehmen (73,8% vs. 42,7%).

TherapeutInnen, die längere Psychotherapie-Berufserfahrung haben, sind hingegen weniger oft der Meinung, dass in der Psychotherapieausbildung die Therapie schizophrener Störungen ausführlich genug behandelt wird. Sie würden es häufiger ablehnen, eine KlientIn mit der Diagnose Schizophrenie in Psycho-

therapie zu übernehmen. Weiters halten auch PsychotherapeutInnen, die im Krankenhaus arbeiten, häufiger eine besondere Qualifikation für die Psychotherapie von KlientInnen mit schizophrenen Störungen für notwendig.

---

### **Psychotherapeutische Ausbildung in Österreich auf dem Gebiet der Behandlung von PatientInnen mit Schizophrenie**

---

(Nach den Kriterien der Evidence Based Medicine (EBM) wirkungsvolle psychotherapeutische Verfahren bei PatientInnen mit Schizophrenie).

Ausbildungscurriculum PSYIII: Kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie (1.2.2. 2008)

Fortbildungsveranstaltungen: Die Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie bietet regelmäßig Seminare zur CBT bei Schizophrenie an.

2006: S. Klingberg: Kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie

2007: D. Turkington: Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia.

Die Seminare beinhalteten eine Praxisanleitung zur Psychotherapie bei PatientInnen mit Schizophrenie. Zielgruppen für das Seminar waren AusbildungskandidatInnen, Mitglieder der ÖGVT und auch Nicht-Mitglieder.

Familientherapie: Informationen zu störungsspezifischer Psychotherapie noch ausständig

IPT-Ausbildung und Fortbildung: Seminare in Österreich (Zeitraum 1.1.06-31.12.07): – Windischgarsten 06 und 07 (Österreichische Schizophreniegesellschaft)

- Pro Mente Wien 2006 (2x)
- Salzburg 2007 (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie)
- AVM Graz 2007

---

### **Zusammenfassung**

---

Nach den Kriterien der Evidence Based Medicine (EBM), sind kognitive Verhaltenstherapie und Familientherapie wirkungsvolle psychotherapeutische Methoden bei PatientInnen mit Schizophrenie. Zur

Optimierung der Rückfallverhütung sollten psychoedukative Interventionen mit geeigneten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen kombiniert werden. Auch zu kognitiven Behandlungsstrategien und komplexen neuropsychologischen Therapieverfahren scheinen neuere Publikationen den Nachweis einer positiven Wirksamkeit zu zeigen. Es besteht gute wissenschaftliche Evidenz (Gabbard et al. 1997) hinsichtlich der Senkung der Gesamttherapiekosten durch Psychotherapie.

### ***Die genannten psychotherapeutischen Interventionen kommen derzeit in Österreich nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zum Einsatz.***

Es ist festzuhalten, dass derzeit die PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie psychotherapeutisch nicht adäquat entsprechend der EBM versorgt werden. Auffallendes Ergebnis der durchgeführten Befragung der Österreichischen PsychotherapeutInnen zur Psychotherapie von Personen mit schizophrenen Störungen ist der geringe Anteil an PsychotherapeutInnen, die störungsspezifische Psychotherapie wie CBT anwenden. Ein Viertel der PsychotherapeutInnen wendet Systemische Therapie an. CBT wird von einer kleineren Gruppe von PsychotherapeutInnen am häufigsten im Krankenhaus durchgeführt, obwohl CBT die psychotherapeutische Methode mit dem höchsten Evidenzgrad in Bezug auf Wirksamkeitsstudien nachzuweisen hat.

### ***Es gibt eine deutliche Diskrepanz zwischen praktischem Vorgehen und Forschungsevidenz in Bezug auf das psychotherapeutische Handeln bei PsychotherapeutInnen in Österreich.***

In Österreich scheint eine psychodynamisch/tiefenpsychologisch orientierte Therapie zur langfristigen ambulanten Betreuung von PatientInnen mit schizophrener Erkrankung eine lange Tradition zu haben. Im Durchschnitt haben die TherapeutInnen, die PatientInnen mit Schizophrenie behandeln, zwischen 6 – 15 Jahre Berufserfahrung (48,8%), fast die Hälfte ist älter als 50 Jahre (48,9%) und fast zwei Drittel (65,8%) arbeiten ausschließlich in der psychotherapeutischen Praxis. Eine weitere Problematik ergibt

sich daraus, dass eine Reihe von „am Markt“ befindlichen Psychotherapiemethoden für bestimmte Erkrankungsbilder nur bedingt oder nicht geeignet oder indiziert sind, so dass sich die mit rationaler Zielsetzung einsetzbaren Psychotherapieangebote für diese PatientInnengruppe weiter verringern.

**Die Ausbildungs- und Fortbildungsangebote Störungsspezifischer Psychotherapie für PatientInnen mit Schizophrenie nach den Kriterien der EBM sind sehr niederfrequent und ungenügend.**

PatientInnen mit schizophrener Erkrankung brauchen sowohl fachärztliche als auch psychotherapeutische TherapeutInnen mit hoher Kompetenz und spezifischer eigener Erfahrung in der Behandlung der vorliegenden Störungen. So hält eine große Mehrheit (83,9%) der befragten PsychotherapeutInnen eine besondere Qualifikation für die Psychotherapie-Behandlung von KlientInnen mit schizophrenen Störungen für notwendig. Eine große Mehrheit (70,2%) hält die Ausbildung bezüglich der Psychotherapie schizophrener Störungen jedoch derzeit für nicht ausreichend.

Kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie wird im Rahmen des Ausbildungscurriculum (PSYIII) als Seminar angeboten, zusätzlich gibt es 1x pro Jahr eine störungsspezifische Fortbildung zur CBT bei Schizophrenie. IPT wird ebenfalls durchschnittlich 1x pro Jahr im Rahmen eines Seminars der Österreichischen Schizophreniegesellschaft sowie bei ProMente Wien angeboten. Alle angeführten Psychotherapiemethoden setzen eine entsprechende Einschulung (die als Zusatzqualifikation erworben werden kann) voraus, weiters die Einbindung des therapeutischen Angebotes in ein umfassendes sozialpsychiatrisches Versorgungsnetz. Für alle Methoden gibt es strukturierte Therapiemanuale, alle Therapieformen haben definierte Therapieziele, deren Erreichung überprüft werden kann und fast alle haben definierte Therapieumfänge hinsichtlich der sinnvollen Therapiedauer. Viele der Methoden sollen nicht oder nur teilweise in Form von Einzeltherapie sondern vielmehr in einer Therapiegruppe ausgeführt werden.

**Eine diagnose- und bedarfsgesteuerte Indikationsstellung und Zuweisungspraxis Störungsspezifischer Psychotherapie für PatientInnen mit Schizophrenie ist nicht etabliert.**

Nach den zurzeit vorliegenden Informationen gibt es derzeit keine österreichweiten statistischen Unterlagen hinsichtlich der Diagnoseverteilung der Psychotherapie in Anspruch nehmenden PatientInnen oder hinsichtlich der bei einzelnen Diagnosen eingesetzten Psychotherapieformen. Daher erfolgt derzeit auch keine gezielte Planung oder differenzierte Beurteilung der Bewilligungen für Psychotherapie und der zur Verfügung stehenden „Kontingente“ der von Versicherern bezahlten Psychotherapiestunden.

Ein Grund dafür dürfte sein, dass die Zuweisung nur zum Teil über niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen oder FachärztInnen für Psychiatrie (54%) erfolgt. Insgesamt scheint es für PatientInnen mit Schizophrenie aufgrund der klinischen Symptomatik schwierig zu sein, selbstständig eine PsychotherapeutIn zu kontaktieren, diese nehmen daher auch weniger häufig Psychotherapie in Anspruch.

---

## Empfehlungen

---

**Notwendige Untersuchungen zur Psychotherapeutischen Versorgung bei Schizophrenie in Österreich**

Eine Erhebung über den Zugang zu und die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen der PatientInnen mit Schizophrenie wird empfohlen. Wie viele der Stunden zu den „Kontingent-Psychotherapiestunden“ stehen den PatientInnen mit Schizophrenie zur Verfügung? Wie erfolgt die Verteilung der Psychotherapieangebote?

Weiters werden Erhebungen über die diagnosespezifische Finanzierung von Psychotherapie durch die Krankenkassen empfohlen. Wie erfolgt die Verteilung der Psychotherapieangebote in den einzelnen Bundesländern?

Wie viele Personen mit der Diagnose Schizophrenie sind in Therapie bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen, die im Rahmen der so genannten Zuschussregelung geleistet werden (Kosten für die Versicherungsträger durch die geleisteten Stunden an Psychotherapie)?

### ***Vermehrte Angebote an Störungsspezifischer Psychotherapie für PatientInnen mit Schizophrenie***

Als vorbildhaftes Beispiel kann ein Angebot an die Sozialversicherungsträger zur Störungsspezifischen Psychotherapie als Versorgungsmodell für PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen in einem Österreichischen Bundesland genannt werden. Beispiel: Versorgungsmodell für Störungsspezifische Psychotherapie für PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen.

In einem Bundesland kann im Rahmen eines psychosozialen Dienstes, als die einzige flächendeckende Versorgungseinrichtung, eine umfassende psychosoziale Versorgung von PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen fachärztlich und psychotherapeutisch sichergestellt werden.

Durch die Sicherstellung der fachärztlichen Diagnostik und Indikationsstellung ist ein fachlich begründbarer, versorgungswirksamer, bedarfsorientierter und ökonomischer Mitteleinsatz möglich.

### ***Aufbau der psychotherapeutischen Versorgung im Psychosozialen Dienst***

Zum Aufbau der flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung von PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen durch den psychosozialen Dienst sollten PsychotherapeutInnen in einem Angestelltenverhältnis zum psychosozialen Dienst, die in die bestehenden multiprofessionellen Teams eingebunden sind, eingesetzt werden. Dies ermöglicht zum einen die Vernetzung aller Betreuungsschritte, sichert die laufende Betreuung und die Nachbetreuung und ist kosteneffektiv.

Durch die Kombination von Gruppentherapien und begrenzten Einzeltherapien und die Einbindung aller bereits bestehenden Betreuungs- und Beratungsangebote des psychosozialen Dienstes kann neben fachlich indizierter Behandlung eine große Wirkung bei ökonomischem Mitteleinsatz erreicht werden.

### ***Wissenschaftliche Evaluation von Störungsspezifischer Psychotherapie für PatientInnen mit Schizophrenie***

Eine aktuelle wissenschaftliche Beforschung der Psychotherapieeffekte bei Schizophrenie sowie nicht-medikamentöser Therapien wäre sinnvoll. Eine auch wissenschaftliche Evaluation zumindest von Teilen des beschriebenen Versorgungsmodells wäre zusätzlich durch Kooperationsprojekte mit den Universitätskliniken für Psychiatrie möglich.

### ***Eine diagnose- und bedarfsgesteuerte Indikationsstellung und Zuweisungspraxis für Störungsspezifische Psychotherapie für PatientInnen mit Schizophrenie***

Eine gezielte Planung oder differenzierte Zuteilung der Bewilligungen für Psychotherapie und der zur Verfügung stehenden „Kontingente“ der von Versicherungsträgern bezahlten Psychotherapiestunden wäre notwendig.

### ***Ausbildungs- und Fortbildungsangebote Störungsspezifischer Psychotherapie für PatientInnen mit Schizophrenie nach den Kriterien der EBM***

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von PatientInnen mit Schizophrenie wäre ein vermehrtes Angebot an Ausbildungscurricula von wirkungsvollen psychotherapeutischen Verfahren nach den Kriterien der Evidence Based Medicine (EBM) wichtig.

### **Modifikation von gängigen Psychotherapiemethoden in der Behandlung von Personen mit schizophrenen Störungen**

In Österreich werden seit längerem verschiedene psychotherapeutische Verfahren zur Betreuung von PatientInnen mit schizophrener Erkrankung angewandt (Hutterer-Krisch 1994).

Die Befragung der österreichischen PsychotherapeutInnen zur Psychotherapie von Personen mit schizophrenen Störungen (Rittmannsberger et al. 2007) ergab, dass generell am häufigsten Therapiemethoden der humanistischen Psychotherapie, am seltensten der Verhaltenstherapie angewandt werden. TherapeutInnen mit längerer psychotherapeutischer Berufserfahrung verwenden im Vergleich zu denen, die eine kürzere Berufserfahrung haben, eher Methoden der Tiefenpsychologie und eklektische Therapie.

Häufig ist bei PatientInnen mit Schizophrenie aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht eine Psychotherapie entsprechend einer bestimmten Methode erschwert. Eine Modifikation der psychotherapeutischen Technik wäre auch bei mangelnder Krankheitseinsicht indiziert (Rittmannsberger 1996).

Zur Verbesserung der gängigen psychotherapeutischen Behandlungen erscheint eine Modifikation nach den Kriterien der EBM in der Psychotherapie bei PatientInnen mit Schizophrenie notwendig.

---

## Literatur

---

American Psychiatric Association (2004) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, Second Edition, American Journal of psychiatry 161 (Suppl)

Bark N, Revheim N, Huq F, Khalderov V, Ganz ZW, Medalia A (2003) The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms in schizophrenia. Schizophrenia Research 63: 229-235

Bäumel J, Pitschel-Walz G (2003) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen.“ Schattauer, Stuttgart

Bell M, Fiszdon J, Tamasine G, Wexler B, Bryson G (2007) Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia – 6-month follow-up of neuropsychological performance. Journal of Rehabilitation Research and Development, 44(5): 761-770

Benton MK, Schröder HE (1990) social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. Journal Consulting Clinical Psychology 58: 741-747

Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP (1997) Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: results of a 2-year follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica 96: 483-491

Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S (2001) The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. American Journal of Psychiatry 158: 163-175

Cornak I, Jones C, Campell C (2004) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, UK

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie (2006) Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff Verlag Darmstadt

Drury V, Birchwood M, Chochrane R (2000) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. British Journal of Psychiatry 177: 8-14

Falloon IRH (2003) Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. World Journal of Psychiatry 2: 20-28

Frommann N, Streit M, Wölwer W (2003) Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new trainings program. Psychiatry Research, 117 (3): 281-284

Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D (1997) The Economic Impact of Psychotherapy: A Review. American J. Psychiatry, 154: 147-155

Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W, McIntyre JS (2005) Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. British Journal of Psychiatry 187: 248-255

Hahlweg K, Dose M, Feinstein E, Müller U (1989) Familienbetreuung schizophrener Patienten. Rückfallprophylaxe und Änderung der familiären Kommunikationsmuster. In: Böker W., HD. Brenner (Hrsg.), Schizophrenie als systemische Störung. Bern, Huber: 243-255

Hayes RL, McGrath J (2002) Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. Cochrane.Database.Syst.Rev.

Hofer E, Wancata J, Amering M (2001) I am a misunderstanding being. Psychiatrische Praxis 26 (6): 287-291

Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF et al (1997) Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. American Journal of Psychiatry 154: 1504-1513

Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald E, Pogue-Geile M et al (2004) Cognitive enhancement therapy among for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behaviour. Archives of General Psychiatry 61: 866-876

Hutterer-Krisch R (Hrsg) (1994) Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Springer, Wien, New York

Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campell C (2004) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane.Database.Syst.Rev.

Katschnig H, Konieczna T (1984) Typen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 11: 137-142

Kurtz MM, Sletzer JC, Shagan DS, Thime WR, Wexler BE (2007) Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: what is the active ingredient? Schizophrenia Research 89: 251-260

- Klingberg S, Borbe R, Buchkremer B (2006) Evidenzbasierte Psychotherapie schizophrener Störungen. *Nervenarzt (Suppl 2)* 77: 99-110
- Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bental R, Kinderman P, Kingdon D et al (2002) Randomised controlled trial of cognitive-behavioral therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry (Suppl)* 43: 91-97
- Malmberg L, Fenton M (2003) Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*
- Marker K (2001) Handbuch zum Programmpaket COGPACK Version 6.9ff. Ladenburg: Marker software. [www.marker-software.com](http://www.marker-software.com)
- Mc Gorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM et al (2002) Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 59: 921-928
- Mc Gurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A (2007) Cognitive training for supported employment. 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 164 (3): 437-441
- Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J et al: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 185: 291-297
- Mueller DR, Roder V (2007) Integrated psychological therapy for schizophrenia patients. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(1): 1-3
- National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia (2002) Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie: 4x8 Empfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie. Edition pro mente, Linz
- Pharoah FM, Rthbone J, Mari JJ, Streiner D (2003) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*
- Pekkala E, Merinder L (2002) Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database. Syst.Rev.*
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B et al (2002a) Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 32: 783-791
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G et al (2002): Psychological treatments in schizophrenia: I. Metaanalysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32: 763-782
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel R (2001) The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin* 27: 73-92
- Rittmannsberger H (1996) Die Krankheitseinsicht des Schizophrenen: Eine psychoanalytische Perspektive. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 46: 269-275
- Rittmannsberger H, Wancata J (2008) Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Ergebnisse einer österreichweiten Umfrage. *Neuropsychiatrie (im Druck)*
- Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B (1997) Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten. *Psychologie Verlags Union, Weinheim*
- Roder V, Brenner HD, Müller D, Reisch T, Lächler M, Zorn P (2001) Effects of neurocognitive-behavioral therapy programs for improvement of specific social skills of schizophrenics – a controlled study. *Nervenarzt* 72 (9): 709-716
- Rummel-Kluge Ch, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W (2006) Psychoeducation in Schizophrenia-Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin* 4: 765-775
- Sachs G, Katschnig H (2001) Kognitive Funktionsstörungen bei schizophrenen Psychosen. Medikamentöse und psychologische Behandlungsverfahren. *Psychiatrische Praxis* 28: 60-68
- Sachs G, Moser E, Winklbaur B, Gur R, Katschnig H (2007) Treatment of Cognition and Affect in schizophrenia. *European Psychiatry* 22: 13
- Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R et al (2000) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry* 57: 163-172
- Sibitz I, Katschnig H, Gössler R, Amering M (2006) „Wissen – genießen – besser leben“ – ein Seminar für Psychoseerfahrene zur Verbesserung der Lebensqualität und Verringerung der Verletzlichkeit. Erste Erfahrungen und Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 33: 170-176 Epub Jan 18. German.
- Sibitz I, Amering M, Gössler R, Unger A, Katschnig H (2007) One year outcome of low intensity booster sessions versus care as usual in psychosis patients after a short term psychoeducational intervention. *Eur Psychiatry* 22: 203-10
- Silver H, Goodman C, Knoll G, Isakov V (2004) Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia. A pilot study. *Psychiatry Research*. 128: 147-154
- Turkington D, Sensky T, Scott J, Barnes TR, Nur U, Siddle R et al. (2007) A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow up. *Schizophrenia Research* 11, epub
- Wiedemann G, Klingberg S (2003) Psychotherapie produktiver Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Psychose. *Nervenarzt* 74: 76-84
- Winklbaur B (2003) Computergestützte neuropsychologische Rehabilitation mit dem Trainingsprogramm COGPACK bei schizophrenen Patienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Human- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität Wien
- Wölwer W, Frommann N, Halfmann S, Piaszek A, Streit M, Gaebel W (2005) Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research* 80: 295-303
- Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S (2007) Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. *Schizophrenia Research* 94 (1-3): 221-230

# Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich

**Ullrich Meise, Johannes Wancata, Hartmann Hinterhuber**

Schizophrenie ist eine Krankheit, die bei einem Teil der Kranken chronisch verlaufen und mit beträchtlichen Einschränkungen im Alltag einhergehen kann (Katschnig et al. 2002). Lange Zeit haben diese Einschränkungen und die damals sehr begrenzten Behandlungsmöglichkeiten dazu geführt, dass viele Schizophreniekranken über viele Jahre, manchmal sogar lebenslang in psychiatrischen Krankenhäusern lebten. In vielen psychiatrischen Krankenhäusern war Schizophrenie die häufigste Diagnose. Aus diesem Grund haben sich viele der Reformen der psychiatrischen Versorgung in den letzten drei Jahrzehnten in Österreich und im umliegenden Ausland fast paradigmatisch an der Krankheit Schizophrenie orientiert. Aus diesem Grund werden hier die Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung in sehr allgemeiner Weise dargestellt.

Seit Mitte der 70er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts setzte auch in Österreich die Psychiatriereform ein. Der Begriff „Community Psychiatry“ wurde in den angelsächsischen Ländern bereits etwa 20 Jahre früher geprägt. Community Psychiatry wurde durch ihre Inhalte definiert und man verstand darunter: „Psychiatry focussing on detection, prevention, early treatment and rehabilitation of emotional and behavioural disorders as they develop in a community“. Die Definition von Gemeindepsychiatrie stellte in den deutschsprachigen Ländern hingegen weniger inhaltliche Visionen sondern vorzüglich strukturelle und

organisatorische Gesichtspunkte in den Mittelpunkt, wobei eine neue dezentrale Organisationsform der psychiatrischen und psychosozialen Behandlung in den Mittelpunkt gestellt wurde. In einem Gemeindeverbund sollten dabei stationäre, ambulante und komplementäre Einrichtungen und Dienste organisatorisch zusammengefasst und koordiniert werden.

Auch in Österreich wurde – angeregt durch die Deutsche Psychiatrieenquete von 1975 – als zentrale Forderung die Umsetzung von gesellschafts- und gesundheitspolitischen Zielen, wie die Gleichstellung psychisch mit körperlich Kranken, die Enthospitalisierung, die Gemeindenähe der Behandlung, der Abbau von Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern, die Schaffung von komplementären und rehabilitativen Einrichtungen oder der Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern etc. formuliert.

Obwohl Österreich – wie auch 30% der Staaten der Europaregion der WHO – über keine nationale Politik für psychische Gesundheit verfügt, wurde bis heute die psychiatrische Gesundheitsversorgung erheblich verändert und verbessert. Auf Grundlage weitgehend ähnlicher versorgungspolitischer Leitlinien wurde in allen Bundesländern die so genannte kustodiale (auf das psychiatrische Krankenhaus zentrierte) Versorgung von der Entwicklung zur Gemeindepsychiatrie abgelöst.

Die **frühe Reformphase** galt in erster Linie den psychiatrischen LangzeitpatientInnen. Sie zielte auf deren Enthospitalisierung und gemeindenahe Versorgung ab; d.h., dass diese die erforderlichen Hilfen in Anspruch nehmen können, ohne dafür ihren gewohnten Lebenskontext verlassen zu müssen. In der Folge kam es zum Aufbau einer Vielzahl von Einrichtungen und Diensten zur ambulanten Behandlung und Rehabilitation, aber auch um die Bedürfnisse chronisch Kranker nach Tagesstruktur-, Wohn- und Arbeitsbereichen abzudecken. Die Vorstellungen zur Versorgung orientierten sich an der so genannten „Versorgungskette“. Dabei handelte es sich um eine mechanistische Vorstellung. Psychisch Kranke sollten dabei durch die Nutzung eines abgestuften Systems von Einrichtungen – durch Ersteigen einer Sprossenleiter – rehabilitiert werden. Dies führte in der Realität zu einer Fragmentierung des Systems, die von Unter-, Fehl- oder Überbetreuung gekennzeichnet war.

In einem **nächsten Reformschritt** fand ein Umdenken statt, das von der einrichtungsbezogenen Planung abging und diese durch den funktionalen Planungsansatz ersetzte. Dies führte weg vom institutionsorientierten Baukastendenken und stellte den personenorientierten Ansatz in den Mittelpunkt. Es sollte flexibel auf die individuellen Behandlungs- und Betreuungsbedürfnisse der Betroffenen eingegangen werden, wofür verschiedene Funktionsbereiche definiert wurden, die für eine umfassende Betreuung erforderlich sind.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass für das Entstehen einer psychischen Behinderung die Interaktion mit der Umwelt, also der Umfang und die Art der Ressourcen, die zur Verfügung stehen, berücksichtigt werden müssen, kam es zu einem **dritten Reformschritt**. Unter Begriffen wie „Empowerment“ oder „Recovery“ wurde ein Paradigmenwechsel angeregt, der nicht nur für die Psychiatrie Gültigkeit hat (Schrank & Amering 2007). Seine Aufmerksamkeit richtet sich u.a. auf die einer Person verfügbaren Ressourcen, die Förderung von Widerstandsfaktoren, auf die Mitbestimmung und Verantwortungsübernahme von PatientInnen, auf eine therapeutische Allianz oder auf Genesung und aktive Umgestaltung bei zu Behinderung führenden Erkrankungen.

Grundlage für den vorliegenden Versuch einer Ist-Zustandsbeschreibung sind die Publikationen, die anlässlich der Tagungen „Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich – Standortbestimmung und Zukunftsperspektiven“ (Meise et al. 1991) sowie „Gemeindepsychiatrie in Österreich: eine gemeindenahe Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt“ (Meise et al. 1998) veröffentlicht wurden. Darüber hinaus wurden der „Wahrnehmungsbericht des österreichischen Rechnungshofes“ (1995 – 1996 [Österreichischer Rechnungshof 1998]), die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Psychiatrieberichte (Katschnig et al. 2001, 2004) sowie ausgewählte Publikationen zur Versorgungsforschung (ÖBIG 2006) herangezogen. Zuvor jedoch ein kurzer Blick auf die Geschichte der österreichischen Psychiatriereform.

---

### Die Psychiatriereform in Österreich – eine Chronologie

---

1971 wurde von der WHO im Rahmen einer Arbeitstagung zur psychiatrischen Versorgung die Einführung eines regionalisierten psychiatrischen Versorgungssystems empfohlen.

1973 veranstaltete die Österreichische Gesellschaft für Psychische Hygiene die Tagung „Psychiatrie in Österreich“ und setzte damit Impulse für eine Psychiatriereform in mehreren österreichischen Bundesländern.

1975 wurde von der Bundesministerin für Gesundheit Dr. Leodolter der Beirat für Psychische Hygiene einberufen. Unter dem Vorsitz von Prof. Hans Strotzka wurden wichtige Vorarbeiten zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung geleistet.

1986 setzte die Gesellschaft österreichischer Nervenärzte und Psychiater (1986) die Arbeitsgruppe Psychiatrische Versorgung ein, deren Stellungnahme 1986 – also vor 20 Jahren – als „van Swieten Memorandum zur psychiatrischen Versorgung“ präsentiert wurde.

1990 wurden anlässlich der Innsbrucker Tagung „Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich – Standortbestimmung und Zukunftsperspektiven“ (Meise et al. 1991) diese Richtlinien einem qualifizierten Gre-

mium vorgestellt. Gleichzeitig wurde den politisch Verantwortlichen von den TeilnehmerInnen und ReferentInnen dieser Tagung eine Resolution zur Kenntnis gebracht (Wißgott 1991). In dieser wurden das Recht psychisch Kranker auf eine fachgerechte psychiatrische Behandlung, auf psychiatrisch und psychosoziale Rehabilitation sowie psychosoziale Betreuung, wie sie in den Richtlinien für die psychiatrische Versorgung formuliert wurden, gefordert und erneut angeregt, diese in einem Bundesgesetz zu verankern. Als Reaktion auf diese Resolution hat der damalige Bundesminister für Gesundheit Ing. Harald Ettl eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Diese begann unter der Leitung durch Prof. Gustav Hofmann ein ausdifferenziertes Konzept für „eine bedürfnisgerechte psychiatrische Versorgung“ zu erarbeiten.

1991 traten für die psychiatrische Versorgung wichtige Gesetze, wie das Unterbringungsgesetz (UbG) sowie das Psychotherapiegesetz in Kraft.

1992 wurde dann dieses aus fünf Teilen bestehende Konzept, das neben einer Funktionsbeschreibung der für die psychiatrisch/psychosoziale Versorgung erforderlichen Dienstleistungen auch rechtliche und Finanzierungsfragen sowie einen Entwurf einer Vereinbarung zur Sicherstellung einer bedürfnisgerechten psychiatrischen Versorgung beinhaltete, verabschiedet und publiziert. Es wurde als Durchführungsmöglichkeit der Entwurf einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG aufgezeigt. Da gerade wegen der vielfältigen, in unterschiedlichen Materien geregelten, gesetzlichen Bestimmungen, der verschiedenartigen Kostenträger und der unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen bis dato eine österreichweite Umsetzung von fachlich begründeten Erkenntnissen nicht möglich war, erschien den Autoren, diese systemischen Anforderungen in einer Art. 15a B-VG-Vereinbarung festzuschreiben, ein gangbarer Weg zu sein.

1994 forderten, nachdem eine inhaltliche Behandlung der 1992 veröffentlichten Empfehlungen verzögert wurde, die *Angehörigenvereinigungen (HPE)* und der *Dachverband der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit*, dass die Umsetzung dieser Empfehlungen beschleunigt würde. Bundesministerin Fr. Dr. Christa Krammer vertrat jedoch die Auffassung, dass es auf Grund der gegebenen Kompetenzsituation an den Ländern läge, die entspre-

chenden Initiativen zur Umsetzung der Empfehlungen zu setzen.

1994 wurde im Österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP), der vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) erstellt wurde, ein Konzept zur allgemeinen stationären psychiatrischen Versorgung aufgenommen, das sich auf Sonderkrankenanstalten wie auch auf Fachabteilungen für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern bezog. Dazu wurde das gesamte Bundesgebiet in Versorgungsregionen eingeteilt und der Bedarf an akutpsychiatrischen Betten in jeder Region festgelegt. In diesem Plan waren allerdings jene Versorgungseinrichtungen, die außerhalb von Krankenanstalten liegen sowie stationäre Einrichtungen, die nicht der Akutversorgung zuzurechnen sind, wie Pflegeanstalten für chronisch Kranke und Betreuungseinrichtungen für psychisch kranke StraftäterInnen, nicht Gegenstand dieser Planung.

1995 bis 1996 wurde die psychiatrische Versorgung vom Österreichischen Rechnungshof überprüft (Österreichischer Rechnungshof 1998). Das Prüfungsergebnis wurde in Form eines „Wahrnehmungsberichtes“ publiziert. Obwohl die ambulante wie auch die komplementären Versorgungsebenen mit in die Überlegungen und Bewertungen einbezogen wurden, beschränkte sich diese Überprüfung jedoch vornehmlich auf den stationären Bereich.

1997 konnten anlässlich der Innsbrucker Tagung „Gemeindepsychiatrie in Österreich – eine gemeindenahere Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt“ wieder alle für die psychiatrische Versorgung relevanten Institutionen zu einem Erfahrungsaustausch und einer Darstellung sowie Beurteilung der bisherigen Entwicklungen zusammengeführt werden (Meise et al. 1998). Im selben Jahr veröffentlichte das ÖBIG die Studie „Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung“ (ÖBIG 1997). Darin wurden erstmalig der außerstationäre gemeindenahere Versorgungsbereich sowie auch Aspekte der Sonderversorgung von Abhängigkeitskranken und der Kinder und Jugendpsychiatrie berücksichtigt.

Die Bundesländer einigten sich auf den Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens sowie der Krankenanstaltenfinanzierung.

Zwischen 1998 bis 2003 wurde der ÖKAP in Hinblick auf den „strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung“ fortgeschrieben und was die psychiatrische Versorgung betrifft, lediglich die stationäre psychiatrische Behandlung in Krankenanstalten hinsichtlich der maximalen Bettenmessziffern, ihrer Standorte und der Tagesklinikplätze ausgeführt.

2005 fand in Linz veranstaltet von pro mente austria sowie der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie unter der Schirmherrschaft von Bundesministerin Maria Rauch-Kallat die Enquete unter dem Motto „Die Zukunft der Österreichischen Psychiatrie“ statt (pro mente austria 2/2005, 4/2005). Im gleichen Jahr konnte erneut ein Psychiatriebeirat ins Leben gerufen werden.

2006 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom ÖBIG (2006) der „Österreichische Strukturplan für Gesundheit (ÖSG)“ erstellt, der den ÖKAP ablösen soll. Der ÖSG versteht sich als Paradigmenwechsel in der Planung. Ziel dieser Weiterentwicklung in der Gesundheitsplanung ist ein systemischer und integrativer Ansatz, der alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und die angrenzenden Bereiche erfassen soll.

## Entwicklungen

Ziel der „Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs“ (Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 1992) war es, Standards festzuschreiben und Umsetzungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die österreichweit gültig sein sollten. Nachdem die von PsychiatrieexpertInnen vehement geforderte Verabschiedung eines Österreichweiten „Psychiatriegesetzes“ nicht zustande kam, begann jedes Bundesland einen eigenen Plan zu entwickeln. Auftraggeber waren die jeweiligen Landesregierungen; als VerfasserInnen zeichneten zumeist die dort in der Psychiatrie Tätigen. Nur wenige dieser Pläne wurden in der Folge hinsichtlich ihrer Umsetzung evaluiert.

Nach Katschnig et al. (2004) können die Psychiatriepläne der Länder in Abhängigkeit ihres zeitlichen Entstehungsdatums in drei Phasen eingeteilt werden:

- die frühe Phase der Psychiatrieplanung in den 70er- und 80er-Jahren wie der „Wiener Zielplan“ aus dem Jahr 1979,
- die mittlere Phase der Psychiatrieplanung in den 90er-Jahren wie die Länderpläne von Tirol (1993), Salzburg (1994), Niederösterreich (1995) und der Steiermark (1995) sowie
- die aktuelle Psychiatrieplanung, die zwischen 2000 und 2003 erstellt wurde.

War die „frühe Phase“ vor allem von einer Wertediskussion und Kritik an der bestehenden Versorgung und Ansätzen zu strukturellen Überlegungen, wie Regionalisierung und Dezentralisierung charakterisiert, flossen in die mittlere Phase versorgungspolitische Leitlinien und Erfahrungen ein, die in den 70er- und 80er-Jahren in anderen Europäischen Ländern (vor allem in der Bundesrepublik Deutschland) mit der Psychiatriereform gemacht wurden. Einzelne Pläne wurden auf Grundlage von Daten, Ergebnissen aus der Epidemiologie, der Public Health Forschung sowie Raumplanung erstellt. Die versorgungspolitischen Leitlinien aller Pläne sind sehr ähnlich (Rössler & Meise 1993, Rössler et al. 1993). Gefordert wurden:

- die Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken
- die Bedarfsgerechtigkeit und Bedürfnisorientierung
- die Personenorientierung
- die Integration der psychiatrischen Versorgung in die medizinische und soziale Grundversorgung
- die Gemeindenähe mit Regionalisierung der zumeist zentralisiert vorgehaltenen Versorgungsangebote sowie
- der Aufbau von Koordinations- und Kooperationsstrukturen

Auf der Grundlage von Planungsrichtwerten, die sich an den Empfehlungen der Deutschen Expertenkommission aus dem Jahr 1988 (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988) orientierten, wurden die Bedarfszahlen für die Bereiche der (teil-)stationären Versorgung, der ambulanten Versorgung sowie der komplementären Versorgung mit den Bereichen „Wohnen“, „Arbeit“, „Tagesstruktur und Freizeit“ vorgeschlagen. Diese Leitlinien

und Planungsrichtwerte fanden auch Eingang in den „Wahrnehmungsbericht“ des Österreichischen Rechnungshofes und sie wurden von der ÖBIG-Studie „Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung“ übernommen.

Der Österreichische Rechnungshof (1998) bezeichnete in seinem Wahrnehmungsbericht 1998 die Zielvorgaben der Psychiatriepläne als weitgehend geeignet, eine gemeindenahere und patientengerechte psychiatrische Versorgung zu schaffen, sowie die im Zuge seiner Überprüfung festgestellten Defizite mittelfristig zu beseitigen. Seine Empfehlungen schließen sich den 1992 und den in Psychiatrieplänen aufgestellten Forderungen für den Aus- und Aufbau einer gemeindenaheren Psychiatrie an. Die Querschnittsüberprüfung des Rechnungshofs ergab, dass die außerstationäre Versorgung psychisch Kranker noch erhebliche Lücken aufweist, weshalb eine bedürfnisgerechte Betreuung von PatientInnen vielfach nicht möglich ist. Gleichzeitig vertrat er die Auffassung, dass nur durch den Ausbau von ambulanten und komplementären Diensten der stationäre Bereich vermindert werden könnte. Zusätzlich sollte durch die Schaffung psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern die zentralisierte Versorgungsstruktur verlassen werden. Was die Personalausstattung betrifft, vertrat der Rechnungshof die Ansicht, dass psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen in der Behandlung psychisch Kranker zunehmend an Bedeutung gewinnen.

---

### **Die psychiatrisch/psychosoziale Gesundheitsversorgung**

---

Zur Abschätzung der Entwicklungen der psychischen Gesundheitsversorgung könnten die im „World Health Report 2001“ (WHO 2002) formulierten Schlüsselfragen herangezogen werden:

Fördert die Politik oder die Gesundheitsverwaltung ...

- den Schutz der Menschenrechte psychisch Kranker?
- die Entwicklung von Gemeindepsychiatrie?
- die Partnerschaft zwischen PatientIn, Familie und BehandlerIn?
- das Empowerment von PatientInnen und ihrer Familien?

- die Kooperation zu anderen Teilen der Gesundheitsversorgung?
- die Verantwortung für die Bedürfnisse bislang Unterversorgter?
- ein kontinuierliches Monitoring und Evaluation der Dienste?

Dieser Fragenkatalog unterstreicht, dass die psychische Gesundheitsversorgung heute mehr bedeutet, als die Behandlung oder Rehabilitation psychisch Kranker.

Eine jüngst publizierte Studie (Meise et al. 2006, Meise & Wancata 2006), in der sich unterschiedliche Gruppen zur Umsetzung der im Aktionsplan der Ministeriellen WHO-Konferenz 2005 enthaltenen Forderungen äußerten, liefert grobe Hinweise auf den Zustand der psychischen Gesundheitsversorgung in Österreich. Im gesamten Bundesgebiet wurden Personen befragt, die sich aus vier Gruppen (TherapeutInnen, VertreterInnen der Gesundheitspolitik bzw. -verwaltung, PatientInnen und Angehörigen) rekrutierten. Die Befragung kam zum Ergebnis, dass die Umsetzung jener Empfehlungen, die sich auf die erforderlichen Ressourcen beziehen, durchwegs positiv beurteilt wurde. Auch die Fragen zur Verwirklichung zur Einbeziehung von PatientInnen und Angehörigen in Entscheidungsprozesse erhielten eine ausreichend positive Beurteilung. Jedoch wurden die Integration der psychiatrischen Versorgung in die medizinische Grundversorgung sowie die Umsetzung der gemeindepsychiatrischen Versorgung als unzureichend erachtet.

---

### **Die strukturellen und organisatorischen Entwicklungen**

---

Für die Beurteilung der strukturellen und organisatorischen Entwicklungen liegen bis heute wichtige epidemiologische und versorgungsrelevante Daten, die sich auf ganz Österreich beziehen, noch nicht vor. Da eine integrierte Darstellungsmethodik der stationären und der außerstationären Leistungen auf Grundlage eines einheitlichen Dokumentationssystems fehlt, ist es daher – und das sollte betont werden – nach wie vor kaum möglich, diesen Bereich der Gesundheitsversorgung in seiner Gesamtheit befriedigend darzustellen oder gar zu bewerten.

Lediglich für den medizinisch-stationären Bereich liegen auf Grund der Dokumentation für die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung administrative Daten vor. Deren Aussagekraft ist jedoch eingeschränkt. So beziehen sie sich lediglich auf Behandlungsepisoden oder die psychiatrische Diagnose wird vielfach nicht von ExpertInnen gestellt. Für die ambulante und vor allem für die komplementäre/rehabilitative Versorgungsebene stehen administrative Daten nur bruchstückhaft zur Verfügung. Wenige Informationen bestehen auch für Bereiche, wie Pflegeheime, in denen häufig chronisch psychisch Kranke betreut werden. Ein „Terra Incognita“ ist z.B. der Wohnungslosbereich, in dem, Berichten zufolge, zunehmend mehr chronisch psychisch Kranke betreut werden, die vom Behandlungs- und Hilfesystem nicht erreicht werden.

In der Kurzinformation zum Österreichischen Psychiatriebericht 2004 (Katschnig et al. 2004) finden sich unter anderem folgende allgemeine Kernaussagen zu den Entwicklungen:

- „Psychiatrieplanung: Bundes- und Länderpläne vorbildlich“: Dazu wird jedoch einschränkend bemerkt, dass die Vergleichbarkeit zwischen den Länder-Plänen begrenzt und der Verbindlichkeitsgrad dieser Pläne unterschiedlich sei. So decken manche Pläne lediglich den Sozialhilfesektor ab; andere Pläne sind umfassender und betreffen sowohl den medizinischen wie auch den Sozialhilfesektor.
- „Dezentralisierung der stationären Versorgung schreitet voran: Psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus sind auf dem Vormarsch“: Konnten im Psychiatriebericht 2001 sechs kleine psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern genannt werden, waren 2004 dreizehn weitere in Planung, in Bau oder kurz vor der Eröffnung.
- „Drei Viertel aller stationären Behandlungsepisoden mit einer psychiatrischen Diagnose finden in nicht-psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern statt“: Dieses Faktum, das in der Vergangenheit in den Planungen häufig nicht berücksichtigt wurde, wird nachstehend noch näher ausgeführt.

- „Finanzierungswirrwarr verhindert optimalen Einsatz der Ressourcen und patientengerechte Betreuung“: Die Betreuung psychisch Kranker leidet heute an der Zersplitterung von Finanzierung und Zuständigkeit für das Versorgungssystem. Diese ist nur für die stationären und ambulanten medizinisch-psychiatrischen Bereiche weitestgehend gleichartig geregelt. Dies trifft jedoch nicht für den komplementären Sektor zu, der in jedem Bundesland unterschiedlich gesetzlich geregelt oder finanziert wird.
- „Nicht-professionelle Hilfsorganisationen oder Aktivitäten spielen eine große Rolle“: Die Betroffenen Selbsthilfe, Angehörigen Selbsthilfe und Laienhilfe sind mittlerweile für ein modernes Versorgungssystem unverzichtbar geworden.

### **Der stationäre Versorgungsbereich**

Wurden 1974 in 10 psychiatrischen Krankenhäusern noch 11.763 Betten vorgehalten, waren im Jahre 2004 in 28 stationären Einrichtungen (incl. der Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen) nur mehr 4.716 Betten aufgestellt.

Obwohl sich die Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern durch Schließung oder durch Ausgliederung von Langzeitbereichen verringert hat, verbleibt in ihnen – trotz der Schaffung von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern – der Großteil der stationären Behandlungskapazität. Somit wurde das Ziel, die klinisch psychiatrische Behandlungskapazität möglichst umfassend in das Allgemeinkrankenhaus zu integrieren, nur teilweise erreicht (Katschnig et al. 2004, Rittmannsberger et al. 2004).

Parallel zum Bettenabbau ist die Anzahl der Aufnahmen von PatientInnen mit psychiatrischen Erkrankungen dramatisch gestiegen. Der Umstand, dass ein erheblicher Teil der stationär psychiatrisch Behandlungsbedürftigen an nicht-psychiatrischen Abteilungen Aufnahme findet, ist durch epidemiologische Untersuchungen gut belegt (Wancata et al. 1996). Dieses Faktum wurde hingegen in der Bedarfsplanung nie berücksichtigt. Es gibt durch Daten untermauerte Hin-

weise, dass am Allgemeinkrankenhaus eingerichtete psychiatrische Abteilungen diese Fehlplatzierungen zwar verringern, jedoch ihre Bettenkapazitäten zumeist zu gering bemessen wurden (Meise et al. 2000, Miller et al. 2004).

Eine positive Entwicklung ist der Aufbau von Plätzen zur tagesklinischen Behandlung und die Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit im LKF. Da tagesklinische Plätze als stationäre Behandlungsplätze gelten und nur durch Umwidmung von Betten geschaffen werden können, wird der Ausbau dieser wichtigen Behandlungsstruktur behindert.

### ***Der ambulante Versorgungsbereich***

Standen 1974 für die Behandlung psychisch Kranker im Wesentlichen die Berufsgruppe der Nervenärzte – die gleichzeitig Neurologen und Psychiater waren – sowie das Krankenpflegepersonal zur Verfügung, hat sich das Bild heute sehr gewandelt. Wir finden heute zusätzlich Berufsgruppen wie ErgotherapeutInnen, Klinische und GesundheitspsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, PädagogInnen oder KunsttherapeutInnen, die im Bereich der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung tätig sind.

Zum ambulanten Bereich gehören Strukturen wie in eigener Praxis tätige PsychiaterInnen, ÄrztInnen mit PSY-Diplomen, PsychotherapeutInnen sowie Klinische- und GesundheitspsychologInnen. Weiters die Ambulanzen von psychiatrischen Krankenanstalten und -abteilungen sowie die Psychosozialen Dienste.

Bezogen auf das Jahr 2000 gab es in Österreich etwa 800 FachärztInnen für Psychiatrie. Von den 442 Ordinationen verfügten lediglich 93 (21%) über einen §2-Kassenvertrag. Österreichweit waren demnach für 100.000 EinwohnerInnen (EW) 1,1 FachärztInnen mit Kassenvertrag vorhanden. Die höchste Kassenpsychiaterdichte mit 2,9 wies Vorarlberg, die niedrigste Oberösterreich mit 0,4 für 100.000 EW auf. Gemessen an den Planungszahlen kann man davon ausgehen, dass heute etwa 25% der für die Basisversorgung erforderlichen niedergelassenen FachärztInnen mit §2-Kassenvertrag zur Verfügung stehen.

Inzwischen stehen für die ambulante Versorgung PsychotherapeutInnen (im Jahr 2004: 5.788 PsychotherapeutInnen) in vielfach größerem Umfang zur Verfügung als FachärztInnen (Katschnig et al. 2004). Etwa 40% der Klinischen und Gesundheitspsychologen sowie der Großteil der PsychiaterInnen führen die Zusatzbezeichnung PsychotherapeutIn. Das Angebot ist flächendeckend jedoch regional ungleich verteilt. Die höchste Dichte mit etwa 104 PsychotherapeutInnen für 100.000 EW weist Wien, die niedrigste mit 25 das Burgenland auf. Österreichweit stehen für 100.000 EW 71 PsychotherapeutInnen zur Verfügung.

### ***Der extramurale bzw. komplementäre Versorgungsbereich***

Jene psychiatrischen Einrichtungen, die der Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranker dienen, die vor einigen Jahrzehnten überwiegend im Krankenhaus betreut wurden, werden heute üblicherweise als „extramurale“ oder „komplementäre“ Einrichtungen bezeichnet. Obwohl aufgrund der Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung heute in den psychiatrischen Krankenhäusern für diese psychisch Kranken kein Angebot mehr vorgehalten werde, verwenden wir in diesem Text den Begriff „komplementäre“ Einrichtungen.

Diese Einrichtungen (z.B. zur Tagesstrukturierung, zur Kontaktstiftung oder zur Unterstützung beim Wohnen) werden häufig auch als „sozialpsychiatrische“ Einrichtungen bezeichnet. Sozialpsychiatrie ist aber nicht auf diese Einrichtungstypen beschränkt, sondern bezieht sich auf einen der drei wesentlichen Bestandteile der Psychiatrie (neben biologischer und psychotherapeutischer Psychiatrie).

Hans Strotzka (1973) definierte Sozialpsychiatrie als „(...) jene Wissenschaft, die sich systematisch mit der Bedeutung von sozialen, kulturellen sowie Umgebungsfaktoren in weitestem Sinn für seelische Gesundheit und Krankheit befasst.“ Aus heutiger Sicht befasst sich die Sozialpsychiatrie somit unter anderem mit den folgenden Bereichen: der psychiatrischen Rehabilitation, der Soziotherapie, der Arbeit mit Angehörigen sowie dem sozialen Umfeld und Netzwerk, der Beschäftigung mit sozialen Ursachen für das Auftreten und den Verlauf von psychischen

Erkrankungen, der Beschäftigung mit den sozialen Folgen psychischer Erkrankungen (insbesondere jenen, die durch Stigma und Diskriminierung verursacht werden), der Versorgungsplanung und Versorgungsforschung, der Epidemiologie und der Prävention von psychischen Erkrankungen (Wancata et al. 2007, Hinterhuber et al. 2003, Kleinmann & Cohen 1997, Rutz 2004, Rutz 2006).

Komplementäre Einrichtungen und Dienste bieten ihre Leistungen Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und psychischen Beeinträchtigungen an, deren spezifische Bedürfnisse eine Rehabilitation notwendig machen und die durch andere ambulante oder stationäre Einrichtungen nicht oder nicht ausreichend betreut werden können. Diese Hilfen sollen sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren, an deren Ressourcen ansetzen, bedarfsgerecht sein und sich an den Prinzipien der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit und des ausreichenden Ausmaßes orientieren. Die dazu erforderlichen Hilfen betreffen die Bereiche „Wohnen“, „Tagesgestaltung“, „Arbeit“ und „Kommunikation“.

Wesentliche Merkmale dieser Einrichtungen sind Gemeindenähe und hohe Standortqualität wie leichte Erreichbarkeit und Einbettung in das unmittelbare gesellschaftliche Umfeld. Kleine, flexible und anpassungsfähige Rehabilitationsangebote fördern einen vorurteilsfreien Zugang und gewährleisten Akzeptanz und Wirksamkeit.

Psychiatrische Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, um „(...) einen seelisch behinderten Menschen über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischen, schulischen, beruflichen und allgemeinen sozialen Gebieten in die Lage zu versetzen, sich eine Lebensform und Lebensstellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden bzw. wieder zu erlangen“ (Bundesgemeinschaft für Rehabilitation 1984). Nach der Definition der Vereinten Nationen (1994) bezieht sich der Begriff „Rehabilitation“ auf einen Prozess, der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und/oder soziales Funktionsniveau erreichen und aufrecht erhalten, ihnen also Hilfestellungen zur Änderung ihres Lebens in Richtung eines höheren Niveaus der Unab-

hängigkeit zu geben (Rössler 2004, Haberfellern et al. 2004, 2006, Hinterhuber & Meise 2007). Der prinzipielle Rechtsanspruch auf Rehabilitation ist in Österreich gesetzlich festgelegt.

In den Psychiatrieberichten, dem ÖSG oder im Gesundheitsbericht 2006 wird dieses wichtige Versorgungssegment nur am Rande erwähnt und ausgeführt. Weiters wird im Gesundheitsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2006) ausgeführt, dass die Koordination von medizinischer und psychosozialer Versorgung wegen der Fragmentierung der Versorgungsbereiche und der damit unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen und Finanzierungsmodelle erschwert ist. Zudem verfügen – so sie überhaupt vollständig vorhanden sind – die einzelnen Bundesländer über unterschiedliche Dokumentations- und Berichtssysteme.

In diesem Zusammenhang bleibt häufig unberücksichtigt, dass zwar 7.000 Betten in der Psychiatrie durch die Enthospitalisierung von LangzeitpatientInnen abgebaut wurden, jedoch die so eingesparten Mittel nicht in den komplementären und rehabilitativen Bereich transferiert wurden. Vielmehr wurde dieser Bereich aus dem Gesundheits- in das Sozialressort ausgegliedert und belastete damit finanziell Länder und Gemeinden. Auch wird vielfach vergessen, dass die ÖBIG-Planwerte für die stationäre Versorgung unter der Prämisse angegeben wurden, dass zuvor die extramuralen, komplementären Dienste und Einrichtungen entsprechend ausgebaut werden.

---

### Ausblick – Herausforderungen für die Zukunft

---

Auch wenn die gemeindepsychiatrische Versorgung für viele Kranke Vorteile gebracht hat, stehen doch Probleme an, von denen wir nur einige herausgreifen.

Es wird zunehmend erkannt, dass gemeindepsychiatrische Versorgungsziele nur mit Hilfe integrierter Versorgungsmodelle umgesetzt werden können (Zechmeister & Oesterle 2007, Weltgesundheitsorganisation Europearegion, Brieger & Kirschbauer 2004). Wurden vor den Psychiatriereformen psychisch Kranke überwiegend im psychiatrischen Krankenhaus behandelt,

haben heute für die Behandlung und Rehabilitation eine strukturelle Differenzierung und ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Dies führte jedoch auch zu einer Fragmentierung der Versorgung. Durch Spezialisierung, unterschiedliche Leistungsanbieter (öffentliche, gemeinnützige, private), die Versorgungsebenen (stationär, ambulant, komplementär), sowie durch Unterschiede in Finanzierung und Budgets haben sich Schnittstellen bzw. Bruchlinien im System entwickelt. Zusätzlich zur Grundversorgung finden wir heute Fachgebiete wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Psychiatrie für Suchtkranke, die Gerontopsychiatrie, die Psychosomatik oder die Forensische Psychiatrie. Es beginnen sich dafür abgegrenzte Hilfesysteme mit jeweils separierten stationären, ambulanten und rehabilitativen Strukturen zu entwickeln, die sich hinsichtlich Ausrichtung, Identität, Konzepten, Sichtweisen, Personal oder auch den gesetzlichen Regelungen und der Finanzierung unterscheiden. Auch kann es, wie am Beispiel Psychosomatik beschrieben, zu einer Zweigleisigkeit in der Versorgung kommen. Die psychiatrische Basisversorgung bedarf einer integrierten Gemeindepsychiatrie. Durch einen kooperativen Verbund müssen sich Leistungserbringer und Kostenträger über die eigene Institutionsgrenzen hinwegsetzen, sich vernetzen, eine funktionale – an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten orientierte – Einheit bilden, die Leistungsangebote definieren und transparent gestalten. Dies trifft besonders auf Menschen mit Doppeldiagnosen, rezidivierenden oder chronischen Krankheitsverläufen, die einen komplexen Leistungsbedarf haben, zu. Eine Regionalisierung der Psychiatrie wird jedoch nur dann ermöglicht, wenn die Ungleichheiten in der Versorgungsdichte zwischen urbanen und ländlichen Gebieten ausgeglichen werden.

Die Psychiatrie muss sich vehementer als bisher gegen die nach wie vor bestehende Ausgrenzung und Abwertung psychisch Kranker stellen. Stigma und Diskriminierung sind noch so stark ausgeprägt, dass sie das wahre Behandlungshindernis darstellen (Grausgruber et al. 2007). Ihre Folgen sind häufig eine „zweite Krankheit“, die von Resignation und Rückzug sowie einer Ghettoisierung der Betroffenen in einer gemeindepsychiatrischen Subkultur geprägt ist.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass unter den Wohnungslosen eine besonders hohe Prävalenz psychischer

Erkrankungen zu finden ist. In der Stadt Mannheim litten beispielsweise 79% aller Obdachlosen unter irgendeiner psychischen Erkrankung (Salize et al. 2001). Ähnliche Berichte liegen in Österreich vor, wobei zunehmend mehr Menschen mit Schizophrenie oder bipolaren Erkrankungen unter den Wohnungslosen zu finden sind. Sehr häufig sind diese psychisch Kranken ohne jegliche psychiatrische, medizinische oder soziale Betreuung. Arbeitslosigkeit im Zusammentreffen mit einer schweren psychischen Krankheit dürfte einer der Hauptrisikofaktoren für Obdachlosigkeit sein. Spezielle nachgehende Angebote für psychisch kranke Obdachlose sind in Österreich noch eine Ausnahme, dürften aber eine zentrale Voraussetzung für deren Reintegration sein.

Viele psychisch Kranke finden in unserer Gesellschaft keine Arbeit und sind somit von der Teilhabe an zahlreichen gesellschaftlichen Möglichkeiten ausgeschlossen (Frühwald et al. 2006). Im langjährigen Vergleich nahmen Pensionierungen aufgrund von Invalidität wegen psychischer Krankheiten stark zu; so sind sie von 1985 bis 1999 um das Zweieinhalbfache gestiegen, obwohl im gleichen Zeitraum die jährlichen Neuzugänge aller Berufsunfähigkeitspensionen abgenommen haben. Heute stellen in Österreich psychische Krankheiten die häufigste Ursache für Pensionierungen aufgrund von Invalidität dar. Bei den 30–39-jährigen männlichen Angestellten machen psychische Krankheiten sogar mehr als die Hälfte der Ursachen für eine Berufsunfähigkeitspension aus. Wichtige Fragen müssen geklärt werden, um psychisch Kranken besser bei einer beruflichen Reintegration helfen zu können.

In den letzten Jahren finden sich zunehmend Berichte, dass in Gefängnissen eine hohe Zahl psychisch Kranker zu finden ist (Frühwald et al. 2002, O'Brien et al. 2003). So berichtete eine repräsentative britische Studie unter weiblichen Gefangenen, dass 14% unter schizophrenen oder affektiven Psychosen und mehr als ein Drittel unter Alkoholmissbrauch leidet. In Österreich berichteten Frühwald und MitarbeiterInnen von einer seit Jahren steigenden Zahl von Suiziden in Gefängnissen. Auch im so genannten „Maßnahmenvollzug“ werden zunehmend mehr Menschen mit schizophrenen Psychosen gemäß § 21/1 StGB untergebracht, was auf ein Versagen der psychiatrischen Versorgung zurückgeführt wird. Die Ursachen für diese

Zunahme verdienen eine genaue Untersuchung (Schanda et al. 2006, Haller & Prunnelechner-Neumann 2006). Noch immer bekommt ein beträchtlicher Teil psychisch Kranker nicht die entsprechenden Behandlungen und Hilfsangebote. Eine groß angelegte Studie, die in mehreren EU-Ländern durchgeführt wurde, (ESEMeD – European Study of Mental Disorders Projekt) berichtet, dass auch in reichen Staaten, wie Deutschland, Frankreich, Holland, Italien oder Spanien hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen große Lücken bestehen (Alonso et al. 2004). Allerdings zeigte sich in der ESEMeD-Studie, dass auch eine Reihe jener Personen, die nicht psychisch krank waren, Psychopharmaka bekommen hatten bzw. in psychosozialen Einrichtungen gewesen waren. Die Gründe für diese vermutlich unnötigen Interventionen bei psychisch Gesunden und die Gründe für die mangelnde Behandlung psychisch Kranker konnten in der ESEMeD-Studie nicht geklärt werden.

Es stellt sich die Frage, ob auch in Österreich ein erheblicher Teil aller psychiatrischen bzw. psychosozialen Interventionen von Personen ohne psychische Krankheit in Anspruch genommen wird. Dies würde eine enorme Fehlplatzierung von Mitteln bedeuten, die eigentlich psychisch Kranken zugute kommen sollten. Auch die Frage, wie es zu einer solchen Entwicklung kommen kann, scheint von enormer Bedeutung: Werden Personen von ihren nicht-psychiatrischen Ärzten fälschlich als psychisch krank klassifiziert oder suchen Personen selbst psychiatrisch-psychosoziale Hilfe, weil sie ihren körperlichen Zustand fälschlich als psychisch bedingt interpretieren?

Die Ergebnisse all dieser Studien sind jedoch, was die Prävalenz psychischer Störungen sowie die Behandlungsqualität betrifft, auf Österreich nicht übertragbar. Nur durch eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung der österreichischen Bevölkerung könnten die entsprechenden Antworten gefunden werden.

Um in Österreich weitere konkrete Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung zu erzielen, wäre es aber zweckdienlich, dass durch das Gesundheitsministerium aufgrund des bereits vorhandenen Wissens eine Politik für psychische Gesundheit festgeschrieben und mit den Bundesländern vereinbart wird.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2005 (ÖBIG 2006) könnte dafür hilfreich sein, dass auch für die Psychiatrie eine integrierte Versorgung entsteht, da dieser Plan unter anderem von der isolierten Betrachtung der Krankenhausversorgung abgeht, womit er jenen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsplanung vollzieht, der von den österreichischen ExpertInnen für die Psychiatrie schon seit etwa 20 Jahren gefordert wird.

Eine sich an der Einzelperson orientierte integrierte Behandlung ist angesichts der Fragmentierung der Kostenträger und der Aufspaltung der Budgets, sowie der mancherorts unübersichtlichen Vielzahl von Einrichtungen und Diensten heute noch schwierig zu verwirklichen. Eine integrierte Versorgung kann jedoch nur mit Hilfe einer integrierten Finanzierung umgesetzt werden. Eine moderne psychiatrische Versorgung erfordert Kooperation und Koordination; nicht nur auf Seiten der Leistungsanbieter sondern auch auf Seiten der Kostenträger. Die Realität ist heute noch, dass die Kostenträger enorm zersplittert sind. Auch die Kostenträger müssten personenzentriert zusammenarbeiten, wie dies mit Recht von den Leistungsanbietern gefordert wird (Hinterhuber et al. 2001, 2007, Aktionsgruppe Psychiatrie 2007, World Health Organization 2004).

Psychisch Kranke haben so wie körperlich Kranke ein Recht darauf, möglichst optimale Versorgungsstrukturen vorzufinden, die dazu beitragen, ihr Leiden zu verringern, aber auch die individuell größtmögliche Autonomie, Partizipation und Lebensqualität zu erreichen. Vieles wurde in den letzten drei Jahrzehnten in Österreich erreicht, eine Reihe von wichtigen Fragen und Problemen steht aber noch an.

---

## Literatur

---

- Aktionsgruppe Psychiatrie (2007) Psychiatrie in Deutschland. Strukturen – Leistungen – Perspektiven: Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Baden-Württemberg
- Alonso J, Angermeyer MC, Lepine JP (2004) Sampling and Methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: Acta Psychiatr Scand Suppl 420: 8-12
- Brieger P, Kirschbauer H-J (2004) Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein? Psychiatr Prax 31: 383-386

- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006) Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006 – Berichtszeitraum 2004-2005. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (1992) Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs. Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 93: 265-289
- Frühwald S, Bühler B, Grasl R, Gebetsberger M, Matschnig T, Lönig F, Frottier P (2006) (Irr-)Wege in die Arbeitswelt – Langzeitergebnisse arbeitsrehabilitativer Einrichtungen für psychisch Kranke der Caritas St. Pölten. *Neuropsychiatr* 20: 250-256
- Frühwald S, Frottier P, Benda N, Eher R, König F, Matschnig T (2002) Psychosoziale Charakteristika von Suizidopfern in Gefängnissen. *Wiener Klinische Wochenschrift* 114: 691-696
- Gesellschaft der Österreichischen Nervenärzte und Psychiater (1986) Van Swieten – Memorandum zur psychiatrischen Versorgung. *Öst Ärztezg* 23: 44-46
- Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schöny W, Fleischhacker WW (2007) Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatr Scand* 115: 310-319
- Haberfellner EM, Schöny W, Platz T, Meise U (2006) Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatr* 20: 215-218
- Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Schöny W (2004) Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall. *Neuropsychiatrie* 18: 18-24
- Haller R., R. Prunnelechner-Neumann: Forensische Psychiatrie – Die Rolle des Faches zwischen Medizin, Justiz und Öffentlichkeit. *Neuropsychiatr* 20, 1-3 (2006)
- Hinterhuber H, Hinterhuber EM, Katschnig H, Meise U (2003) Das Menschenbild in der Sozialpsychiatrie. In Hinterhuber H, Heuser MP, Meise U (Hrsg) *Bilder des Menschen*, VIP-Verlag Innsbruck, 98-109
- Hinterhuber H, Liensberger D, Tasser A, Schwitzer J, Rizzuti E, Meise U (2001) Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien. 22 Jahre nach Franco Basaglias Reformgesetz Nr.180. *Nervenarzt* 72: 501-510
- Hinterhuber H, Meise U (2007) Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. *Neuropsychiatr* 21: 1-4
- Hinterhuber H, Rutz W, Meise U (2007) Psychische Gesundheit und Gesellschaft. „... Politik ist nichts anderes als Medizin im Großen.“ *Neuropsychiatr* 21: 180-186
- Katschnig H, Denk P, Scherer M (2004) Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien
- Katschnig H, Donat H, Fleischhacker W, Meise U (2002) 4x8 Empfehlungen zur Behandlung der Schizophrenie. edition pro mente, Linz
- Katschnig H, Ladisner E, Scherer M, Sonneck G, Wancata J (2001) Österreichischer Psychiatriebericht 2001: Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Kleinmann A, Cohen A (1997) Psychiatry's global challenge. An evolving crisis in the developing world signals the need for a better understanding of the links between culture and mental disorders. *Scientific American*, 74-77
- Meise U, Forster H, Günther V, Kreuzer HG, Stieg K, Wancata J, Hinterhuber H (2000) Stationäre psychiatrische Versorgung: Die Regionalisierung ist möglich! *Neuropsychiatr* 14: 55-70
- Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg) (1991) Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung. Springer-Verlag, Wien, New York
- Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg) (1998) Gemeindepsychiatrie in Österreich. Eine gemeindenahere Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt. VIP-Verlag, Innsbruck
- Meise U, Kemmler G, Kurz M, Rössler W (1996) Die Standortqualität als Grundlage psychiatrischer Versorgungsplanung. *Das Gesundheitswesen* 58: 29-37
- Meise U, Sulzenbacher H, Eder B, Klug G, Schöny W, Wancata J (2006) Psychische Gesundheitsversorgung in Österreich – Eine Beurteilung durch unterschiedliche Gruppen von Psychiatriebetroffenen auf Grundlage der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation. *Neuropsychiatr* 20: 174-185
- Meise U, Wancata J (2006) „Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ – Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz für Psychische Gesundheit; Helsinki 2005. *Neuropsychiatr* 19: 151-154
- Miller C, Rinner H, Wancata J, Sulzenbacher H, Meise U (2004) Verändert die Regionalisierung der stationären psychiatrischen Behandlung die Inanspruchnahme? *Neuropsychiatrie* 18: 47-54
- O'Brien M, Mortimer L, Singleton N, Meltzer H (2003) Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales. *International Review of Psychiatry* 15: 153-157
- ÖBIG (2006) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2005 (ÖSG). Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- ÖBIG (1997) Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. ÖBIG, Wien
- Österreichischer Rechnungshof (1998) Psychiatrie auf dem Prüfstand. Zusammenfassung des Berichtes des ÖR über die psychiatrische Versorgung in Österreich: In Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg) *Gemeindepsychiatrie in Österreich*, VIP-Verlag, Innsbruck, 55-83
- pro mente austria (2005) EU einig für psychische Gesundheit. Zeitschrift des österreichischen Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit 2/2005
- pro mente austria (4/2005) Sozialpsychiatrie: Neue Ziele durch klare Orientierung. Zeitschrift des österreichischen Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit
- Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, et al (2004) Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *Eur Psychiatry*, 19: 483-488
- Rössler W (Hrsg) (2004) *Psychiatrische Rehabilitation*, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York

- Rössler W, Meise U (1993) Neue Trends in der psychiatrischen Versorgung: Neuropsychiatr 7: 171-175
- Rössler W, Salize HJ, Häfner H (1993) Gemeindepsychiatrie-Grundlagen und Leitlinien: Planungsstudie Luxemburg. VIP-Verlag, Innsbruck
- Rutz W (2004) A need to rethink social psychiatry in Europe. The Lancet 363: 1652
- Rutz W (2006) Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? Acta Psychiatr Scand 113, Suppl 429: 95-100
- Salize HJ, Horst A, Dillmann-Lange C, Killmann U, Stern G, Wolf I, Henn F, Rössler W (2001) Needs for Mental Health Care in Single Homeless People. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 36: 207-216
- Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G (2006) Psychisch Kranke zwischen Psychiatriereform und Justiz: Die Zukunft des österreichischen Maßnahmenvollzuges nach § 21/1 StGB. Neuropsychiatrie 20: 40-49
- Schrank B, Amering M (2007) „Recovery“ in der Psychiatrie. Neuropsychiatr 21: 45-50
- Wancata J, Benda N, Hajji M, Lesch OM, Müller C (1996) Psychiatric disorders in gynaecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and rural area of Austria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 31: 220-226
- Wancata J, Kapfhammer HP, Schüssler G, Fleischhacker WW (2007) Sozialpsychiatrie: Essentieller Bestandteil der Psychiatrie. Psychiatrie & Psychotherapie. 3, 58-64
- Weltgesundheitsorganisation Europaregion: Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen.  
<http://www.euro.who.int/dokument/mnh/gdoc07.pdf>
- Wißgott L (1991) Richtlinien für die psychiatrische Versorgung: Grundsätze einer bedürfnisgerechten psychiatrischen Betreuung der Bevölkerung. In: Meise U, Hafner F Hinterhuber H: Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung. Springer-Verlag, Wien
- World Health Organization (2004) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Policy, Plans and Programmes. WHO, Genf
- World Health Organization (2002) The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Genf
- Zechmeister I, Oesterle A (2007) Informelle Betreuung psychisch erkrankter Menschen: Schafft das österreichische Pflegevorsorgesystem adäquate Voraussetzungen? Neuropsychiatr 21: 29-36

# Stationäre Behandlungsepisoden mit der Diagnose Schizophrenie in österreichischen Krankenanstalten

Heinz Katschnig und Michael Scherer

---

## Das Problem

---

Schizophrenie gilt bei Laien in der Regel als *der* Prototyp der Geisteskrankheit, auf den alle negativen Kriterien, die mit Geisteskrankheit assoziiert werden – gefährlich und unberechenbar, vor allem aber unheilbar und chronisch –, zutreffen. In den ersten Jahrzehnten der wissenschaftlichen Psychiatrie vor rund hundert Jahren war Schizophrenie geradezu durch ihre Unheilbarkeit und Progredienz definiert – der ursprünglich gebrauchte Begriff „Dementia praecox“ (vorzeitige Verblödung) bringt dieses definitorische Kriterium recht deutlich zum Ausdruck. Im Gegensatz dazu war das „Manisch-Depressive Irresein“ durch Kommen und Gehen von Episoden definiert, also durch zwischenzeitliche Remission.

In den vergangenen hundert Jahren ist aber klar geworden, dass die Krankheit Schizophrenie – zumindest im Hinblick auf den Verlauf – verschiedene Subtypen hat und dass nur etwa ein Fünftel aller PatientInnen einen chronischen bzw. progredienten Verlauf zeigen. Dies spiegelt sich in gewisser Weise in den Daten über stationäre Aufnahmen wider – nur in „gewisser Weise“, weil eine Krankheitsepisode bei einer Entlassung aus stationärer Behandlung nicht unbedingt abgeklungen sein muss und die heute relativ gut ausgebaute ambulante, teilstationäre und komplementäre Versorgung auch bei weiter bestehender Krankheitssymptomatik eine Art „Erhaltungsthe-

rapie“ außerhalb des Krankenhauses gewährleistet. So waren bereits 1974 in der Erhebung zur stationären Psychiatrischen Versorgung der Österreichischen Bevölkerung (Katschnig, Grumiller, Strobl 1975) zwei Jahre nach der Aufnahme nur mehr 2% aller PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie stationär.

Aber: Ob ein Patient mit der Diagnose Schizophrenie stationär aufgenommen und wann er entlassen wird, hängt nicht nur davon ab, wie gut die extramurale Behandlung in einzelnen Regionen ausgebaut ist, sondern auch davon, wie die finanzielle Abgeltung einer stationären Aufnahme geregelt ist (in Österreich durch das LKF-System, das eine eher frühe Entlassung nahe legt), wie viele Betten zur Verfügung stehen (was von Land zu Land sehr verschieden ist), wie gut Angehörige unterstützt werden, bei denen die zu Beginn der Krankheit ja noch recht jungen PatientInnen oft noch wohnen, und von vielen anderen Determinanten. Mit anderen Worten: Wenn im folgenden Zahlen über stationäre Behandlungsepisoden mit der Diagnose Schizophrenie berichtet werden, so kann dies nur einen kleinen Teil der Versorgungslandschaft dieser Krankheit abbilden (Katschnig et al, 2007).

Freilich liegen über stationäre Behandlungsepisoden – im Gegensatz zu anderen Versorgungsbereichen, z.B. zum ambulanten oder zum Bereich des betreuten Wohnens – recht verlässliche Daten vor, die routine-

mäßig und laufend erhoben werden (s. Katschnig et al, 2004; in Österreich im Rahmen des LKF = Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungssystem).

Vor hundert Jahren war die psychiatrische Versorgung durch den stationären Bereich allein repräsentiert und man bekam durch deren Darstellung ein praktisch vollständiges Bild der Versorgung, die jedoch im Vergleich zu den heutigen komplexen Versorgungsstrukturen äußerst rudimentär war.

Zwar stellt also heute die stationäre Behandlung psychisch Kranker nur die Spitze des Eisberges der gesamten Versorgungsrealität dar, sie ist aber wegen einer Reihe von Aspekten an sich darstellenswert – etwa wegen ihrer Kostenintensität, wegen der Anwendung des Unterbringungsgesetzes (damit der Einschränkung der persönlichen Freiheit) und wegen der Frage, wie die neue Entwicklung weg von psychiatrischen Großanstalten hin zu kleinen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die stationären Behandlungsraten beeinflusst.

---

### Methodik

---

Zur Darstellung der stationären Versorgung von Personen, die an Schizophrenie leiden, wurden die LKF Daten (im Wesentlichen aus dem Österreichischen Psychiatriebericht 2004; Katschnig et al 2004) herangezogen. LKF-Daten sind die für die Verrechnung von stationären Aufenthalten an die Länderfonds gemeldeten und an das BMGFJ weitergeleiteten Daten. Wichtig für das Verständnis dieser Daten ist, dass sie erst bei der Entlassung gemeldet werden, dass es sich also nicht um eine Inzidenz handelt, sondern in gewisser Weise um eine „De-zidenz“.

Da für die Verrechnung des stationären Aufenthaltes jeweils nur die Hauptdiagnose zählt, in der Psychiatrie aber Komorbidität, also das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheitsbilder nichts Ungewöhnliches ist (z.B. Schizophrenie und Abhängigkeit, Depression und Angststörung), lässt sich aus diesen Verrechnungsdaten naturgemäß kein vollständiges Bild erheben – deshalb müssen auch die Nebendiagnosen berücksichtigt werden, was für diesen Bericht möglich war. Hervorzuheben ist außerdem, dass PatientInnen, die

nicht entlassen werden, in diesem Datensystem nicht abgebildet werden können, sodass es damit nicht möglich ist, eine administrative Prävalenz (wie viele PatientInnen waren mit welcher Diagnose an einem Stichtag stationär?) abzubilden.

---

### Ergebnisse

---

Im Österreichischen Psychiatriebericht 2004 (die Daten beziehen sich auf das Jahr 2002) konnten alle Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten nach ICD-10 Haupt- und Nebendiagnosen (zweistellig, also Psychiatrie: F0, F1, F2 ... F9) ausgewertet werden. Wie gleich zu zeigen sein wird, bedeutet dies nicht einfach „Entlassungen aus psychiatrischen Betten“, sondern Entlassungen mit einer psychiatrischen Diagnose auch aus nicht-psychiatrischen Betten.

#### **Der Hintergrund – Krankenhausepisoden in Österreich 2002**

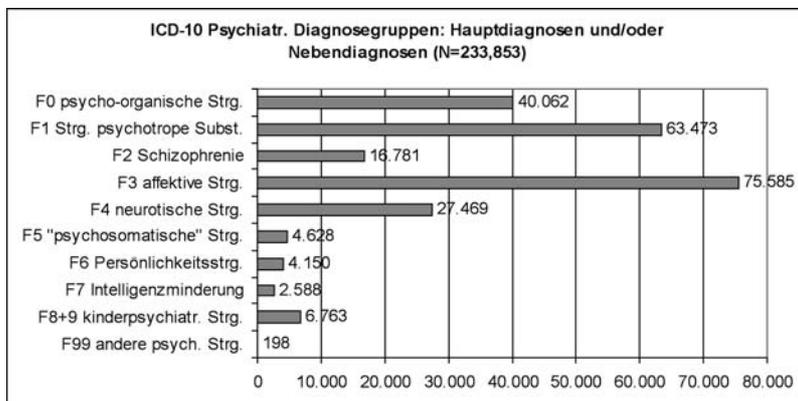
Im Jahre 2002 wurden in den über 300 Krankenanstalten Österreichs 2,319.883 Krankenhausepisoden beendet (durch Entlassung oder durch Versterben). Dabei wurde in 107.120 Fällen (= 4,6%) eine psychiatrische Hauptdiagnose vergeben, also praktisch bei jeder 20. Entlassung.

Werden sowohl psychiatrische Haupt- als auch Nebendiagnosen berücksichtigt, dann steigt dieser Wert auf 233.853, damit auf über 10%. Bedenkt man, dass dies offiziell vergebene Diagnosen sind (in einem guten Prozentsatz von Ärzten in nicht-psychiatrischen Abteilungen, s.u.), dann ist dies ein überraschend hoher Prozentsatz. Bemerkenswert ist, dass drei Viertel dieser Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten erfolgen und nur ein Viertel aus psychiatrischen Betten.

Die 4,6% aller Entlassungen mit einer *somatischen Haupt-* und einer *psychiatrischen Nebendiagnose* haben eine im Schnitt doppelt so lange Aufenthaltsdauer, wie die Gruppe mit entsprechender somatischer Hauptdiagnose ohne psychiatrische Nebendiagnose – ein für den Betrieb von Krankenanstalten im Rahmen des LKF-Systems nicht unwesentlicher Befund.

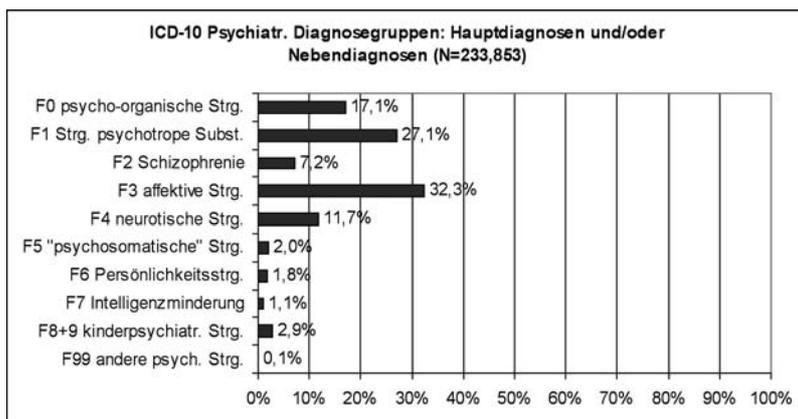
**Abb. 1:**

Alle Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten 2002 mit einer psychiatrischen Haupt- und/oder Nebendiagnose (ICD-10 Kapitel F) nach den diagnostischen Hauptgruppen F0- F9 - Absolutwerte



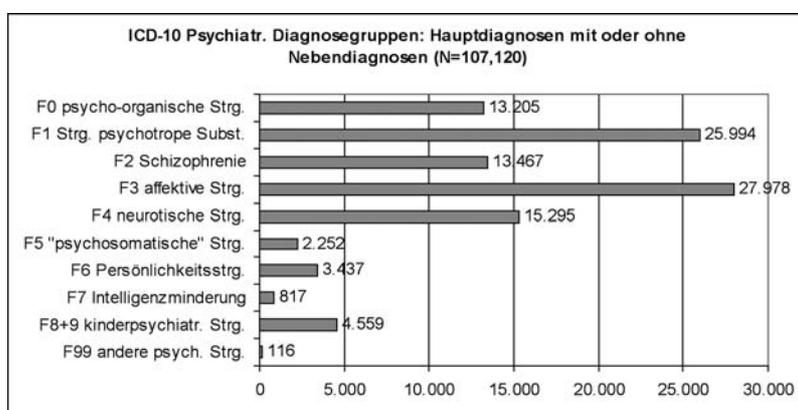
**Abb. 2:**

Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten 2002 mit einer psychiatrischen Haupt- und/oder Nebendiagnose (ICD-10 Kapitel F) nach den diagnostischen Hauptgruppen F0- F9 - Prozentwerte



**Abb. 3:**

Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten 2002 mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) nach den diagnostischen Hauptgruppen F0- F9 - Absolutwerte



### Krankenhausepisoden 2002 mit der Diagnose Schizophrenie

Unter den 233.853 Krankenhausepisoden mit einer psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnose endeten 16.781 mit der Diagnose einer Schizophrenie (ICD-10: F2). Dies sind 7.2% aller psychiatrischen Entlassungsdiagnosen (**Abb.1 und 2**), womit die Diagnose Schizophrenie lediglich an fünfter Stelle aller Entlassungsdiagnosen steht.

Es handelt sich hier um Entlassungen aus sämtlichen (über 300) österreichischen Krankenanstalten, also auch um Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten. Da eher unwahrscheinlich ist, dass PatientInnen mit einer Hauptdiagnose Schizophrenie in nicht-psychiatrischen Betten behandelt werden, solche mit einer Nebendiagnose aber sehr wohl (weil sie wegen einer körperlichen Krankheit aufgenommen werden), ist eine Aufteilung nach Haupt- und Nebendiagnose von Interesse (**Abb.3 – 6**).

Von den 107.120 Entlassungen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose – gleich ob es auch noch eine psychiatrische Nebendiagnose gibt oder nicht – haben 13.467 die Diagnose einer Schizophrenie (12.6%), von den 126.733 Entlassungen ohne psychiatrische Hauptdiagnose aber mit psychiatrischer Nebendiagnose haben 3.314 (2.6%) diese Diagnose. Anders ausgedrückt: Von allen Entlassungen mit der Diagnose Schi-

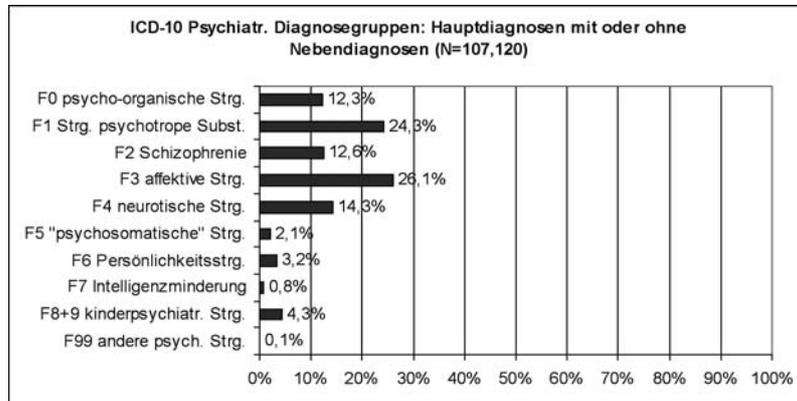
zophrenie erfolgen fast genau 80% als Hauptdiagnose und 20% als Nebendiagnose.

Bei dieser Art von Betrachtung verschieben sich die Beziehungen der Diagnose Schizophrenie zu den anderen Diagnosengruppen. Im ersten Fall (**Abb. 3 und 4**) ist die Diagnose Schizophrenie nun etwa gleich häufig wie die psychoorganischen und die neurotischen Störungen (mit Abstand allerdings hinter den beiden ersten Diagnosengruppen – affektive Störungen und Abhängigkeit). Im zweiten Fall (**Abb. 5 und 6**) bleibt Schizophrenie zwar an 5.Stelle ist aber mit 2,6% sehr weit hinter der ersten Diagnosengruppe, den affektiven Störungen (37,6%).

Die Aufteilung nach Haupt- und ausschließlicher Nebendiagnose ist nur eine annähernde Beschreibung der unterschiedlichen Situation in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Betten. Eine präzisere Abbildung ist nur durch die direkte Betrachtung dieser unterschiedlichen Betten möglich. Dabei gibt es allerdings Abgrenzungsschwierigkeiten, weil es zumindest 2002 noch „gemischte“ neurologisch-psychiatrische Abteilungen gab. Im Jahre 2002 wurden in Österreich 4.496 psychiatrische Betten gezählt, worin allerdings auch 208 Betten in gemischten „neurologisch-psychiatrischen“ und kinderpsychiatrischen Betten enthalten sind. Werden zum Zwecke des Vergleiches mit nicht-psychiatrischen Betten diese 208 Betten weggelassen, dann verbleiben 4.288 reine

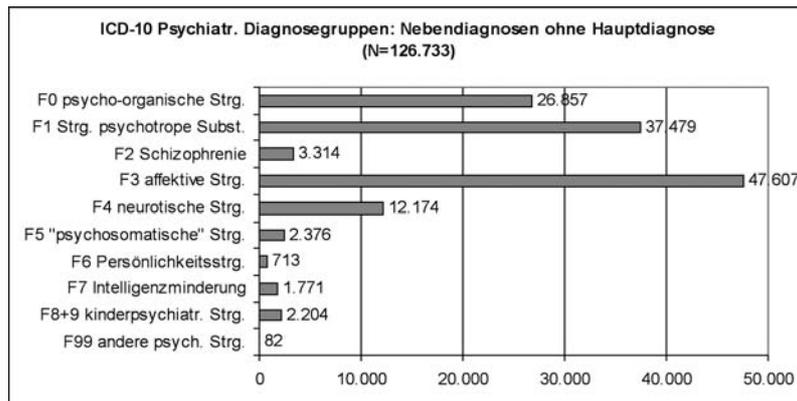
**Abb. 4:**

Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten 2002 mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose ICD-10 Kapitel F) nach den diagnostischen Hauptgruppen F0- F9 - Prozentwerte



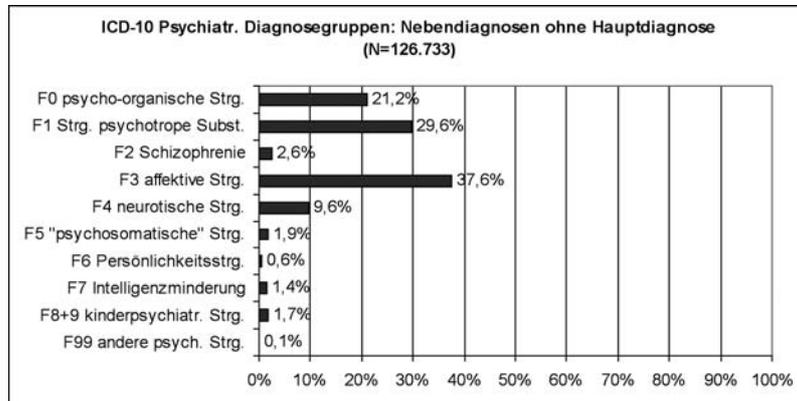
**Abb. 5:**

Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten 2002 mit einer psychiatrischen Nebendiagnose ohne psychiatrische Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) nach den diagnostischen Hauptgruppen F0- F9 - Absolutwerte



**Abb. 6:**

Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten 2002 mit einer psychiatrischen Nebendiagnose ohne psychiatrische Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) nach den diagnostischen Hauptgruppen F0- F9 - Prozentwerte



psychiatrische Betten, von denen sich 3.688 Betten in traditionellen psychiatrischen Krankenhäusern befanden und 600 in psychiatrischen Universitätskliniken oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Bei Entlassungen aus „rein“ psychiatrischen Betten (N= 4288) findet sich die Diagnose Schizophrenie in 21.5%, bei Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten in 2.6%. Anders betrachtet: 73% aller Entlassungen mit der Diagnose Schizophrenie erfolgen aus psychiatrischen Betten, 27% aus nicht-psychiatrischen Betten.

**Tabelle 1:**

Psychiatrische und Nicht-Psychiatrische Betten. Aufenthaltsdauer in Tagen 2002, F-Diagnosegruppen: Hauptdiagnosen mit oder ohne Nebendiagnosen (KA = Krankenhaus)

ICD-10 Hauptdiagnosegruppe	Alle KA/Abt				Total	
	Nicht-psych. Abt./KA		Psychiatr. KA/Abt.		Alle KA/Abt.	
	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl
nicht-psychiatrisch	7,65	2.201.977	11,74	10.786	7,67	2.212.763
F0 psycho-organische Strg.	32,98	7.995	19,89	5.210	27,82	13.205
F1 Strg. psychotrope Subst.	7,00	9.485	20,93	16.509	15,85	25.994
F2 Schizophrenie	13,89	1.150	25,48	12.317	24,49	13.467
F3 affektive Strg.	10,15	12.257	19,93	15.721	15,65	27.978
F4 neurotische Strg.	6,03	8.404	13,04	6.891	9,18	15.295
F5 „psychosomatische“ Strg.	11,05	1.425	21,14	827	14,76	2.252
F6 Persönlichkeitsstrg.	16,19	722	18,14	2.715	17,73	3.437
F7 Intelligenzminderung	177,44	225	25,95	592	67,67	817
F8+9 kinderpsychiatr. Strg.	7,48	2.185	7,85	2.374	7,67	4.559
F99 andere psych. Strg.	24,03	94	46,64	22	28,32	116

**Tabelle 2:**

Psychiatrische Betten: Aufenthaltsdauer in Tagen 2002, F-Diagnosegruppen: Hauptdiagnosen mit oder ohne Nebendiagnosen (KA=Krankenanstalt, Abt = Abteilung am Allgemeinkrankenhaus)

ICD-10 Hauptdiagnosegruppe	Alle KA/Abt				Total	
	Traditionelle KA		Andere KA/Abt.		Alle Psychiatr. KA/Abt.	
	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl
nicht-psychiatrisch	11,27	6.368	12,43	4.418	11,74	10.786
F0 psycho-organische Strg.	20,70	4.345	15,81	865	19,89	5.210
F1 Strg. psychotrope Subst.	15,93	11.341	31,91	5.168	20,93	16.509
F2 Schizophrenie	27,11	9.635	19,65	2.682	25,48	12.317
F3 affektive Strg.	21,27	9.617	17,81	6.104	19,93	15.721
F4 neurotische Strg.	13,16	4.565	12,80	2.326	13,04	6.891
F5 „psychosomatische“ Strg.	21,02	270	21,19	557	21,14	827
F6 Persönlichkeitsstrg.	19,49	1.800	15,50	915	18,14	2.715
F7 Intelligenzminderung	29,64	466	12,28	126	25,95	592
F8+9 kinderpsychiatr. Strg.	8,49	1.322	7,04	1.052	7,85	2.374
F99 andere psych. Strg.	46,64	22	0,00	0	46,64	22

### Aufenthaltsdauer bei Entlassungsdiagnose Schizophrenie

Bei Vorhandensein der Diagnose Schizophrenie als Haupt- oder Nebendiagnose bei der Entlassung aus irgendeiner Krakenanstalt betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 24.5 Tage (**Tabelle 1**; psychiatrische Betten: 25.5 Tage, nicht-psychiatrische Betten 13.9 Tage, wobei in letzterem Fall die Diagnose Schizophrenie vermutlich nicht der Behandlungsanlass war, sondern eine körperliche Krankheit, und so die kürzere Behandlungsdauer zu erklären ist).

Ein bemerkenswerter Unterschied zeigt sich allerdings bei näherer Betrachtung der Entlassungen aus psychiatrischen Betten: In traditionellen psychiatrischen Krankenhäusern (das sind die heute auch schon kleiner gewordenen traditionellen „Großkrankenhäuser“) ist die Aufenthaltsdauer deutlich länger als der Durchschnitt (29.1 Tage), in neu eröffneten psychiatrischen Betten in (bzw. „nahe bei“) Allgemeinkrankenhäusern deutlich kürzer (19,7 Tage; **Tabelle 2**). Freilich ist dieser Unterschied nicht einfach zu interpretieren, da nicht bekannt ist, welche Betten eine Aufnahmeverpflichtung auch für untergebrachte PatientInnen hatten, welche nicht. Zurzeit liegen dazu keine diagnosenspezifisch auswertbaren Daten vor.

Ein Vergleich der Unterbringungsdaten laut UbG für psychiatrische Krankenanstalten und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in einem österreichischen Bundesland zeigte 2007 (nicht diagnosenspezifisch) einen deutlichen Unterschied – während bei Ersteren rund 50% unter das UbG fallen, sind es bei Letzteren nur rund 10%.

## Zusammenfassung

Bei den 2,319.883 stationären Episoden im Jahre 2002 in den über 300 österreichischen Krankenanstalten wurde in 233.853 Fällen (also über 10%) mindestens eine psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnose vergeben. In 16.781 Fällen (7.2% von der letzteren Gruppe) war die Diagnose „Schizophrenie“, davon in 13.467 (80%) die Hauptdiagnose, in 3.314 (20%) die Nebendiagnose (letztere Gruppe zum Großteil aus nicht-psychiatrischen Betten). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 24,5 Tage und war in nicht-psychiatrischen Betten deutlich kürzer. In psychiatrischen Betten in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern war sie mit 19,7 Tagen deutlich kürzer als in traditionellen psychiatrischen Krankenanstalten (27,1 Tage), in denen auch Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz (nicht diagnosenspezifisch) deutlich häufiger sind als in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

## Literatur

- Katschnig H, Grumiller I, Strobl R (1975) Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Eine Untersuchung über die Inzidenz in den psychiatrischen Universitätskliniken und Krankenhäusern Österreichs. Im Auftrag des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen, Wien
- Katschnig H, Denk P, Scherer M (2004) Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Unter Mitarbeit von Croy A, Gaisberger M, Heindl F, Horvath C, Krautgartner M, Ladinsger E, Schrank B, Weibold B und Zechmeister I. Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie. Universitätsklinik für Psychiatrie Wien [http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/9/9/5/CH0026/CMS1098965386003/oesterreichischer\\_psychiatriebericht\\_2004\\_katschnig\\_et\\_al.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/9/9/5/CH0026/CMS1098965386003/oesterreichischer_psychiatriebericht_2004_katschnig_et_al.pdf)
- Katschnig H, Breier P, Constantopoulos A, Dragomirecka E, Rancans E, Reneses B, Angerer K, Obernosterer E (2007) Chapter 5. Monitoring service utilisation. In: Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V (eds): Improving Mental Health Information in Europe – Proposal of the MINDFUL Project. STAKES, Helsinki, 67-77

# Ambulante ärztliche Versorgung

Günter Klug

## Einleitung

Die Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten in Österreich deutlich verändert. Im Zuge der Reformbewegungen wurde die Zahl der Betten und die Verweildauer deutlich reduziert. Von 1974 bis 2002 sank die Zahl der psychiatrischen Betten von 11.763 auf 4.496 und zeitgleich auch die Aufenthaltsdauer. Im Gegensatz dazu stiegen die § 8 Zuweisungen (Zuweisungen nach dem Unterbringungsgesetz) seit 1992 wieder an (Katschnig et al. 2004). Österreich ist damit im Einklang mit den Entwicklungen in Europa, die Bettenmessziffer liegt aber im unteren Bereich.

Die Schaffung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hat in den meisten Bundesländern die stationären Angebote nicht nur gemeindenäher gemacht, sondern auch stärker in die „normale“ Gesundheitsversorgung eingebunden. Diese Entwicklungen haben die Anforderungen an den ambulanten

Bereich deutlich verschoben. Auch schwer und schwerst erkrankte PatientInnen verbringen den größten Teil ihres Lebens in der Gemeinde. Durch die Verkürzung der Verweildauern werden sie nach Krisen früher und daher in weniger stabilisiertem Zustand aus dem stationären Bereich entlassen. Dadurch trifft die gesamte Zahl der erkrankten Menschen sehr rasch den ambulanten Bereich (**Tabelle 1**).

**Tabelle 1:**

*Geschätzte Zahl der in den letzten 12 Monaten von psychischen Störungen betroffenen 18- bis 65-jährigen Personen in der EU*

Diagnose (DSM-IV)	12-Monate-Schätzung	12-Monate-Schätzung
	%	(Millionen)
Alkoholabhängigkeit	2,4	7,2
Drogenabhängigkeit	0,7	2
Psychotische Störungen	1,21	3,7
Starke Depression	6,1	18,4
Bipolare Störungen	0,8	2,47
Panische Störungen	1,8	5,3
Agoraphobie	1,3	4
Sozialphobie	2,2	6,7
Allgemeine Angststörungen (GAD)	2	5,9
Spezifische Phobien	6,1	18,5
Obsessive Störungen/Zwangsstörungen (OCD)	0,9	2,7
Somatoforme Störungen	6,3	18,9
Essstörungen	0,4	1,2
<b>Psychische Störungen allgemein</b>	<b>24,4</b>	<b>82,7</b>

Quelle: Grünbuch, Kommission der europäischen Gemeinschaften  
Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2005): Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Nuber 4, pp. 357-376. 12-Monats-Werte von der Kommission gerundet. Prozentzahlen auf der Basis von Berechnungen der Kommission.

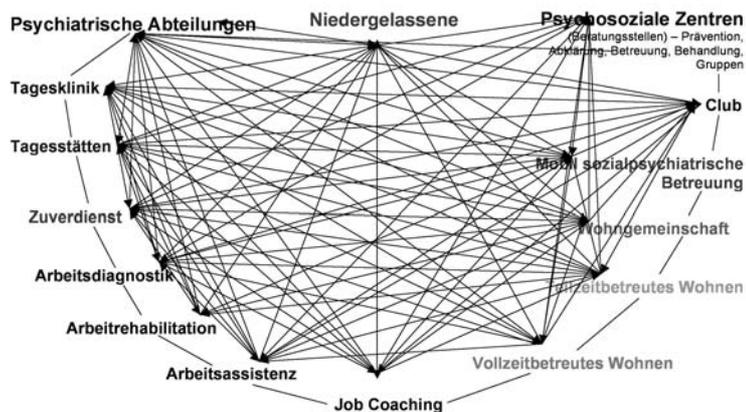
Diese international parallel verlaufenden Entwicklungen stellen neue Herausforderungen an die Versorgung im Lebensumfeld der Menschen dar. Die ursprünglich zur Abfederung dieser Veränderungen geplante Erweiterung der Versorgungsstrukturen und Ressourcen in der ambulanten, gemeindenahen Versorgung hat in vielen Ländern zu spät und/oder nicht ausreichend stattgefunden. Österreich bildet dabei keine Ausnahme (Weinmann, Gaebel 2005). Bei der Durchsicht der Psychiatriepläne der einzelnen Bundesländer zeigt sich, dass es in unterschiedlichem Ausmaß überall Ausbau und Verbesserungsbedarf gibt.

Der Versorgungsbedarf im ambulanten Bereich steigt nicht nur durch die Reduktion der Betten und die kürzeren Verweildauern, sondern zusätzlich durch die Erschließung neuer, vorher nicht versorgter Bevölkerungsgruppen. Der Zulauf erhöht sich durch verstärkte gemeindenaher Arbeit und langsam beginnende Entängstigung, aber auch durch die zunehmende Zahl älter werdender erkrankter Menschen.

Durch die Erweiterung des Spektrums der ursprünglichen ambulanten Versorgungsstrukturen von Krankenhausambulanz, niedergelassener praktischer ÄrztIn und FachärztIn um Tageskliniken, Institutsambulanzen und die breite Palette der sozialpsychiatrischen Dienste, muss der gesamte Bereich der ambulanten ärztlichen Tätigkeit neu definiert und beschrieben werden. All diese Angebote umfassen den Bereich der „Community Psychiatry“. Als Aufgabendefinition kann die angelsächsische Beschreibung zugrunde gelegt werden: „Psychiatry focussing on detection, prevention, early treatment and rehabilitation of emotional and behavioral disorders, as they develop in a community.“ Die deutsche Version des Begriffes „Gemeindepsychiatrie“ ist deutlich strukturbezogener. Die Leistungen der einzelnen Teilbereiche werden organisatorisch zusammengefasst und systematisiert. Das stellt Organisationsfragen vor inhaltliche Komponenten und macht die Diskussion unflexibel (Hambrecht 2007). Ein grobes Bild von der Arbeit im Netzwerk (**Abbil-**

**Abbildung 1**

Psychosoziale Versorgung im Netzwerk  
(Darstellung der klassischen sozialpsychiatrischen Versorgungsnotwendigkeiten, ohne Stakeholder der allgemeinen Versorgung)



**dung 1**) macht verständlich, dass es einer hohen Flexibilität und Offenheit im Arbeitsalltag bedarf, um den Anforderungen gerecht zu werden.

Die ambulante Arbeit ist geprägt von einer longitudinalen Perspektive. Sie umfasst alle Abschnitte, vom Erkennen der Erkrankung zum frühest möglichen Zeitpunkt, der Einleitung der Behandlung, gegebenenfalls die stationäre Zuweisung, die Begleitung der Stabilisierungsphase, die Erstellung längerer Rehabilitationspläne und den bestmöglichen Umgang mit einer eventuell entstehenden Chronifizierung. Der gesamte Verlauf der schizophrenen Erkrankung stellt eine hohe Herausforderung an die betroffenen Personen und deren Familien (Wancata 2007, Tennakoon et al. 2000), aber auch an die betreuenden und behandelnden Professionisten dar. Neben den niedergelassenen praktischen ÄrztInnen und FachärztInnen werden in der Literatur auch andere Formen der Betreuung mit psychiatrischen Diensten beschrieben. Laut Studien bewähren sich Betreuungsformen, wie zum Beispiel das „Assertive Community Treatment“, welches mit teamorientiertem multiprofessionellem Ansatz unter Einbeziehung von Psychiatern arbeitet. Die Ergebnisse sind eindeutig, auch wenn Studien aus deutschsprachigen Ländern mit ihrer besonderen Form des Gesundheitssystems fehlen (Weinmann, Gaebel 2005).

Grundsätzlich stützt sich der Ausbau der Versorgung in Deutschland, und ähnlich in Österreich, nur zu

einem geringen Teil auf wissenschaftliche Studien. Die Entwicklung passiert oft geleitet von Traditionen, passt sich gesetzlichen und finanziellen Vorgaben und den Präferenzen von handelnden Personen an, wird durch pharmazeutisches Marketing und klinische Erfahrung beeinflusst und durch ethische und gesellschaftliche Wertesysteme getragen. Das behindert den integrierten Ausbau, stört die engere Vernetzung von medizinischen und sozialen Leistungen und führt zu starken regionalen Unterschieden (Weinmann, Gaebel 2005). Diese Zersplitterung macht Kontinuität schwierig (Hambrecht 2007) und behindert Wirksamkeitsstudien durch eine Fülle von unspezifischen Parametern und Einflüssen (Weinmann, Gaebel 2005).

Die Einsatzgebiete für ÄrztInnen in Krankenhaus- und Institutsambulanzen, Tageskliniken, niedergelassenen allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Praxen, bis zu den psychosozialen Diensten gestalten sich entsprechend heterogen. Zu den „klassischen“ Einsatzgebieten sind die Aufgabenstellungen bekannt, zur Arbeit in den psychosozialen Diensten wurde von der „Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie“ 2006 ein Rahmenpapier zu diesem Bereich für FachärztInnen veröffentlicht (Klug et al. 2007). Der Verlauf einer schizophrenen Störung ist vielgestaltig und sehr komplex, mit Problemstellungen sowohl im psychopathologischen, als auch im psychosozialen Bereich (**Abbildung 2**).

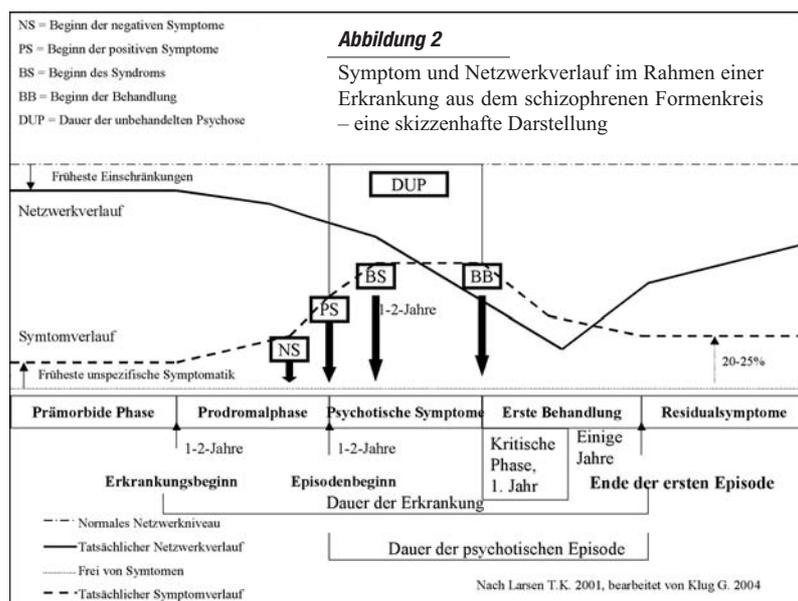
Um den tatsächlichen Herausforderungen gerecht zu werden, benötigen wir als Basis die derzeit in der Planung verwendeten Personal- und Nutzungszahlen der verschiedenen Formen der ärztlichen Arbeit. Zusätzlich muss in den nächsten Jahren eine Darstellungsmöglichkeit gefunden werden, welche Wege die PatientInnen im Verlauf ihrer Erkrankung durch das System gehen. Daraus lässt sich am ehesten ableiten, ob das derzeitige System den Bedürfnissen angepasst ist, und wo Veränderungsbedarf besteht.

### Zur Situation der Krankenhausambulanzen, HausärztInnen, FachärztInnen und sozialpsychiatrischen Dienste im internationalen Vergleich

Die meisten Studien zu diesen Themen stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Dort besteht ein zentral gesteuertes Gesundheitssystem, ohne die bei uns übliche Form der niedergelassenen KassenfachärztIn. Die HausärztIn hat eine „gate keeper“-Funktion, es bestehen seit vielen Jahren ausgebaute sozialpsychiatrische Dienste mit entsprechender Personalausstattung auch im nachgehenden Bereich und eine geringe Bettenzahl. Diese Verhältnisse machen einen Vergleich mit der Situation in Deutschland und Österreich fast unmöglich. Selbst der Vergleich dieser beiden Länder untereinander ist trotz ähnlicher Systeme nicht einfach,

da unterschiedliche Bettenmessziffern und eine differente Anzahl von niedergelassenen Fachärzten und Diensten den Vergleich erschweren (Ellmer et al. 2000).

Daraus erklären sich die deutlichen Unterschiede in Studien zu den Behandlungswegen, die zu Diskussionen über Nichtvergleichbarkeit (Köhn et al. 2004) oder Systemunterschiede (Fuchs, Steinert 2004, Steinert, Fuchs 2001) Anlass geben.



Im englischen Raum ergibt sich folgendes Bild: Allgemein wird den praktischen ÄrztInnen, bei bestehender fachlicher Begrenzung, eine wichtige Rolle zugeschrieben. Guidelines und Kooperationsmodelle werden betont. Die praktische ÄrztIn ist „gate keeper“ und Erstanlaufstelle. Dazu benötigt sie mehr Ausbildung, da sie die Aufgabe hat, auf die psychische und körperliche Problematik zu achten. Als wichtige Faktoren mit denen sie im Krankheitsverlauf regelmäßig umgehen muss, werden schwierige Prozesse in der Familie, Depressionen und drohender Suizid dargelegt. Die unterstützende Arbeit der Community mental health teams wird durchgehend erwähnt.

Manche praktischen ÄrztInnen haben ein distanziertes Verhältnis zur Behandlung von Menschen mit schizophrener Störungen. Ursache sind zum Teil die Gefahr und das schwierige Verhalten, zum Teil weil sie ökonomisch uninteressant sind (Carr et al. 2003, Goff 2007, Jorm et al. 1997, Lawrie et al. 1998, Skeate et al. 2002, Burnes, Kendrick 1997, King, Nazareth 1996, Brown et al. 2002, Hustig, Norrie 1998, Crosse 2003).

Im deutschsprachigen Raum gibt es Studien hauptsächlich aus der Schweiz und Deutschland. Durch die Vielzahl der Zugangswege, die das System ohne gate keeper bietet, ist hier die Rolle der praktischen ÄrztInnen nicht so stark und sie sind daher seltener erste Kontaktperson (ca. 18%). Damit übereinstimmend sind sie nur für einen geringen Teil der stationären Zuweisungen (ca. 18%) verantwortlich und betreuen relativ wenige chronische PatientInnen (ca. 3,2 pro Jahr) und Verdachtsfälle (ca. 1,6 pro Jahr). Trotzdem laufen über sie ca. 50% der Nachbetreuungen, wenn auch oft in Kooperation mit der FachärztIn.

Wegen der geringen Inzidenz und der damit einhergehenden Problematik in der Expertise werden Unterstützungen bis hin zu mobilen Diensten vor Ort überlegt. Praktische ÄrztInnen wünschen sich niederschwellige fachärztliche Angebote als Unterstützung. Die praktische ÄrztIn springt dann ein, wenn andere Hilfen abgelehnt werden. Zusätzlich wird eine bessere Aufklärung der Bevölkerung im Sinne von Fortbildung, um gezieltere und bessere Hilfeinanspruchnahme zu erreichen, diskutiert.

Zusammenarbeitsmodelle gehen in Richtung „shared decision making“ (Hamann et al. 2003, 2007). Risikochecklisten und Therapierichtlinien sind gefragt, aber nicht ganz so betont. Österreichische Zahlen liegen ähnlich und führen zur gleichen Problematik. Pro Quartal leiden von 1.204 PatientInnen bei der AllgemeinärztIn 4,7 an einer schizophrenen Erkrankung. Sie erhalten in diesem Zeitraum 1,9 Hausbesuche (Rittmannsberger, Meise 1997).

Ein Schwerpunkt ist die Früherkennung, da die Dauer bis zum ersten Kontakt und weiter bis zur Behandlung derzeit sehr lange ist. Viele Arbeiten betonen dieses Problem und nennen dabei die praktischen ÄrztInnen als wichtige PartnerInnen. Die enthaltenen Lösungsvorschläge reichen von der Edukation der praktischen ÄrztInnen (Platz et al. 2006), über das kommunizieren relevanter Daten auf modernen Wegen (Deckert 2003), die Identifikation von Risikogruppen, die enge Kooperation zu FachärztInnen wegen zu geringer Fallzahl bei den praktischen ÄrztInnen, bis zum Wunsch nach outreach teams (Simon, Bösch 2003, Simon et al. 2005), und weiter bis zu DUP-Programmen (Dauer der unbehandelten Psychose), die eher von den Gesundheitsdiensten ausgehen sollten (Steinert, Fuchs 2001, Fuchs, Steinert 2004). Zusätzlich wird die Erstellung von Risikochecklisten (Aston et al. 2002), aber auch die Erstellung von Interviews und Aufklärungskampagnen (Köhn et al. 2004) gefordert. Das Maßnahmen in diese Richtung bedeutend sind, zeigt, dass die erwartete Unterstützung durch die praktische ÄrztIn und die beteiligten ProfessionistInnen für den Verlauf bestimmend sind (Hübner-Liebermann et al. 2004, Hübner-Liebermann et al. 2005). Das gesamte Problem fordert also eine sehr hohe Flexibilität von allen Beteiligten (Kallert, Leiß 2000).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die praktischen ÄrztInnen in allen Konzepten in unterschiedlicher Intensität eine wichtige Rolle haben. Sie beraten die Familien und motivieren zur Behandlung. Aufgrund der geringen Inzidenzen ist das nur möglich, wenn sie zeitgerecht Unterstützung von FachärztInnen bekommen oder rasch zuweisen können. Dazu bedarf es klarer Zusammenarbeitsvereinbarungen und persönlicher Bekanntschaft. Gemeinsame Fortbildungen können Basis für ein „shared know how“ sein und einen ersten Schritt zu einem psychiatrischen Liaisondienst für praktische ÄrztInnen darstellen (Berardi et al. 1999).

Zu den niedergelassenen KassenfachärztInnen gibt es nur Aussagen aus den Ländern, die diese Form der Versorgung kennen. Die Rolle der FachärztIn wird hier differenziert gesehen. Wohin sich die PatientInnen zum ersten Kontakt wenden, unterscheidet sich stark. Im deutschsprachigen Bereich (diese und die folgenden Angaben beziehen sich auf die Situation in Deutschland) gehen sie zu ca. 24% zu den PsychiaterInnen, zu etwa 18% zu den HausärztInnen, und ca. 16% gehen direkt in eine Ambulanz (eher Menschen mit Positivsymptomatik). Grundsätzlich ist die Zeit, die vom Beginn der Erkrankung bis zum ersten Hilfskontakt verstreicht, bei der HausärztIn länger als bei der FachärztIn (im Gegensatz zum englischsprachigen Bereich), aber die Krankenhauseinweisung danach geht bei den Hausärzten schneller (Köhn et al. 2004). Zur stationären Aufnahme kommen 42,5% ohne Zuweisung, 18,4% von den HausärztInnen und nur 9,8% von den FachärztInnen. Es ist davon auszugehen, dass die FachärztInnen nur zuweisen, wenn die Situation eskaliert. Von FachärztInnen zugewiesene Menschen kommen öfter aus einer betreuten Wohnform, haben seltener eine Suchterkrankung, eine bereits länger bestehende Episode und sind meist vorbehandelt. Nach dem stationären Aufenthalt werden 83,1% weiterbehandelt. Davon 49,4% vom praktischen Arzt, 32,1% vom Psychiater und 9,8% von der Institutsambulanz. Beim Psychiater landen eher junge PatientInnen mit einer affektiven oder schizophrenen Diagnose, kaum mit Sucht, meist medikamentös eingestellt, mit einer höheren psychosozialen Leistungsfähigkeit. Die ursprüngliche stationäre Zuweisung erfolgte häufiger durch die PsychiaterIn als durch die praktische ÄrztIn (Hübner et al. 2004). Es zeigt sich, dass die niedergelassenen PsychiaterInnen eine selektierte Klientel betreuen. Neben der Schwere der Erkrankung bestimmt die Art der an der Versorgung beteiligten ÄrztInnen am stärksten den Ort und die Art der Nachbehandlung (Hübner et al. 2004). Eine wichtige Funktion der PsychiaterInnen besteht in der Unterstützung der praktischen ÄrztInnen. Diese wünschen sich eine rasche und unkomplizierte Nachfrage- und Zuweisungsmöglichkeit. Trotz der oft nicht ausreichenden Strukturen sind 66% der Praktiker mit der Zusammenarbeit mit den Spezialisten zufrieden (Simon et al. 2005).

Den Zahlen nach muss bezweifelt werden, dass die aufsuchende Betreuung chronisch psychisch Erkrankter, wie es im DGPPN Positionspapier 1998 gefordert wird, von den niedergelassenen ÄrztInnen übernommen werden kann. Basis dieses Zweifels ist die Tatsache, dass derzeit keine regelmäßigen Hausbesuche geleistet werden, es keine Integration der medizinischen und sozialen Leistungen gibt, und das Finanzierungssystem keine Anreize setzt (Weinmann, Gaebel 2005).

Zur Wirkung der Institutsambulanzen auf eine integrierte Versorgung gibt es keine Studien. Für die Nachbetreuung wird auch hier die Klientel selektiert. Junge Menschen mit der Diagnose affektive Störung, Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörung, eventuell geplanter Substitution, die meist ohne Einweisung gekommen sind und in eine private Wohnung entlassen werden, werden bevorzugt nachbetreut. Auch hier zeigt sich, dass die Personencharakteristika und die Zuweisungswege zur Abteilung die Art und den Ort der Nachbetreuung maßgeblich bestimmen.

Tageskliniken sind in Österreich als Betten ersetzende Strukturen organisiert und werden über die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung abgegolten. Ähnliche Strukturen bestehen in Deutschland und wurden bereits evaluiert. Eine tagesklinische Behandlung ist bezüglich klinischer und ökonomischer Ergebnisse nicht wirksamer als eine kontinuierliche ambulante Behandlung, es sind aber im Vergleich zur stationären Behandlung Vorteile nachweisbar (Weinmann, Gaebel 2005).

Aufsuchende Kriseninterventionsteams unter fachärztlicher Beteiligung, mit permanenter Verfügbarkeit, hoher Kommunikationsfähigkeit und mit konsequenter Einbeziehung sozialer Faktoren können laut Cochrane Review die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme verringern (Weinmann, Gaebel 2005).

Für die psychosozialen Dienste ist vor allem die Wirksamkeit der aufsuchenden multiprofessionellen Teams mit PsychiaterInnen als Teammitgliedern, mit niedriger Caseload, in Anlehnung an die ACT-Teams gut belegt. Sie übernehmen in Teamarbeit den Großteil der psychiatrischen und sozialen Versorgung und halten über längere Zeit einen dichten Kontakt (Weinmann, Gaebel 2005).

## Wie sieht die Situation der Ärzte, die diese vielen Aufgaben erfüllen sollen, in Österreich aus?

Die Erhebung des ÖBIG zur ärztlichen Versorgung in Österreich 2000 (Ellmerer 2000) hat einen deutlichen Anstieg der ÄrztInnen in den Jahren 1990 – 1999 ergeben. Es stieg die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen um 21%, davon die der ÄrztInnen mit §2-Kassen um 7%, die WahlärztInnen um 85%, die angestellten ÄrztInnen um 35%, nur die TurnusärztInnen sanken, wegen der Umwandlung ihrer Stellen in Facharztstellen, um 7%.

Retrospektiv zeigt sich, dass die angestellten ÄrztInnen (vorzugsweise im Krankenhaus) und die WahlärztInnen am meisten gestiegen sind. Von Schizophrenie betroffene Menschen leben die meiste Zeit zu Hause und gehören häufig zu der Gruppe von Menschen mit angespannter ökonomischer Situation. Sie sind zu einem großen Maß auf die ambulant tätigen ÄrztInnen, und hier speziell auf Angebote ohne Zuzahlung angewiesen. Aus dieser Sicht hat sich die ambulante Versorgungssituation nur unwesentlich verbessert. Da das ÖBIG auch eine massive Stadt-Land-Diskrepanz mit Dichteunterschieden von über 100% feststellt, erscheint der Zuzug von schwer erkrankten Menschen zum urbanen Bereich auch aus Versorgungsgründen verständlich. Der auf Basis der derzeitigen Dichte und entsprechend den demografischen Entwicklungen hochgerechnete Bedarf an ÄrztInnen bis zum Jahr 2020 stellt sich differenziert dar. Die Zahl der benötigten AllgemeinmedizinerInnen wird sich zwar gering erhöhen, die derzeitigen Ausbildungskapazitäten werden aber zu einem Überangebot führen. Insgesamt wird es also zu einer Anpassung der Ausbildungskapazität (Senkung), aber zu keiner wesentlichen Veränderung der Angebotsdichte kommen (Ellmerer 2000).

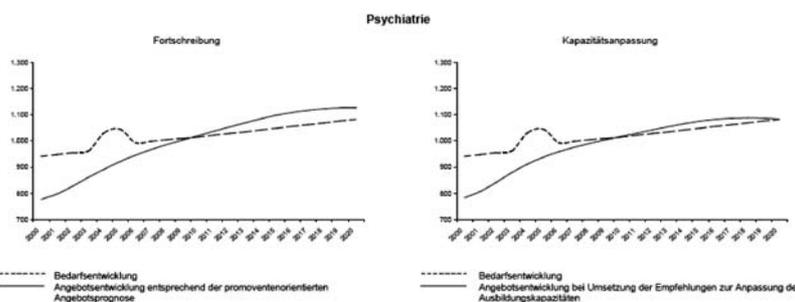
Bei den FachärztInnen für Psychiatrie besteht eine andere Situation. Dieses Fachgebiet ist aus verschiedenen Gründen

(zum Teil wegen der oben erwähnten Abnahme der Turnusärzte) derzeit mit Fachärzten unterversorgt. Deshalb wird es zu keiner wesentlichen Veränderung der Ausbildungskapazität kommen um den zukünftigen Bedarf decken zu können (**Abbildung 3**). Die derzeitige Ausbildungskapazität sollte für die Zukunft laut ÖBIG ausreichend sein.

Diese Berechnung geht von den bestehenden Verhältnissen 2000 aus. Aus der Angabe ist nicht ersichtlich, inwieweit die Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenanstalten mit ihrem Mehrbedarf an FachärztInnen, der weitere Ausbau der psychosozialen gemeindenahen Versorgung mit zunehmendem FachärztInnenbedarf, und die in manchen Regionen noch weitergehende Erschließung bisher noch nicht erreichter Bevölkerungsgruppen, eingerechnet wurde. Eine kurze telefonische Umfrage des Autors bei niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie oder Neurologie mit §2 Kassen ergab eine Wartezeit von 6 – 10 Wochen. Zusätzlich ergibt sich aus Sicht des Autors eine Problemstellung durch die in Österreich erst 1994 erfolgte Teilung der Fächer Psychiatrie und Neurologie. Derzeit sind noch sehr viele Stellen niedergelassener FachärztInnen mit DoppelfachärztInnen, häufig FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie besetzt. Durch die Trennung der beiden Fächer wird es notwendig, diese Stellen sukzessive zu trennen. Daraus ergibt sich, neben einer insgesamt erhöhten Stellendichte, ein Bedarf an FachärztInnen für Psychiatrie begleitet von der Notwendigkeit einer Neuverhandlung der Vergütungsregelungen für diese Stellen, um auch den „Mono“-Psychiatern eine wirtschaftliche Basis zu bieten. Hier laufen bereits Tarifverhandlungen

**Abbildung 3**

Gegenüberstellung von Angebot und Bedarf nach ausgewählten Fachrichtungen differenziert nach promoventenorientierter Angebotsprognose und Angebotsentwicklung bei bedarfsgerechter Anpassung der Ausbildungskapazitäten 2000 – 2020



Aus: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich Endbericht. Anhang

Tabelle 2:

Richtwerte zur Soll-Dichte an Ärzten im ambulanten Bereich (Einwohner/Arzt)

Fachrichtung	ÖBIG <sup>1</sup>		HVSVT <sup>2</sup>		BRD 1999	
	minimal	maximal	minimal	maximal	minimal	maximal
Allgemeinmedizin	1.847	2.026	1.560	2.899	1.674	2.968
Augenheilkunde	24.039	30.249	16.667	31.250	11.017	25.778
Chirurgie	51.583	80.461	19.231	35.714	21.008	32.036
Gynäkologie und Geburtshilfe	19.119	23.524	11.494	21.277	6.711	14.701
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	30.952	40.821	21.739	40.000	16.419	42.129
Dermatologie	37.145	51.976	22.727	41.667	16.996	60.026
Innere Medizin	15.207	18.574	9.901	18.519	3.679	9.992
Kinder- und Jugendheilkunde	26.941	34.471	16.667	31.250	12.860	27.509
Pilmoologie	54.760	89.250	45.455	83.333	-	-
Neurologie <sup>3</sup>	53.366	84.369	40.816	76.924	11.909	14.439
Orthopädie <sup>4</sup>	34.620	48.764	25.641	47.619	13.009	34.214
Radiologie	27.046	32.759	22.727	41.667	24.333	156.813
Unfallchirurgie <sup>4</sup>	-	-	27.778	52.632	-	-
Urologie	41.065	61.204	33.333	62.500	26.017	69.695
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	2.625	3.000	-	-	-	-
Psychiatrie <sup>3,5</sup>	49.142	77.223	40.816	76.924	-	-

<sup>1</sup> Bandbreiten-Richtwerte des ÖBIG für den § 2-Kassenbereich<sup>2</sup> Bandbreiten-Richtwerte des HVSVT für den gesamten ambulanten Bereich<sup>3</sup> Die Fächer Neurologie und Psychiatrie werden in den Empfehlungen des HVSVT und des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BRD) in einem Fachgebiet zusammengefasst.<sup>4</sup> In der BRD sind Orthopädie und Unfallchirurgie in einem Fachgebiet zusammengefasst.<sup>5</sup> Aufgrund der geplanten Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung ist langfristig von einem Richtwert von 1:30.000 auszugehen

• auf die Angabe von Werten wird verzichtet bzw. keine Werte vorhanden.

Quellen: ÖBIG; HVSVT; Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BRD)

und in Salzburg ein Modellversuch eines veränderten Zuganges zur Praxisabrechnung. Aus den Ausführungen des ÖBIG geht hervor, dass ein Teil der WahlärztInnen als versorgungswirksam in diese Berechnung eingingen. Ob dies z.B. für die Gruppe der schizophren erkrankten Menschen zutrifft, ist fraglich und wäre durch „Pathway“-Untersuchungen zu klären.

In der Bemessung von Soll-Dichten im ambulanten Bereich (**Tabelle 2**) kommt das ÖBIG selbst bei einer Alleinberechnung der Psychiater, ähnlich den Berechnungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (HVSVT) derzeit zu einem für die Versorgung unzureichenden Einwohner/Arzt-Schlüssel (49.000-77.000). Langfristig soll sich dieser Wert 1:30.000 annähern (Ellmerer 2000). Vergleicht man die Schlüssel aus Deutschland (**Tabelle 2**), mit sogar höherer Bettenzahl und ebenso bestehenden psychosozialen Diensten, stellt sich die Frage, ob die ÖsterreicherInnen ambulant viermal weniger Bedarf haben, oder die ÄrztInnen-Soll-Dichte in Deutschland unrealistisch hoch angesetzt wurde. Die Psychiaterdichte in der Schweiz liegt noch wesentlich über den Zahlen

beider Länder und ist sicher nicht erreichbar.

Bezüglich der Spitalsambulanzen stellt das ÖBIG fest, dass es zu einer Verlagerung von Kapazitäten in die Gemeinde kommen soll, die Kostenersparnis durch diesen Prozess aber erst noch geklärt werden muss.

Für die ärztliche Tätigkeit in den psychosozialen Diensten liegen keine österreichweiten Zahlen vor. Sie sind als Randgröße in der Zahl der angestellten ÄrztInnen enthalten.

Derzeit gibt es laut ÖBIG einen Mangel an FachärztInnen für Psychiatrie, der durch die zukünftigen Ausbildungskapazitäten der Bedarfsentwicklung angepasst werden soll. Der Autor vertritt die Meinung, dass dieser Bedarf höher liegen könnte, als in den vorliegenden Studien ange-

nommen wurde.

Die Empfehlungen des ÖBIG schlagen einen abgestimmten Ausbau der Dokumentation im ambulanten Bereich und eine Harmonisierung der Dokumentation des ÄrztInnenbestandes vor. Dies vor dem Hintergrund, dass es in Österreich mehrere nicht kongruente ÄrztInnenlisten gibt, sodass es nicht einmal möglich ist, dieses einfache Faktum sicher darzustellen. Bereits daraus ergibt sich eine Planungsunsicherheit bezüglich der zugrunde gelegten Zahlen. Dieses basale Beispiel für die Datenlage erklärt, warum es wenige Studien im Bereich der ambulanten Versorgung in Österreich gibt. Bestehenden Unterlagen fehlt es nicht an Qualität, sie sind aber meist auf kleine Stichproben bezogen und können sich nur sehr begrenzt auf eine klare, einheitliche, zentrale Datenerfassung stützen.

Eine Medlinerecherche (Schizophrenie und Austria) der letzten Jahre erbrachte folgende in Zusammenhang mit diesem Thema stehenden Bereiche:

- Early Intervention (Schäfer et al. 2007, Amering 2006)
- Pathway und Verlaufsaspekte (Rittmannsberger et al. 2004, Sibitz et al. 2002, Berghofer et al. 2002, Habersellner et al. 2004, Krautgartner et al. 2002, Krautgartner et al. 2006)
- Angehörige und deren Problemstellungen (Wancata 2007, Wancata et al. 2006, Fischer et al. 2004, Angermeyer et al. 2001, Holzinger et al. 2003)
- Guidelines für praktische Ärzte (Spiegel et al. 2007, Katschnig 1998)
- Krankheitskonzepte (Hofer et al. 2001)
- Quality of Life (Katschnig 2006)

Trotz aller Bemühungen einzelner Personen ist diese Ausbeute als Veröffentlichungsergebnis zum Thema Schizophrenie bezogen auf Österreich eher mäßig. Eine Recherche der Datenlage für österreichweite Abfragen beim Sozialversicherungsträger verdeutlicht einige Ursachen für einen fehlenden Forschungsschwerpunkt in diesem Bereich.

**Stationäre Daten:** Sie sind durch die Erfassung in einigen Systemen und die systematische Erfassung im LKF-System gut erreichbar und in sinnvoller Konsistenz vorhanden. Hier sind personenbezogene Daten, ICD, Zeiten und Leistungen erfasst. Zugänglich sind sie am ehesten über den Hauptverband oder die einzelnen Gesundheitsplattformen der Länder.

**Niedergelassener Bereich:** Hier sind personenbezogene Daten und Leistungen über die Sozialversicherungsträger greifbar. ICD-Codes werden aber nur handschriftlich eingegeben, und sind damit in größerem Stil unerreichbar. Die Daten sind in fast allen Bundesländern erst ab 2003 in elektronischer Form verwertbar.

**Psychosoziale Dienste:** Hier ist eine österreichweite Datenbank über das ÖBIG erst in Arbeit. Aber auch der damit geschaffene Rahmen ist spärlich und für eine detaillierte Forschung ungeeignet. Die daraus regenerierbaren Daten liegen derzeit beim ÖBIG vor und wurden, nach Bereichen und Bundesländern aufgeteilt, dargestellt. Gleichzeitig wird auf die, besonders in einigen Bundesländern, noch nicht ausreichende Datenqualität hingewiesen. Einen kurzen Abriss der derzeit überhaupt verfügbaren Daten gibt

es als Orientierungshilfe in **Tabelle 3** (Hagleitner, Kern 2007).

Die einzige landesweite Datenbank existiert derzeit in der Steiermark (seit 2002). Hier sind alle Leistungsdaten und Diagnosen erfasst, die Zuordnung zu den personenbezogenen Daten ist jedoch nicht möglich. Die vollen Datensätze mit personenbezogenen Daten, ICD, Leistungen und Zeiten liegen bei den einzelnen Trägern. Trotz dieser Schwächen ist es die einzige Bundeslanddatenbank, die die Leistungsdaten im psychosozialen Bereich zu Sollzahlen in Beziehung setzen kann. Durch die uneinheitliche Datenstruktur und die Vielzahl der Beteiligten ergibt sich neben dem logistischen auch ein Datenschutzproblem. In Gesprächen mit VertreterInnen der Sozialversicherungsträger konnte nur ein mühsam gangbarer Weg über alle Bereiche gefunden werden, um einheitliche nachvollziehbare Daten zu erhalten.

Vollständige personenbezogene Daten gibt es für den stationären Bereich und für den sozialpsychiatrischen Bereich bei den einzelnen Trägern. Die Daten der niedergelassenen Ärzte können mit einer ICD-Diagnose nur dann verbunden werden, wenn von anderer Seite eine Anfrage mit Versicherungsnummer und ICD kommt. Es bestünde die Möglichkeit, dass die Versicherung oder besser eine Forschungseinrichtung einen eigenen Schlüssel erstellt, nachdem jeder Dateninhaber seine Daten über die Versicherungsnummer eindeutig codieren kann. Dieser Schlüssel wird den Vertretern der drei Bereiche zur Verfügung gestellt. Sie verschlüsseln ihre Daten nach diesem Code und stellen sie der Forschungseinrichtung zur Verfügung. Diese kann nun anhand der Codes die Daten zusammenführen. Allen PatientInnen, die bereits im stationären Bereich oder bei den sozialpsychiatrischen Trägern eine ICD-Diagnose erhielten, kann nun diese Diagnose auch im niedergelassenen Bereich zugeordnet werden. Es bleibt aber eine Lücke der ICD-Diagnosen der Personen, die zwar beim niedergelassenen Arzt, aber weder stationär noch in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung waren. Diese Lücke ließe sich nur schließen, wenn in Zukunft die Daten der niedergelassenen Ärzte auch mit ICD-Code eingegeben würden. Dass das bisher nicht der Fall ist, ist für Außenstehende nicht verständlich. Sollte es gelingen einen leichteren Zugang zu diesen Daten zu finden, wäre eine Veröffentlichung der Information hilfreich.

Die unkomplizierte Lösung dieses Problems würde für die Erforschung der ambulanten Versorgung schizophrener erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen viele Möglichkeiten bieten. Neben der Erhebung des Ärztebedarfes und dessen Verteilung erscheinen besonders folgende Punkte wichtig: Die Nachvollziehbarkeit der Wege in die Behandlung, sowohl zeitlich, örtlich, als auch von der Motivation und den Einflussfaktoren her. Zusätzlich auch die Zufriedenheit mit der Akutbehandlung und die Art und Weise der Nachbehandlung, wieder nach den Parametern Zeit, Ort, Motivation und Einflussfaktoren. Eine Erhebung der Problematik der älter werdenden Menschen mit schizophrener Erkrankung und allgemein longitudinale Erhebungen von stabilen Stichproben wäre von wichtiger Aussagekraft.

---

### Zusammenfassung und Empfehlungen

---

Die ambulante ärztliche Versorgung von Menschen mit schizophrener Erkrankung und deren Angehörigen in Österreich ist in Summe nicht schlecht, weist aber einige Lücken auf, besonders im Bereich der Dichte der niedergelassenen Fachärzte, des Ausbaus der sozialpsychiatrischen Dienste und deren Hineinnahme von Fachärzten in die multiprofessionellen Teams. Die vom derzeitigen Versorgungsangebot ausgehenden Planungen des zukünftigen Bedarfes erscheinen, da einige Veränderungen vermutlich nicht ausreichend erfasst wurden, zu vorsichtig.

Beim Vergleich mit der internationalen Literatur ergibt sich immer wieder das Problem, dass Versorgungsaspekte immer gegen das Standardsystem vor Ort verglichen werden. Wenn sich diese Systeme deutlich unterscheiden, ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse nur sehr begrenzt möglich. Das zeigt sich besonders bei Vergleichen mit dem angloamerikanischen System ohne niedergelassene KassenfachärztInnen und mit AllgemeinmedizinerInnen in „gate keeper“-Funktion. Bereits das System in Deutschland ist durch andere Bettenschlüssel, einer höheren Dichte der niedergelassenen Fachärzte, etwas anders strukturierte sozialpsychiatrische Versorgung und ein etwas unterschiedliches Versicherungssystem, nur begrenzt vergleichbar.

Die Forschung zum ambulanten System in Österreich ist bruchstückhaft. Das begründet sich in der schwierigen Erreichbarkeit der Daten und dem damit verbundenen Erhebungsaufwand. Eine bessere und vollständige Erfassung der Daten wäre trotzdem, auch bei vorsichtigem Umgang mit dem Datenschutz, in den einzelnen Bereichen möglich. Erst mit einer guten Datenbasis gelingt es wirklich fundierte Aussagen über das österreichische Versorgungssystem als Ganzes zu treffen.

Daraus leiten sich einige dringende Empfehlungen ab:

- 1.) Erhöhung der Dichte der niedergelassenen Fachärzte mit §2-Kassen besonders im ländlichen Raum. Im Zuge dieser Anpassung sollte die Trennung der Fächer Psychiatrie und Neurologie auch in diesem Bereich nachvollzogen werden.
- 2.) Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste auf ein Niveau, das bedarfsdeckendes Arbeiten und die Übernahme von Versorgungspflicht möglich macht. Dazu ist es notwendig, Fachärzte als fixen und integralen Teil der multiprofessionellen Teams zu sehen und entsprechend einzusetzen.
- 3.) Überarbeitung der bisherigen Mengengerüstplanungen unter Hineinnahme der derzeit nicht berücksichtigten Aspekte der zukünftigen Entwicklung.
- 4.) Verbesserung und Verstärkung der Forschung im niedergelassenen und psychosozialen Bereich. Durch die Verbesserung der Datenlage hin zu mehr Daten in besserer Qualität ist die Planung in Zukunft wesentlich genauer möglich.

---

### Literatur

---

- Angermeyer MC, Liebelt P, Matschinger H (2001) Distress in parents of patients suffering from schizophrenia or affective disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51 (6), 225-260
- Amering M (2006) Timely diagnosis and efficient early-rehabilitation for schizophrenic disorders in the community – perspectives of a new standard. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 56 (3-4), 79-87
- Aston J, Gschwandtner U, Riecher-Rössler A (2002) Screening zur Früherkennung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis. *Schweiz Med Forum* 41, 971-974

- Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M (2002) Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37 (2), 276-282
- Berardi D, Leggieri G, Menchetti M, Ferrari G (1999) Collaboration between mental health services and primary care: The Bologna Project. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1: 6, 180-183
- Brown BB, Lent B, Stirling A, Takhar J, Bishop J (2002) Caring for seriously mentally ill patients. Qualitative study of family physicians' experiences. *Canadian Family Physician* 48, 915-920
- Burns T, Kendrick T (1997) The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practise. *British Journal of General Practise* 47, 515-520
- Carr JV, Johnston PJ, Lewin TJ, Rajkumar S, Carter GL, Issakidis C (2003) Patterns of Service Use Among Persons With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Psychiatric Services* 54, 226-235
- Crosse C.: A meaningful day: integrating psychosocial rehabilitation into community treatment of schizophrenia. *The Medical Journal of Australia* 178 (S9), 76-78 (2003).
- Deckert C (2003) Psychiatrische Patienten zwischen Hausarzt und Facharzt: *Psychoneuro* 29 (11), 509-512
- Ellmerer C, Frank W, Fülöp G, Moritz M, Teryll JM (2000) Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Fischer M, Kemmler G, Meise U (2004) How nice that Someone is interested in me for a change. *Psychiatrische Praxis* 31 (2), 60-67
- Fuchs J, Steinert T (2004) Patients with first episode of schizophrenia spectrum psychosis and their pathway to psychiatric hospital care in South Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (5), 375-380
- Goff DC (2007) Integrating general health care in private community psychiatric practice. *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (S4), 49-54
- Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Ortmir M, Schöny W (2004) Deinstitutionalization of long-stay psychiatric patients in upper Austria – living situation, social and clinical characteristics more than one Year after discharge. *Psychiatrische Praxis* 31 (4), 192-197
- Hagleitner J, Kern D (2007) Planung Psychiatrie 2007. Dokumentation der außerstationären psychiatrischen Versorgung. Endbericht. Gesundheit Österreich Ges.m.b.H. Geschäftsbereich noch nicht veröffentlicht ÖBIG. Wien
- Hamann J, Leucht S, Kissling W (2003) Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107 (6), 401-402
- Hambrecht M (2007) Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert. *Psychiatrische Praxis* 34, 263-265
- Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W (2007) Shared decision making and long term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (7), 992-997
- Hofer E, Wancata J, Amering M (2001) „I am a misunderstood Being on Earth“-Concept of illness of patients suffering from schizophrenic psychosis before and after psychoeducational treatment. *Psychiatrische Praxis* 28 (6), 287-291
- Holzinger A, Kilian R, Lindenbach I, Petscheleit A, Angermeyer MC (2003) Patients ‚and their relatives‘ causal explanations of schizophrenia. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology* 38 (3), 155-162
- Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Rogenhofer G, Cording C (2005) Die Rolle des Hausarztes im Rahmen der stationären Versorgung psychiatrischer Patienten. *MMW Fortschritte der Medizin* 147, S1, 7-12
- Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C (2004) Behandlungswege psychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis* 31, S1, 15-17
- Hustig HH, Norrie PD (1998) Managing schizophrenia in the community. *Medical Journal of Australia* 168 (4), 186-171
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B, Pollitt P, Christensen H, Henderson S (1997) Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public. *British Journal of Psychiatry* 171, 233-237
- Kallert ThW, Leißle M (2000) Gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedarf schizophrener Erkrankter: Ein brauchbares Konzept für die regionale Psychiatrieplanung? *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 68, 363-379
- Katschnig H (2006) Quality of life in mental disorder. Challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry* 5 (3), 139-145
- Katschnig H, Denk P, Scherer M (2004) Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Katschnig H (1998) Rehabilitation in schizophrenia – guidelines for including psychosocial measures. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 148 (11-12), 273-280
- King M, Nazareth I (1996) Community care of patients with schizophrenia: the role of the primary health care team. *British Journal of General Practise* 46, 231-237
- Köhn D, Pukorb R, Niedersteberg A, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Bechdolf A, Berning J, Maier W, Klosterkötter J (2004) Wege in die Behandlung: Hilfesuchverhalten schizophrener Ersterkrankter. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie* 72, 635-642
- Klug G, Frühwald S, Fuchs-Nieder B, Grill W, Schauflinger K, Amering M (2008) Anforderungen an und Tätigkeitsprofil von FachärztInnen für Psychiatrie in psychosozialen Einrichtungen. *Psychiatrie und Psychotherapie*
- Klug G (2005) Die Veränderung sozialer Netzwerke im Rahmen von Psychosen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 73(S1):66-73
- Krautgartner M, Alexandrovicz R, Benda N, Wancata J (2006) Need and utilization of psychiatric consultation services among hospital inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41 (4), 294-301
- Krautgartner M, Scherer M, Katschnig H (2002) Days in psychiatric hospitals: who consumes the most of them? A five year record linkage study of „Heavy Users“ in an Austrian province. *Psychiatrische Praxis* 29 (7), 355-363
- Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Christie P, Reid A, Wu P, Nammery S, Ball J (1998) General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychological Medicine* 28 (6), 1463-1467
- Platz C, Umbricht DS, Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D, Brenner HD, Simon AE (2006) Help-seeking pathways in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41, 967-974

- Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J (2004) Medication Adherence Among Psychotic Patients Before Admission to Inpatient Treatment. *Psychiatric services* 55 (2), 174-179
- Rittmannsberger H, Meis U (1997) Die sozialpsychiatrische Versorgung aus der Sicht des praktischen Arztes. *Neuropsychiatrie* 11 (4), 148-153
- Schäfer MR, Klier CM, Papageorgiou K, Friedrich MH, Amminger GP (2007) Early detection of psychosis disorder. *Neuropsychiatrie* 21 (1), 37-44
- Sibitz I, Amering M, Kramer B, Griengl H, Katschnig H (2002) The course of illness and problems of schizophrenic women and men from the relative's perspective. *Psychiatrische Praxis* 29 (3), 148-53
- Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS (2005) *British Journal of Psychiatry* 187, 274-281
- Simon AE, Bösch J (2003) Manuskript des 5. Berner Kinder- und Jugendpsychiatriekongresses am 13. 2. 2003 Köhn
- Skeate A, Jackson C, Birchwood M, Jones C (2002) Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis. Investigation of help-seeking behaviour in primary care. *British Journal of Psychiatry* 43, 73-77
- Spiegel W, Tönies H, Scherer M, Katschnig H (2007) Learning by doing: a novel approach to improving general practitioners diagnostic skills for common mental disorders. *Wiener Klinische Wochenschrift* 119 (3-4), 117-123
- Steinert T, Fuchs J (2001) Early recognition of schizophrenic psychosis. Family physicians in a key role. *MMW* 143 (43), 24-26
- Tennakoon L, Faannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, Kuipers E, Sharma T (2000) Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry* 177, 529-533
- Wancata J (2007 not published) Research Report to „Jubiläumfond der Österreichischen Nationalbank“. Die Bedürfnisse und der Bedarf der Mütter und Väter von Schizophrenieerkrankten.
- Wancata J, Krautgartner M, Berner J, Scumaci S, Freidl M, Alexandrowicz R, Rittmannsberger H (2006) The „carer's needs' assessment for Schizophrenia“ an instrument to assess the needs of relatives caring for schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41 (3), 221-229
- Weinmann S, Gaebel W (2005) Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt* 76, 809-821

# Inanspruchnahme psychosozialer Dienste in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Freizeit und Beratung

Karl Dantendorfer

---

## Einleitung

---

Wie in den anderen Kapiteln dieses Schizophrenieberichtes beschrieben wird, brauchen viele der Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, über lange Zeiträume, teilweise auch lebenslang, Unterstützungen in Lebensbereichen, die über die rein medizinische und psychologisch/psychotherapeutische Behandlung hinausgehen (Burns 2004; Thornicroft & Tansella 1999). Dazu gehören die soziale und ökonomische Absicherung, die Arbeitswelt bzw. Möglichkeiten einer sinnvollen Tätigkeit und auch die Bereiche Wohnen, Freizeit und Beratung, mit denen sich dieser Abschnitt des Schizophrenieberichtes befasst.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass es in allen Bundesländern Österreichs eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten auf diesen Gebieten gibt. Aufgrund der föderalen Strukturen sind diese Angebote auf allen Ebenen sehr heterogen. Die Unterschiede beginnen bei der Finanzierung. Jedes Bundesland hat eine eigene Sozialgesetzgebung, die regelt, wer unter welchen Bedingungen Anspruch auf welche soziale Maßnahme hat. Auch die Beantragungs-, Zuerkennungs- und Honorierungsprozeduren sind unterschiedlich. Die Verfügbarkeit verschiedener Arten von Angeboten, deren qualitative und quantitative Ausgestaltung, die regionale Verfügbarkeit und die sprachliche Benennung der Unterstützungsmaßnahmen variieren stark. Nicht zuletzt werden sie von unterschiedlichsten Trägerorganisationen angeboten.

Während es in einigen Bundesländern den Versuch einer starken Konzentration auf Angebote durch einige wenige, oft „landesnahe“ Organisationen gibt (z.B. im Burgenland), gibt es in vielen Bundesländern eine meistens für Betroffene unübersichtliche Palette von verschiedenen Leistungsanbietern des NGO-Sektors.

Eine einheitliche, österreichweite Dokumentation dieser Betreuungsangebote liegt bislang nicht vor. Im Rahmen dieses Berichtes ist daher eine ganz Österreich umfassende Darstellung nicht möglich. Im Sinne einer bundesweiten Qualitätssicherung dieses so wichtigen Feldes ist eine eingehende Untersuchung des Versorgungsstandes notwendig. Ein wesentlicher erster Schritt in diese Richtung ist der 2007 von der Bundesgesundheitsagentur an die Gesundheit Österreichisch GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) erteilte Auftrag zur Erfassung der außerstationären psychiatrischen Versorgung in Österreich (die Ergebnisse sind noch nicht publiziert, eine zweite Erhebungsrunde läuft 2008; nähere Informationen über den weiteren Ablauf und Verfügbarkeit der Daten sind über die GÖG erhältlich).

Wie sich bei den Vorbereitungen zu der angeführten Erhebung gezeigt hat, besteht wiederum eine Hauptschwierigkeit der Erfassung in der föderalen Heterogenität der Angebotsstrukturen. Erst nach dem Vorliegen annähernd vergleichbarer Daten sind Aussagen über regionale Bedarfsdeckung sowie notwendige Vorhaltszahlen möglich.

## Sozialpsychiatrische Angebote im Bereich Wohnen

Die Entwicklung der psychiatrischen Therapiemöglichkeiten der vergangenen 30 Jahre hat dazu geführt, dass viele der an Schizophrenie erkrankten Menschen den Großteil ihres Lebens in mehr oder weniger eigenständigen Wohnformen leben können (Haberfellner et al. 2004; Steinmann et al. 2003). Dies hat zum Ausbau unterschiedlichster Betreuungsangebote im Bereich des Wohnens geführt. Die Verwaltung und Finanzierung dieser wesentlichen Leistungen, die im offenen Grenzbereich zwischen medizinischer und sozialer Betreuung angesiedelt sind, erfolgt in der Regel durch die Sozialabteilungen der Bundesländer. Die wichtigste Voraussetzung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung ist, dass sie vernetzt mit allen anderen Leistungen regionalisiert, lebensfeldnahe und durchlässig in Bezug auf die in Anspruch genommene Unterstützungsintensität zur Verfügung steht. Gerade die Durchlässigkeit, d.h. beispielsweise die Möglichkeit, unbürokratisch zwischen Angeboten verschiedener Trägerorganisationen hin- und herzuwechseln, ist im Sinne des auf wirkliche Rehabilitation gerichteten Ziels aller Unterstützungsmaßnahmen wesentlich. Diesem grundsätzlich rehabilitativ orientierten Ansatz sollten alle Bereiche aller Angebote verpflichtet sein.

In aufsteigender Intensität der Betreuung können die notwendigen Wohnunterstützungsangebote in folgender Weise charakterisiert werden:

- Ambulante Unterstützungen für selbstständig u/o alleine lebende Menschen
- Aufsuchende Unterstützungen in der Wohnung auf Abruf durch die Betroffenen
- Aufsuchende Unterstützungen in der Wohnung auf regelmäßiger Basis
- Aktiv nachgehende Unterstützungsangebote in der Wohnung
- Betreute Wohngemeinschaften mit flexiblen Betreuungsangeboten
- Betreute Wohngemeinschaften mit höherem Betreuungsbedarf
- Betreute Wohngemeinschaften mit 24 h Verfügbarkeit von Betreuung
- Intensiv betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit besonders hohem Betreuungsbedarf

- Wohnmöglichkeiten für alt gewordene Menschen, die an Schizophrenie leiden (Altenwohn- und Pflegeheime mit besonderem Know-How für diese durch die steigende Lebenserwartung größer werdende Gruppe von Menschen)
- In den städtischen Ballungsräumen ist es darüber hinaus notwendig, Wohnangebote mit sozialpsychiatrischer Versorgung für die unterstandslosen Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, vorzuhalten. Studien in verschiedenen Staaten finden, dass zwischen 5 und 45% aller Unterstandslosen an Schizophrenie leiden (Übersicht in Folsom & Jeste 2002; Fichter & Quadflieg 2001). Meist leben diese Menschen ohne adäquate medizinische Behandlung. Daher ist es für diese, in der Gesamtheit nicht große, aber besonders benachteiligte Gruppe wichtig, dass in den bestehenden Betreuungseinrichtungen (wie Schlafstätten, Tageszentren etc.) medizinische (incl. psychiatrischer) Behandlungsmöglichkeiten und eine Palette anderer sozialpsychiatrischer Leistungen angeboten wird.

Eine repräsentative Darstellung der österreichischen Versorgungslage im Bereich der Wohnbetreuung ist aufgrund der Datenlage derzeit nicht möglich. Es ist bezeichnend, dass auch der „Psychiatriebericht 2004“ (Katschnig et al) sich ausschließlich auf die stationäre Versorgung bezieht und den so wichtigen ambulanten Teil völlig ausspart. Eine Darstellung der Versorgung mit Unterstützungen im Wohnen wäre jedoch aus einer Reihe von Gründen, nicht zuletzt zur langfristigen Kostenplanung und zu einer bundesweiten Qualitätssicherung sehr wichtig. Aus einigen Bundesländern liegen teilweise Berichte einzelner Trägerorganisationen oder auch „Psychiatrieberichte“ vor. Aus diesen, mit den unterschiedlichsten Zielsetzungen verfassten Berichten eine Überblicksdarstellung der derzeitigen Versorgungssituation zu geben, ist nicht möglich. Auf die oben erwähnte bevorstehende Erhebung der GÖG/ÖBIG sei nochmals verwiesen.

Die obenstehende Beschreibung der notwendigen Betreuungsangebote benutzt bewusst allgemeine Ausdrücke zur Leistungsbeschreibung. Dies deshalb, weil sowohl in der internationalen Fachliteratur die Nomenklatur nicht einheitlich ist, als auch in der Praxis

der Sozialabteilungen und Versorgungsorganisationen in Österreich oft unterschiedlichste Termini für zum Teil sehr ähnliche Angebote verwendet werden.

Besonders wichtig ist es auch festzuhalten, dass derzeit keine bundesweit verbindlichen Kriterien für die Indikationsstellung, Anspruch, Inanspruchnahme und Umfang der oben genannten Leistungen definiert sind.

In allen oben angeführten Bereichen bestehen nur zum Teil ausreichende und qualitativ entsprechende Versorgungsangebote. Unterschiede im Ausbau der Angebote bestehen sowohl zwischen den einzelnen Bundesländern als auch innerhalb dieser regional.

Es sei nur ein Beispiel für die Notwendigkeit eines weiteren Angebotsausbaus angeführt. Mangels besserer Möglichkeiten der Betreuung werden immer noch relativ junge, an chronischen Verlaufsformen der Schizophrenie leidende PatientInnen, in Altenwohn- und Pflegeheimen langfristig untergebracht. Dies ist nach heutigem Wissensstand weder humanitär noch fachlich zu rechtfertigen.

Erst nach Vorliegen einer eingehenden Untersuchung kann eine verbindliche Aussage über Bedürfnisgerechtigkeit, Ausbaugrad und Qualität der sozialpsychiatrischen Wohnangebote für an Schizophrenie leidenden Menschen in Österreich getroffen werden.

---

### **Sozialpsychiatrische Angebote im Bereich Tagesstruktur**

---

Ebenso wie die Angebote der Wohnbetreuung liegen jene der Tagesstruktur- und Freizeitangebote im Aufgabenbereich der Bundesländer. Sowohl die regionalen Angebotspaletten als auch die Anbieterorganisationen sind sehr heterogen. Dies gilt auch für die Finanzierungsformen. Generell sind auf diesem Gebiet die Arbeit von NGOs und der Beitrag von ehrenamtlichen Mitarbeitern von großer Bedeutung.

Möglichkeiten zu einer sinnvollen, sozial integrativen Tagesgestaltung sind gerade für Menschen, die an chronischen Verlaufsformen der Schizophrenie leiden, besonders wichtig. Nicht zuletzt durch die herrschende Lage am Arbeitsmarkt werden die Betroffenen immer

häufiger und in immer jüngerem Alter in Berufsunfähigkeitspension abgedrängt und damit vielfach von einer befriedigenden Tätigkeit ausgeschlossen.

Während auf die oben beschriebenen Unterstützungsmaßnahmen des Wohnens in vielen Bundesländern unter bestimmten Voraussetzungen ein Rechtsanspruch des Betroffenen besteht, gibt es solche verbindlichen Richtlinien im Bereich Freizeitangebote nicht. Sinngemäß analog zum oben Gesagten ist zu fordern, dass im Rahmen einer umfassenden Darstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgungslage auch dieser Bereich erfasst werden muss.

---

### **Sozialpsychiatrische Angebote im Bereich Beratung**

---

Der Begriff Beratung umfasst im Kontext der Betreuung von an Schizophrenie erkrankten Menschen (und deren Angehörigen) ein großes Spektrum unterschiedlicher Themen. Er reicht von der Beratung vor einer medizinischen oder psychologischen Therapie, über Assistenz bei Inanspruchnahme von sozialen Leistungen, Ausbildung oder beruflicher (Re)Integration bis hin zur Beratung von Selbsthilfegruppen und Interessensvertretungen.

Der Ausbau von Beratungsangeboten ist in den Bundesländern Österreichs in den vergangenen Jahren auf vielen Gebieten weit fortgeschritten.

### ***In der Praxis besteht in zwei Bereichen Verbesserungsbedarf:***

Die regionale Verfügbarkeit der Angebote ist sehr unterschiedlich. Besonders PatientInnen aus manchen ländlichen Gebieten sind hinsichtlich des Zugangs zu diesen Beratungsleistungen benachteiligt. Andererseits stellt in relativ gut versorgten Regionen oder größeren Städten die starke Aufsplitterung der verschiedenen Angebote auf unterschiedliche (oft konkurrierende) Trägerorganisationen für die Betroffenen ein Problem dar, das den Zugang zu Angeboten erschwert. Verbesserungen sind zweifellos durch Einflussnahmen der finanzierenden öffentlichen Hand notwendig und möglich.

Auch für diesen Bereich gilt, dass für eine rationale Planung und Weiterentwicklung eine umfassende Studie über die Versorgungssituation unumgänglich ist

---

### Literatur:

---

- Burns T (2004) Community Mental Health teams. Oxford University Press
- Fichter MM, Quadflieg N (2001) Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103: 94-104
- Folsom D, Jeste DV (2002) Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 105: 404-13
- Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Ortmaier M, Schöny W (2004) Deinstitutionalization of long-stay psychiatric patients in upper Austria – living situation, social and clinical characteristics more than one year after discharge. *Psychiatrische Praxis* 31: 192-97
- Steinmann LS, Heimler, Claaßen J, Cordshagen (Hg.) (2003) Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Psychiatrieverlag, Bonn
- Thornicroft G, Tansella M (1999) The mental health matrix. A manual to improve Services. Cambridge University Press

# Stationäre Rehabilitation

Thomas Platz

---

## 1. Einleitung

---

Stationäre Rehabilitation findet seit jeher in Psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern statt. Nur dürfte sie eigentlich als solche nicht bezeichnet werden, da nach dem ASVG die Krankenversicherungen als Kostenträger von medizinischer Rehabilitation in erster Linie nicht zuständig sind. Der Bogen dieser „Rehabilitation“ i.R. der Krankenbehandlung spannt sich von der stationären bzw. teilstationären (tagesklinischen) Stabilisierung nach Akuterkrankung bis hin zu handfesten Rehabilitationsprogrammen. Letztere wurden aber zunehmend ausgedünnt als Folge des Kostendrucks, der auf den Krankenanstalten lastet, die nach der leistungsorientierten Finanzierung (LKF) abrechnen müssen. Auf der anderen Seite fördert die „Drehtürpsychiatrie“ mit den immer kürzer werdenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauern die Chronifizierung von psychotischen Störungen und damit steigt der Bedarf an stationärer Rehabilitation (Platz 2005).

In der Literatur findet die stationäre psychiatrische Rehabilitation wenig Niederschlag, am ehesten noch im Kontext der Deinstitutionalisierung, welche zur Regionalisierung der Akutversorgung und zum Aufbau der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung geführt hat, die ambulant bzw. komplementär erfolgt (Born und Becker 2004). Der Stellenwert von Reha-

bilitationskliniken wird hier als wohnortferne Alternative eher kritisch gesehen (Kunze 2004). Sehr wohl haben die Rehabilitationskliniken v.a. in Deutschland eine rege wissenschaftliche Tätigkeit entfaltet und Evaluationsergebnisse vorgelegt. Allerdings ist der Anteil der Klientel mit psychotischen Störungen in diesen „Psychosomatischen Kliniken“ so gering, dass praktisch keine Erfahrungswerte vorliegen. Ein psychotherapeutisch orientiertes Rehabilitationsangebot für Rehabilitanden mit schizophrenen Psychosen wird im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nur in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten. Dort bestehen recht hohe Anforderungen hinsichtlich der psychischen Stabilität der Rehabilitanden und der psychotherapeutischen Kompetenz sämtlicher Mitarbeiter des Rehabilitationsteams. Im Rahmen eines integrativen, biopsychosozialen Rehabilitationsansatzes liegt der Behandlungsschwerpunkt vor allem im verbalen und interaktionellen Bereich; ergänzend kommen übende, aktivitätsfördernde und kreativtherapeutische Elemente zum Einsatz. Therapeutische Interventionen erfolgen vorwiegend in offener bzw. geschlossener Gruppenform (BAR 2003).

Es hat in Österreich lange gebraucht, um die für medizinische Rehabilitation zuständigen Kostenträger, nämlich die Pensionsversicherungsanstalten, zu überzeugen, dass medizinische rehabilitative Maßnahmen auch in der Psychiatrie sinnvoll, effektiv bzw. effizient im Sinne der Nachhaltigkeit sein können. Erst durch

die Novellierung des ASVG im Jahre 1996 – Reha vor Pension –, welche die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation gesetzlich fundierte, konnte der Durchbruch erzielt werden. Allerdings hat es noch 5 Jahre gedauert, bis die eingereichten Konzepte entwickelt und umgesetzt wurden. Inzwischen stiegen die Fallzahlen bei Früh pensionierungen und Krankenständen aufgrund psychischer Krankheiten deutlich an, sodass an der Notwendigkeit, medizinisch-psychiatrische Rehabilitation anzubieten, kein Zweifel mehr bestand.

Für die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation lassen sich 5 Anspruchsgruppen definieren:

- 1.) Reha vor Pension (RBU-Fälle)
- 2.) Anschlussheilverfahren
- 3.) Früherfassung (Reha bei längeren bzw. gehäuften Krankenständen)
- 4.) Bei drohendem Burnout
- 5.) Zur Hintanhaltung von Pflegebedürftigkeit

Die medizinische Rehabilitation von PatientInnen mit psychotischen Störungen im Rahmen von Rehabilitationskliniken existiert somit in Österreich erst seit 2001. Erwähnt werden muss allerdings hier „die Braungasse“ in Wien, die als Einrichtung mit Krankenanstaltencharakter ein spezielles Reha-Angebot für PatientInnen mit psychotischen Störungen entwickelt hatte und mit PatientInnen aus ganz Österreich beschickt wurde. Diese Klinik wurde leider vor ein paar Jahren geschlossen. Mit der „Reha-Klinik für Seelische Gesundheit“ in Klagenfurt konnte die erste Sonderkrankenanstalt für psychiatrische Rehabilitation eröffnet werden. Ein paar Monate später wurde die Reha Sonnenpark in Bad Hall eröffnet, eine ambulante Rehabilitation mit Hotelkomponente. Erst kürzlich wurde in der Steiermark eine weitere Sonderkrankenanstalt für psychiatrische Rehabilitation eingerichtet, von welcher aber noch keine Daten vorliegen.

Dargestellt werden nun die Inhalte der stationären bzw. teilstationären Rehabilitation i.R. der Krankenbehandlung, die Entwicklung des medizinisch rehabilitativen Programmes für die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt sowie die Behandlungsergebnisse der PatientInnen mit F2 Diagnose der beiden erstgenannten Einrichtungen für medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Klagenfurt und Bad Hall (OÖ).

## 2. Stationäre Rehabilitation im Psychiatrischen Krankenhaus

Im Gegensatz zur somatischen Medizin ist in der Psychiatrie die Abgrenzung von Rehabilitation zur Akutbehandlung schwierig, da von Anfang an das biopsychosoziale Modell anzuwenden ist (Berger 2006). Die Ziele der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation gelten auch für die Akutbehandlung und umgekehrt, allerdings sind die Schwerpunkte unterschiedlich. Geht es bei der Akutbehandlung um Symptomreduktion und Wiedererlangung der Realitäts- und Einsicht, so gilt es in der medizinischen Rehabilitation von PatientInnen mit psychotischen Störungen jene Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, soziale Kräfte zu wecken oder sie zu entdecken, Krankheitswissen und Management zu fördern und die Selbstwirksamkeit zu stärken. Die medizinische Rehabilitation ist eng mit Konzepten wie Recovery, Resilienz und Empowerment verbunden (Hinterhuber und Meise 2007).

### 2.1. Stabilisierung nach Akuterkrankung

Um die Gesichtspunkte der medizinischen Rehabilitation schon in die kurative Behandlung einfließen zu lassen, bedarf es der entsprechenden Philosophie in der psychiatrischen Abteilung: Eine therapeutische Gemeinschaft, psychotherapeutisches Handeln, Achtsamkeit und Einbeziehung der PatientInnen (Shared Decision-Making, Scheibler 2004). Es ist nicht leicht im Tempo der Akutmedizin diese Voraussetzungen zu schaffen und zu erhalten, insbesondere wenn ständig an der Kostenschraube gedreht wird und das Personal sich unter dem Einsparungsdruck auf die biologische Dimension zurückziehen muss. Optimal ist eine, den (geschlossenen) Akutstationen „nachgeschaltete Rehastation“ v.a. für PatientInnen mit psychotischen Störungen, wo in Ruhe die rehabilitative Kräftigung stattfinden kann. Ein wertvolles Instrument ist die „Tagklinische Behandlung“: PatientInnen kommen an einzelnen Tagen der Woche aufeinanderfolgend oder mit Intervall weiter auf die Station, besuchen die Ergotherapie und Gruppen und „dünnen sich langsam aus“ analog zu ihrer seelischen Kräftigung. Das gilt auch für die – allerdings viel seltener in Anspruch genommene – „Nachtklinik“.

## 2.2. Rehaprogramme im Psychiatrischen Krankenhaus

In einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern – z.B. Zentrum für Seelische Gesundheit LKH Klagenfurt, Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer – wurden Rehabilitationsansätze bei PatientInnen mit psychotischen Störungen verwirklicht. So wurde in Klagenfurt eine Zeit lang die Integrative Psychologische Therapie der Schizophrenie (IPT) nach Roder et al. (1988) angewendet, mit dem Ziel, die Wahrnehmungs- und Interaktionsfähigkeit sowie die Informationsverarbeitung zu verbessern. In vielen Häusern werden Psychoedukative Trainings angeboten (Kiessling et Pitschel-Walz 2004), um Einstellungen, Wissen und funktionale Fähigkeiten zu vermitteln. Solche Programme werden auch für Angehörige angeboten. Es ist aber nicht zu vermuten, dass der Einsatz solcher Angebote in allen Kliniken Standard ist.

Das gilt auch für andere wertvolle Ansätze, wie die Selbstmanagementtherapie bei psychotischen Erkrankungen (Maurer et Berten 1996) oder der systemische Ansatz in der Psychosebehandlung (Retzer A. 1991). Zu oft mussten solche gut eingeführten rehabilitativen Ansätze aus Personalmangel wieder aufgegeben werden. Es scheint aber auch die Zeit der großen Programme vorbei zu sein, da diese zu unflexibel sein können, indem die individuell unterschiedlich wechselnden Bedürfnisse und Verlaufsgeschwindigkeiten von Genesungsprozessen zu wenig Berücksichtigung finden.

Heute sind in der medizinischen Rehabilitation psychisch kranker Menschen hochflexible, kleinmodulare therapeutische Bausteine unterschiedlicher Art (kognitiv, kreativ, übend, aufdeckend, körperbezogen etc.) gefordert, die in einem „rehabilitativen Patchwork“ sozusagen maßgeschneidert eingepasst umso häufiger oder seltener modifiziert werden müssen, je akuter bzw. stabiler der Patient ist. Diese Grundleistungen greifen auch dann umso besser, je mehr zusätzliche Leistungen angeboten werden: Therapeutische Gemeinschaft, gutes Essen, Komfort, Achtung der Privatsphäre, Animation usw. Das erfordert hohe Kompetenz bei den MitarbeiterInnen der Teams, aber auch der Organisation. Diese ist dann eher zu erreichen, wenn der Patient wählen kann und die Leistungserbringer sich am Markt behaupten müssen.

## 2.3. Tagesklinische Behandlung

Im Vergleich zu den Reha-Ansätzen im vollstationären Setting könnten diese in den Psychiatrischen Tageskliniken ausgebaut werden. Zum einen wurden die Plätze auch in Österreich deutlich vermehrt und sollten auf 20% der stationären Kapazitäten ausgebaut werden. Andererseits ist aber die Klientel einer Tagesklinik sehr gemischt, sodass es schwierig sein dürfte, für psychotische PatientInnen spezifische Programme anzubieten. So werden PatientInnen mit den verschiedensten Diagnosen, in unterschiedlichen Krankheitsstadien und somit differenziellen Bedürfnissen versorgt. Die Tagesklinik müsste entsprechend groß sein, um spezifische Angebote zu entwickeln.

---

## 3. Psychiatrische Rehabilitation in der Reha-Klinik

---

In Österreich wurde mit der Etablierung der stationären medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation zwar ein später (im Vergleich zu Deutschland), dafür aber eindeutiger Weg gegangen, nämlich die psychiatrische Rehabilitation nicht unter dem Etikett der Psychosomatik zu verkaufen. Die Zielrichtung ist somit nicht eine Krankenbehandlung, sondern der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit. In der Pensionsversicherung wird medizinische Rehabilitation mit dem Ziel gewährt, Behinderte bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit herzustellen bzw. wiederherzustellen, der sie in die Lage versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben oder in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können (Erhalt der Berufsfähigkeit bzw. Verhinderung von Pflegebedürftigkeit).

Nach 6 Jahren Erfahrung in den beiden Pilotprojekten Klagenfurt und Bad Hall lässt sich allgemein Folgendes aussagen:

- Ca. ein Viertel der zugewiesenen PatientInnen sind RBU-Fälle. Diese PatientInnen kommen eher unfreiwillig (da unter dem Titel Reha vor Pension zugewiesen) und sind schon ziemlich ausgelaugt (im Schnitt seit 6 Jahren psychisch krank). Nicht umsonst müssen 80% der BU-

Anträge positiv beschieden werden (im Vergleich 30% der Anträge wegen körperlicher Erkrankung).

- Ein Drittel sind ziemlich chronifizierte PatientInnen (durchschnittlich seit 10 Jahren psychisch krank), die schon einige stationäre Aufenthalte in Akutkliniken hinter sich haben und die Reha-Klinik von den Zuweisern als „Hoffnungsträger“ eingeschätzt wird.
- Ein Drittel der PatientInnen erfüllt sozusagen den Anspruch auf Erhalt bzw. Wiederherstellung der Arbeitskraft.
- Die Gruppe der PatientInnen mit psychotischen Störungen ist klein, da das relativ intensive Rehaprogramm überfordernd sein kann, bzw. diese Klientel in den Einrichtungen der sozialen Reha i.d.R. gemeindenah versorgt wird.

In dieser Situation kommt der schizophrene Patient hinsichtlich einer stationären medizinischen Rehabilitation noch zu kurz. Wie schon im Gutachten über das Konzept der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt ausgeführt (Kapfhammer 2005) und in der Evaluation über die ambulante Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Renner und Platz 1998) dargestellt, benötigen schizophrene PatientInnen ein spezifisches, aber auch längeres Programm.

### 3.1. Entwicklung der Inhalte des Konzeptes der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt

Als die Planungen 1992 für eine stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation begannen, wurde zunächst ein ambulantes Setting konzipiert und über 8 Jahre durchgeführt als Vorbereitung für die stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation. Störungsspezifische Gruppen, so auch für PatientInnen mit psychotischen Störungen, 3x pro Woche über insgesamt 6 Wochen, flankiert von störungsübergreifenden Angeboten (Entspannung, Selbstsicherheitstraining und Ergotherapie). Zur Entwicklung einer therapeutischen Gemeinschaft und Ausnutzung gruppodynamischer Vorteile wurden die PatientInnen zugleich, d.h. turnusweise aufgenommen. Die Ergebnisse der Evaluation bzw. Katamnese (Renner und Platz 1999) zeigten für die Diagnosen Depression, Angst und Anpassungs-

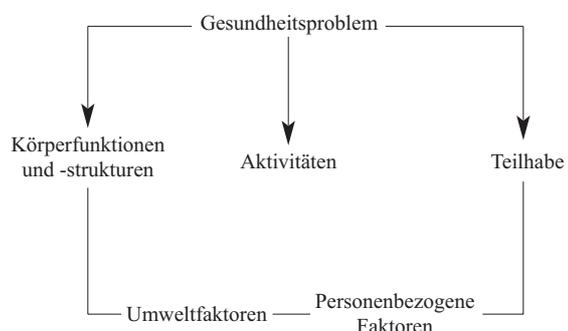
störungen nachhaltige Erfolge. Im Gegensatz dazu hielt die Symptomreduktion bei den PatientInnen mit psychotischen Störungen nicht an. Dies führte dazu, dass von Anfang an klar war, dass das Konzept der Reha-Klinik nur für PatientInnen mit leichten Beeinträchtigungen (Residualzuständen) geeignet ist.

### 3.2. Rehabilitationsdiagnostik

Diese richtet ihren Blick nicht nur auf die psychopathologischen Symptome psychischer Erkrankungen bzw. auf die krankheitsbedingten Einschränkungen und Defizite, sondern auch auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten des betroffenen Menschen (Stelzig R. et al 2007). Es wird gefordert (Anthony und Liberman 1986, Reker 1999, Schubart 1986), dass Rehabilitationsdiagnostik zielorientiert, ressourcenorientiert und kontinuierlich stattfinden sollte. Für die medizinische Rehabilitation wurde 2001 von der WHO die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) herausgebracht. Diese ermöglicht, den Gesundheits- und Funktionszustand einer Person unter Berücksichtigung der Umwelt zu erfassen und zu dokumentieren (**Abb. 1**). Allerdings ist diese Klassifikation für die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation noch zu wenig praktikabel, zu aufwändig und unspezifisch (Stelzig R. et al. 2007). Laut Rehabilitationsplan des ÖBIG (Danzer R et al. 2004) ist die ICF als Assessmentinstrument zu aufwändig (pro PatientIn sind mit 2 Stunden Dokumentationszeit zu rechnen). Es werden aber entsprechende Instrumente entwickelt und es scheint klar zu sein, dass sich die ICF, ähnlich dem ICD 10, als Standard durchsetzen wird.

Abbildung 1

Das biopsychosoziale Modell der ICF



An den beiden Reha-Kliniken in Klagenfurt und Bad Hall werden für die Evaluation folgende Instrumente genutzt: BSI (Brief-Symptom Inventory), WHO-QOL-BREF (WHO-Quality of Life zur Beurteilung der Lebensqualität), GAF (Global Assessment of Functioning), SOFAS (The Social and Occupational Functioning Assessment Scale) und der FMP (Psychotherapiemotivation).

### 3.3. Methoden und Behandlungsergebnisse

Die stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation von PatientInnen mit psychotischen Störungen erfolgt in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt grundsätzlich zielorientiert und unterscheidet sich darin nicht von jenen PatientInnen mit anderen psychiatrischen Störungsbildern. Das Assessment erfolgt grundsätzlich zweigleisig, einmal psychiatrisch und dann psychologisch-psychotherapeutisch mit der Erfassung tiefenpsychologischer, behavioraler und systemischer Faktoren. Wie auch am Ende des Aufenthaltes und zum Zeitpunkt der Katamnese werden die Ziele (Zielerreichung), Symptomcheckliste und der Fragebogen zur Lebensqualität erhoben. Die PatientInnen erhalten in der ersten Woche Einblick in die Therapien und bestimmen ihr Programm mit. Um die täglichen störungsspezifischen Gruppen erfolgt ein individuell zusammengestelltes Programm aus ca. 30 verschiedenen Angeboten. Wesentlich ist die „Therapeutische Gemeinschaft“, welche durch die turnusweise Aufnahme und Entlassung nach 6 Wochen ermöglicht wird.

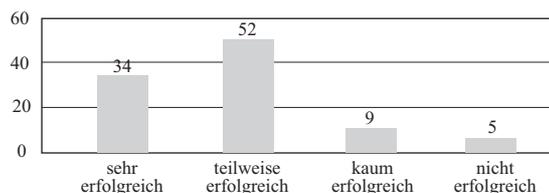
Für die PatientInnen mit F2-Diagnosen konnten folgende Ergebnisse in der Evaluation erzielt werden: Der Anteil der PatientInnen mit F2-Diagnosen beträgt ca. 12%, der berufliche Status zeigt 37% Berufstätige (22%) bzw. Arbeitslose (15%), 40% sind in BU (Berufsunfähigkeitspension), 10% haben um vorzeitige Pensionierung angesucht. 40% Männer, 60% Frauen, das durchschnittliche Alter ist mit 33,5 Jahren (SD = 9,2) um 10 Jahre geringer als das aller PatientInnen. Die Ausgangsbelastung im BSI ist im Vergleich zu den anderen PatientInnen signifikant geringer (nur mäßig ausgeprägte Symptomatik zu Therapiebeginn), der Chronifizierungsgrad ist mit durchschnittlich 9,8 Jahren Erkrankungsdauer ähnlich hoch wie beim anderen Klientel (M = 10,6 Jahre).

Im WHO (Lebensqualität) gibt es insgesamt aufgrund der besser eingeschätzten Ausgangsbelastung eher geringe Effekte im Vergleich zu den anderen PatientInnen. Die Beurteilung des Behandlungserfolgs von PatientInnen mit psychotischen Störungen zeigt

#### Abb. 2:

Abbildung 2

Beurteilung des Behandlungserfolgs  
(N = 130; Angaben in %)



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die PatientInnen mit psychotischer Symptomatik deutlich jünger und hinsichtlich der selbst eingeschätzten psychischen und körperlichen Symptombelastung weniger belastet sind als die affektiv oder somatoform gestörte Klientel. Hingegen weist diese Gruppe signifikant niedrigere Werte in der Einschätzung der BehandlerInnen (GAF und SOFAS) auf. In der Lebensqualität hat sich daher weniger verändert, subjektiv aber haben diese PatientInnen den Behandlungserfolg für sich außerordentlich gut beurteilt.

## 4. Diskussion und Ausblick

Stationäre Rehabilitation für PatientInnen mit psychotischen Störungen findet in psychiatrischen Krankenhäusern und speziellen Einrichtungen für medizinische Rehabilitation statt. Aufgrund der gesundheitspolitischen Vorgaben (z.B. Bettenabbau) wird es immer schwieriger, im Akutkrankenhaus für diese spezifische Klientel eine ausreichende Stabilisierung anzubieten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sinkt, die Aufnahmezahlen steigen. Dem kann durch den Ausbau von Tageskliniken und medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation im ambulanten und stationären Setting gegengesteuert werden. Auch die Zahl von Plätzen in therapeutischen Übergangwohnheimen ist noch nicht ausreichend. Alle diese Angebote, die sich in ihren Inhalten überschneiden, werden benötigt. Gerade PatientInnen mit psychotischen Störungen haben aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes sehr unterschiedliche Bedürfnisse, denen nur durch

eine Angebotsvielfalt Rechnung getragen werden kann. Das ist kein Luxus, den sich die Psychiater wünschen, sondern eine Notwendigkeit, um individuelles und familiäres Leid zu minimieren und Kosten einzusparen. Es liegen ausreichend ökonomische Studien vor, die den volkswirtschaftlichen Benefit einer gefächerten Rehabilitation beweisen (Salize et al. 2007).

Stationäre Rehabilitation wird sich aus dem Akutkrankenhaus u.a. in den Bereich der stationären medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation verschieben, Anschlussheilverfahren werden ähnlich wie in der somatischen Medizin bei schwereren und länger dauernden Einbrüchen der psychischen Gesundheit zum Standard gehören. Dies wird auch durch die vom Hauptverband der Sozialversicherung beschlossene Aufstockung der psychiatrischen Reha-Betten auf von dzt. 240 auf über 500 berücksichtigt.

## 5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Der Bericht über die stationäre Rehabilitation von PatientInnen mit psychotischen Störungen versucht einen Einblick über die derzeitige Situation in Österreich zu geben. Durch das Strukturanpassungsgesetz 1996 wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ verankert. Psychische Erkrankungen stehen im gesamten Leistungsbereich mit über 20% (bei steigender Tendenz) bereits an zweiter Stelle der Ursachen für Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit. Viele vorzeitige Pensionierungen könnten durch Rehabilitationsangebote vermieden werden (Danzer et al. 2004). Das Rehabilitationskonzept versteht sich als Bindeglied zwischen Akutversorgung und beruflicher Rehabilitation. Zu den Indikationen zählen auch Schizophrenie, schizoaffektive und andere wahnhaftige Störungen (ICD-10: F2). Die Strukturqualitätskriterien sind im Rehabilitationsbericht 2004 des ÖBIG (Danzer et al.) definiert. Hinsichtlich der Bedarfsplanung ergeben die vorliegenden epidemiologischen Daten aufgrund der unterschiedlichen Zuweisungswege und heterogenen Zielgruppen keine verlässliche Basis (Haberfellner 2004). Auch ist die Abgrenzung der verschiedenen Versorgungsstrukturen unscharf. Da die Aufenthaltsdauern in den Akut-Psychiatrien sinken, ist ein steigender Bedarf an Anschlussheilverfahren zu erwarten. Neben der Bedarfsermittlung von stationären Rehaplätzen für PatientInnen mit psychoti-

schen Störungen ist die Konzeptentwicklung für diese Klientel bedeutsam. In Abkehr von durchstylen Programmen scheint sich ein multimodaler Ansatz, ein „therapeutisches Patchwork“ individuell zugeschnitten und flexibel modifizierbar den Bedürfnissen des PatientInnen angemessen, durchzusetzen. Die Einbettung in eine therapeutische Gemeinschaft, in ein Milieu, welches von Achtsamkeit geprägt ist, dürfte essentiell sein für die Rehabilitation von Menschen mit seelischen Brüchen, die psychotische Ausmaße erreichen. Darüber hinaus ist der Zeitfaktor bedeutsam. Hier hat sich das Instrument der so genannten „Intervallverlängerung“ bewährt. Der Patient geht für einen Turnus (6 Wochen) nach Hause, bevor er zur Wiederaufnahme kommt. Das Erlernte und Erfahrene kann so erprobt werden, die anschließende Therapiephase ist differenzierter planbar, Hospitalisierungseffekte werden vermieden. Das Intervall kann auch länger dauern; auch die Zahl der Wiederaufnahmen muss individuell erfolgen. Weitere wissenschaftliche Studien sind hinsichtlich des Bedarfs an medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation, der Indikationsstellung dafür im Rehafächer der medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen, der Belegung der „Patchwork-Theorie“ sowie deren ökonomischer Nutzen angezeigt.

## Literatur

- Albers N (1999) Die Psychiatrische Tagesklinik. Thieme, Stuttgart: 61-72
- Anthony WA, Liberman RP (1986) The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. *Scioöhr Bull* 12: 542-559
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2003) Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 9
- Berger M (2006) Rehabilitation psychischer Erkrankungen – ein dringend zu regelnder Problembereich. *Psychiatrische Praxis* 3: 103-104
- Born A, Becker Th (2004) Psychiatrische Rehabilitation im internationalen Vergleich und Forschungsentwicklung, in: Wulf Rössler: *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer
- Danzer D, Fülöp G, Nemeth C, Pichlbauer E (2004) Rehabilitationsplan, ÖBIG
- Haberfellner M (2004) Bedarfsermittlung medizinischer Rehabilitation für psychisch Kranke
- Hinterhuber H, Meise U (2007) Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. *Neuropsychiatrie* 21/1: 1-4
- Kapfhammer P (2005) Fakultätsgutachten über das Konzept der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt

- Kissling W, Pitschel-Walz G (2004) Psychoedukation: Wirksamkeit und praktische Durchführung, in: Wulf Rössler: Psychiatrische Rehabilitation. Springer
- Kunze H (2004) Rehabilitationsplanung, in: Wulf Rössler: Psychiatrische Rehabilitation. Springer
- Mauer J, Berten G (1996) Selbstmanagementtherapie bei schizophrenen Erkrankten, in: Stark. A.: Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten, DGTV, Tübingen
- Platz Th (2005) Heavy-User und ihre subjektive Sicht der Erkrankung, JATROS, Fachzeitschrift für Neurologie und Psychiatrie, 13 (April):10-11
- Reker T (2004) Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung. In: Eikelmann B., Reker T (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Kohlhammer, Stuttgart
- Renner W, Platz Th (1999) Kognitive und symptombezogene Effekte standartisierter Verhaltenstherapie: Evaluation eines ambulanten Gruppenprogramms. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 3: 271-291
- Retzer A (1991) Die Behandlung psychotischen Verhaltens, Auer, Heidelberg
- Roder V, Brenner H, Kienzle N, Hodel B (1992) Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten – Wohnen, Arbeit, Freizeit (WAF), Psychologie Verlags Union, München
- Salize HJ, Rössler W, Becker T (2007) Mental Health Care in Germany – Current State and Trends European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 257: 92-103
- Stelzig R, Keglevic M, Haberfellner M (2007) Psychiatrische Rehabilitation in Österreich. Arbeitspapier der Arge Reha der ÖGPP
- Scheibler F (2004) Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Verlag Hans Huber
- Schubart C et al (1986) Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. Definition, assessment and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients of recent onset. Social Psychiatry 21: 1-9

# Berufliche Rehabilitation

Stefan Frühwald & Teresa Matschnig

---

## Arbeitsrehabilitation für an Schizophrenie leidende Menschen

---

Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit hat negative Folgen für psychisch erkrankte Menschen, da ein Verlust der Tagesstruktur ebenso eine Konsequenz ist wie eine Ausdünnung der sozialen Kontakte, finanzielle Schwierigkeiten, gesellschaftliche Stigmatisierung und eine Verminderung des Selbstwertgefühls (Mueser et al. 2001). Für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wird darüber hinaus über negative Auswirkungen auf die Stimmung, kognitive Fähigkeiten und Negativsymptome berichtet (McGurk & Mueser 2004). Umgekehrt berichten verschiedene Autoren, dass sich die klinische Symptomatik psychisch kranker Menschen unter Arbeitstherapie verbessert (Bond et al. 2001b; Mueser et al. 1997; Bell et al. 2005).

Arbeit bzw. Arbeitstherapie führt darüber hinaus zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Bell et al. 2005; Bryson et al. 2002; Holzner et al. 1998; Priebe et al. 1998; Kager et al. 2000). Nicht zuletzt geben die Betroffenen selbst einen hohen Leidensdruck durch Arbeitslosigkeit an und erwähnen das (Wieder-)Erlangen einer Beschäftigung als wichtiges Ziel (Marhawa und Johnson 2004). Aus all diesen Beobachtungen ergibt sich die Notwendigkeit, über allgemeine medizinisch-rehabilitative Maßnahmen

hinaus auch eine Rehabilitation psychisch Erkrankter in den Arbeitsalltag anzustreben.

Arbeitsrehabilitative Angebote lassen sich nach den Rahmenbedingungen der Betreuung (Betreuungsdichte, Art und Ort der Unterstützung, Anforderungsniveau bzw. Nähe zum allgemeinen Arbeitsmarkt) aufgliedern und reichen von arbeitstherapeutischen Maßnahmen in voll- und teilstationären Einrichtungen und Rehabilitationszentren über beschützte Werkstätten und spezielle Trainingsprogramme vor Eingliederung in den Arbeitsmarkt bis zur direkten Begleitung in den bzw. am ersten Arbeitsmarkt (Rössler 2007). Verfügbare Untersuchungen auf diesem Gebiet beziehen sich in erster Linie auf eine erfolgreiche Integration in den allgemeinen, ersten Arbeitsmarkt. Hier werden – v.a. im englischsprachigen Raum – zwei große Ansätze der Arbeitsrehabilitation unterschieden: Zum einen die Methode des „first train then place“ – hier nimmt der Klient an speziellen Trainingsprogrammen (z.B. soziales Kompetenztraining, Bewerbungstraining) teil und arbeitet zeitlich begrenzt an einem geschützten Arbeitsplatz (Arbeitstrainingsplatz mit reduzierten Anforderungen), bevor er in den ersten Arbeitsmarkt eingegliedert wird – und zum anderen der Ansatz des „first place then train“, bei dem der Klient schon in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert und dort professionell unterstützt wird.

Der erfolgsversprechendste Ansatz ist nach heutigem Wissensstand eindeutig jener des „first place then train“. Crowther et al zeigten in einem systematischen Übersichtsartikel, in den die Ergebnisse von elf randomisierten, kontrollierten Studien Eingang fanden, die Überlegenheit des „first place then train“-Ansatzes gegenüber der „first train then place“-Methode (Crowther et al. 2001). In einer kontrollierten Studie an 219 PatientInnen mit schwerer psychischer Erkrankung zeigte sich, dass PatientInnen, die zur „first place then train“-Gruppe randomisiert worden waren, zwar leichter Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt fanden und eine höhere Arbeitsleistung (mehr Arbeitszeit und höhere Löhne) erbrachten, jedoch ebenso wie die PatientInnen der Kontrollgruppe erhebliche Schwierigkeiten hatten, den Arbeitsplatz längerfristig zu behalten (Lehman et al. 2002). Die Überlegenheit des so genannten „IPS“ (Individual Placement and Support) Programms gegenüber herkömmlichen arbeitsrehabilitativen Maßnahmen bestätigte sich auch in einer amerikanischen Multicenter-Studie mit 1273 PatientInnen und einer kanadischen randomisierten, kontrollierten Studie an 150 schwer psychisch Erkrankten, sowie in einer kleineren Untersuchung über 40-jähriger schizophrener bzw. schizoaffektiver PatientInnen (Cook et al. 2005). Zwischenzeitlich liegt auch für den europäischen und auch den deutschsprachigen Raum eine große kontrollierte Studie vor, die ebenfalls eindeutige Vorteile der direkten Vermittlung der PatientInnen auf einen Job am allgemeinen Arbeitsmarkt im Gegensatz zu einem vorgeschalteten Training unter geschützten Bedingungen fand (Burns et al. 2007). Abgesehen vom „setting“ der Intervention präzisieren auch individuelle Eigenschaften den Rehabilitationserfolg (Matschnig et al. im Druck), ebenso wie die Gesamtsituation am Arbeitsmarkt (Höhe der Arbeitslosenrate, konjunkturelle Schwankungen) naturgemäß die Jobchancen für durch psychische Erkrankungen in der Leistungsfähigkeit eingeschränkte Menschen beeinflusst. Ein Erfolg von Arbeitsrehabilitation hängt auch von den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialrecht ab. Die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, auf deren Basis sich die verfügbaren rehabilitativen Angebote etabliert haben, sind in den deutschsprachigen Ländern so verschieden, dass eine Vergleichbarkeit von Angeboten und deren Effizienz schwierig oder sogar unmöglich ist.

## Die Situation in Österreich

In Österreich sind arbeitsrehabilitative Angebote in sehr unterschiedlicher Dichte und Verteilung vorhanden. Der Ausbaugrad spezifischer Unterstützungsangebote ist bedingt durch historische Entwicklungen und sozialrechtliche Unterschiede höchst inhomogen: Es existieren heute in geringer geographischer Entfernung Regionen, wo Nutzer eine Wahlmöglichkeit aus unterschiedlichen, fachlich ausdifferenzierten Angeboten haben, ebenso wie Gegenden, in denen Arbeitsrehabilitationsangebote für psychisch Erkrankte völlig fehlen. Es existiert weder eine qualitative, noch eine quantitative Übersicht über die in Österreich verfügbaren Angebote. Die Mehrzahl der Angebote dürfte der „first train then place“-Methode zuzuordnen sein, etwa manche Arbeitstrainingszentren, geschützte Werkstätten, Zuverdienstfirmen, bis hin zu Tagesstätten, sofern diese beschäftigungsrehabilitative Ziele verfolgen. Insgesamt ist von einem Mangel an berufsrehabilitativen Einrichtungen auszugehen, der möglicherweise der sich weiter zuspitzenden Zuerkennung von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Störungen und Behinderungen zugrunde liegt. Die Diagnoseverteilung der TeilnehmerInnen, welche Aufschluss über die an Schizophrenie betroffenen Personen in den Programmen geben könnte, wurde lediglich in speziellen Studien evaluiert. Meist waren unter den TeilnehmerInnen ca. 40 – 50% von Schizophrenie betroffen.

Am Beispiel von NÖ kann geschildert werden, dass die Gesamtanzahl an in NÖ erforderlichen Arbeitsrehabilitations-Plätzen vom ÖBIG auf 464 – 773 (0,3 bis 0,5 Plätze je 1000 Einwohner) geschätzt wurde, zuzüglich 464 – 618 (0,3 bis 0,4 je 1000 Einwohner) Plätze für Tagesstrukturierung (ÖBIG 1998). Die Anzahl der 2002 verfügbaren Arbeitstrainingsplätze betrug demgegenüber lediglich 90, zuzüglich 232 verfügbare Arbeitsassistentenplätze (Abdeckung des Bedarfs von lediglich 20%, oder von 69%, sofern die allerdings ambulanten Leistungen der Arbeitsassistenten hinzugerechnet wurden) (Katschnig et al. 2003). Statt eines ausreichenden Angebots an Arbeitsrehabilitation ist eine Reihe von Tagesheimstätten verfügbar, die allerdings eher der Tagesstrukturierung und Kontaktfindung denn beschäftigungsrehabilitativen Zielen dienen. Werkstätten zum Arbeitstraining psychisch erkrankter Menschen sind in NÖ nur in 3 von

7 Psychiatrieregionen etabliert, es ist ein massiver Mangel festzustellen, der wohl zu einem unnötig hohen Anteil an frühzeitig pensionierten Personen führt. Einigermaßen flächendeckend ist in NÖ ein der „first place then train“-Methode vergleichbarer Ansatz verfügbar: Das Angebot der „Arbeitsassistenten“, wobei die professionelle Unterstützung am ersten Arbeitsmarkt hier aufgrund sozialrechtlicher Bestimmungen üblicherweise auf einen Zeitraum von maximal einem Jahr begrenzt ist. In einer aktuellen Evaluierung von Arbeitsrehabilitations-Einrichtungen in NÖ zeigte sich, dass KlientInnen, die an einem Programm der Arbeitsassistenten teilgenommen hatten, signifikant länger in regulärer Beschäftigung verblieben als die KlientInnen eines beschützenden Beschäftigungsprojektes, wobei hier zu erwähnen ist, dass bereits vor Beginn der Maßnahme signifikante Unterschiede in der Dauer der vorangegangenen Beschäftigung bestanden hatten (Frühwald et al. 2006).

In der Regel konnten nur wenige PatientInnen die „geschützte“ Arbeitssituation in besonders gestalteten Werkstätten als „Sprungbrett“ in eine Beschäftigung unter Realitätsbedingungen nützen (Hoffmann 2003; Reker 1998). Eine Nachuntersuchung eines Arbeitstrainingszentrums in Oberösterreich fand eine Integration am allgemeinen Arbeitsmarkt von 23%; 38% der TeilnehmerInnen waren zwischenzeitlich pensioniert worden (Rittmannsberger & Atzlinger 1994). In Österreich waren nicht mehr als 14% der stationär psychiatrisch behandelten PatientInnen berufstätig (Wancata et al. 1994). In allen sozialpsychiatrischen Abteilungen, sowie in Tageskliniken ist Ergotherapie heute fixer Bestandteil des therapeutischen Angebots. Zum Einfluss stationär-arbeitsrehabilitativer Maßnahmen auf den Rehabilitationserfolg ist wenig publiziert. Längle et al konnten in ihrer Studie keinen signifikanten Unterschied in der Wirkung von arbeitstherapeutischen Maßnahmen und Ergotherapie im stationären Setting finden (Längle et al. 2006).

### Zusammenfassung & Empfehlungen

Die große Mehrzahl besonders der an schwereren psychischen Störungen erkrankten Menschen ist arbeits- bzw. beschäftigungslos. Der vielerorts in Österreich noch bestehende Mangel an ausdifferenzierten Angeboten zu beruflicher Rehabilitation wirkt sich negativ

auf den Krankheitsverlauf aus. Wo Arbeitsrehabilitation angeboten und auch evaluiert wurde, zeigen sich die Chancen auf erfolgreiche Integration der Betroffenen in den allgemeinen Arbeitsmarkt. In Österreich sollte in den kommenden Jahren einerseits darauf Wert gelegt werden, dass dem Bedarf entsprechende arbeitsrehabilitative Angebote zur Verfügung stehen, diese also quantitativ insbesondere dort ausgebaut werden, wo die Versorgung mangelhaft bis gänzlich fehlend ist. Andererseits sollten in den verfügbaren Einrichtungen laufend Begleitevaluationen durchgeführt werden, um eine noch bessere Datenbasis für die weitere qualitative Gestaltung sowie für die Bedarfsplanung zu generieren.

### Literatur

- Bell MD, Fiszdon JM, Greig TC, Bryson GJ. (2005) Can older people with schizophrenia benefit from work rehabilitation? *J Nerv Ment Dis* 193 : 293-301
- Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. (2001) Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 69: 489-501
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D, for the EQOLISE group. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370: 1146-1152
- Bryson G, Greig T, Lysaker P, Bell MD. (2002) Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia: a longitudinal analysis. *Schizophr Bull* 28: 249-257
- Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, Toprac MG, McFarlane WR, Shafer MS, Blankhertz LE, Dudek K, Razzano LA, Grey DD, Burke-Miller J. (2005) Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 62: 505-512
- Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. (2001) Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 322: 204-208
- Frühwald S, Bühler B, Grasl R, Gebetsberger M, Matschnig T, König F, Frottier P. (2006) Irr-wege in die Arbeitswelt – Langzeitergebnisse arbeitsrehabilitativer Einrichtungen für psychisch Kranke der Caritas St. Pölten. *Neuropsychiatrie* 20: 250-256
- Hoffmann H, Kupper Z. (2003) Prädiktive Faktoren einer beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten. *Psychiatr Prax* 30: 312-317
- Hoffmann H. (2004) Berufliche Rehabilitation. In: Rössler W: *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer: 333-346.
- Holzner B, Kemmler G, Meise U. (1998) The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 624-631

- Kager A, Lang A, Berghofer G, Henkel H, Schmitz M. (2000) The impact of work on quality of life for persons with severe mental illness. *Nervenheilkunde* 19: 560-565
- Katschnig H, Denk P, Weibold B. (2003) Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995. Universitätsklinik f. Psychiatrie, Wien. (<http://cms.noegus.at/images/noepsy03-kurz-end.pdf>)
- Längle G, Bayer W, Köster M, Salize HJ, Höhl W, Machleidt W, Wiedl KH, Buchkremer G. (2006) Unterscheiden sich die Effekte stationärer Arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen? Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. *Psychiat Prax* 33: 34-41
- Marhawa S, Johnson S. (2004) Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 337 – 349
- Matschnig T, Seyringer ME, Frottier P, Frühwald S. (2008) Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatrische Praxis* (im Druck).
- McGurk SR, Mueser KT. (2004) Cognitive functioning, symptoms and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res* 70: 147-173
- Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. (2001) A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 27: 281-296
- Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE, Bradley JD. (1997) Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 185: 419-426
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (1998) Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. Wien
- Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. (1998) Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull* 24: 469-477
- Reker T. (1998) Krankheits- und Rehabilitationsverläufe schizophrener Patienten in ambulanter Arbeitstherapie. *Nervenarzt* 69: 210-218
- Rittmannsberger H, Atzlinger G. (1994) Ergebnisse beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bei schizophrenen Patienten. In: Katschnig H, König P (Hrsg): *Schizophrenie und Lebensqualität*. Springer, Wien, New York: 203-214
- Rössler W. (2007) Perspektiven der psychiatrischen Rehabilitation. *Psychiatrie & Psychotherapie* 3: 3-8
- Wancata J, Gasselseder M, Müller C. (1994) Arbeit und Lebensqualität schizophrener Patienten. In: Katschnig H, König P: *Schizophrenie und Lebensqualität*, Springer-Verlag, Wien.

# Compliance

Alex Hofer

---

## Begriffserklärung

---

*Compliance* wurde 1979 definiert als das Ausmaß, in dem das Verhalten (wie die Einnahme von Medikamenten, das Befolgen empfohlener Maßnahmen oder das Verändern des ausgeübten Lebensstils) einer Person mit medizinischen oder gesundheitlichen Ratschlägen übereinstimmt (Haynes 1979). Diese Definition wird häufig kritisiert, da sie der PatientIn eine passive Rolle zuweist (Osterberg und Blaschke 2005), während moderne Konzepte ein „shared decision making“ (gemeinsame Entscheidungsfindung) empfehlen (Hamann et al. 2005, 2007), bei dem ÄrztIn und PatientIn gemeinsam das Behandlungsziel und die Therapie festlegen. Dabei sollte man sich natürlich an Therapieleitlinien orientieren, aber auch Erfahrungen, Wünsche und individuelle Lebensentwürfe der PatientIn berücksichtigen und somit auch Abweichungen vom therapeutischen Standard akzeptieren. Auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen und insbesondere der schizophrenen Störungen liegen bisher aber kaum Untersuchungen vor, die dieses Modell zur Grundlage haben.

---

## Das Problem der Noncompliance

---

Ein effektiver und essenzieller Bestandteil der Behandlung schizophrener Störungen ist neben Psychotherapie und Soziotherapie die Behandlung mit

Antipsychotika. Insgesamt kann damit gerechnet werden, dass etwa die Hälfte aller PatientInnen die Medikation wie verordnet einnimmt, während die restlichen PatientInnen nicht bzw. nur teilweise compliant sind. Die durchschnittlichen Noncompliance-Raten variieren je nach Untersuchungsmethoden sowie nach der Compliance-Definition von 10% bis 90% (vgl. Meta-Analyse von Fenton et al. 1997). Cramer und Rosenheck (1998) fanden in ihrer Meta-Analyse von 24 Antipsychotika-Studien, dass lediglich 58% der verordneten Antipsychotika eingenommen worden waren; die Spanne lag zwischen 24% und 90%, wobei verschiedene Erhebungsinstrumente (Patientenbefragung, Arzteinschätzung, Laborkontrollen der Urinspiegel) zugrunde lagen. Laut Perkins (1999) beenden 40% der PatientInnen die Einnahme der antipsychotischen Medikation innerhalb eines Jahres, ungefähr 70% innerhalb von zwei Jahren. Die angegebenen Zahlen sind dabei meist optimistischer als die Realität, da in den meisten Studien ein Selektionsbias zu Gunsten der complianten PatientInnen vorliegt.

Noncompliance wiegt besonders schwer in der Rezidivprophylaxe. Die jährliche Rückfallsrate ist bei schizophrenen Erkrankungen sehr hoch und wird mit bis zu 35% bei complianten und bis zu 75% bei noncomplianten PatientInnen beziffert (Weiden und Olfson 1995). Eine Intervallbehandlung mit Frühintervention bei drohendem Rückfall bzw. Behandlung bei erneu-

tem Schub kann bei PatientInnen mit wiederholten Episoden Rückfälle deutlich weniger gut verhindern als eine antipsychotische Dauermedikation (Gode-mann et al. 2003). Kane (1997) berichtet in einer Übersichtsarbeit über Rückfallraten von 76% in durchschnittlich 18 Monaten bei PatientInnen, die ihre Medikation absetzen; bei Intervallbehandlung zeigen sich Rückfallraten von 30% bis 35% pro Jahr, bei kontinuierlicher Behandlung Rückfallraten von 10% bis 20% pro Jahr.

## Einflussfaktoren

Das Konstrukt der Compliance bzw. die möglichen Ursachen für nicht ausreichende Compliance war in den letzten Jahren Gegenstand intensiver Forschungs-bemühungen. **Table 1** gibt einen Überblick über jene Faktoren, welche den Grad der medikamentösen Compliance wesentlich beeinflussen.

**Table 1:**

Einflussfaktoren auf die medikamentöse Compliance (Fleischhacker et al. 2003)

### 1. die PatientInnen

- Alter/Geschlecht
- Psychopathologie
- Kognition
- Komorbidität (Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit)
- Ansichten über Krankheiten/Rolle der Medizin allgemein
- Einstellung gegenüber einer medikamentösen Behandlung

### 2. die ÄrztInnen

- Therapeutische Allianz
- Befolgen von Behandlungsrichtlinien
- Ansichten und Empfehlungen des Arztes
- Information über die Erkrankung
- Nachsorge

### 3. die Behandlung

- Wirksamkeit
- Nebenwirkungen
- Komplexität der Behandlung
- Applikationsform
- Dauer der Behandlung
- Behandlungskosten

### 4. die Umgebung

- Unterstützung durch das Bezugssystem
- Finanzielle Unterstützung
- Einstellung gegenüber einer medikamentösen Behandlung
- Beaufsichtigung der Behandlung
- Stigmatisierung
- Therapeutische Umgebung

*Mangelnde Krankheitseinsicht* erschwert es häufig, die PatientIn von der Notwendigkeit einer Therapie zu überzeugen (Buckley et al. 2007). Daneben wirken sich *psychopathologische Merkmale* (Freudenreich et al. 2004, Adewuya et al. 2006, Karow et al. 2007) oder *kognitive Störungen* (Kim et al. 2006) nachteilig auf die Compliance aus. Ebenso nachteilig für die Compliance sind somatische *Nebenwirkungen* der medikamentösen Behandlung, wie extrapyramidal-motorische Störungen, Sedierung, Gewichtszunahme und sexuelle Funktionsstörungen (Weiden et al. 2004, Lambert et al. 2004, Adewuya et al. 2006, Karow et al. 2007). Dabei wird das Complianceverhalten vermutlich nicht nur durch die Art und den Schweregrad der Nebenwirkung beeinflusst, sondern auch durch die individuell wahrgenommene Einschränkung und das zeitliche Auftreten der Nebenwirkung (Fenton et al. 1997). Andererseits kann auch das Fehlen somatischer Nebenwirkungen Noncompliance provozieren, wenn es als Unwirksamkeit der Therapie interpretiert wird.

Die Lebensqualität, Zufriedenheit und das Wohlbefinden der PatientInnen haben großen Einfluss auf ihre Compliance und gewinnen daher als Therapieziel immer größere Bedeutung (Naber et al. 2005). PatientInnenzufriedenheit kann dabei auf verschiedenen Stufen der Compliance entstehen oder gefährdet werden; dazu gehören das *Krankheits- und Therapiekonzept* der PatientIn, die *Behandlungsakzeptanz* (Hofer und Fleischhacker 2006), die *Arzt-Patienten-Beziehung*, aber auch die *subjektive Bewertung von Wirkung und Nebenwirkungen* (Sibitz et al. 2005) und die Frage, inwieweit die PatientIn sich durch die Krankheit und deren Therapie *stigmatisiert* fühlt (Linden et al. 2001, Lambert et al. 2005).

Ein weiterer wichtiger Bereich ist der Zusammenhang zwischen Compliance und *Antipsychotika-Response*. Beispielsweise waren in einer Studie von Agarwal

et al. (1998) 20% der complianten PatientInnen im Zustand der vollständigen bzw. unvollständigen Remission, bei der Noncompliance-Gruppe lediglich 3%. Des Weiteren kann eine dysphorische Reaktion auf die erste Antipsychotikagabe zu Noncompliance führen (Voruganti und Awad 2004).

Neben der Einstellung der PatientIn zu Erkrankung und Therapie hat auch das *therapeutische Team* einen maßgeblichen Einfluss auf die Compliance, was die Bedeutung eines einheitlichen Therapiekonzeptes hervorhebt. So herrscht in manchen Berufsgruppen eher Skepsis in Bezug auf den Wert von Psychopharmaka, oder es existieren unterschiedliche Konzepte zur Lebensqualität, was unter Umständen zu gravierenden Diskrepanzen innerhalb des therapeutischen Teams führt (Rettenbacher et al. 2004) und somit einen negativen Einfluss auf die Compliance der PatientIn haben kann.

Schließlich können das *Bezugssystem* der PatientIn bzw. die Allgemeinbevölkerung mit ihrer Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen und Psychopharmaka die Compliance im positiven wie im negativen Sinne stark beeinflussen (Jorm et al. 2006).

---

### Der Einfluss verschiedener Antipsychotika

---

Insgesamt ist eine vergleichende Analyse über den Einfluss verschiedener Antipsychotika auf das Complianceverhalten von PatientInnen mit schizophrenen Störungen auf Grund unterschiedlicher Messungen und Definitionen von Compliance bzw. nicht einheitlicher Studienpopulationen schwierig. Einerseits gibt es Hinweise auf eine Verbesserung der Compliance nach einem Therapiewechsel von klassischen auf atypische Antipsychotika (Voruganti et al. 2002, Valenstein et al. 2004), andererseits zeigte lediglich eine Studie im direkten Vergleich eine statistisch signifikant bessere Compliance für Antipsychotika der zweiten Generation nach sechs Monaten, wobei der Unterschied nach zwölf Monaten allerdings nicht mehr signifikant war (Dolder et al. 2002). Andere Studien wiederum fanden keinen Complianceunterschied zwischen der Therapie mit Antipsychotika der ersten bzw. zweiten Generation (z.B. Menzin et al. 2003, Diaz et al. 2004, Gilmer et al. 2004). In der CATIE-

Studie (Lieberman et al. 2005) wurde die Therapie mit Olanzapin von deutlich weniger PatientInnen abgebrochen als die Therapie mit Perphenazin, während andere Antipsychotika der zweiten Generation (Quetiapin, Risperidon) keinen Unterschied zu Perphenazin zeigten. Dennoch sind vergleichende Aussagen über eine Überlegenheit der einzelnen Antipsychotika der zweiten Generation untereinander bezüglich ihrer Wirkung auf das Complianceverhalten im Moment aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht möglich. Eine Sonderstellung nimmt Clozapin ein. Es wird diskutiert, dass die häufigen Blutbildkontrollen und damit verbundenen regelmäßigen Arztkontakte möglicherweise zu einer Förderung der Compliance führen (Valenstein et al. 2004, Gilmer et al. 2004).

---

### Depot-Therapie

---

Depot-Präparate werden häufig als Compliance-verbessernde Intervention angesehen (Adams et al. 2001). Ein Nutzen dieser Therapie besteht sicher darin, dass das Nicht-Wahrnehmen eines Termins zur Depot-Applikation (und somit Noncompliance) sofort sichtbar wird und entsprechende Interventionen gezielt eingesetzt werden können. Tatsächlich zeigte eine Meta-Analyse, dass PatientInnen mit einer Depot-Therapie weniger Rezidive haben, seltener stationär aufgenommen werden und eine kürzere stationäre Behandlungsdauer aufweisen als PatientInnen mit einer oralen Medikation (Davis et al. 1994). Analog dazu scheint ein erheblicher Teil der Betroffenen eine Depot-Medikation gegenüber einer oralen Medikation zu bevorzugen (Walburn et al. 2001), während die behandelnden ÄrztInnen diesbezüglich skeptischer erscheinen (Heres et al. 2006).

Einige Vorteile einer Depot-Medikation sind in **Tabelle 2** aufgelistet.

---

#### **Tabelle 2:**

Vorteile einer Depot-Medikation (Pajonk et al. 2005)

- Sicherstellung des antipsychotischen Schutzes
- Gleichmäßiger Plasmaspiegel
- Geringere Substanzbelastung durch Vermeidung des „first pass“-Effektes
- Frühzeitiges Erkennen mangelnder Compliance

## Messung der Compliance

Zur Messung der Compliance stehen verschiedene direkte und indirekte Verfahren zur Verfügung, die in **Tabelle 3** angeführt sind.

**Tabelle 3**

Verfahren zur Messung der Compliance  
(Osterberg und Blaschke 2005)

### Direkte Verfahren

- Einnahme unter Aufsicht
- Therapeutisches Drug Monitoring

### Indirekte Verfahren

- PatientInnen-Fragebogen
- Tablettenzählen
- Ermittlung der eingelösten Wiederholungsverordnungen
- Beurteilung des klinischen Ansprechens
- Elektronisches Kontrollsystem, das die Einnahme der Einzeldosen registriert
- Patiententagebuch
- Befragung der betreuenden Person

Insgesamt ist nach wie vor unklar, wie Compliance gemessen werden kann. Einfache Methoden sind oft ungenau, genaue Methoden dagegen schwierig durchführbar. In Fragebogenuntersuchungen wird eine partielle Compliance nach einem Jahr mit ca. 50%, nach zwei Jahren mit ca. 25% eingeschätzt. Werden laboriertere Methoden wie das Zählen von Tabletten angewendet, werden Compliance-Raten von 63% nach einem Monat und 45 – 53% nach sechs Monaten berichtet (Rijcken et al. 2004).

Für die Praxis ist relevant, dass die Beurteilung der Compliance durch die Einschätzung des medizinischen Systems sich häufig als nicht valide erweist, und ÄrztInnen beispielsweise oft zur Überschätzung der Compliance neigen. So war in der Studie von Byerly et al. (2005) die Hälfte der PatientInnen nicht compliant (Einnahme <70% der verordneten Dosen), ohne dass dies von den BehandlerInnen erkannt wurde.

## Compliance-Interventionen

Aufgrund der Häufigkeit, der Ausprägung und der negativen Konsequenzen von Noncompliance wurden in den letzten Jahren viele Studien durchgeführt, die sich mit Maßnahmen beschäftigten, welche die Compliance erhöhen können. Es wurde eine Vielzahl von Interventionen untersucht, die sowohl verschiedene Techniken (*Psychoedukation, kognitiv-behaviorale Verfahren, Verhaltensmodifikation*) als auch verschiedene Modalitäten (*Einzel, Familie, Gruppe*) umfassten. Die deutlichsten Effekte zeigten hierbei Interventionen, die mehrere Strategien kombinierten. Ein Vergleich der Interventionen untereinander zeigt, dass komplexe kognitiv-behaviorale Verfahren effizienter sind als Psychoedukation. Vereinzelt konnte auch die Effektivität einfacher behavioraler Maßnahmen nachgewiesen werden. Nicht zuletzt scheint die Einbeziehung von Angehörigen einen – wenn auch nicht durchgängigen – positiven Effekt auf die Compliance zu haben (Puschner et al. 2005).

Allgemeine Maßnahmen zur Unterstützung und Förderung der Compliance sind in **Tabelle 4** angeführt.

**Tabelle 4**

Maßnahmen zur Sicherung oder Verbesserung der Compliance  
(Fleischhacker et al. 2007)

- Vertrauensvolles Gesprächsklima schaffen
- Risikofaktoren für Noncompliance identifizieren
- Therapie mit maximaler Wirkung und minimalen Nebenwirkungen wählen
- Einfaches Dosierungsschema wählen
- Vorzugsweise Monotherapie verordnen
- Subjektiv störende Nebenwirkungen berücksichtigen
- Schriftliche und mündliche Information über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Therapierichtlinien geben
- Regelmäßige Nutzen-Risiko-Diskussionen durchführen
- Complianceverhalten regelmäßig diskutieren
- Ambulante Nachbetreuung noch während des stationären Aufenthaltes planen
- Psychoedukation / kognitiv-behaviorale Verfahren / Verhaltensmodifikation

## Situation in Österreich

In Österreich durchgeführte Studien lassen erkennen, dass 57% bzw. 42,6% der schizophren Erkrankten aufgrund fehlender bzw. partieller Compliance stationär aufgenommen werden müssen (Rittmannsberger et al. 2004, Geretsegger et al. 2006). Demgegenüber zeigen ambulant im Rahmen einer Spezialsprechstunde betreute PatientInnen eine Compliance-Rate von über 90% (Rettenbacher et al. 2004). Aufgrund dieser Daten erscheint die bundesweite Installation derartiger Spezialsprechstunden für PatientInnen mit schizophrenen Störungen sowohl aus der Sicht der Betroffenen als auch gesundheitsökonomisch dringend indiziert. Dennoch wurde die bisher einzige entsprechende Einrichtung an der Medizinischen Universität Innsbruck wegen fehlender finanzieller Rückendeckung durch den Krankenhausträger und die Universität im Herbst 2007 geschlossen.

Relativ viele in Österreich durchgeführte Studien haben sich mit den Zusammenhängen zwischen Complianceverhalten und Einstellung zur (Hofer et al. 2002, Hofer et al. 2007) bzw. Nebenwirkungen der Behandlung (Hummer & Fleischhacker 1996, Hofer et al. 2002, Rettenbacher et al. 2004) beschäftigt. Insgesamt decken sich die Befunde mit der internationalen Fachliteratur und bestätigen den negativen Einfluss von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, Sedierung, Gewichtszunahme und sexuellen Funktionsstörungen. Außerdem wurde die Auswirkung des Complianceverhaltens auf den subjektiven Outcome von PatientInnen mit schizophrenen Störungen untersucht (Hofer et al. 2004, Rettenbacher et al. 2004), und es konnte gezeigt werden, dass die Einstellung zur Behandlung mit Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden positiv korreliert.

Wie bereits erwähnt, ist es äußerst schwierig, das tatsächliche Complianceverhalten von PatientInnen mit schizophrenen Störungen zu untersuchen und Informationen zur Noncompliance und ihren beteiligten Faktoren zu sammeln. Dafür wären einfache, zuverlässige Erfassungsinstrumente wünschenswert. Diesbezüglich besteht auch in Österreich zweifellos noch Forschungsbedarf.

Als weiterer Punkt müsste das Complianceverhalten der behandelnden Ärzte in Bezug auf das Einhalten

von Therapierichtlinien untersucht werden, um zu erfassen, ob und inwiefern dadurch die Compliance der PatientInnen beeinflusst wird. Gleichzeitig könnte erhoben werden, wie häufig Depot-Präparate verordnet werden und ob sich der Outcome dieser Gruppe von jenem von PatientInnen mit einer oralen Medikation unterscheidet.

International sind Unterschiede zwischen Depot-Präparaten und oralen Antipsychotika bisher nicht ausreichend untersucht worden, und auch aus Österreich gibt es derzeit noch keine entsprechenden Daten. Es wäre vor allem auch interessant, in Erfahrung zu bringen, ob sich PatientInnen mit atypischer Depot-Medikation in ihrem Outcome von jenen unterscheiden, die mit klassischen Depot-Präparaten behandelt werden.

Theoretisch müssten ständig compliante PatientInnen zwar höhere Arzneimittelkosten haben als nicht oder teilweise compliante PatientInnen, aber deutlich niedrigere Krankenhauskosten. Entsprechende pharmakoökonomische Analysen sind derzeit ebenfalls noch ausständig.

Positiv erwähnt werden sollte die zunehmende Etablierung der Psychoedukation. Künftige Studien sollten untersuchen, ob der Einsatz von kognitiv-behavioralen Verfahren auf das Complianceverhalten von PatientInnen in Österreich einen wesentlichen Einfluss hat.

## Literatur

- Adams CE, Fenton MK, Quraishi S, David AS. (2001) Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 179: 290-299
- Adewuya AO, Ola BA, Mosaku SK, Fatoye FO, Egunranti AB. (2006) Attitude towards antipsychotics among out-patients with schizophrenia in Nigeria. *Acta Psychiatr Scand* 113: 207-211
- Agarwal MR, Sharma VK, Koshore Kumar KV, Lowe D. (1998) Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors. *Int J Soc Psychiatry* 44: 92-106
- Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. (2007) Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS Drugs* 21: 129-141
- Cramer JA, Rosenheck R. (1998) Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 49: 196-201

- Davis JM, Matalon L, Watanabe MD, Blake L, Metalon L. (1994) Depot antipsychotic drugs. Place in therapy. *Drugs* 47: 741-773
- Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pearsall HR, Woods SW. (2004) Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *J Clin Psychiatry* 65: 354-360
- Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. (2002) Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 159: 103-108
- Fenton WS, Blyler WR, Heinssen RK. (1997) Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 23: 637-651
- Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. (2003) Factors influencing compliance. *J Clin Psychiatry* 64 (suppl 16): 10-13
- Fleischhacker WW, Hofer A, Hummer M. (2007) Managing schizophrenia: the compliance challenge. Second edition. CMG, London.
- Freudenreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. (2004) Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry* 65: 1372-1376
- Geretsegger C, Kaplan P, Stelzig R, Egger C, Mühlbacher M, Buschmann W, Ottner S, Stuppäck C, Rauscher A, Trost J, Martincic-Punzengruber U. (2006) Non-Compliance als Wiederaufnahmegrund. *Der Nervenarzt* 77 (suppl 2): 400-S401
- Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, Jeste DV. (2004) Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medical beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161: 692-699
- Godemann F, Linden M, Gaebel W, Koepke W, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J, Pietzcker A. (2003) Is interval medication a successful treatment regimen for schizophrenic patients with critical attitudes towards treatment? *Eur Psychiatry* 18: 82-84
- Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. (2005) Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry* 162: 2382-2384
- Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. (2007) Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry* 68: 992-997
- Haynes RB. (1979) Introduction. In: Haynes R.B., D.W. Taylor, D.L. Sackett: Compliance in health care. The John Hopkins University Press, Baltimore, Maryland.
- Heres S, Hamann J, Kissling W, Leucht S. (2006) Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication. *J Clin Psychiatry* 67: 1948-1953
- Hofer A, Kemmler G, Eder U, Honeder M, Hummer M, Fleischhacker WW. (2002) Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 63: 49-53
- Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. (2004) Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry* 65: 932-939
- Hofer A, Fleischhacker WW. (2006) Attitudes towards medication in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 113: 161-162
- Hofer A, Rettenbacher MA, Edlinger MA, Kemmler G, Widschwendter CG, Fleischhacker WW. (2007) Subjective response and attitudes toward antipsychotic drug therapy during the initial treatment period: a prospective follow-up study in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 116: 354-361
- Hummer M, Fleischhacker WW. (1996) Compliance and outcome in patients treated with antipsychotics. The impact of extrapyramidal syndromes. *CNS Drugs* 5 (suppl 1): 13-20
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. (2006) The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Aust N Z J Psychiatry* 40: 42-46
- Kane JM. (1997) What can we achieve by implementing a compliance-improvement program? *Int Clin Psychopharmacol* 12 (suppl): 43-46
- Karow A, Czekalla J, Dittmann RW, Schacht A, Wagner T, Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D. (2007) Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 68: 75-80
- Kim SW, Shin IS, Kim JM, Yang SJ, Shin HY, Yoon JS. (2006) Association between attitude toward medication and neurocognitive function in schizophrenia. *Clin Neuropharmacol* 29: 197-205
- Lambert M, Conus P, Eide P, Mass R, Karow A, Moritz S, Golks D, Naber D. (2004) Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry* 19: 415-422
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK. (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353: 1209-1223
- Linden M, Godemann F, Gaebel W, Koepke W, Mueller P, Mueller-Spahn F, Pietzcker A, Tegeler J. (2001) A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophr Bull* 27: 585-596
- Menzin J, Boulanger L, Friedmann M, Mackell J, Lloyd JR. (2003) Treatment adherence associated with conventional and atypical antipsychotics in a large state medical program. *Psychiatr Serv* 54: 719-723
- Naber D, Karow A, Lambert M. (2005) Subjective well-being under neuroleptic treatment and its relevance for compliance. *Acta Psychiatr Scand* 111 (suppl 427): 29-34
- Osterberg L, Blaschke T. (2005) Adherence to medication. *N Engl J Med* 353: 487-497
- Pajonk FG, Wobrock T, Falkai P. (2005) Langzeittherapie der Schizophrenie, Teil I: Hintergrund, Behandlungsziele, Pharmakotherapie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73: 161-177
- Perkins DO. (1999) Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 60 (suppl 21): 25-30
- Puschner B, Born A, Giessler A, Helm H, Becker T, Angermeyer MC. (2005) Effects of interventions to improve compliance with antipsychotic medication in people suffering from schizophrenia-results of recent reviews. *Psychiatr Prax* 32: 62-67
- Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, Hummer M, Kemmler G, Weiss EM, Fleischhacker WW. (2004) Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry* 65: 1211-1218

- Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker WW. (2004) Attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 37: 103-109
- Rijcken CA, Tobi H, Vergouwen AC, de Jong-van den Berg LT. (2004) Refill rate of antipsychotic drugs: an easy and inexpensive method to monitor patients' compliance by using computerised pharmacy data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 13: 365-370
- Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmueller P, Wancata J. (2004) Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv* 55: 174-179
- Sibitz I, Katschnig H, Goessler R, Unger A, Amering M. (2005) Pharmacophilia and pharmacophobia: determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 38: 107-112
- Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, Bingham CR, Stavenger T. (2004) Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophr Bull* 30: 255-264
- Voruganti L, Cortese L, Owoyeumi L, Kotteda V, Cernovsky Z, Zirul S, Awad A. (2002) Switching from conventional to novel antipsychotic drugs: results of a prospective naturalistic study. *Schizophr Res* 57: 201-208
- Voruganti L, Awad AG. (2004) Neuroleptic dysphoria: towards a new synthesis. *Psychopharmacology (Berl)* 171: 121-132
- Walburn J, Gray R, Gournay K, Quraishi S, David AS. (2001) Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 179: 300-307
- Weiden PJ, Olfson M. (1995) Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 21: 419-429
- Weiden PJ, Mackell JA, McDonnell DD. (2004) Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. *Schizophr Res* 66: 51-57

# Geschlechtsspezifische Aspekte der Schizophrenie

Alexandra B. Whitworth

---

## 1. Allgemeine Beschreibung

---

### *Ersterkrankungsalter*

Bei gleichem Lebenszeitrisiko für Schizophrenie für beide Geschlechter ist seit langem bekannt, dass Frauen 4–5 Jahre später erkranken als Männer (Häfner et al. 1993), weniger prämorbid Funktionsstörungen und einen eher günstigeren Verlauf aufweisen.

15% der an Schizophrenie erkrankten Frauen entwickeln ihre Erkrankung erst Mitte bis Ende der 40er-Jahre – dies wird als sog. „Spätschizophrenie“ bezeichnet. Als Erklärung für dieses Phänomen wurde eine protektive Wirkung des Östrogens bei prämenopausalen Frauen angenommen. Allerdings sind auch Verlauf und Symptomatik bei Frauen mit Spätschizophrenie deutlich schwerer als bei späterkranken Männern (Riecher-Rössler 1994; Riecher-Rössler et al. 1997).

### *Symptomatik*

Ob und in welchem Ausmaß sich die Symptomatik zwischen den Geschlechtern unterscheidet, wird noch diskutiert. Frühere Arbeiten beschreiben häufigere Minussymptomatik bei Männern und ein Vorherrschen von affektiven Symptomen bei Frauen. Die Anwendung verschiedener diagnostischer Systeme

mit strengeren Diagnosekriterien kann vermehrt Frauen mit affektiven Symptomen aus Studien ausschließen und zu anderen Ergebnissen führen (Keks et al. 1990).

Seeman (1996) diskutierte, dass die höhere Prävalenz von Negativsymptomen bei Männern auch eine Folge von höheren Dosen von Antipsychotika sein könnte. Nur wenige klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten gefunden werden und diese bezogen sich eher auf das jeweilige Krankheitsverhalten – Männer neigten eher zu Substanzmissbrauch und zeigten mehr Selbstvernachlässigung (Häfner et al. 1998).

### *Krankheitsverlauf*

Durch das spätere Ersterkrankungsalter von Frauen ergeben sich in verschiedensten Bereichen unterschiedliche Bedürfnisse und Versorgungsansprüche. Frauen sind bei Krankheitsbeginn sozial besser integriert, d.h. sie haben mehr Stabilität in ihren sozialen Rollen und leben im Verlauf ihrer Krankheit eher in einer Beziehung oder sind verheiratet, sind berufstätig und besser ausgebildet (Andia et al. 1995).

Andererseits ergeben sich aus typisch weiblichen Lebensentwürfen und -rollen auch spezielle Stressoren durch z.B. zyklusbedingte Hormonschwankungen

oder die Geburt eines Kindes. Das Risiko einer Neu-erkrankung oder eines Rezidivs ist postpartal dramatisch um das 15 – 20fache erhöht (Kendell et al. 1987).

Die Diagnose Schizophrenie wird bei Frauen also später gestellt, sie bedürfen seltener Hospitalisierungen, kürzere Krankenhausaufenthalte, haben weniger Konflikte mit dem Gesetz, und mehr intime Beziehungen als Männer mit Schizophrenie.

Die Mortalität durch unnatürliche Ursachen (Suizid, Unfälle, Homizid) ist im Rahmen der Schizophrenien bei Frauen signifikant niedriger.

### **Mutterschaft und Schizophrenie**

Frauen mit schizophrenen Erkrankungen sind öfter verheiratet als Männer und haben auch häufiger Kinder.

Die Angst, dass ihnen das Kind weggenommen werden könnte, wenn sie mit der Betreuung nicht zurechtkommen, stellt einen enormen Stressor dar, der den Krankheitsprozess aufrechterhalten und eine Behandlung und Rehabilitation verhindern kann, da sich Eltern nicht von ihren Kindern trennen wollen oder keine Unterstützung in ihrer Umgebung (durch z.B. einen fixen Partner) erleben.

Die Einrichtung von spezialisierten Abteilungen ist in angloamerikanischen Ländern bereits weiter fortgeschritten. Diese Mutter-Kind-Stationen dienen neben Behandlung und Rehabilitation der kranken Mutter auch dem Training der Elternfunktionen (sog. „Parenting“) und eventuell der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit (Mowbray et al. 2001).

### **Fertilität**

Vor der neuroleptischen Ära diskutierte man für die reduzierte Fertilität von Frauen mit Schizophrenie verschiedene Ursachen wie soziale und kulturelle Faktoren z.B. niedrige Raten an Verehelichungen, hohe Scheidungsraten und Langzeit-Krankenhaus-Aufenthalte während der fruchtbaren Jahre (Saugstad 1989).

Nach Einführung der Neuroleptika und dem Beginn der Deinstitutionalisierung fielen mit der Zeit diverse Nebenwirkungen auf – wie die neuroendokrinen Effekte durch die dopaminerge Blockade im tuberoinfundibulären System. Prolaktinerhöhungen wurden bei Frauen schon bei niedrigeren Dosen beobachtet als bei Männern und führten in der Folge zu Gewichtszunahme, Libidostörungen, Galaktorrhoe, Menstruationsstörungen und reversibler Amenorrhoe (Kuruvilla et al. 1992).

In neuerer Zeit wurden Antipsychotika mit geringerer Aktivität am D2-Rezeptor entwickelt. Diese Substanzen wie Olanzapin, Quetiapin, aber auch Clozapin bewirken ein völlig neues Nebenwirkungsspektrum. Eine Hyperprolaktinämie bleibt aus und es kommt daher nicht zu einer sekundären Amenorrhoe (Wetzel et al. 1995).

Bei einer Umstellung von einem älteren auf ein neueres „prolaktinsparendes“ Antipsychotikum bzw. mit der vermehrten Verwendung von diesen neueren Substanzen müssten eigentlich vermehrt Schwangerschaften auftreten.

Die Fertilitätsrate von an Schizophrenie erkrankten Frauen wird in einer großen, neueren Studie (Howard et al. 2002) mit über 6.000 Patientinnen als deutlich reduziert im Vergleich zur gesunden Vergleichsgruppe und zu einer Gruppe mit affektiven Störungen beschrieben. In dieser Arbeit konnte auch kein Zusammenhang der Fertilität mit der antipsychotischen Medikation festgestellt werden.

Zuverlässige, kontrollierte, große Studien zu verschiedensten Einflussfaktoren dazu fehlen jedoch noch. Es stellt sich die noch unbeantwortete Frage, ob an Schizophrenie erkrankten Frauen eher zu einer Kontrazeption geraten wird – oder ob sie sogar seltener zu GynäkologInnen gehen und die Empfängnisverhütung von PsychiaterInnen nicht regelmäßig zum Thema gemacht wird. Bis dahin sollten Frauen unter Beachtung dieser endokrinen Veränderungen und Einflussfaktoren behandelt werden. Eine genauere Sexual- und Menstruationsanamnese, eventuell bestehender Kinderwunsch und verschiedene kontrazeptive Strategien sollten auch in der psychiatrischen Behandlung regelmäßig zum Thema gemacht werden.

## Therapie

### Medikamentöse Behandlung

Zur differenzierten Feststellung von Behandlungseffekten und Nebenwirkungen von Frauen und Männern kann anhand der internationalen Literatur festgestellt werden, dass dies lange Zeit nicht gut untersucht war, da Frauen im gebärfähigen Alter aus Psychopharmaka-Studien meist von vornherein ausgeschlossen waren. In letzter Zeit hat sich dies auch auf Drängen der Zulassungsbehörden etwas geändert.

Bekannt ist, dass sowohl Pharmakokinetik als auch Pharmakodynamik Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufweisen (siehe Übersichten Aichhorn et al. 2005 und Seeman 2004).

Aufgrund besonderer Umstände im Leben einer Frau stellt sich auch die Frage, ob Dosierungen während der verschiedenen Phasen des Menstruationszyklus, der Schwangerschaft, postpartal oder in der Menopause angepasst werden sollten.

Dosierungsunterschiede der Antipsychotika je nach Geschlecht konnten großteils jedoch nicht gefunden werden (Kulkarni 1997, Miller et al. 1998).

Plasmaspiegel von Clozapin und Olanzapin weisen bei Frauen auch nach einer Gewichtskorrektur höhere Werte auf – was hauptsächlich durch die geringere CYP1A2-Aktivität von Frauen erklärt wird. Eine aktuelle Studie fand eine um 38% schnellere Clearance von Olanzapin bei Männern (Bigos et al. 2008).

### Wirkung

Direkte Vergleiche der Responseraten zwischen Frauen und Männern waren bisher rar. In den meisten methodologisch rigorosen Studien, die prämorbid funktionelles Niveau, Alter bei Beginn und Verlauf der Erkrankung und frühere Krankenhausaufenthalte erfassten, konnten keine geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden werden (Pinals et al. 1996).

In der SOHO-Studie, die an ungefähr 10.000 PatientInnen in Europa durchgeführt wurde, war das weibliche Geschlecht jedoch mit einer eindeutig besseren Response (v.a. auf Clozapin und typische Antipsychotika) verbunden (Usall et al. 2007).

### Nebenwirkungen

Eine neuere Untersuchung von Pinals et al. 1996 fand bei Frauen unter alten AP deutlich höhere Prolaktinpiegel im Vergleich zu Männern – dieser Effekt war besonders bei prämenopausalen Frauen ausgeprägt und blieb bis ins Alter erhalten.

Das Nebenwirkungsprofil von neueren Antipsychotika weist bei Frauen einen signifikanten Überhang beim metabolischen Syndrom auf, das die viszerale Adipositas, die Hyperglykämie, arterielle Hypertension und die Dyslipidämie umfasst.

Außerdem weisen Frauen bereits bei Behandlungsbeginn ein längeres QT-Intervall auf – wahrscheinlich durch Östrogen bedingt, dieser Effekt tritt besonders in der 1. Zyklushälfte auf (Haddad und Anderson 2002). Androgene wiederum scheinen das QT-Intervall zu verkürzen und damit einen Schutz vor Torsades de Pointes zu bieten.

### Compliance

Die Einnahme von Medikamenten betreffend weisen Frauen eine bessere Compliance auf, es werden ihnen auch öfter Psychotherapie und sozial-rehabilitative Maßnahmen empfohlen, die sie auch in Anspruch nehmen (Salokangas und Stengard 1990, Riecher-Rössler und Rössler 1998, Rössler et al. 2001)

### Psychotherapie

In der Psychotherapie von Frauen geht es eher um den Erhalt von Rollenfunktionen, während bei Männern die Lebensbereiche wie Partnerschaft, Berufsorientierung, Kinder noch gar nicht so etabliert sind. Es müssen geschlechtsspezifische Unterschiede in Krankheitskonzepten und -bewältigung, Hilfesuchverhalten und Komorbiditäten berücksichtigt werden (Riecher-Rössler 2000). Zum Beispiel kann eine Behandlung an einer Tagesklinik oder eine Wochenendbeurlaubung während eines stationären Aufenthaltes bei einer Frau eine stärkere Belastung bedeuten, da sie sich ihren Aufgaben im Haushalt nicht entziehen kann.

Eine unterschiedliche psychotherapeutische Behandlung von Männern und Frauen ergibt sich allenfalls

aus der Studie von Mueser et al. (1995), die eine Assoziation von Gedächtnis mit sozialen Fertigkeiten bei Frauen fanden. Dies würde in der Folge bedeuten, dass Frauen mit Schizophrenie besser auf kognitive Therapien ansprechen müssten. Studien zur geschlechtsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung von Frauen mit Schizophrenie stehen noch aus.

---

## 2. Situation in Österreich

---

### **Medikamentöse Behandlung**

In Österreich wurden in den letzten Jahren mehrere Studien publiziert, die die Plasma-Spiegel zwischen Männern und Frauen verglichen. Zu Quetiapin lässt sich feststellen, dass die Plasma-Spiegel zwar mit dem Alter korrelierten, aber nach Gewichtskorrektur keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten (Aichhorn et al. 2006)

Für Risperidon lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern herstellen – weder für die Gesamtgruppe noch für die prämenopausale Subgruppe (Aichhorn et al. 2005). Für Olanzapin konnte dieselbe Autorengruppe um 33,5% erhöhte Plasma-Spiegel für Frauen errechnen – unabhängig von Alter und Gewicht (Weiss et al. 2005). Dieses Ergebnis sollte dazu führen, dass bei Frauen niedrigere Dosen von Olanzapin verwendet werden.

### **Spezielle Aspekte von Eltern von an Schizophrenie Erkrankten**

In einer Untersuchung von Katschnig 1997 war aufgefallen, dass an Schizophrenie Erkrankte in 71% von ihren Müttern und nur in 6% von ihren Vätern betreut und gepflegt wurden. Daraufhin wurde ein eigener Fragebogen zur Erfassung der Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen entwickelt und angewandt (Wancata 2007). Es stellte sich heraus, dass pflegende Mütter eher eine depressive Störung zeigten als Väter. Sie verbrachten im Übrigen auch deutlich mehr Zeit mit ihren kranken Kindern und waren stärker belastet. Diese Belastung war in den ersten 2 Jahren zu Beginn der Erkrankung am höchsten. Dagegen zeigten betreuende Väter deutlich eine höhere Inzidenz

an Alkoholproblemen. Die Autoren führen dies auf unterschiedliche Coping-Mechanismen zwischen den Geschlechtern zurück.

### **Versorgungsplanung**

Daten für den stationären Bereich sind Aufnahmezahlen und Aufenthaltsdauern, die mit der Diagnose korreliert werden können – jedoch keine einzelnen Personen. Eine genauere Fragestellung, z.B. wie viele Frauen und Männer in Österreich mit einer schizophrenen Erkrankung in stationärer Behandlung sind, kann daher aus derzeit vorhandenem Datenmaterial nicht beantwortet werden.

Es waren 5.276 Männer und 3.634 Frauen mit der Hauptdiagnose F20 nach ICD10 (Schizophrene Erkrankungen) im Jahr 2006 stationär aufgenommen. Im tagesklinischen Bereich war der Überhang an männlichen Erkrankten mit 9.192 Männern zu 4.125 Frauen noch ausgeprägter. Dies mögen unter anderem Ausdruck besserer sozialer Integration der Frauen mit schizophrenen Erkrankungen oder bei Männern auftretende schwerere Krankheitsverläufe und Mangel anderer Versorgungsstrukturen sein.

Soweit mir bekannt ist, existieren im Bereich der Schizophrenie in Österreich keinerlei ausschließlich Frauen vorbehaltene stationäre oder ambulante Versorgungseinrichtungen.

Die Einrichtung von spezialisierten Mutter-Kind-Einheiten an psychiatrischen Abteilungen ist in Österreich stark vernachlässigt worden und weit von einer idealen Versorgung dieser Patientinnen entfernt! Vor allem in Wien, welches ein ausreichend großes Einzugsgebiet aufweist, wurde noch keine Station eingerichtet! Es ist dringend erforderlich, entsprechende Hilfsangebote einzurichten – vor allem in Hinblick auf die vermutlich zunehmende Fertilität von Frauen mit schizophrenen Erkrankungen (siehe 1. Abschnitt: Fertilität).

Österreichische Daten zur Inanspruchnahme von Psychotherapie und eventuellen geschlechtsspezifischen Unterschieden waren, aus Datenschutzgründen, nicht erhältlich. Ein Hauptproblem der eklatant nutzlosen Datenlage – nicht nur für den Gender-Bereich

– dürfte einerseits das Fehlen einheitlicher Diagnosestandards (wie sie in der westlichen Welt durchaus schon üblich sind!) im ambulanten Bereich sein, andererseits besteht im Bereich der datensammelnden Institutionen wenig Bedürfnis der Vernetzung und Herstellung von Zusammenhängen, die für ein grundlegendes epidemiologisches Verständnis und die Beantwortung praktisch aller Versorgungsfragen, Gesundheitsplanung und Budgetstellungen unabdingbar erscheinen.

Es reicht nicht, sich auf die Ansammlung von Medikamenten- und Transportkosten im ambulanten Bereich zu reduzieren und Listen von Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich anzulegen, die sich zum Teil definitionsgemäß ausschließen. Mit dieser Art von Daten ist keine relevante gesundheitspolitische Fragestellung zu beantworten – man kann auf diese Art nur immer wieder Kostensteigerungen feststellen, aber nicht ihre Ursache, Relevanz oder den weiteren Verlauf einschätzen.

In anderen westlichen Ländern ist es bereits möglich anhand der „Hauptverbands“-Daten medizinisch-wissenschaftliche Fragestellungen wie das gehäufte Auftreten von gastrointestinalen Blutungen unter Einnahme bestimmter Medikamente zu beantworten.

Konkret wäre es gesundheitspolitisch im Gender-Bereich höchst relevant, herauszufinden, ob die Geburtenrate von an Schizophrenie erkrankten Frauen seit Einführung der atypischen Antipsychotika mit vermuteter erhöhte Fertilität angestiegen ist – um mit diesem Wissen die Planung spezialisierter Einrichtungen voranzutreiben!

---

### Literatur:

---

- Aichhorn W, Whitworth AB, Weiss EM, Hinterhuber H, Marksteiner J (2007) Differences between men and women in side effects of second-generation antipsychotics. *Nervenarzt* 78(1): 45-52
- Aichhorn W, Weiss U, Marksteiner J, Kemmler G, Walch T, Zernig G, Stelzig-Schoeler R, Stuppaeck C, Geretsegger C (2005) Influence of age and gender on risperidone plasma concentrations. *J Psychopharmacol* 19(4): 395-401
- Aichhorn W, Whitworth AB, Weiss EM, Marksteiner J (2006) Second-Generation Antipsychotics: Is there Evidence for Sex Differences in Pharmacokinetic and Adverse Effect Profiles? *Drug Safety* 29(7): 587-598
- Aichhorn W, Marksteiner J, Walch T, Zernig G, Saria A, Kemmler G (2006) Influence of age, gender, body weight and valproate comedication on quetiapine plasma concentrations. *Int Clin Psychopharmacol* 21: 81-85
- Andia A.M, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J, Morganville J, Braff DL (1995) Gender differences in schizophrenia. *J Nervous and Mental Disease* 183: 522-528
- Bigos KL, Pollock BG, Coley KC, Miller DD, Marder SR, Avagiri M, Kirshner MA, Schneider LS, Bies RR (2008) Sex, Race, and Smoking Impact Olanzapine Exposure. *Journal of Clinical Pharmacology*
- Haddad PM, Anderson IM (2002) Antipsychotic-related QTc prolongation, torsade de pointes and sudden death. *Drugs* 62: 1649-71
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jorgensen P, Hambrecht M, Riecher-Rössler A (1998) The ABC-schizophrenia study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 33: 380-386
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A (1993) The influence of age and sex on the onset and course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 162: 80-86
- Howard LM, Kumar C, Leese M, Thornicroft G (2002) The general fertility rate in Women with Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry* 159: 991-997
- Katschnig H, Simon M, Kramer B (1997) Wie sie leben, wie sie leiden, was sie hoffen – Die Ergebnisse einer Umfrage bei Angehörigen von psychisch Kranken. *Kontakt* 20 (Sonderheft Oktober): 1-18
- Keks N, Copolov DL, Kulkarni J et al (1990) Basal and haloperidol-stimulated prolactin in neuroleptic-free men with schizophrenia defined by 11 diagnostic systems. *Biological Psychiatry* 27: 1203-1215
- Kendell R, Chalmers J, Platz C (1987) Epidemiology of puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry* 150: 662-673
- Kulkarni J (1997) Women and schizophrenia: a review. *Aust NZ Psychiatry* 31: 46-56
- Kuruvilla A, Peedicauli J, Srikrisha G, Kuruvilla K, Kanagasabapathy AS (1992) A study of serum prolactin levels in schizophrenia: comparison of males and females. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* 19: 603-606
- Miller CH, Mohr F, Umbricht D, Woerner M, Fleischacker WW, Lieberman JA (1998) The prevalence of extrapyramidal signs and symptoms in patients treated with clozapine, risperidone and conventional antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 59: 69-75
- Mowbray CT, Oyserman D, Bybee D, MacFarlane P, Rueda-Riedle A (2001) Life circumstances of mothers with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25: 114-123
- Mueser KT, Blanchard JJ, Bellack AS (1996) Memory and social skills in schizophrenia: the role of gender. *Psychiatr Serv* 47: 502-506
- Pinals DA, Malhotra AK, Missar CD, Pickar D, Breier A (1996) Lack of gender differences in neuroleptic response in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 22: 215-222
- Riecher-Rössler A (1994) Die Spätschizophrenie – eine valide Entität? Eine empirische Studie zu Risikofaktoren, Krankheitsbild und Verlauf. *Habilitationsschrift, Universität Heidelberg-Mannheim*: 1-449

- Riecher-Rössler A, Löffler W, Munk-Jorgensen P (1997) What do we really know about late-onset schizophrenia? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*;247: 195-208
- Riecher-Rössler A, Rössler W (1998) The course of schizophrenic psychoses: what do we really know? A selective view from an epidemiological perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*;248: 189-202
- Riecher-Rössler A (2001) Psychische Erkrankungen bei Frauen- einige Argumente für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychosom Med* 46: 109-119
- Riecher-Rössler A (2004) Geschlechtersensible Betreuungsansätze. In: Rössler W. (Hrsg.): *Psychiatrische Rehabilitation*, Springer, Berlin-Heidelberg-London-New York-Zürich: 466-477
- Saugstad LF (1989) Social class, marriage and fertility rate in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 15: 9-43
- Seeman MV (1996) Schizophrenia, gender, and affect. *Canadian Journal of Psychiatry* 41: 263-264
- Seeman MV (2004) Gender Differences in the Prescribing of Antipsychotic Drugs. *American Journal of Psychiatry* 161:1324-1333
- Salokangas RK, Stengard E (1990) Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 3: 333-345
- Usall J, Suarez D, Haro JM (2007) the SOHO Study Group: Gender Differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*
- Wancata J (2007) The needs and the demands for interventions of mothers and fathers of schizophrenia patients. submitted
- Weiss U, Marksteiner J, Kemmler G, Saria A, Aichhorn W (2005) Effects of age and sex on olanzapine plasma concentrations. *J Clin Psychopharmacol* 25: 570-574
- Wetzel H, Szegedi A, Hain C, Wiesner J, Schlegel S, Benkert O (1995) "Seroquel" (ICI 204636), a putative "atypical" antipsychotic, in schizophrenia with positive symptomatology: results of an open clinical trial and changes in neuroendocrinological and EEG parameters. *Psychopharmacology* 119: 231-238

# Kosten der Schizophrenie

Egon Michael Haberfellner

---

## Einleitung

---

Die Schizophrenie gehört zu jenen Erkrankungen, die besonders hohe Behandlungskosten und volkswirtschaftliche Kosten verursachen – nicht nur im Vergleich mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, sondern auch im Vergleich mit somatischen Krankheiten (Andlin-Sobocki et al. 2005, Andrews et al. 2003, Davies 1990, Rössler et al. 2005, Smith et al. 1995). Die wesentlichen Gründe für diese hohen Kosten sind der frühe Erkrankungsbeginn im jungen Erwachsenenalter, die hohe Rückfallgefahr und der große Anteil chronischer Verläufe. Obwohl es auch milde Verlaufsformen gibt, ist der Anteil der PatientInnen, die wegen einer schizophrenen Erkrankung arbeitsunfähig werden oder langfristig intensiv betreut werden müssen, hoch (Davies 1990, Rosenheck et al. 2006, Smith et al. 1995).

### Arten von Kosten

Wenn man sich mit Kostenfragen im Gesundheitswesen beschäftigt, ist zunächst eine Begriffsklärung notwendig:

**Direkte Kosten** sind die Geldmittel, die für Behandlung und Betreuung aufgewendet werden müssen. Zu den direkten Kosten werden gezählt: Ausgaben für stationäre Aufenthalte und tagesklinische Behandlung,

für Psychopharmaka, ärztliche Behandlung, Ambulanzbesuche, die Kosten der psychosozialen Betreuung, wie z.B. Wohnbetreuung, aber auch die Kosten des Justizsystems durch forensische Komplikationen und durch die Vollziehung des Unterbringungsgesetzes (Höffler et al. 2000, Davies 1990, Schulenburg et al. 1998). Direkte Kosten sind vor allem für die Krankenkassen relevant (Capri 1994), in Österreich wird aber ein großer Teil der direkten Kosten aus dem Sozialbudget bestritten.

**Indirekte Kosten** sind die Ressourcenverluste der Gesellschaft durch eine Erkrankung, die vor allem gesundheitspolitisch von Bedeutung sind. Einer der wesentlichen Kostenfaktoren ist der Produktivitätsverlust durch Arbeitsunfähigkeit und Frühpensionierungen. Eine weitere Komponente indirekter Kosten ergibt sich aus der reduzierten Lebenserwartung an Schizophrenie Erkrankter. Aber nicht nur der Produktivitätsverlust der Erkrankten selbst, sondern auch der der pflegenden Angehörigen wird oft in die Berechnung der indirekten Kosten einbezogen (Hu et al. 1996, Höffler et al. 2000).

Die indirekten Kosten betragen in Abhängigkeit von den Besonderheiten des Gesundheitssystems und der Berechnungsmethode in der Regel ein Vielfaches der direkten Kosten (Goeree et al. 2005, Knapp et al. 1997, Roick et al. 2001, Tarricone et al. 2000).

Üblich ist, direkte und indirekte Kosten zu **Gesamtkosten** zu addieren. Solche Berechnungen sind sowohl praktisch als auch theoretisch nicht unproblematisch, weil die Berechnungsmethoden und die dahinter stehenden Konzepte grundverschieden sein können (Knapp 1997). Vorsicht ist daher auch angebracht, wenn Verbindungen zwischen diesen beiden Kostenarten hergestellt werden, indem hochgerechnet wird, wie die indirekten Kosten durch einen vermehrten Mitteleinsatz im Bereich der direkten Kosten gesenkt werden können.

### Kosten der Schizophrenie in verschiedenen Gesundheitssystemen

Sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten sind in Abhängigkeit vom vorhandenen Behandlungs- und Betreuungsangebot und in Abhängigkeit von den Besonderheiten der Gesundheits- und Sozialsysteme zu sehen und unterscheiden sich daher von Land zu Land beträchtlich (Becker et al. 2006, Knapp et al. 2002). Man kann sich unschwer vorstellen, dass Kostenstudien aus Ländern der dritten Welt zu völlig anderen Ergebnissen kommen wie in Ländern der EU. So gab Grover (Grover et al. 2005) die gesamten Behandlungskosten pro an Schizophrenie erkrankter PatientIn in Indien mit 274 US\$ im Jahr an mit einem Anteil indirekter Kosten von 63 %.

Suleiman (Suleiman et al. 1997) errechnete im Jahr 1995 die Kosten pro ambulant behandelte an Schizophrenie erkrankte PatientIn in Nigeria. Einschließlich der indirekten Kosten für Produktivitätsverlust wurden die Kosten mit 36 US\$ im Halbjahr angegeben.

In einer aktuellen Publikation (Mangalore und Knapp 2007) wurden die Gesamtkosten der Schizophrenie im United Kingdom für das Jahr 2004/2005 mit 6,7 Milliarden Pfund angegeben, davon 2 Milliarden Pfund direkte Kosten und 4,7 Milliarden Pfund indirekte Kosten.

Aus Deutschland liegen einige Studien der letzten 15 Jahre vor, die sich mit den direkten und/oder indirekten Kosten der Schizophrenie beschäftigen. Deutsche Zahlen können zwar nicht direkt auf österreichische Verhältnisse umgelegt werden. Da beide Gesundheits-

systeme aber einen hohen Standard und auch einige Ähnlichkeiten und Parallelen aufweisen, werden einige dieser Studienergebnisse kurz vorgestellt:

Kissling und Schulenburg (Kissling et al. 1999, Schulenburg et al. 1998) untersuchten 180 an Schizophrenie erkrankte PatientInnen über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Diese PatientInnen wurden in Nervenarztpraxen, Krankenhausambulanzen, im Rahmen stationärer psychiatrischer Aufenthalte, in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, betreuten Wohn- einrichtungen bzw. Langzeitpflegeeinrichtungen rekrutiert. Die direkten Kosten pro Jahr variierten von 5.788 DM (die in Nervenarztpraxen rekrutierten PatientInnen) bis 79.990 DM (die in der beruflichen Rehabilitation rekrutierten). Unter Berücksichtigung indirekter Kosten wurden Gesamtkosten pro PatientIn und Jahr zwischen 33.000 DM jährlich und 135.000 DM jährlich errechnet.

Salize (Salize und Rössler 1996) untersuchte 66 an Schizophrenie Erkrankte in Mannheim. Die direkten Kosten betragen im Jahr 1994 durchschnittlich 18.377 US\$. Der stärkste Kostenfaktor waren stationäre Aufenthalte (38%) und die Kosten für betreutes Wohnen (38%). Die Kosten für Medikamente (5,8%) und Rehabilitation (5,2%) waren vergleichsweise gering. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kamen Davies 1994 (Davies und Drummond 1994) im United Kingdom und Carr in Australien (Carr et al. 2003).

Roick (Roick et al 2001) verglich die Ergebnisse mehrerer Studien zu den indirekten Kosten der Schizophrenie, die in Deutschland in den Neunzigerjahren durchgeführt wurden. Die Ergebnisse dieser Berechnungen unterschieden sich auf Grund methodischer Unterschiede (zum Teil Bottom-up, zum Teil Top-down) beträchtlich und ergaben indirekte Kosten pro PatientIn und Jahr zwischen 18.560 DM und 47.910 DM. Daraus lassen sich indirekte Kosten der Schizophrenie in Deutschland von 5,7 Milliarden bis 15,4 Milliarden DM errechnen.

Trotz der beträchtlichen Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen lassen sich doch einige Befunde und Gemeinsamkeiten identifizieren, die von mehreren Autoren bestätigt wurden:

- Unter den direkten Kosten sind die größten Kostenfaktoren die stationäre Behandlung und die Kosten für Wohnbetreuung (Carr et

al. 2003, Davies und Drummond 1994, Haberfellner et al. 2007, Salize und Rössler 1996).

- Die Kosten variieren je nach Krankheitsverlauf und Betreuungsbedarf individuell von PatientIn zu PatientIn stark (Haberfellner et al. 2007, Häfner et al. 1985, Kilian et al. 2003, Knapp 1995, Salize und Rössler 1996, Kissling et al. 1999, Schulenburg et al. 1998).
- Die Kosten für PatientInnen mit starken funktionellen Beeinträchtigungen sind in der Regel höher wie die Kosten für weniger stark beeinträchtigte PatientInnen (Carr et al. 2003, Haro et al. 1998, Kilian et al. 2003, Rund und Ruud 1999).

### Kosten der Schizophrenie in Österreich

Eine Medline-Suche mit den Suchbegriffen „schizophrenia“ einerseits und den mesh terms „costs“, „economics“, „costs of illness“, „health care costs“ und „direct service costs“ andererseits, ergab nur einen Artikel aus Österreich (Fischer et al. 2004). Dieser Artikel beschäftigt sich aber nicht primär mit Kostenaspekten, sondern mit den Belastungen von Betroffenen und Angehörigen. Die Tatsache, dass in Österreich bisher keine Kostenstudien zum Thema Schizophrenie durchgeführt wurden, ist nicht überraschend. Auch in vielen anderen europäischen Ländern fehlen bisher spezifische Kostenstudien (Andlin-Sobocki und Rössler 2005).

In Österreich wird nur ein kleiner Teil der Gesundheitsleistungen diagnosebezogen erfasst. Zum Beispiel werden stationäre Aufenthalte in ganz Österreich unter Angabe der Diagnose dokumentiert, nicht aber Krankenstände, Medikamentenverordnungen und die Ursachen von vorzeitigen Pensionierungen wegen Berufsunfähigkeit und Invalidität. Bisher ist es nicht gelungen, die ICD-10-Codierung als verpflichtendes Diagnosesystem für alle Gesundheitsleistungen zu etablieren. Wenn die diagnosenbezogene Erhebung von Gesundheits- oder Sozialleistungen von einzelnen Versicherungsträgern oder von Anbietern von Gesundheitsleistungen nicht umgesetzt wird, ist eine österreichweite Gesamtstatistik nicht realisierbar. Die administrativen Daten sind daher lückenhaft.

Die Darstellung der Situation in Österreich kann daher nur Teilaspekte beleuchten. Zum Teil handelt es sich um Daten aus der Fachliteratur, der Statistik Austria, um offizielle Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, aber auch um persönlich mitgeteilte Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, der Pensionsversicherungsanstalt oder der OÖ. Gebietskrankenkasse.

### Daten und Studien aus Österreich

Österreich hat sich an der Studie „Cost of disorders of the brain“ beteiligt, die im Jahr 2004 in den Ländern der EU durchgeführt wurde. Ziel dieser Studie war es, verschiedene Erkrankungen des zentralen Nervensystems unter Kostenaspekten zu untersuchen (Andlin-Sobocki et al. 2005). Unter den ausgewählten zehn Erkrankungen des Nervensystems sind auch „psychotische Störungen“. Die diagnostische Kategorie „psychotische Störungen“ ist nicht identisch mit Schizophrenie, wird aber aus praktischen Gründen oft zusammengefasst (Andlin-Sobocki und Rössler 2005). Da – wie schon gesagt – aus Österreich keine ausreichend differenzierten diagnosebezogenen Daten vorlagen, konnten in Bezug auf psychotische Störungen nur die direkten Kosten berücksichtigt werden. Zum Teil mussten die Zahlen durch Hochrechnung der Daten aus anderen Ländern gewonnen werden. Trotz dieser methodischen Einschränkungen sollen die zentralen Ergebnisse dieser Studie kurz vorgestellt werden:

Unter den Erkrankungsfällen lagen Angsterkrankungen mit 850.000 Fällen an der ersten Stelle, gefolgt von Migräne (540.000 Fälle), affektiven Erkrankungen (480.000 Fälle) und Suchterkrankungen (195.000 Fälle). Psychotische Störungen waren mit 137.000 Erkrankungsfällen an der fünften Stelle der zehn ausgewählten Erkrankungen zu finden (Wancata et al. 2007).

Die Kosten wurden pro PatientIn mit einer psychotischen Erkrankung im Jahr 2004 mit 9.487 Euro angegeben und blieben damit hinter den Kosten der Demenz (13.635 Euro) an der zweiten Stelle der psychiatrischen Erkrankungen. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern liegt Österreich damit im Mittelfeld. Am niedrigsten sind die direkten Kosten für

psychotische Störungen in Spanien, mit 2.505 Euro pro PatientIn, am höchsten im United Kingdom mit 21.325 Euro pro PatientIn. Die Autoren vermuten, dass diese Unterschiede mit unterschiedlichen methodischen Zugängen bei der Berechnung zu tun haben (Andlin-Sobocki et al. 2005, Wancata et al. 2007).

Multipliziert mit der Anzahl der Erkrankten ergibt das Gesamtkosten für „psychotic disorders“ von 1.299 Millionen Euro in Österreich. Die Gesamtkosten psychotischer Erkrankungen liegen hinter den affektiven Erkrankungen und Suchterkrankungen schon an der dritten Stelle, obwohl die indirekten Kosten zwar in die Kostenberechnung der affektiven und der Suchterkrankungen einbezogen wurden, nicht aber in die Kostenberechnung der psychotischen Erkrankungen. Die Kosten psychotischer Erkrankungen wären wahrscheinlich an der ersten Stelle, wenn die indirekten Kosten berücksichtigt worden wären.

Im Jahr 2001 wurden in Oberösterreich die direkten Kosten für die Behandlung und Betreuung von 116 ehemaligen LangzeitpatientInnen der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg erhoben (Haberfellner et al. 2006). Unter diesen PatientInnen waren 56 PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie. Bei diesen PatientInnen handelte es sich um chronisch psychisch kranke Menschen mit schweren psychischen und auch körperlichen Beeinträchtigungen, die fast ausnahmslos intensiv rund um die Uhr betreut werden mussten. Im Untersuchungszeitraum von einem halben Jahr wurden direkte Kosten von € 12.774 pro PatientIn errechnet (Haberfellner et al. 2007). Davon entfielen 83,4% auf die Wohnbetreuung. Alle anderen Kostenkomponenten spielten in Relation dazu eine untergeordnete Rolle: Arbeits- und Beschäftigungstherapie 6,3%, Psychopharmaka 4,1% und stationäre psychiatrische Akutbehandlung 2,0%. Die individuellen Unterschiede von PatientIn zu PatientIn waren beträchtlich. Für die „billigste“ PatientIn wurden 3.900 € im Halbjahr aufgewendet, für die „teuerste“ 24.000 €. Diese Zahlen liegen zwar in der Größenordnung anderer vergleichbarer Studien, lassen allerdings keine Aussagen über die Kosten zu, die für weniger stark beeinträchtigte PatientInnen zu erwarten sind.

### **Anstieg der Antipsychotikakosten**

Auch Medikamentenkosten können derzeit noch nicht diagnosebezogen ausgewertet werden (Hauptverband der Sozialversicherungsträger). Der Anstieg der Medikamentenkosten ist seit vielen Jahren ein wichtiges Thema, das kontrovers diskutiert wird. Die Kosten für Psychopharmaka haben sich in den letzten 10 Jahren mehr als verdreifacht. Im Jahr 2006 waren die Psycholeptika (ATC-Code der WHO: N05, zu denen Antipsychotika und Hypnotika gezählt werden), an der 7. Stelle der verordnungstärksten Medikamente (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2007). An den ersten drei Stellen dieser Liste sind Herz-Kreislauf-Präparate, Magenschutz-Präparate und Antibiotika zu finden, gefolgt von Psychoanaleptika (ATC-Code der WHO: N06, das sind Antidepressiva und Antidementiva). Unter den Psychopharmaka ist der Anstieg der Antipsychotikakosten überproportional. Der relative Anteil der Antipsychotika an den Psychopharmakakosten stieg von 16,1% im Jahr 1995 auf 27,6% im Jahr 2003 (Katschnig et al. 2004). Dieser Anstieg hat sich auch noch in den letzten Jahren fortgesetzt. Besonders deutlich, fast sprunghaft war der Anstieg – sowohl der Verordnungen als auch der Kosten – im Jahr 2006. Die aktuellen Zahlen zeigen, dass die Kosten deutlich stärker steigen als die Anzahl der Antipsychotika-Verordnungen (Hauptverband der Sozialversicherungsträger). Daraus kann man schließen, dass Verordnungen deutlich teurer geworden sind. (**Tabelle 1**)

Die atypischen Antipsychotika spielen sicherlich eine wesentliche Rolle beim Kostenanstieg der Psychopharmaka in den letzten 10 bis 15 Jahren. Die Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger wurden allerdings nicht diagnosebezogen erhoben. Man kann daher nur vermuten, dass dieser Kostenanstieg überwiegend die veränderte Behandlungspraxis von PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen widerspiegelt. Der verstärkte Einsatz

**Tabelle 1:**

*Entwicklung der Antipsychotikakosten und -verordnungen in Österreich*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kosten	33.064.169	37.796.370	43.624.389	54.680.489	57.543.511	65.390.544	79.139.634
Verordnungen	1.060.254	1.080.627	1.119.203	1.213.826	1.257.532	1.342.882	1.672.704

atypischer Antipsychotika in anderen zugelassenen Indikationen wie z.B. bipolaren Störungen spielt sicher eine nicht unwesentliche Rolle, aber auch off label use sollte man nicht unterschätzen.

Insgesamt ist aber unbestritten, dass die Entwicklung und die breite Anwendung der atypischen Antipsychotika wesentliche Fortschritte bei der Behandlung von PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen ermöglicht haben. Obwohl die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Medikamente nicht bagatellisiert werden dürfen, muss man auch erwähnen, dass die Ausgaben für Medikamente nur 3% der Gesamtkosten für Erkrankungen des Nervensystems ausmachen (Wancata et al. 2007).

### Krankenhausaufenthalte

Die Anzahl der stationären Behandlungsepisoden wegen schizophrenen und anderen psychotischen Erkrankungen in Österreich war in den letzten Jahren leicht rückläufig. (**Tabelle 2**)

Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse musste im Jahr 2006 für 38.969 Krankenhaustage wegen einer Erkrankung mit den Diagnosen F20 (schizophrene Störungen) und F25 (schizoaffektive Störungen) 6,296.000 € aufwenden (OÖGKK, persönliche Mitteilung). In einem Bundesland mit ca. 1,4 Millionen Einwohnern sind ca. 10.000 Betroffene zu erwarten, von denen ca.  $\frac{3}{4}$  bei der OÖGKK versichert sind. Pro PatientIn waren daher ca. 5 Krankenhausbehandlungstage erforderlich.

**Tabelle 2:**

Entwicklung der Krankenhausaufenthalte wegen schizophrenen und anderen psychotischen Erkrankungen (Hauptdiagnosen) in Österreich

	F20	F22	F23	F25	F20 – F29
2003	9.222	1.154	1.845	4.370	17.106
2004	9.009	1.071	1.833	4.304	16.684
2005	8.771	1.122	1.939	4.650	16.891
2006	8.789	1.246	1.825	4.398	16.692

### Krankenstände

Von den meisten Krankenversicherungsträgern werden Krankenstände diagnosebezogen erhoben. Die zentrale statistische Erfassung beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger ermöglicht derzeit die Zuordnung der Krankenstände zu Krankheitsgruppen (z.B. psychiatrischen Erkrankungen), aber nicht zu konkreten Diagnosen (z.B. Schizophrenie) (Hofmarcher et al. 2004, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Statistik Austria).

Bekannt ist, dass die Krankenstände wegen psychiatrischer Erkrankungen seit Jahren kontinuierlich ansteigen, während die Krankenstände wegen anderer Erkrankungen fallende Tendenz zeigen. Diese Entwicklung betrifft sowohl die Krankenstandsfälle als auch die Krankenstandstage (Hofmarcher et al. 2004). Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse registrierte im Jahr 2006 14.010 Tage Arbeitsunfähigkeit wegen einer Diagnose F20 (schizophrene Störungen) oder F25 (schizoaffektive Störungen). Für den gleichen Zeitraum wurden 198.802 € Krankengeld aufgewendet (OÖGKK, persönliche Mitteilung).

Auch wenn man berücksichtigt, dass ArbeitnehmerInnen anderer Krankenversicherungen nicht erfasst sind, erscheinen diese Zahlen sehr niedrig. An sich ist zu erwarten, dass an Schizophrenie erkrankte PatientInnen anfälliger sind als andere PatientInnen und nicht wenige Langzeitkrankenstände in Anspruch nehmen müssen. Auf jede PatientIn kommen aber nur ca. 2 Krankenstandstage. Die Zahl der Krankenstandstage ist wesentlich niedriger als die Zahl der Tage in stationärer Behandlung. Die niedrige Zahl der Krankenstände ist wahrscheinlich zum Teil dadurch erklärbar, dass die meisten PatientInnen bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und daher in der Krankenstandsstatistik der Krankenkassen nicht aufscheinen. Andere mögliche Erklärungen sind, dass ein Teil der betroffenen PatientInnen entweder noch in Ausbildung Fuß fassen konnte und daher keinen Anspruch auf einen Krankenstand hat.

## Frühpensionen

Unter den indirekten Kosten ist der Produktivitätsverlust durch das frühzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ein wesentlicher Faktor. Es ist bekannt, dass psychisch Kranke geringe Chancen haben, sich am Arbeitsmarkt zu halten (Rosenheck et al. 2006, Ruesch et al. 2002). In Österreich sind psychische Erkrankungen nach den Erkrankungen des Bewegungsapparates als Ursachen von Erwerbsunfähigkeit an der zweiten Stelle zu finden (n=70.185; 15,8% im Jahr 2005) (Statistik Austria 2006). Auch unter den Neuzugängen bei Erwerbsunfähigkeitspensionen liegen die psychischen Erkrankungen an der zweiten Stelle (n=7.401; 24% im Jahr 2005) (Statistik Austria 2006).

Menschen mit schizophrenen Erkrankungen sind von den Entwicklungen des Arbeitsmarktes besonders betroffen (Rosenheck et al. 2006, Ruesch et al. 2002). In den letzten 10 bis 15 Jahren ist die Beschäftigungsrate schizophrener PatientInnen kontinuierlich gesunken (Marwaha und Johnson 2004), was einerseits in Zusammenhang mit der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen zu sehen ist, andererseits aber auch mit steigenden Anforderungen am freien Arbeitsmarkt.

Das Pensionssystem wird durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben doppelt belastet. Einerseits leisten FrühpensionistInnen keine Pensionsbeiträge mehr, andererseits nehmen sie Leistungen aus dem Pensionssystem in Anspruch. Wenn junge Menschen betroffen sind, wirkt sich das auf das Pensionssystem jahre- oder sogar jahrzehntelang aus. Die Höhe der Invaliditätspensionen, die an PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen ausbezahlt werden, ist allerdings – verglichen mit anderen PensionistInnen – relativ niedrig, weil durch das frühe Eintrittsalter wenige Beitragsjahre angerechnet werden.

Die Ursachen von Frühpensionierungen werden in Österreich nur bei einigen Versicherungsträgern diagnosebezogen erfasst – z.B. bei der Pensionsversi-

**Tabelle 3:**

*Pensionsansuchen bei der Pensionsversicherungsanstalt wegen psychiatrischen Erkrankungen im Jahr 2006*

	<b>ICD-10 Diagnose</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
Alter durchschnittlich	F 20 und F 25	41,6 a	38,2 a
Pensionsansuchen positiv erledigt	F 20 und F 25	1.861 (97%)	1.452 (98%)
Pensionsansuchen negativ erledigt	F 20 und F 25	52 (3%)	32 (2%)
Pensionsansuchen positiv erledigt	F 10 (Alkoholabhängigkeit)	1.715 (70%)	476 (73%)
Pensionsansuchen negativ erledigt	F 10 (Alkoholabhängigkeit)	750 (30%)	177 (27%)
Pensionsansuchen positiv erledigt	F 3 affektive Störungen	2.979 (73%)	4.465 (70%)
Pensionsansuchen negativ erledigt	F 3 affektive Störungen	1.104 (27%)	1.949 (30%)
Pensionsansuchen positiv erledigt	Alle psychiatrischen Diagnosen	10.425 (74%)	10.093 (70%)
Pensionsansuchen negativ erledigt	Alle psychiatrischen Diagnosen	3.640 (26%)	4.365 (30%)

cherungsanstalt, bei der die überwiegende Mehrheit der unselbstständig Erwerbstätigen versichert ist. Pensionsverfahren, die durch das Sozialgericht entschieden werden, sind in dieser Statistik nicht enthalten (Pensionsversicherungsanstalt, persönliche Mitteilung).

Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) erhebt diagnosebezogen die Ergebnisse der Pensionsbegutachtungen (persönliche Mitteilung der Pensionsversicherungsanstalt). Daraus lassen sich einige Aussagen über die Versicherten der PVA treffen, die wegen einer schizophrenen Erkrankung einen Pensionsantrag gestellt haben: (**Tabelle 3**)

- Neben affektiven Störungen und Alkoholabhängigkeit (nur bei Männern) sind die Diagnosen „Schizophrenie“ und „schizoaffektive Störung“ die häufigsten psychiatrischen Diagnosen bei Pensionsansuchen.
- Pensionsansuchen wegen schizophrenen Erkrankungen werden in weit über 90% der Fälle positiv erledigt, während die Quote der Ablehnungen bei psychiatrischen Erkrankungen bei ca. 39% liegt.
- PatientInnen, die wegen einer schizophrenen Erkrankung um Frühpension ansuchen, sind durchschnittlich ca. 40 Jahre alt und damit um mehr als 10 Jahre jünger als Pensionswerber mit anderen Diagnosen.

Einschränkend ist festzustellen, dass diese Statistik die Fälle anderer Versicherungsträger und die Fälle, die durch das Sozialgericht entschieden werden, nicht einschließt.

## Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Datenlage in Österreich ist lückenhaft, weil derzeit nur ein Teil der relevanten Daten diagnosebezogen erfasst wird. Die vorhandenen Zahlen lassen darauf schließen, dass die direkten Kosten der Schizophrenie mit ca. 10.000 € pro PatientIn im europäischen Vergleich im Mittelfeld liegen. Konkrete Aussagen, in welchen Bereichen bzw. Versorgungsfeldern die Kosten in Österreich im Durchschnitt, darüber oder darunter liegen, sind derzeit nicht möglich. Voraussetzung für detaillierte Aussagen ist eine gesicherte Datenlage. Aus gesundheitsökonomischer Sicht kann man nur hoffen, dass bald die umfassende diagnosebezogene Erfassung von Gesundheitsdaten realisiert wird.

## Literatur

- Andlin-Sobocki P, Jönsson BB, Wittchen H-U, Olesen J. (2005) Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology* 12 (Suppl 1):1-27
- Andlin-Sobocki P, Rössler W. (2005) Cost of psychotic disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 12 (Suppl 1): 74-77
- Andrews G, Sanderson K, Corry J, Issakidis C, Lapsley H. (2003) Cost-effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 183: 427-35
- Becker T, Kilian R. (2006) Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 429: 9-16
- Capri S. (1994) Methods for evaluation of the direct and indirect costs of long-term schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 89 (suppl. 382): 80-83
- Carr VJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S, Lewin TJ. (2003) Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study. *Aust N Z J Psychiatry*; 37: 31-40
- Davies LM. (1990) The economic burden of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 14: 522-525
- Davies LM, Drummond MF. (1994) Economics and schizophrenia: The real cost. *Br J Psychiatry*; suppl. 25: 18-21
- Fischer M, Kemmler G, Meise U. (2004) Burden – distress – quality of life. *Psychiatr Prax* 31: 57-59
- Goeree R, Farahati F, Burke N, Blackhouse G, O'Reilly D, Pyne J, Tarride JE. (2005) The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Curr Med Res Opin* 21: 2017-28
- Grover S, Avasthi A, Chakrabarti S, Bhansali A, Kulhara P. (2005) Cost of care of schizophrenia: a study of Indian out-patient attenders. *Acta Psychiatr Scand* 112: 54-63
- Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Ortmaier M, Schöny W. (2006) Die Enthospitalisierung ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten in Oberösterreich – Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten der außerstationären Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 33: 74-80
- Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R. Deinstitutionalization of Schizophrenic Long Stay Patients in Upper Austria – Need for Care, Quality of Life, Service Utilization and Costs of Community Care. Zur Publikation eingereicht.
- Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabases J, Madoz V, Vazquez-Barquero JL. (1998) Utilization of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatry* 173: 334-40
- Häfner H, an der Heiden W, Buchholz W, Bardens R, Klug J, Krumm B. (1986) Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. *Nervenarzt* 57: 214-226
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2007) Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 19. Ausgabe. <http://www.sozialversicherung.at>
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Persönliche Mitteilung.
- Höfller J, Trenckmann U, Graf v. d. Schulenburg J-M. (2000) Gesundheitsökonomische Evaluation schizophrener Psychosen in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiat* 68 Sonderheft 1: 7-12
- Hofmarcher MM, Riedel M, Röhring G. (2004) Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Leiden. *Soziale Sicherheit, IHS Health System Watch*: 8-12
- Hu T-W, Hargreaves WA, Shumway M. (1996) Estimating costs of schizophrenia and its treatment. In: Moscarelli M., A. Rupp, N. Sartorius: *Handbook of mental health economics and health policy, Volume 1: Schizophrenia*. Wiley Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore
- Katschnig H, Denk P, Scherer M. (2004) Österreichischer Psychiatriebericht. <http://www.bmgfj.gv.at>
- Kilian R, Matschinger H, Becker T, Angermeyer MC. (2003) A longitudinal analysis of the impact of social and clinical characteristics on the costs of schizophrenia treatment. *Acta Psychiatr Scand* 107: 351-60
- Kissling W, Höfller J, Seemann U, Müller P, Rütger E, Trenckmann U, Andrea U, Graf f. d. Schulenburg J-M, Glaser P, Glaser T, Mast O, Schmidt D. (1999) Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 67: 29-36
- Knapp M, Beecham J, Fenyo A, Hallam A. (1995) Community mental health care for former hospital in-patients. Predicting costs from needs and diagnosis. *Br J Psychiatry* 166: 10-18
- Knapp M. (1997) Costs of Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 171: 509-518
- Mangalore R, Knapp M. (2007) Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ* 10: 23-41

- Marwaha S, Johnson S. (2004) Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 337-49  
OÖ. Gebietskrankenkasse. Persönliche Mitteilung.  
Pensionsversicherungsanstalt, Hauptstelle Chefärztlicher Bereich. Persönliche Mitteilung.
- Roick Ch, Kilian R, Reinhold K, Angermeyer MC. (2001) Die indirekten Kosten schizophrener Psychosen. Eine Untersuchung der Komponenten und Berechnungsmöglichkeiten krankheitsbedingter Ressourcenverluste. *Gesundh ökon Qual manag* 6: 36-43
- Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. (2005) Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 399-409
- Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, Stroup S, Hsiao JK, Lieberman J. (2006) CATIE Study Investigators Group. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 163: 411-7
- Rüesch P, Meyer PC, Graf J, Hell D. (2002) Die Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiatr Prax* 29: 68-75
- Rund BR, Ruud T. (1999) Costs of services for schizophrenic patients in Norway. *Acta Psychiatr Scand* 99: 120-125
- Salize HJ, Rössler W. (1996) The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German catchment area. *Br J Psychiatry* 169: 42-8
- Schulenburg J-M, Uber A, Höffler J, Trenckmann U, Kissling W, Seemann U, Müller P, Rütger E. (1998) Untersuchungen zu den direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. Eine empirische Analyse. *Gesundh ökon Qual manag* 3: 81-87
- Smith K, Shah A, Wright K, Lewis G. (1995) The prevalence and costs of psychiatric disorders and learning disabilities. *Br J Psychiatry* 166: 9-18
- Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005. <http://www.statistik.at>
- Suleiman TG, Ohaeri JU, Lawal RA, Haruna AY, Orija OB. (1997) Financial costs of treating outpatients with schizophrenia in Nigeria. *Br J Psychiatry* 171: 364-368
- Tarricone R, Gerzeli S, Montanelli R, Frattura L, Percudani M, Racagni G. (2000) Direct and indirect costs of schizophrenia in community psychiatric services in Italy. The GISIES study. Interdisciplinary Study Group on the Economic Impact of Schizophrenia. *Health Policy* 51: 1-18
- Wancata J, Sobocki P, Katschnig H. (2007) Die Kosten von „Gehirnerkrankungen“ in Österreich im Jahr 2004. *Wiener klinische Wochenschrift* 119: 91-98

# Stigma

Werner Schöny

---

## 1. Einleitung

---

Die Wissenschaft hat in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von schizophrenen Erkrankungen gute Erfolge erzielen können. Entsprechend dem biopsychosozialen Modell wurden in den verschiedenen Bereichen Entwicklungen in Gang gesetzt, die es bei einem Großteil der erkrankten Menschen ermöglichen könnten, ein weitgehend selbstbestimmtes und mit Qualität versehenes Leben zu führen (Katschnig et al., 2002).

Es stehen eine Reihe von durchaus gut verträglichen Medikamenten für die medikamentöse Basistherapie zur Verfügung. Psychotherapeutische Verfahren sind hinsichtlich der Verbesserung der kognitiven Leistungen, aber auch Stabilisierung von Interaktionen und des familiären Umfeldes zur Verfügung.

Soziotherapieverfahren ermöglichen den Betroffenen in der Regel alleine oder in Kleingruppen zu wohnen, gewissen Arbeiten – bis zur Vollbeschäftigung – nachzugehen und sich somit finanziell voll oder teilweise selbst zu versorgen.

Es gibt eine Vielzahl an Möglichkeiten, die aber unzureichend genutzt werden.

Einer der wesentlichen Gründe dafür ist das Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen und im Spe-

ziellen gegenüber der paradigmatischen Krankheit Schizophrenie (Themenheft Stigma 2003).

Stigma bedeutet Merkmal, Brandmal und drückt aus, dass die betroffenen Individuen einer gewissen Gruppierung angehören.

Von Stigma betroffene Personen werden ausgegrenzt, diskriminiert und mit Vorurteilen belastet. Stigma führt also zu keiner oder zu stark verspäteter und unzureichender Behandlung. Dies führt zu Folgeerscheinungen wie zunehmendem Arbeitsausfall, Frühpensionierung, sozialen Auffälligkeiten oder auch frühem Tod durch beispielsweise Suizid.

Schizophrenie gehört laut Bericht WHO „Burden of Diseases“ zu den am stärksten belasteten Krankheiten (Murray et al., 1996). Dies hat dazu geführt, dass WHO (World Health Organisation), die EU und vor allem WPA (World Psychiatric Association) Initiativen ergriffen haben, um das Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen zu reduzieren und die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten zu senken.

Eine wesentliche Folgeerscheinung daraus ist das weltweite Programm der WPA zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind (Sartorius et al. 2005, Okasha et al. 2005). Diesem Programm haben sich weltweit mehr als 20 Länder angeschlossen und

es wurden in einer gut abgestimmten, aber auf das jeweilige Land bezogenen Form Programme zur Bekämpfung des Stigma gegenüber Schizophrenie durchgeführt und auch evaluiert.

Neben dieser gemeinsamen Aktion haben auch andere Länder wie UK, Australien und nordische Länder eigene Anti-Stigma-Aktivitäten durchgeführt.

Alles in allem ist die Bekämpfung des Stigmas eine der großen Herausforderungen in der Schizophreniebehandlung.

---

## 2. Mythen und Realität betreffend Schizophrenie

---

*An Schizophrenie erkrankte Menschen sind schwachsinnig und dumm:*

Tatsache ist, dass viele Menschen, die an Schizophrenie erkranken eine sehr hohe Intelligenz aufweisen und dass Schwachsinn keine Voraussetzung, aber auch kein Symptom von Schizophrenie ist. Diese Menschen sind oft, sowohl im kreativen Bereich, als auch im praktischen Leben zu hohen Leistungen fähig (Beispiel: Johnny Nash: Nobelpreisträger für Mathematik).

*An Schizophrenie Erkrankte sind lebenslang krank und damit unheilbar:*

Tatsache ist, dass es viele Behandlungsmöglichkeiten gibt und in 70 – 80 % der Fälle können die Symptome gut beherrscht werden und die Menschen ein selbstbestimmtes Leben führen. Etwa  $\frac{1}{3}$  der an Schizophrenie Erkrankten heilen völlig aus. Nicht behandeln ist grundsätzlich als Kunstfehler zu bezeichnen.

*Menschen, die an Schizophrenie erkranken, sind selbst daran schuld oder aber deren Familien („schizophrenogene Mutter“):*

Die Rolle der frühkindlichen Entwicklung spielt für die Persönlichkeitsentwicklung natürlich eine Rolle, wie schon Sigmund Freud festgestellt hat, es gibt dabei keine pathognomonischen Erziehungsstile, die für die Entstehung der Schizophrenie typisch sind. Es gibt auch kein derartiges Mütterverhalten. In jedem Fall spielen biologische Faktoren auch eine große Rolle

zur Entstehung dieser Krankheit. Die Bewältigung dieser Krankheit spielt allerdings für die Familie und die gesamte Umgebung der Betroffenen eine sehr große Rolle.

*Leute mit Schizophrenie sind nicht fähig Entscheidungen über ihre eigene Behandlung oder ihr eigenes Leben zu führen:*

Tatsache ist, dass schizophrene Menschen in vielen Aspekten ihres Lebens durchaus rational und sinngemäß entscheiden können. Auch können sie ihre Wünsche entsprechend artikulieren. Dies trifft besonders für den Verlauf der Erkrankung zu. In Akutphasen mag gelegentlich diese Entscheidungsfähigkeit schwer beeinträchtigt sein. Grundsätzlich müssen und sollen alle Schritte der Behandlung gemeinsam abgestimmt werden.

*Personen mit Schizophrenie sollen eingesperrt werden:*

Tatsache ist, dass Menschen mit Schizophrenie durchaus alleine oder in kleinen Verbänden leben können. Eine Institutionalisierung führt bei dieser Krankheit zu einer Verschlechterung und dem so genannten Institutionalismus. Lediglich in akuten Krankheitsphasen ist oft eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig.

*Schizophrenie ist ansteckend:*

Diese Angst führt zu einem beeinträchtigten Umgang mit diesen Personen, der auch für Familienmitglieder und Professionisten gilt. Eine Ansteckung ist keineswegs möglich.

*Personen mit Schizophrenie sind gefährlich:*

Durch besonders spektakuläre Medienberichte von in Einzelfällen sehr spektakulären Straftaten haben zur Generalisierung dieser Ängste geführt. Die Etikette „Gefährlichkeit“ ist die sozial am meisten differenzierende und vorurteilafrechterhaltende Größe.

Die Gefährdung betrifft in erster Linie die eigene Person und in zweiter Linie Menschen der nahen Umgebung. Besondere Gefahr besteht bei jungen Männern, die in der Vorgeschichte asoziale Verhaltensweisen zeigten. In konsequenter Behandlung stehende Menschen mit Schizophrenie weisen keine erhöhte Gefähr-

lichkeit auf. Suizidversuche und auch Suizide sind allerdings bei unzureichend behandelten Menschen mit Schizophrenie ein großes Problem.

*Personen mit Schizophrenie haben eine gesplante Persönlichkeit:*

Tatsache: Persönlichkeitsspaltung ist kein Symptom von schizophrenen Psychosen, wenn überhaupt, kommt dieses Symptom bei manchen Formen von Persönlichkeitsstörungen vor.

### **8 Punkte, die bei Schizophrenie besonders beachtet werden sollten**

1. Behandlung reduziert das Risiko von Gewalt dramatisch. Frühe Behandlung verhindert auch die Verzweiflung und Konfusion, die bei den ersten psychotischen Durchbrüchen auftreten.
2. Das Risiko von Gefahr ist nicht so sehr auf Schizophrenie bezogen, sondern auf eine Kombination verschiedener Krankheiten (z.B. zusätzliche Suchterkrankung).
3. Die Verbrechensrate bei Menschen mit Schizophrenie, insgesamt, ist relativ gering.
4. Die Gefährlichkeit, die mit Schizophrenie verbunden ist, ist meist gegen die eigene Person gerichtet oder gegen ein Familienmitglied.
5. Menschen mit Schizophrenie stellen üblicherweise kein Risiko für Kinder da.
6. Risiko von Gewalthandlungen bei Menschen mit Schizophrenie ist ähnlich wie bei der gesunden Durchschnittsbevölkerung, wenn Missbrauchserkrankungen ausgeschaltet sind.
7. Das Risiko von sexuellen Übergriffen ist bei an Schizophrenie erkrankten Menschen gering.
8. Aggressionshandlungen, die im Rahmen schizophrener Erkrankungen auftreten, sind häufig durch die Symptomatik ihrer Krankheit bedingt und führen daher rechtlich zu Zurechnungsfähigkeitsverminderung oder fehlender Zurechnungsfähigkeit im Rahmen von Gerichtsverfahren.

## **3. Definitionen von Stigma**

### **öffentliches Stigma**

*Stereotyp* – negative Haltung und Glaube über eine bestimmte Gruppierung (z.B. Gefährlichkeit, Charakterschwäche, ...)

*Vorurteil*: Übereinstimmung mit dem negativen Glauben, zusätzliche negative Reaktion (z.B. Angst, Furcht, ...)

*Diskriminierung* – Verhaltensantwort auf das Vorurteil (z.B. Vermeiden sozialer Kontakte, Wohnung, Arbeit, ...)

### **Selbststigma**

*Stereotyp* – negative Haltung, Glaube gegenüber seiner Selbst (z.B. Charakterschwäche, Inkompetenz, ...)

*Vorurteil*: Übereinstimmung mit dem negativen Glauben und negative emotionale Reaktion (z.B. niedriger Selbstwert, ...)

*Diskriminierung* – Verhalten, welches mit dem Vorurteil übereinstimmt (z.B. traut sich keine Arbeit zu, ...)

Das öffentliche Stereotyp alleine bedeutet noch nicht, dass man damit einverstanden ist. Erst, wenn ein Vorurteil mit emotionaler Reaktion besteht, folgt üblicherweise die diskriminierende Haltung, nämlich das Fernhalten von der eigenen Umgebung, verringerte Chancen am Arbeitsmarkt oder bei Wohnmöglichkeiten (z.B. als Nachbar haben).

Viele **Medien und Filmdarstellungen** von psychischer Krankheit beschreiben 3 wesentliche Typen:

- Leute mit psychischer Erkrankung sind mörderische Gewalttäter, vor denen man sich fürchten muss;
- sie haben kindliche Auffassungen der Welt;
- sie sind für ihre Krankheit wegen ihres schwachen Charakters selbst verantwortlich.

Daraus ergeben sich

- a) *Furcht und Ausschluss:*  
Personen mit schwerer psychischer Krankheit und Schizophrenie soll man fürchten und daher sollen sie aus der Gemeinschaft ausgeschlossen werden.
- b) *Autorität:*  
Personen mit Schizophrenie sind unberechenbar und unverantwortlich. Ihnen müssen Entscheidungen von anderen abgenommen werden.
- c) *Bevormundung:*  
Personen mit Schizophrenie sind kindlich und brauchen eine stete Fürsorge.

---

#### 4. Folgen von Stigma

---

Die Literatur von den weitläufigen Folgen von Stigma ist sehr umfangreich. Im deutschsprachigen Raum hat sich besonders Angermeyer mit dieser Problematik beschäftigt und eine Reihe von Arbeiten geschrieben. Ich verweise unter anderem auf: „Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht des Patienten“ (Angermeyer 2003).

Es wird aus praktisch allen Ländern der Erde von Stigmatisierung und der danach folgenden Diskriminierung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen berichtet. Kürzlich konnte auch nachgewiesen werden, dass in Ländern mit besonders hohem Stigma die Personen noch später oder gar noch weniger in adäquate Behandlung kommen, womit zusätzlich die negativen Auswirkungen von Stigma nachgewiesen sind (Bracke et al. 2007).

Diesem Bericht nach sind jene EU-Länder, die durch die EU-Erweiterung neu dazugekommen sind, besonders von ausgeprägtem Stigma betroffen. Österreich ist neben anderen traditionellen EU-Ländern in einer günstigeren Situation.

Es ist jedoch erforderlich, in allen Ländern Maßnahmen gegen Stigma zu ergreifen. Stigma führt zu Diskriminierung, zu sekundären Behinderungen, womit sich wiederum das Stigma erhöht und der *Circulus vitiosus* bestehen bleibt.

Stigma erhöht Ängste, Stigma verhindert rechtzeitige, adäquate Behandlung und Stigma verhindert ausreichende Finanzierung nötiger therapeutischer und diagnostischer Entwicklungen.

*Wer ist vom Stigma betroffen?* (Sartorius 2005)

In erster Linie natürlich die Menschen, die an schizophrenen Erkrankungen leiden. Zusätzlich leiden aber auch die Familien sehr stark. Nachweislich vermindern sich deren soziale Kontakte wesentlich. (De Col et al. 2002) Sie müssen eine beträchtliche finanzielle Last auf sich nehmen, da sie einerseits viel Zeit für die Betreuung der Betroffenen benötigen, was zu einer Reduktion ihrer beruflichen Möglichkeiten führt, andererseits brauchen die Erkrankten in vielen Fällen finanzielle Unterstützung für Wohnen und Lebenserhaltung (Corrigan et al. 2004).

Auch die im psychiatrischen Bereich arbeitenden ProfessionistInnen leiden unter dem Stigma und müssen zur Kenntnis nehmen, dass man sie selbst für gefährdet hält, da man meint, dass die Störungen ansteckend seien oder aber sie eine völlig sinnlose und bzgl. Erfolgsaussichten hoffnungslose Arbeit durchführen.

Auch die Einrichtungen für die Behandlungen derartiger Personen sind vom Stigma betroffen. Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen haben ein Negativimage und wenn sich außerstationäre Einrichtungen schwerpunktmäßig mit dem Thema Psychosen beschäftigen, gibt es Widerstände seitens der Umgebung.

Diese Stigmatisierung drückt sich auch in der finanziellen Gebarung aus. Die Ausgaben der öffentlichen Hand für das Thema psychische Erkrankungen entsprechen summenmäßig nicht der volkswirtschaftlichen Bedeutung dieser Erkrankungen. In entwickelten Ländern machen sie etwa 5 – 6% der Gesundheitsausgaben aus. In Entwicklungsländern etwa 1 – 2%.

Tatsächlich müsste sich die Größenordnung bei etwa 25% einpendeln. Festzuhalten ist, dass die Behandlungsmaßnahmen zwar durchaus beträchtliche Kosten nach sich ziehen, aber das Versäumen von Behandlung noch wesentlich kostenintensiver ist (langjährige Frühpensionierungen, Krankenstände und Einnahmenseinbruch durch früheren Tod).

## 5. Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigma

Die Strategien zur Bekämpfung von Stigma gruppieren sich in 3 Bereiche:

- Protest
- Information und
- Kontakt

**Gruppenproteste** gegenüber feindlichen und unsachgemäßen Präsentationen von psychischer Krankheit ist eine Form der Stigmaveränderung. Diese Bemühungen geben 2 Botschaften an die Medien aus: STOPP für Berichte unsachgemäßer Art über psychische Erkrankungen an die Öffentlichkeit und STOPP mit dem Glauben negativer Ansichten über psychische Krankheiten.

Protestkampagnen und Wachsamkeit gegenüber diesen Negativberichten ist zwar sehr aufwändig, aber eine, wie viele glauben, wirkungsvolle Methode, um Stigma zu verringern. Aber Protest ist eine reaktive Strategie. Er versucht, die negativen Bilder zu reduzieren, aber es können dadurch keine eher positiven Einstellungen gefördert werden. Hier ist **Information** und Erziehungsarbeit gefragt. Die Information sollte spätestens im Schulalter und im starken Umfang gegenüber so genannten Schlüsselpersonen beginnen. Schlüsselpersonen sind Meinungsbildner, die im Umfeld von derartigen Erkrankungen wesentlichen Anteil an der öffentlichen Haltung haben. Zu nennen wären ÄrztInnen und Personen im Gesundheits- und Sozialwesen, RichterInnen, Exekutivorgane, JournalistInnen sowie administrativ und politisch Verantwortliche.

Die österreichische Anti-Stigma-Kampagne gegenüber Schizophrenie hat sich im besonderen Maße mit der Beeinflussung von Schlüsselpersonen beschäftigt. Diese Programme sind besonders auch für Betroffene und deren Familien wichtig (Grausgruber et al. 2007). Unter dem Titel „Psychoedukation“ hat sich die Informationsweitergabe gut etabliert.

Bezüglich dieser Maßnahme ist allerdings ein Problemfeld noch nicht gelöst, nämlich das Interesse bei Personen zu wecken, die sich primär nicht betroffen fühlen und daher Informationsveranstaltungen oder -material nicht annehmen.

Es wird notwendig sein, spezielle Strategien anzudenken, um auf breiter Ebene die Aufmerksamkeit und das Interesse an diesen Erkrankungen zu wecken. Um dies umsetzen zu können, bedarf es allerdings beträchtlicher finanzieller Mittel, die wiederum nur dann aufgebracht werden können, wenn es gelingt, Stigma einigermaßen zu reduzieren.

Die dritte und wahrscheinlich wirkungsvollste Säule der Anti-Stigma-Arbeit ist der **Kontakt**.

Wenn es gelingt, Personen in der Öffentlichkeit in zunehmendem Maße mit Menschen mit psychischen Krankheiten und auch schizophrenen Psychosen zusammenzubringen, wenn sie erleben, dass diese Personen sind wie du und ich, ohne besondere Auffälligkeiten, ohne Anzeichen von Gefährdung, wenn sie erleben, dass diese Menschen gut ansprechbar sind und ihre eigenen Meinungen vertreten können, dann wird es möglich sein, die Vorurteile ihnen gegenüber zu reduzieren und die Diskriminierung abzuwenden.

Alle derartigen Untersuchungen, einschließlich unserer eigenen, haben nachweisen können, dass Personen, die persönlichen Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen haben, eine andere Einstellung zu diesem Problemkreis haben und deutlich weniger Vorurteile aufweisen (Grausgruber et al. 1989). Auch hier gilt die Problematik der Umsetzung, nämlich, wie gelingt es, die betroffenen Personen mit Personen, die nicht betroffen sind, zusammenzubringen (Meise et al. 2000).

Eine wichtige Maßnahme ist es, so genannte Peers auszubilden, die in öffentlichen Veranstaltungen auftreten, bei Informationsveranstaltungen, in Schulen oder anderen Gruppierungen zur Verfügung stehen und über ihre eigenen Krankheitsverläufe und Erlebnisse berichten (Horvath et al. 2002).

Besonders hilfreich wäre es hier, prominente Menschen, die an derartigen Erkrankungen leiden, in die Öffentlichkeit zu bringen, damit sie als positiv besetzte Vertreter der Öffentlichkeit berichten, wie sie ihre Krankheitserscheinungen überwinden konnten oder lernten, mit ihnen zu leben.

## Wissenschaftliche Aktivitäten in Österreich

In Österreich wurden zwei größere Einstellungsstudien durchgeführt (Katschnig et al. 1993, Grausgruber et al. 1989). Katschnig hat sich im Wesentlichen mit der Einstellung der Allgemeinbevölkerung zum Thema psychische Störungen beschäftigt, während die Einstellungsstudie von Grausgruber als Schwerpunkt die Einstellung von Schlüsselpersonen erhoben hat. Das waren ärztliches Personal, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen, Rechtspersonen, Exekutive, aber auch die breite Bevölkerung. Der Schwerpunkthalt war die Einstellung zur Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sowie die Einstellung zu verschiedenen Therapieverfahren mit Schwerpunkt Psychopharmaka. Besonders bemerkenswert war unter anderem, dass die Einstellung von allgemeinem Gesundheitspersonal zu Schizophrenie äußerst negativ war. Dies gilt besonders für therapeutische Möglichkeiten und Heilungschancen. Die Verursachung wurde im Wesentlichen im Entwicklungs- und Sozialbereich angesehen, bei manchen befragten Gruppen auch genetische Ursachen.

Im letzten Jahr wurde die Einstellungsstudie von Grausgruber et al. 1989, mit vergleichbarem Design wiederholt, allerdings unter Einbezug von anderen Diagnosen wie Depressionserkrankungen, Angstkrankheiten und Alkoholismus. In dieser noch nicht veröffentlichten Studie zeigte sich, dass wesentliche Veränderungen der Einstellung nicht erzielt werden konnten. Allerdings war die Bereitschaft zur psychiatrischen Behandlung und damit auch die Aussichten auf Erfolg besser eingeschätzt (Grausgruber et al. 2007 noch unveröffentlicht). Besondere Untersuchungen wurden zum Thema Einstellungen von MedizinstudentInnen und Einstellungsveränderungen an Schulen durchgeführt (Meise et al. 2000, Sulzenbacher et al. 2002).

Die Ergebnisse dieser Großstudien wurden in zahlreichen Arbeiten und Veröffentlichungen präsentiert. Unter anderem Neuropsychiatrie 16/1/2002 sowie im Thieme-Verlag Einstellungen zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung, 1989. Eine Vergleichsstudie der sozialen Distanz gegenüber Personen, die an Schizophrenie leiden, wurde in den Acta Psychiatrica Scandinavia (Grausgruber et al. 2007) publiziert.

Diese Forschungsarbeiten führten zu einer Reihe von Aktivitäten um das Stigma und die damit verbundene Diskriminierung der an Schizophrenie erkrankten Personengruppe zu reduzieren. Einstellungsänderungen sind jedoch nur in langfristigen Zeiträumen zu verzeichnen und zu bewerten, sodass generell dieser Effekt noch nicht wirklich beurteilt werden kann. Es ist demnach zu fordern, dass weitere Studien zu diesem Themenbereich folgen sollten, wobei ein Schwerpunkt auf die medizinischen Berufe generell und die Allgemeinbevölkerung zu legen wäre.

## Maßnahmen zur Entstigmatisierung in Österreich

Österreich hat sich nach dem Pilotland Kanada gemeinsam mit Spanien sehr früh an das globale Programm der WPA (World Psychiatric Association) angeschlossen (Schöny et al. 2002, Schöny 2000). In diesem Zusammenhang wurde eine Reihe von Aktivitäten gesetzt. Es wurde ein Fernsehspot entwickelt, der innerhalb von zwei Monaten 31-mal zur besten Sendezeit im österreichischen Rundfunk ausgestrahlt wurde. Mehr als 300 Berichte in Printmedien waren im Rahmen dieses Programmes zu verzeichnen. In allen Bundesländern wurden Informationsveranstaltungen für verschiedenste Berufsgruppen durchgeführt und in den entsprechenden berufsbezogenen Medien publiziert (für SozialarbeiterInnen, Krankenpflegepersonal, AllgemeinärztInnen, JuristInnen, Psychosoziale Einrichtungen). Bei einer Mehrzahl dieser Veranstaltungen wurden Betroffene und Angehörige einbezogen, die auch in der Steuerungsgruppe teilgenommen haben. In der Replikationsstudie konnte der Effekt dieser Maßnahmen jedoch nur partiell abgebildet werden. Besonderes Augenmerk wurde auf Schulprogramme gelegt. In mehreren Bundesländern wurden ganz gezielt Schulen angesprochen und in Schulklassen zum Teil gemeinsam mit Betroffenen Informationsveranstaltungen abgehalten. Bereits im Vorfeld wurden in verschiedenen Bundesländern Aktivitäten gestartet, um dem Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen und Schizophrenie zu begegnen. Beispielsweise wurde in Oberösterreich eine Plakat-Aktion veranstaltet, die als Schwerpunkt auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen hingewiesen hat. Weiters wurden Kinospots vor allem in

von Jugendlichen besuchten Kinos im Rahmen der Werbung eingesetzt. Öffentliche Veranstaltungen, die zum Teil als Charity-Veranstaltungen oder aber als Informations- und Diskusstage, z.B. am World Mental Health Day abgehalten wurden, hatten großen Andrang. Bei allen diesen Aktivitäten wurden Broschüren aufgelegt, die auf die Bedeutung psychischer Erkrankungen insbesondere Schizophrenie auf die Möglichkeiten der Behandlung, auf die Mythen und die persönlichen aber auch gesellschaftlichen Folgen hinwiesen. Dabei wurde ein Schwerpunkt auf die Rolle der Situation der Angehörigen gelegt.

Trilogische und tetralogische Aktivitäten (Schöny 1997) mit besonderem Schwerpunkt auf die Einbindung von politisch und administrativ Verantwortlichen wurden in vielen Bundesländern abgehalten und hatten durchaus Erfolg. Zu verweisen ist auf die doch deutlich verbesserte Versorgungssituation, es wird wesentlich mehr Geld für die Behandlung psychisch Kranker ausgegeben.

Die Situation der stationären Psychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert. Stationen wurden entweder neu gebaut oder modernst adaptiert, Langzeitpsychiatrie weitgehend abgeschafft. Die Zahl der psychiatrischen Betten hat sich um mehr als die Hälfte reduziert. In allen Bundesländern wurden Psychiatriepläne entwickelt, die allerdings bis jetzt nicht vollends umgesetzt werden konnten. Außerstationäre Behandlungs- und Betreuungsangebote, vor allem Wohn- und Arbeitsplätze sowie tagesstrukturierende Angebote sind in großer Zahl entstanden. Es ist allerdings zu bemerken, dass der Bedarf das Angebot nach wie vor weit übertrifft. Psychiatrische Notfallbehandlung rund um die Uhr ist nur regional in einigen Bereichen Österreichs umgesetzt (z.B. Kärnten, Wien, Oberösterreich, Salzburg).

Diese Maßnahmen sind auch Ausdruck von Anti-Stigma-Arbeit (Schöny 2000). Es ist festzustellen, dass Anti-Stigma und Anti-Diskriminierungsarbeit immer mit psychiatrischer Entwicklungsarbeit zu verbinden ist und auf absehbarer Zeit kein Ende abzusehen ist (Neuropsychiatrie 2002, pro mente austria 2001).

---

## Zusammenfassung

---

Es ist eine Tatsache, dass Stigma und damit verbundene Diskriminierung gerade gegenüber Menschen mit schizophrenen Erkrankungserscheinungen noch sehr hoch ist. Dies ist durch zahlreiche Untersuchungen im In- und Ausland belegt, ebenso, dass nicht nur die PatientInnen und KlientInnen, sondern auch deren Familien und auch die sich mit diesem Bereich beschäftigenden ProfessionistInnen betroffen sind. Dies hat zur Folge, dass die notwendige Finanzierung für die wissenschaftlich bereits gut dokumentierten therapeutischen Maßnahmen unzureichend ist und es als Folge wiederum zu keiner oder einer verspäteten Behandlung kommt, dass die Behandlung nicht entsprechend den theoretischen Möglichkeiten abläuft und so die volkswirtschaftlichen Kosten in die Höhe getrieben werden.

Ein besonderes Phänomen ist neben dem Stigma der Öffentlichkeit auch das Selbststigma der betroffenen Personen. Hier ist ein besonderer Ansatz zur Veränderung notwendig.

Wenig untersucht ist noch die Frage der gesellschaftlichen Strukturen in Bezug auf Stigma, die sich in den Gesetzen, in den Sozialdiensten und dem Rechtssystem auswirken. Hier ist noch beträchtliche Forschungsarbeit notwendig. Insgesamt ist festzustellen, dass die Bekämpfung von Stigma eine der großen Herausforderungen der Psychiatrie und der Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten darstellen wird.

---

## Literatur

---

- Angermayer M (2003) Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht des Patienten. *Psychiatrische Praxis* 30: 358-366
- Bracke P, Gouwy A, Verhaeghe M (2007) Dominant cultural stigma beliefs and mental health service use: a cross national comparison; XIX World Congress of world association for social psychiatry, Prag
- Corrigan PW, Watson AC (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1: 16-20
- Das Stigma psychisch Kranker (2002) *Neuropsychiatrie* 16: 1-121
- De Col Ch, Gurka P, Madlung-Kratzer E, Kemmler G, Meller H, Meise U (2002) Soziale Distanz von an Schizophrenie Erkrankten gegenüber psychisch Kranken; in: *Neuropsychiatrie* 16: 89-92

- Gemeinsam gegen Ausgrenzung, Anti-Stigma-Programm; pro mente austria, Zeitschrift des österreichischen Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit, 4/2001
- Grausgruber A (2002) Rezension; U.Hoffman-Richter: Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile; in: Neuropsychiatrie 16: 47
- Grausgruber A, Hofmann G, Schöny W, Zapotoczky K (1989) Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung. Stuttgart: Thieme
- Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schöny W, Fleischhacker W (2007) Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff, Acta Psychiat. Scand; 115: 310-319
- Horvath Ch (2002) Stigma-Erfahrung aus erster Hand; in: Neuropsychiatrie 16: 26-27
- Katschnig H, Donat H, Fleischhacker WW, Meise U (2002) 4 x 8 Empfehlungen zur Behandlung von Schizophrenie; edition pro mente, Linz
- Katschnig H, Eترزdorfer E, Muzik M (1993) „Nicht nur eine minderwertige Gesundheit ...“. Eine Untersuchung über die Einstellung der österreichischen Bevölkerung zu psychisch Kranken und zur Psychiatrie. Abschlussbericht an den Fonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung. Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien
- Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G, Schmid R, Rössler W, Günther V (2000) „... nicht gefährlich aber doch furchterregend“. Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. Psychiatr. Prax.; 16: 1-4
- Murray CJ, Lopez AD (1996) The global burden of disease and injury series; Harvard Press
- Okasha A, Stefanis CN (2005) Perspectives on the Stigma of Mental Illness, World Psychiatric Association
- Sartorius N (2005) Die Zukunft der Psychiatrie, 1. Österreichische Psychiatrieenquete, Linz
- Sartorius N, Schulze H: Reducing the Stigma of Mental Illness, A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association
- Schöny W (1997) Tetralog – Vision und Realität, in: gemeindenaher psychiatrie, 18 (Nr. 61): 79-82
- Schöny W (2000) Das österreichische Programm zur Reduzierung des Stigmas gegenüber Schizophrenie; in: ZNS Journal, Forum für Psychiatrie und Neurologie, Aus der aktuellen Forschung für die Praxis, 21: 49-52
- Schöny W (2000) „Destigmatisierung der Schizophrenie – Ist die Kampagne erfolgreich?“ in: Facts & Figures 0500, International. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 16: 25
- Schöny W, Schleicher F (4/2002) Ein österreichisches Programm zur Bekämpfung des Stigmas und der Diskriminierung gegenüber Menschen, die an Schizophrenie leiden. gemeindenaher psychiatrie, 23 (Nr. 78): 27-34
- Sulzenbacher H, Schmid R, Kemmler G, Del Col C, Meise U (2002) Schizophrenie ... „bedeutet für mich gespaltene Persönlichkeit: Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. Neuropsychiatr.: 16: 93-98
- Themenheft Stigma (2003) Psychiatrische Praxis 30: 353-412

# Recovery

Michaela Amering

In den letzten Jahren haben sich – ausgehend von der internationalen Betroffenenbewegung – Recovery-Konzepte entwickelt und breite Resonanz sowohl unter Betroffenen als auch unter Professionellen und Entscheidungsträgern gefunden. Recovery ist heute gesundheitspolitische Orientierung für die Psychiatrie in einflussreichen englischsprachigen Ländern wie England, Schottland, Irland, Australien und Neuseeland sowie Kanada und den USA (Farkas 2007; Slade et al. in Druck).

Im Wörterbuch finden sich folgende Übersetzungen von Recovery: Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Bergung, Rettung, Rückgewinnung. Andreas Knuf (2004) hat die Bewegung sehr treffend als „vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus“ beschrieben. Pat Deegan, Psychologin in Boston, lebte viele Jahre mit einer Schizophreniediagnose und beschreibt **Recovery** als die „**Entwicklung aus den Beschränkungen der PatientInnenrolle zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben**“ (www.patdeegan.com).

Eine wesentliche Grundlage der Recovery-Bewegung sind **Selbstzeugnisse von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Schizophrenie**, die gesund geworden sind bzw. die trotz der Erkrankung einen großen Teil ihres Lebens als gesunde Menschen leben, andererseits aus **wissenschaftlichen Verlaufsdaten**. Am Beispiel der Diag-

nose Schizophrenie zeigt sich, dass Verlaufsdaten seit jeher zeigen, dass ein Teil der Betroffenen wieder gesund wird. Darüber hinaus wissen wir, dass viele Menschen auch nach langen und zum Teil schweren Krankheitsverläufen wieder einen hohen Grad an Gesundheit erreichen können, und dass Menschen trotz vorhandener Krankheitssymptome ein befriedigendes Leben führen können. Führende Schizophrenie-ForscherInnen aus USA (Andreasen et al. 2005) und Europa (van Os et al. 2006) fordern unter dem Eindruck dieser Entwicklung eine Korrektur der bislang zu negativen Einschätzung des Krankheitsverlaufes bei Schizophrenie und definieren erstmals **Remissionskriterien für Schizophrenie**, um günstige Verläufe von Erkrankungen und Wiederherstellung von Gesundheit bei Personen mit Schizophreniediagnose besser dokumentieren zu können. Durch erhöhte Erwartungen sollten auch mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die dann zu besseren Ergebnissen von Behandlung und Rehabilitation führen können.

Während Recovery manchmal unabhängig von fachlicher Hilfe erlebt wird, spielen psychiatrische Hilfen und therapeutische Beziehungen und Interventionen häufig entscheidende Rollen in Recovery-Prozessen. Leider stehen diese Hilfen jedoch keineswegs lückenlos und allen zugänglich zur Verfügung. Mit Blick auf die **Hauptziele der Psychiatriereform** – Schließung der alten Anstalten, Entwicklung gemeindenaher

Versorgungssysteme, Integration von psychiatrischen Angeboten in den allgemeinen Gesundheitsbereich, Integration von sozialen und Gesundheitsleistungen – ist festzustellen, dass sie in westeuropäischen Ländern zu etwa **30 – 70% umgesetzt** sind (Becker & Kilian 2006). Hauptsächlichen Aufholbedarf orten Becker & Vazquez-Barquero (2001) in den Bereichen des Zugangs zum Arbeitsmarkt, der Integration von psychiatrischen Angeboten in den allgemeinmedizinischen Bereich und der Unterstützung von Angehörigen und Freunden – alles wesentliche Bestandteile Recovery-orientierter Praxis. Internationale Zahlen zeigen, dass nur etwa **25% aller PatientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis** diejenigen Behandlungen erhalten, die umfassend **evidenz-basierten** Vorschlägen entsprechen (Lehman et al. 2003). Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Manche Hilfsangebote, deren Nutzen wissenschaftlich bereits erwiesen ist, stehen noch kaum zur allgemeinen Verfügung, z.B. störungsspezifische Psychotherapien, die z.B. zur Behandlung von persistierenden psychotischen Symptomen wie Wahn, Stimmenhören und kognitiven Störungen eingesetzt werden können. Manche Angebote sind im niedergelassenen Bereich nicht ausreichend bekannt, und es wird daher nicht ausreichend überwiesen, wie z.B. zur Angehörigenselbsthilfe oder zur Arbeitsassistenz. Gleiches gilt für Alternativen zur Krisenintervention im Krankenhaus, neue Formen der Arbeitsrehabilitation und noch vieles mehr. Genaue Abklärung zur Behandlungsanamnese als Basis zur Planung einer personenzentrierten integrativen Behandlung ist aus zeitlichen Gründen häufig nicht möglich. Andere Bereiche von erheblicher Unterversorgung sind Hilfen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, die Kinder haben oder Kinder wollen, wie auch für Kinder von Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen. In vielen Fällen fehlen die Ressourcen, die einen komplexen Hilfebedarf erfüllen können.

Die finanziellen Mangelsituationen, in denen Menschen mit schizophränen Erkrankungen oft leben müssen, sind ebenfalls ein bedeutsames Hindernis auf dem Wege zu Genesung. Eine andere große Sorge ist auch die Vernachlässigung von PatientInnen mit psychiatrischen Erkrankungen im Hinblick auf ihre **körperliche Gesundheit**.

**Recovery-orientierte Praxis** psychiatrischer Hilfen muss sich an den Bedürfnissen der betreuten Person orientieren und nicht an den Bedürfnissen der Institutionen. Grundlage dafür ist ein „personenzentrierter Ansatz“ (Kunze 2003), der sich flexibel und mobil am individuellen Unterstützungsbedarf und an den Bedürfnissen und Ressourcen der Person im eigenen Lebensfeld orientiert, anstatt deren Anpassung an bestehende Einrichtungen zu fordern. Auf der Ebene der therapeutischen Beziehung lösen partizipative Modelle zur „geteilten Entscheidungsfindung“ und Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen und PatientInnenverfügungen für akute Krisen paternalistisch geprägte Compliance-Modelle ab. Die Behandlung muss sowohl soziotherapeutische als auch psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten anbieten. Es gibt immer wieder Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt weder medikamentöse noch psychotherapeutische Interventionen annehmen wollen, aber sehr wohl bereit wären, Hilfen beim Wohnen, bei Finanzen, bei sozialen Kontakten anzunehmen. Die Akzeptanz von Medikamenten oder einer bestimmten Diagnose sollte nicht die Voraussetzung dafür sein, Unterstützung zu bekommen.

Viele Menschen, die gesundet sind, wissen, dass ihnen auch ganz individuelle, originelle Dinge auf ihren Genesungswegen geholfen haben, die überhaupt nicht wissenschaftlich untersucht wurden d.h. nicht evidenz-basiert sind. Auch dabei kann aber professionelle Unterstützung hilfreich sein. Der gemeinsame Tenor der Fülle von Publikationen und Forschungen, die zu Recovery erschienen sind, ist, dass Recovery ein subjektiver Vorgang ist, ein **individueller Prozess** nach einer Orientierung an für den einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen beschreiben, wie wichtig es für ihre Genesung war, die **Hoffnung** nicht zu verlieren. Eine der schädlichsten und am stärksten stigmatisierenden Zuschreibungen ist die falsche Annahme der Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen.

Als **Ergebnis** geht es primär darum, sich in sozialen Rollen (PartnerIn, Elternteil, ArbeitnehmerIn, FreundIn usw.) wohl zu fühlen. Das kann trotz mancher Symptome und Behinderungen gelingen und kann durch laufende fachliche Hilfe unterstützt werden sowie

dadurch, dass in Krisenzeiten unter Umständen rasch und flexibel vermehrt Hilfe in Anspruch genommen wird. Das bedeutet für die psychiatrische Forschung auch, dass die Qualität des Lebens und das Lebensgefühl, der Lebenssinn und andere subjektive outcome-Kriterien genauso wichtig als Messergebnisse von Behandlungen zu erforschen sind, wie beispielsweise die Frage, wie viele Tage jemand während einer Krise im Spital verbringt oder wie viele Symptome jemand noch hat (Slade 2007). Neue Forschungsdesigns werden notwendig sein, damit sich Recovery-Orientierung tatsächlich durchsetzen kann (Slade 2007). Betroffenen-geleitete und kollaborative Forschungsprojekte leisten Pionierarbeit in neuen Forschungsdesigns, die sich an den für Betroffene und für Recovery wesentlichen Fragen orientieren (Krumm & Becker 2006; Amering & Schmolke 2007).

Ein wesentlicher Kontext für Recovery sind **Menschenrechte, BürgerInnenrechte und PatientInnenrechte**. Das Recht auf Partizipation und Selbstbestimmung und der Schutz vor Diskriminierung sind zentrale Forderungen der Betroffenenbewegung als Voraussetzungen für Empowerment und Recovery. Antidiskriminierungsgesetzgebung ist in vielen Bereichen notwendig, z.B. dass jemand aufgrund einer psychischen Krise nicht seine Arbeit verliert, dass der Arbeitsplatz an psychische Besonderheiten angepasst ist usw. PatientInnenrechte können im Rahmen von Behandlungsvereinbarungen und Voraussetzungen genutzt werden, indem Betroffene Einfluss auf die eigene Behandlung in psychiatrischen Krisen nehmen können.

Die „New Freedom Commission on Mental Health“ in den USA ([www.mentalhealthcommission.gov](http://www.mentalhealthcommission.gov)) hebt 2003 drei Punkte hervor, die dieser Zukunft derzeit im Wege stehen:

- das Stigma, das psychische Erkrankungen noch immer umgibt;
- die weiter vorherrschenden Ungerechtigkeiten und Ungleichbehandlung im Versicherungssystem;
- das fragmentierte psychiatrische Versorgungssystem.

An diesen drei Punkten können wir deutlich erkennen, dass bei allen Unterschieden zwischen Europa und den USA die Hauptprobleme identisch und schwierig zu überwinden sind. Das gilt auch für Österreich.

## Situation in Österreich

Die Recovery-Bewegung hat in einigen Ländern mit nationaler Gesundheitsplanung wie Großbritannien und Australien dazu geführt, dass Recovery als offizielle Orientierung von Planung und Durchführung psychiatrischer Hilfen in nationale Psychiatrie-Pläne aufgenommen wurde (Ramon et al. 2007). Die nicht-englischsprachigen Länder der Welt beginnen sich nun auch zum Thema Recovery zu äußern. Für den deutschsprachigen Raum haben Amering und Schmolke (2007) die internationalen Entwicklungen zum Thema Recovery umfassend dargestellt und sie mit der Situation im deutschsprachigen Raum in Beziehung gesetzt. Die Publikation hat in Deutschland, der Schweiz und Österreich großes Interesse ausgelöst und wird derzeit sogar ins Englische übersetzt, um im wissenschaftlich renommierten Wiley-Blackwell-Verlag einem internationalen Publikum zur Verfügung zu stehen. Recovery als übergeordnetes Konzept ist einerseits neu, beinhaltet jedoch viele Ansätze, die teilweise bereits lange bestehenden Forderungen und Beispielen optimaler Praxis (Amering 2006) entsprechen – wie etwa ein personen-zentrierter Ansatz der Behandlung und Betreuung oder die Einbeziehung von Angehörigen und Betroffenen auf individueller wie auf politischer Ebene. Auch war Österreich aktiv an dem 2005 von der Ministerkonferenz in Helsinki beschlossenen Aktionsplan für psychische Gesundheit beteiligt, der die aktive Rolle der Betroffenen und die Zusammenarbeit auf allen Ebenen in den Mittelpunkt ihrer Planungen und Empfehlungen stellt (WHO 2005).

Für eine Recovery-orientierte Praxis werden Wahlmöglichkeiten für PatientInnen gefordert. Die freie Arztwahl in Österreich ist sicherlich ein hochgeschätztes Gut. Andererseits besteht auch berechtigte Sorge in vielen Gebieten, dass es nicht ausreichend Zugang zur ambulanten fachärztlichen Behandlung gibt (Kapitel 19) und dass die Vergütung von Vernetzungsleistungen, Gesprächen, auch mit Angehörigen verbesserungswürdig ist. Auch scheint die psychotherapeutische (Kapitel 16), soziotherapeutische (Kapitel 17 und 20) und arbeitsrehabilitative (Kapitel 21 und 22) Versorgung nicht immer ausreichend. Vielfach wird gerade für Personen, die an schizophrenen Erkrankungen leiden, in einem Recovery-orientierten Ansatz gefordert, dass die psychotherapeutischen,

soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Leistungen von einem multiprofessionellen Team in koordinierter Weise „aus einer Hand“ angeboten werden, eine Leistung, die viele psychosoziale Dienste für Personen mit komplexem Hilfebedarf zur Verfügung stellen. Diese in vielfacher Hinsicht ideale Situation kann aber die freie Arzt- und TherapeutInnenwahl untergraben und es ist darauf zu achten, dass dieser Nachteil nicht so zum Tragen kommt, dass er die Vorteile einer solchen Lösung gefährden könnte. Um Wahlmöglichkeiten zu fördern, wäre es auch wichtig, dass alle Medikamente, die hilfreich sein könnten, allen PatientInnen zur Verfügung stehen und nicht Kostenüberlegungen hier zu Nachteilen und Einschränkungen der Wahlmöglichkeit führen. Ebenso wesentlich wären vermehrte Angebote von Alternativen zur Akutbehandlung im Krankenhaus – wie Krisendienste, die auch aufsuchend arbeiten, Home Treatment und Kriseninterventionszentren und Krisenhäuser außerhalb der Krankenhäuser. Das Angebot von komplementären medizinischen Hilfen – wie etwa Aromatherapie, Einsatz von Tieren in der Behandlung –, wie an einigen österreichischen Abteilungen üblich, gehören ebenfalls hier genannt. Aufsuchende medizinische Betreuung und Pflege sind Pfeiler eines personen-zentrierten Ansatzes und besonders in der mobilen Pflege gibt es hier mancherorts wesentliche Entwicklungen, wünschenswert auch für die Ergotherapie.

Ganz wesentlich geht es darum, Maßnahmen gegenüber struktureller Diskriminierung zu fördern. Dazu gehören essenziell die Antidiskriminierungsgesetze und d.h. hier der Schutz der Menschenrechte ebenso wie der der PatientInnenrechte. Einerseits geht es dabei um das Thema, wie die optimale Versorgung gewährleistet und jedem zugänglich gemacht werden kann. Andererseits ist wesentlich, dass die Umstände, in denen jemand gegen seinen oder ihren Willen behandelt werden soll, klar geregelt und kontrolliert und wenn möglich verhindert werden.

Forderungen beinhalten also genauso das Recht auf optimale Behandlung wie auch das Recht auf Schutz vor dieser Behandlung, wenn man diese nicht will. Aus einer Recovery-Perspektive geht es hier klar um das Recht, den Zeitpunkt, das Ausmaß und die Art der Interventionen so weitgehend wie möglich selbst bestimmen zu können (Kapitel 23).

Bestimmungen zum ArbeitnehmerInnenschutz und Anti-Diskriminierungsgesetz im Arbeitsbereich sind weitere wesentliche Rahmenbedingungen. Sehr behindernd für Genesungswege werden die Teile der gesetzlichen Bestimmungen erlebt, die Arbeitsversuche riskant für die Existenzsicherung erscheinen lassen, bzw. die nicht flexibel und individuell genug auf Zuverdienstmöglichkeiten und Teilzeitarbeit reagieren, was nicht nur die Motivation reduziert, sondern Ängste produziert, die dem Erfolg eines Arbeitsversuches abträglich sind. Auf der Ebene der Klärung des Hilfebedarfs und der Organisation der Hilfen ist die intensive Zusammenarbeit von klinisch-therapeutischen Berufsgruppen mit denen des sozialen und rehabilitativen Bereiches von essenzieller Bedeutung. Kapitel 22 dieses Berichtes gibt Einblick in die Situation zur beruflichen Rehabilitation in Österreich.

Wesentlich für Recovery sind auch Möglichkeiten zu Engagement, sinnvoller Tätigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe im Bereich der Selbsthilfe und Interessensvertretung, sowie Einbeziehung von Betroffenen in Planung, Praxis und Evaluation psychiatrischer Hilfen. Wesentliche Voraussetzungen dafür sind funktionierende Strukturen von Selbsthilfe und Interessensvertretung. In diesem Bericht sind daher die Kapitel 8 und 9 in dieser Hinsicht besonders zu betrachten. Österreich hat seit vielen Jahren eine erfolgreiche nationale Angehörigenorganisation mit aktiven Vereinen in allen Bundesländern. Im Gegensatz zu manchen anderen europäischen Ländern wie Deutschland hat Österreich jedoch noch keine nationale Interessensvertretung der Betroffenen, sondern verschiedene Organisationen und Personen, die sich in regional und inhaltlich unterschiedlicher Form in Selbsthilfe und Interessensvertretung engagieren. Um ihre Erfahrung anderen Betroffenen in Form von Beratung, Begleitung und Unterstützung zugute kommen zu lassen, können Betroffene durch eine peer-coaching-Ausbildung eine Qualifizierung für diese Rolle als „Experte durch Erfahrung“ erwerben ([www.exitsozial.at](http://www.exitsozial.at)). In einer kürzlich publizierten Untersuchung zur Sichtweise sozialpsychiatrisch Tätiger zur Einbeziehung von KlientInnen in Österreich (Sibitz et al. 2008) zeigte sich eine sehr positive Einstellung. Die österreichischen Befragten sprachen sich großteils für die Einbeziehung von KlientInnen aus und der erwartete Nutzen für KlientInnen und professionelle HelferInnen wurde größer eingeschätzt als

die befürchteten Risiken. Diese positive Einstellung steht derzeit noch im Gegensatz zu den im deutschen Sprachraum noch spärlichen Erfahrungen mit der Einbeziehung der KlientInnen in Planung und Praxis psychiatrischer Einrichtungen. Es lässt sich jedoch daraus schließen, dass die Voraussetzungen für geeignete Fördermaßnahmen und Entwicklungen in dieser Richtung günstig sind.

Die Wichtigkeit der Anstrengungen der Betroffenen selbst im Kampf gegen Stigma und Diskriminierung (Kapitel 26) kann nicht oft genug betont werden. Ein eindrückliches Beispiel hierzu sind Daten zu Schulprojekten, die versuchen, junge Menschen – Schüler und Schülerinnen – zu erreichen. Gehen professionelle HelferInnen in die Schule, um dort in Vorträgen und Diskussionen mit den SchülerInnen Verständnis und positives Interesse für psychische Ausnahmesituationen und Erkrankungen zu wecken, führt das zwar zu einem Wissenszuwachs bei den SchülerInnen, ist aber nicht mit einer Verringerung der sozialen Distanz verbunden. Werden die Stunden aber von Betroffenen gemeinsam mit professionellen HelferInnen gestaltet, führt dies neben der Wissensvermehrung auch zur Verringerung der sozialen Distanz (Meise et al. 2000).

Aus Recovery-Perspektive sind schließlich die Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung (Kapitel 28) wesentlich, kurz zusammengefasst im folgenden Konsenspapier der Sektion „Präventive Psychiatrie“ der Weltgesellschaft für Psychiatrie (WPA): „Traditionelle krankheitsorientierte Behandlung sollte sich erweitern zu einem integrativen, multidimensionalen Ansatz von psychischer Gesundheit und Krankheit. Dieser beinhaltet die Stärkung einer positiven Einstellung und die Reduzierung der vorherrschenden Skepsis bezüglich der möglichen Prävention und Behandlung“ (Lecic-Tosevski et al. 2003).

---

## Literatur

---

- Amering M, Schmolke M (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Amering M (2006) Wie könnte eine sinnvolle Frührehabilitation für an Schizophrenie Erkrankte in der Gemeindepsychiatrie aussehen? – Wege zu einem neuen Standard in der Gemeindepsychiatrie. Wiener Medizinische Wochenschrift 156/3-4: 79-87
- Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR (2005) Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry* 162: 441-449
- Becker T, Kilian R (2006) Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand* 113 (Suppl 429): 9-16
- Becker T, Vaquez-Barquero JL (2001) The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 104 (Suppl 410): 8-14
- Farkas M (2007) The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 6: 4-10
- Krumm S, Becker T (2006) Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiatr Prax* 33: 59-66
- Kunze H (2003) Die Idee des personenzentrierten Ansatzes. In Schmidt-Zadel R, Kunze H/Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Psychiatrie-Verlag, Bonn: 17-29
- Knuf A (2004) Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Soziale Psychiatrie* 1/2004: 38-41
- Lecic-Tosevski D, Christodoulou N, Herrman H et al. (2003) WPA Consensus statement on psychiatric prevention. *Dyn Psychiatr* 36: 307-315
- Lehman AF, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden L, Kreyenbuhl J (2003) Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 26(4): 939-54
- Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G, Schmid R, Rössler W, Gunther V (2000) „... nicht gefährlich, aber doch furchterregend“. Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. *Psychiatr Prax.* 27: 340-6
- Ramon S, Healy B, Renouf N (2007) Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *Int J Soc Psychiatry.* 2007 Mar;53(2): 108-22
- Schrank B, Amering M (2007) Recovery in der Psychiatrie (Recovery in Mental Health). *Neuropsychiatrie* 21: 45-50
- Sibitz I, Swoboda H, Schrank B, Priebe S, Amering M (2008) Einbezug von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. *Psychiatr Prax* 35: 128-134
- Slade M, Amering M, Oades L (in print) Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*
- Slade M (2007) Recovery, psychosis and Psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatr Scand* 116: 81-83
- U.S. Presidential Commission on Mental Health (2003) Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. DHHS Pub N:SMA-03-3832. Rockville, Maryland, Dept Health and Human Services.
- van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, Bernardo M, Arango C, Fleischhacker W, Lachaux B, Kane JM (2006) Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 113: 91-95
- WHO (2005) Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. WHO, Helsinki.
- www.patdeegan.com
- www.exitsozial.at

# Prävention

Ralf Göbller

---

## Allgemeines: Thema und State of the Art

---

Unabhängig vom Verlauf einer schizophrenen Episode stellt diese für den Betroffenen einen ernstzunehmenden Life-Event dar. Die Behandlung des akuten Stadiums sowie die darauf folgende zumindest monatelange Rehabilitation mit oft jahrelangen (oder dauerhaften) Einschränkungen in unterschiedlichen Funktionsbereichen (kognitiv, emotional, sozial, etc.) sind einerseits mit emotionaler Belastung der PatientInnen, andererseits mit hohem sozioökonomischen Aufwand verbunden. U.a. sind reduzierte soziale Kontakte, häufiger Substanzmissbrauch (Garety, Rigg 2001), sozialer Abstieg (Birchwood et al. 1997) und generell ein erhöhtes Suizidrisiko (Verdoux et al. 2001) Ausdruck davon. Weiters steht die Diagnose Schizophrenie bei den 15 – 44-Jährigen an 9. Stelle der 10 Hauptursachen für krankheitsbedingte Behinderung in Privat- und Berufsleben (Murray, Lopez 1996).

Aus zahlreichen retrospektiven Untersuchungen ist das Auftreten von einer Fülle von Prodromalsymptomen zumeist Jahre vor dem Ausbruch der tatsächlichen Erkrankung bekannt (Varsamis, Adamson 1971, Chapman et al. 1994, Hafner et al. 1994, Olin, Mednick 1996, Yung, McGorry 1996, Davidson et al. 1999, Moller, Husby 2000, Klosterkötter et al. 2001). Die hohe Latenz bis zum tatsächlichen Behandlungszeitpunkt lässt sich wie folgt erklären:

1. relative Unspezifität der Prodromi,
2. starke Überlagerung mit pubertär/adoleszenten Phänomenen,
3. Uninformiertheit der Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, etc.) sowie der Behandler,
4. Vorurteile von Angehörigen und Betroffenen hinsichtlich Institutionen und Folgen,
5. Mangel an spezifischen Institutionen.

All diese Punkte führen zu einer Behandlungsverzögerung und erst zu einer fachlichen Konsultation, wenn bereits prominente Symptome (massive Wesensveränderung, deutliche Psychopathologie, etc.) vorhanden sind.

Einige Forschungsgruppen versuchen mittels retrospektiven und zunehmend prospektiven Früherkennungsstudien die Identifizierung von Risikogruppen (Addington et al. 2003, Larson, Cornblatt et al. 2002, Klosterkötter et al. 1997, Johnstone et al. 2000, Yung et al. 2004).

Als generelle Schwierigkeit gilt die möglichst korrekte Identifizierung von RisikopatientInnen (falschpositiv/falschnegativ) mit entsprechender Entwicklung hinsichtlich schizophrener Erkrankung. Folgende Anzeichen des Prodromalstadiums konnten identifiziert werden:

- 1: Zunehmende schizophrene Basissymptome (Huber 1983), messbar mit der Bonner Skala f.d.

Beurteilung von Basissymptomen (BSABS, Gross et al. 1987). Entsprechende Befunde weisen auf ein eindeutig erhöhtes Risiko hin, eine schizophrene Psychose zu entwickeln.

Klosterkötter (2001) konnte bei seiner Nachuntersuchung nach ca. 10 Jahren in fast 50% seiner Probanden den Übergang in eine schizophrene Psychose feststellen. 98% davon erfüllten die BSAPS-Prodromal-Kriterien.

2: Die Gruppe um Patrick D. McGorry (McGorry et al. 2002), definierte gemäß deren prospektiven Forschungen „Ultra-high-risk (UHR)-Gruppen“. Der Begriff des „Prodroms“ wird als nur retrospektiv anwendbar gesehen (impliziert das sichere Entstehen eines spezifischen Symptoms), daher wurde der Ausdruck „at risk mental state“ (Risiko, dass ein spezifische Symptom entstehen könnte) geprägt. Ein Kandidat der UHR-Gruppe muss zumindest eines der drei folgenden Merkmale aufweisen:

- 1: Mehrfach pro Woche auftretende abortive positive Symptome, die nicht die Schwelle zu eindeutigen psychotischen Phänomenen erreichen (Dauer zumindest eine Woche, nicht länger als 5 Jahre).
- 2: Transiente, selbstlimitierende psychotische Episoden, nicht länger als eine Woche dauernd (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptom- BLIPS).
- 3: Positive Familienanamnese hinsichtlich psychotischer Störung bei Verwandten 1. Grades oder schizotype Persönlichkeitsstörung sowie unspezifische Symptome mit deutlichem Abfall der psychosozialen Funktionsniveau-Reduktion der GAF-Werte um zumindest 30% innerhalb des letzten Jahres für zumindest 1 Monat (nicht länger als 5 Jahre).

Die Diagnostik erfolgt mit Hilfe des CAARMS (Comprehensive Assessments of At-Risk Mental State, Yung 1998). Merkmale der ersten beiden Gruppen werden in ihrer Art, Schweregrad, Dauer und Häufigkeit beurteilt. Zusätzlich wurden von McGlashan et al. Instrumente für ein semistrukturiertes Interview (SIPS-Structured Interview for Prodromal Symptom-

SOPS- Scale of Prodromal Symptom) etabliert. Die Definition eines frühen (Early Initial Prodromal State-EIPS) und späten Prodromalstadiums (Late Initial Prodromal State-LIPS, Ruhrmann et al. 2003) wurde vorgenommen.

Die Notwendigkeit einer exakten Erfassung der CAARMS-Kriterien (v.a. zur Vermeidung von falsch-positiven Befunden, Carr et al. 2000) wird betont. Die Durchführung sollte nur an einer psychiatrischen Klinik erfolgen, an einem praktikablen Instrument (möglichst effizientes Screening mit gutem out-come) wird gearbeitet (mündliche Auskunft).

Auf Basis dieser Erkenntnisse konnten innerhalb von 12 Monaten Übergänge von „at-risk mental state“ hin zur Entwicklung eines schizophren psychotischen Zustandsbilds in 20 – 50% der untersuchten PatientInnen gefunden werden (Yung et al. 2004). Amminger (2003) konnte zeigen, dass die Spezifität der CAARMS-Kriterien umso besser war, je jünger die PatientInnen waren.

Entsprechende Interventionen im Rahmen der Frühinterventionsstudien werden als Maßnahme der „indizierten Prävention“ bezeichnet – im Gegensatz zur „selektiven Prävention“ – bei asymptomatischen Risikogruppen oder zur „universellen Prävention“ – bei Gruppen ohne identifiziertes Risiko. Vergleichbar wäre dies mit einer Intervention – zwischen den bei uns gebräuchlichen Begriffen „sekundärer“ und „tertiärer Prävention“ – zeigen die Betroffenen zwar einerseits bereits „identifizierbare Symptome“, diese sind jedoch (noch) nicht so spezifisch, um eine Diagnose stellen zu können. Durch (gezielte und möglichst nebenwirkungsarme) Intervention soll eine weitere psychopathologische Entwicklung verhindert werden. Somit wird das Zeitkriterium – erste unspezifische Symptome, Abschätzen des Psychoserisikos – gezielte Intervention als wesentlicher Faktor gesehen. Hintergrund dafür sind die sich im Rahmen des langen Prodromalstadiums entwickelnden hirnrorganischen, neuropsychologischen, psychopathologischen und psychosozialen Veränderungen (Yung 2003, Phillips 2002, Pantelis 2003, Brewer 2003).

### **Frühinterventionsstudien mit PatientInnen mit Prodromalsymptomatik**

Diese versuchen PatientInnen möglichst früh (und möglichst sicher) zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zur Besserung des akuten Zustands sowie zur Verhinderung einer weiteren Krankheitsentwicklung zu setzen.

Falloon (1992) kann als Pionier der Frühinterventionsstudien gesehen werden. Er versuchte mittels psychosozialen Maßnahmen (psychosoziales Training, Familienintervention, Schulung der Allgemeinmediziner) die statistisch zu erwartende Rate an schizophrenen Neuerkrankungen zu verringern, was auch gelang.

McGorry et al. 2002 zeigte in einer 1996 – 1999 stattfindenden Studie (n = 59), dass die Kombination von Risperidone (0,5 – 2mg/d) und kognitiver Verhaltenstherapie vs. Standardtherapie eine signifikante Verringerung von schizophrenen Erkrankungen innerhalb von 12 Monaten erbrachte. Allerdings traten Nebenwirkungen wie Akathisie, Sedierung und Gewichtszunahme auf. Der Kritik einer med. Behandlung auch von falschpositiven PatientInnen wird mit dem Argument der „number needed to threat (NNT)“ entgegnetreten. Diese beträgt bei McGorry 4 PatientInnen (einer von 4 entwickelt sicher eine schizophrene Psychose) und wird mit der NNT bei der Behandlung von mittlerem Bluthochdruck zur Verhinderung eines Schlaganfalls verglichen, die 13 beträgt.

Woods et al. 2003 zeigte in seiner Studie (n = 60), dass die Verabreichung von Olanzapin (5 – 15mg/d) vs. Placebo und jeweils Standardtherapie über 8 Wochen bei „at-risk mental state“-PatientInnen eine signifikante Verbesserung der akuten Symptome herbeiführte. Deutliche Gewichtszunahme (+4,5kg vs. 0,32kg) war die einzige signifikante Nebenwirkung. Langzeitergebnisse sind noch ausständig.

Morrison et al. 2004 evaluierte bei „at-risk mental state“-PatientInnen zusätzlich neuropsychologische Parameter (Schizotypie, dysfunktionales Selbstschema (Soziotropy), metakognitive Überzeugungen, etc.). Die Intervention erfolgte mittels kognitiver Psychotherapie vs. Standardtherapie, wobei die Interventionsgruppe weniger oft eine Schizophrenie entwickelte.

Neben der korrekten Identifikation von RisikopatientInnen ist die Art der Behandlung („off-label“-Verabreichung von Neuroleptika) ein Hauptkritikpunkt. Psychotherapeutische Methoden werden generell als nützlich (und nebenwirkungsfrei?) gesehen. Wenn schon medikamentöse Behandlung, dann mit bioaktiv wirksamen Substanzen, möglichst ohne Nebenwirkungen. Amminger et. al. führte in den Jahren 2002 – 2004 eine Präventionsstudie an 81 „at-risk mental state“-PatientInnen über 12 Monate durch, wobei als bioaktives Agens Omega-3-Fettsäure-Kapseln (Fischöl) eingesetzt wurde. Omega-3-Fettsäure gilt als bioaktives Lipid, das antioxidative und somit neuroprotektive Wirkung zeigt, andererseits beschriebene Defizite im cerebralen Fettsäurehaushalt kompensieren soll (Yao et al. 1996, Khan 2002).

Die nunmehr vorliegenden Ergebnisse sind äußerst vielversprechend (mündlich übermittelt vom Autor, da die Ergebnisse im Review-Prozess sind), sodass in kürze eine weltweite Multizenterstudie beginnen wird.

---

### **Situation in Österreich**

---

Außer den Aktivitäten der Gruppe um G.P. Amminger und Mitarbeiter, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien, sind dem Autor keinerlei wissenschaftliche Aktivitäten in Österreich hinsichtlich Früherkennung und Frühintervention bei RisikopatientInnen bekannt.

---

### **Interpretation und Bewertung**

---

Weitere wissenschaftliche Initiativen aber auch Öffentlichkeitsarbeit mit Aufklärung und Sensibilisierung nicht nur der Gesellschaft sondern auch der Behandler (Psychologen, Psychotherapeuten, Schulärzte, Hausärzte, Kinderärzte, etc.) und Schaffung von speziellen Behandlungsangeboten sind dringend wünschenswert. Aufgrund der hohen Relevanz dieser Thematik sollten zumindest klinische Schwerpunkte im Rahmen der ambulanten Begutachtung und Behandlung von RisikopatientInnen gesetzt werden.

Information und Fortbildung der Mitarbeiter sowie Vorgabe von strukturellen Rahmenbedingungen für

„early-psychosis“-PatientInnen sollte Standard für eine „state of the art“-Behandlung sein.

Aufgrund der Altersspanne der PatientInnen sollte eine Förderung der Zusammenarbeit der Kinder-/Jugendpsychiatrie mit der Psychiatrie des Erwachsenenalters erfolgen.

### Zusammenfassung und Empfehlung

Eine wesentliche Präventionsmaßnahme zur Verhinderung der Entwicklung von schizophrenen Erkrankungen stellt die Identifizierung und Behandlung von entsprechenden Risikogruppen dar. Hier wird international und auch national geforscht – erste interessante Ergebnisse liegen bereits vor, weitere sind demnächst zu erwarten. Die Validität der Ergebnisse sowie die sich daraus ergebenden Behandlungsmaßnahmen sind aus Sicht des Ref. noch nicht endgültig zu beurteilen. Erhöhtes Augenmerk bei PatientInnen aus einer oder mehrerer der oben beschriebenen Risikogruppen ist sicherlich geboten (und für den erfahrenen Kliniker auch nicht ganz neu), entsprechende Maßnahmen (Beobachtung, Psychoedukation, Psychotherapie, medikamentöse/nichtmedikamentöse Interventionen) sind im Einzelfall zu überlegen. Hinsichtlich der medikamentösen Optionen ist mit der Entwicklung der modernen Neuroleptika mit günstigerem Nebenwirkungsprofil eine verträglichere Möglichkeit (oder „Verführung“) zur raschen Medikation gegeben. Die Bedeutung einer solchen „off level“-Verordnung und der Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan sollte jedoch bedacht werden. In jedem Fall sollte dem Betroffenen (und auch den Bezugspersonen) gegenüber eine Offenlegung erfolgen.

Die Verwendung von bioaktiven Lipiden (Omega-3-FS) kann, obwohl theoretisch untermauert, bei v.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingesetzt und erste günstige Ergebnisse bei Schizophrenie vorliegen (noch) nicht beurteilt werden. Hierzu werden demnächst Ergebnisse mit Empfehlungen vorliegen.

Initiativen zum Abbau von „Schwellenängste“ der PatientInnen, Angehörigen und auch BehandlerInnen sowie Verbesserung und Erhöhung der Behandlungsmöglichkeiten sollten im Sinne der Früherkennung und Frühintervention erfolgen.

### Literatur

- Addington J, van Mastrigt S, Addington D (2003) Patterns of pre-morbid functioning in first-episode of psychosis: initial presentation. *Schizophr Res* 62: 23-30
- Amminger G, Leicester S, Yuen HP, McGorry PD (2003) Age predicts transition to psychosis in prodromal schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 60 (1, Suppl 1): 32-3
- Birchwood M, McGorry P, Jackson H (1997) Early intervention in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 170: 2-5
- Brewer WJ, Wood SJ, McGorry PD (2003) Impairment of olfactory identification ability in individuals at ultra-high risk for psychosis who later develop schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 160(10): 1790-4
- Carr V, Halpin S, Lau N (2000) A risk factor screening and assessment protocol for schizophrenia and related psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(suppl): 170-80
- Chapmann LJ, Chapmann JP, Kwapil TR, Eckblad M, Zinser MC (1994) Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *J Abnorm Psychol* 103: 171-183
- Cornblatt B, Lencz T, Obuchowski M (2002) The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophr Res* 54: 177-186
- Davidson M, Reichenberg A, Rabinowitz J, Weiser M, Kaplan Z, Mark M (1999) Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *Am J Psychiatry* 156: 1328-35
- Falloon IR (1992) Early intervention for the first episodes of schizophrenia. A preliminary exploration. *Psychiatry* 55: 4-15
- Garety PA, Rigg A (2001) Early Psychosis in the inner city: a survey to inform service planning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 537-544
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. (1987) BS-ABS. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms), Springer Heidelberg, Berlin, New York
- Huber G (1983) The concept of substrate-close basic symptoms and its significance for the theory and therapy of schizophrenic diseases. *Nervenarzt* 54: 23-32
- Johnstone EC, Abukmeil SS, Byrne M, Clafferty R, Grant E, Hodges A, Lawrie SM, Owens DGC (2000) Edinburgh high risk study – findings after four years: demographic, attainment and psychopathological issues. *Schizophr Res* 46: 1-15
- Khan M, Evans D, Gunna V (2002) Reduced erythrocyte membrane essential fatty acids and increased lipide peroxides in schizophrenia at the never-medicated first-episode of psychosis and after years of treatment with antipsychotics. *Schizophr. Res.*, 58(1): 1-10
- Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Gross G et al. (1997) Early self-experience neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 95: 396-404
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schulze-Lutter F (2001) Diagnosing Schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 58: 158-164
- Larson TK, Joa I (1999) Identifying persons prodromal to first episode schizophrenia: the TOPP-project. *Curr Opin Psychiatry* 12: 207

- McGlashan TH, Zipusky RB, Perkins D (2003) The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. *Schizophr Res* 61: 7-18
- McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. (2002) randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch gen Psychiatry* 59: 921-928
- Moller P, Husby R (2000) The initial prodrome in schizophrenia: Searching for naturalistic core dimensions of experience behaviour. *Schizophr Bull* 26: 217-232
- Murray CJL, Lopez AD (1996) Global burden of disease. Harvard University press, Cambridge
- Morrison AP, French P, Walford L et al (2004) Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people of ultra-high risk. Randomised controlled trial. *Br J psychiatry* 185: 291-297
- Murray CJL, Lopez AD (1996) Global burden of disease. Harvard University press, Cambridge
- Olin SC, Mednick SA (1996) Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull* 22: 223-240
- Phillips LJ, Velakoulis D, Pantelis C (2002) Non-reduction in hippocampal volume is associated with higher risk of psychosis. *Schizophr. Res* 58(2-3): 145-58
- Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD et al. (2003) Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* 361:281-8
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J (2003) Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 36, 161-167
- Varsamis J, Adamson JD (1971) Early schizophrenia. *Can Psychiatr. Assoc. J* 16, 487-497
- Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, et al. (2001) Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 103, 347-354
- Woods SW, Breier A, Zipursky RB (2000) Randomized trial of olanzapin versus placebo in the symptomatic acute treatment of the schizophrenic prodrome. *Biol. Psychiatry* 54(4): 453-64
- Yung AR, McGorry PD (1996) The initial prodrome in psychosis: Descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* 30, 172: 14-20
- Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD (1998) Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br.J.Psychiatry Suppl*, 172(33): 14-20
- Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD (2004) Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group. *Psychopathology and clinical features. Schizophr Research* 67: 131-142

# Zusammenfassung

Hans Rittmannsberger & Johannes Wancata

---

## Vorbemerkung

---

Diese Zusammenfassung ist nach Kapiteln gegliedert und bezieht ihre Angaben aus den Beiträgen der AutorInnen. Es wird vornehmlich auf die speziell Österreich betreffenden Aspekte eingegangen. Die Quellen der Daten werden hier nicht mehr extra erwähnt und sind in den betreffenden Kapiteln nachzulesen. Ebenso wird hier nicht neuerlich die Diskussion über die Validität der Daten geführt.

Konsequenzen, die sich aus den Beiträgen ergeben, werden – geordnet nach Bedarf in Forschung und Versorgung –, explizit hervorgehoben. In kursiver Schrift sind Forderungen gehalten, die sich in den Beiträgen nicht finden, nach der Meinung der Autoren dieser Zusammenfassung aber zu stellen sind.

---

## A. Die Krankheit und die Betroffenen

---

### *Kapitel 3. Epidemiologie*

Schizophrenie kommt im Laufe des Lebens bei etwa 0,6% der Bevölkerung vor. Wenn man von einer etwas weiteren Definition der Krankheit ausgeht, sind knapp 1,5% der Bevölkerung im Laufe des Lebens

betroffen. Obwohl Schizophrenie deutlich seltener als andere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen ist, stellt sie eine der führenden Ursachen für Behinderungen im Alltag dar.

Die einzige von einem österreichischen Autor (allerdings in Südtirol) durchgeführte Studie zur Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie (breiteres Krankheitskonzept) erbrachte einen Wert von 1,4% der Bevölkerung über 15 Jahren und liegt damit im Bereich der in der internationalen Literatur referierten Werte.

Prävalenzstudien zur Häufigkeit von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie in Allgemeinspitälern und Pflegeheimen erbrachten Werte von 0,1% bzw. 1,9%. Sie liegen damit etwas unter bzw. deutlich über dem aus der Literatur zu erwartenden Wert von 0,3%. Allerdings waren die untersuchten Kollektive zu klein, um daraus auf ganz Österreich zu generalisieren.

### **Forschungsbedarf**

- Bevölkerungsbezogene epidemiologische Studien zur Prävalenz der Schizophrenie (auch mit dem Ziel Informationen zur Versorgung zu erhalten)
- Studie zur Komorbidität schizophrener Störungen mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen

### **Kapitel 4. Langzeitverlauf**

Seit dem 2. Weltkrieg sind weltweit über 60 Langzeitstudien (Katamnosedauer von mehr als 5 Jahren) zum Verlauf der Schizophrenie erschienen. Die Resultate sind höchst heterogen, was auf unterschiedliche Definitionen der Erkrankung, unterschiedliche Einschlusskriterien und unterschiedliche Forschungsmethoden zurückzuführen ist. Die wenigen österreichischen Studien, die hier vorliegen, fanden relativ günstige Resultate:

- Es zeigte sich, dass nach einmaliger Hospitalisierung fast die Hälfte der PatientInnen im weiteren Verlaufe nicht mehr stationär aufgenommen werden musste.
- Nach 20 Jahren lebten 32% der Untersuchten völlig autark, 20% waren berufstätig.
- Bei noch längeren Beobachtungszeiträumen (30-40 Jahren) wurden 29% als geheilt und 40% als gebessert bewertet.

Allerdings ist anzumerken, dass die in diesen wenigen Untersuchungen erfassten Kollektive spätestens in den 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts rekrutiert worden sind, und dass es keine aktuellen Studien gibt.

#### **Forschungsbedarf**

- Untersuchungen zum Langzeitverlauf der Schizophrenie, *insbesondere die Initiierung einer österreichischen prospektiven multizentrischen Studie zur Erfassung von ersterkrankten Personen*

### **Kapitel 7. Angehörige und ExpertInnen**

Angehörigen kommt im Kontext der Erkrankung Schizophrenie eine besondere Bedeutung zu. Es lassen sich vier „klassische“ Rollen des Angehörigen in der Psychiatrie unterscheiden: Angehörige als Anamneselieferanten, Angehörige als Gegenstand genetischer Forschungsprojekte, Angehörige als Verursacher der Schizophrenie (was sich mittlerweile als falsch erwiesen hat) und Angehörige als Opfer der Schizophrenie. Die „modernen“ Angehörigen haben ein neues Selbstverständnis entwickelt, gleichsam eine fünfte „Rolle“ der Angehörigen in der Psychiatrie: Sie reflektieren und integrieren alle angeführten Rollen und sind darüber hinaus engagiert und motiviert, den PatientInnen

zu helfen, ohne deren Distanzbedürfnis zu verletzen; Sie wissen, dass ihre und die Interessen des Patienten verschieden sind, bemühen sich aber, diese Interessensgegensätze zu versöhnen; Sie organisieren ihr Engagement oft in Selbsthilfegruppen und betreiben von dorthier auch Lobbying für ihre Interessen und die der Kranken.

Zusammenarbeit zwischen ExpertInnen und Angehörigen kann zwischen den Polen „Expertendominanz“ (Familietherapie und patientenzentrierte Angehörigengruppen) und „Angehörigendominanz“ (angehörigenzentrierte Angehörigengruppen und Selbsthilfe) konzipiert werden.

Angehörige von PatientInnen mit Schizophrenie leiden vielfach unter Belastungen wie emotionalem Druck, Störungen des Alltagslebens, zusätzlichen finanziellen Ausgaben sowie Belastungen ihrer sozialen Beziehungen. Jede professionelle Angehörigenbetreuung muss sich daher darauf konzentrieren, die Angehörigen zu unterstützen, sie entsprechend zu schulen, und ihnen zu helfen, diese schwierige Aufgabe zu bewältigen. Es konnte gezeigt werden, dass Interventionen bei Angehörigen sowohl für die Angehörigen selbst als auch für die PatientInnen positive Wirkungen haben.

#### **Forschungsbedarf**

- *Untersuchung, in welchem Ausmaß die Angehörigen jene Hilfen bekommen, die sie benötigen*

#### **Versorgungsbedarf**

- *Flächendeckender Ausbau der Angebote und Hilfen für Angehörige*

### **Kapitel 8. Die Angehörigenbewegung**

Im Jahre 1978 kam es zur Gründung des Vereins „Hilfe für psychisch Erkrankte“ in Wien und Oberösterreich, der bald in allen österreichischen Bundesländern aktiv wurde. Von Beginn an gab es zwei Schwerpunkte der Tätigkeit:

1. Gegenseitige Unterstützung und Hilfe der Angehörigen in ihrer schwierigen persönlichen Situation

2. Sozialpolitisches Engagement zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung, zum Abbau von Ausgrenzung und falschen Schuldzuschreibungen und zur Förderung der sozialen Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Familien

Professionelle Information, Beratung und Unterstützung für Angehörige kam im Laufe der Zeit noch als weiteres Arbeitsfeld hinzu, ebenso wie die Herausgabe einer Zeitschrift („Kontakt“), die mittlerweile im 30. Jahr erscheint, mit einer Auflage von 2.600 Stück. Zahlreiche Veranstaltungen zur Aus- und Weiterbildung wurden organisiert. Darüber hinaus ist der Verein in zahlreichen Organisationen und Gremien im Sinne seiner Vereinsziele vertreten und tätig.

#### Versorgungsbedarf

- *Finanzielle Absicherung der Angehörigenbewegung*

### **Kapitel 9. Die Betroffenenbewegung**

Die Anfänge der österreichischen Betroffenenbewegung sind schwer auszumachen. Wahrscheinlich das erste Mal, dass Betroffene als solche in die Öffentlichkeit traten, war im Rahmen der „demokratischen Psychiatrie“, die sich Ende der Siebzigerjahre des vorigen Jahrhunderts bildete. Ab 1983 entwickelte sich aus einer Patienteninitiative auf der Baumgartner Höhe in Wien die Zeitschrift „Kuckucksnest“, die mittlerweile im 25. Jahrgang erscheint. Im Jahr 1989 entstand die erste deklarierte Selbsthilfegruppe in Wien („Crazy Industries“), der zahlreiche weitere in den Bundesländern folgten. Die Zielsetzungen dieser Gruppen variieren zwischen den Schwerpunkten Selbsthilfe und Interessensvertretung. Viele dieser Gruppen sind im Sinne des dialogischen Ansatzes in lokalen Planungsgremien vertreten. Vereinzelt vermitteln sie auch Ausbildungen und Einsätze als beratend tätige „Peer Coaches“. Probleme der Betroffenenbewegung liegen in der meist unsicheren Finanzlage der Vereine, der Fluktuation der Vereinsaktivitäten und der oft bestehenden Animositäten zwischen den Vereinen, die bislang die Gründung eines österreichischen Dachverbandes der Betroffenenbewegung verhindert haben.

#### Forschungsbedarf

- *Dokumentation der historischen Entwicklung der Betroffenenbewegung in Österreich*

#### Versorgungsbedarf

- *Finanzielle Absicherung der Betroffenenbewegung*
- *Gründung eines österreichischen Dachverbandes der Betroffenenbewegungen*

---

## **B. Begleitumstände und Folgen**

---

### **Kapitel 10. Lebensumstände schizophrener Erkrankter**

Nur einem kleinen Teil der Betroffenen gelingt es, eine eigene Familie zu gründen bzw. diese zu erhalten (74% ledige Personen, nur 17% leben mit einem Partner). Die Rate Berufstätiger ist niedrig (17%), soziale Netzwerke sind zahlenmäßig klein oder können nur durch professionell vermittelte Kontakte ergänzt werden. Die in Österreich erhobenen Werte sind im Einklang mit den in der internationalen Literatur gefundenen. Das bedeutet für viele Betroffene ein marginalisiertes gesellschaftliches Leben, mit nicht nur verminderter objektiver Lebensqualität, sondern auch potenziell ungünstigerem Verlauf der Erkrankung. Die wahrscheinlich effektivste Maßnahme gegen diese Marginalisierung wären vermehrte Möglichkeiten für berufliche Tätigkeit, die auch viele positive Auswirkungen auf andere Lebensbereiche haben würde.

Die Datenlage ist insgesamt unbefriedigend, wobei gerade in diesem Bereich sehr viele Daten in verschiedensten Institutionen vorliegen würden, aber nicht verfügbar sind. Eine einheitliche Sozialdokumentation für psychiatrische PatientInnen, entsprechend der deutschen BADO, wäre sowohl im stationären, wie im ambulanten Bereich nicht nur im Sinne der an Schizophrenie erkrankten, sondern aller PatientInnen, von Vorteil.

Nur sehr unzureichend sind wir informiert über jene Personen, die auf Grund von Behinderungen in Institutionen mit höherer Betreuungsintensität leben, obwohl die Daten hier eigentlich vorhanden sein soll-

ten. Eine österreichweite oder zumindest repräsentative Erhebung zum Thema jener PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie, die in psychiatrischen Langzeitabteilungen, psychiatrischen Pflegeheimen, Altenheimen oder Einrichtungen für Wohnungslose leben, wäre von großem Interesse.

#### **Forschungsbedarf**

- Erhebung der Prävalenz, des Versorgungsbedarfs und der real angebotenen Versorgung von Personen mit der Diagnose Schizophrenie in psychosozialen Einrichtungen, Alten- und Pflegeheimen und deren Lebensumstände

#### **Versorgungsbedarf**

- Entwicklung und Implementierung einer österreichweit einheitlichen Dokumentation im außerstationären sozialpsychiatrischen Bereich

### ***Kapitel 11. Somatische Erkrankungen bei PatientInnen mit schizophrenen Störungen***

Körperliche Erkrankungen treten bei Personen mit schizophrenen Störungen gehäuft auf, teils in direkter Verbindung mit der Grundkrankheit, teils als potenzielle Nebenwirkung der medikamentösen Behandlung. Zu den ersteren gehören vegetative und neurologische Störungen sowie metabolische Störungen, zu den zweiteren extrapyramidalmotorische Störungen, kardiovaskuläre Nebenwirkungen, endokrine Veränderungen, metabolische Störungen, Blutbildveränderungen, Osteoporose sowie das maligne neuroleptische Syndrom.

Behandelnde PsychiaterInnen müssen diesen somatischen Konsequenzen der Erkrankung und/oder der Behandlung vermehrt Aufmerksamkeit schenken, umso mehr, als es die PatientInnen oft selbst nicht tun und auch die Gefahr besteht, dass die PatientInnen aufgrund ihrer psychischen Problematik im Rahmen des allgemeinen Versorgungssystems nicht ausreichend behandelt werden.

#### **Forschungsbedarf**

- Studium der Pathomechanismen somatischer Begleiterkrankung der Schizophrenie und der Nebenwirkungen der Psychopharmaka

#### **Versorgungsbedarf**

- Implementierung von einheitlichen Standards für Monitoring und Management somatischer Begleiterkrankungen bei Personen mit schizophrenen Störungen

### ***Kapitel 12. Mortalität***

Personen, die unter Schizophrenie leiden, haben ein beträchtlich erhöhtes Risiko vorzeitig zu versterben, wobei neben Suizid verschiedene körperliche Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle) eine wichtige Rolle spielen. Neben Programmen, die gezielt auf die Suizidprävention bei der Schizophrenie fokussieren, dürfte es notwendig sein, den körperlichen Krankheiten bei Schizophrenie vermehrt Augenmerk zu schenken.

In Österreich wäre es sicherlich hilfreich, diagnose-spezifisch genauere Daten zur Sterblichkeit zu erhalten. Seit Jahrzehnten bestehende psychiatrische Fallregister, wie sie in einigen skandinavischen Ländern zur Verfügung stehen, liegen in Österreich nicht vor und können aufgrund von Datenschutzbestimmungen wahrscheinlich auch nicht errichtet werden. Die Verknüpfung von personenbezogenen Daten der Krankenkassen und von Daten zur Sterblichkeit könnten – unter Berücksichtigung strenger Auflagen zum Datenschutz – vermutlich auch in Österreich genauere Informationen über die Sterblichkeitsrisiken von Personen mit Schizophrenie geben.

#### **Forschungsbedarf**

- Untersuchung der diagnosespezifischen Mortalität psychisch Kranker in Österreich
- Untersuchung, ob die für psychisch Gesunde entwickelten Programme zur Prävention von Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch für Schizophrenieerkrankte geeignet sind

#### **Versorgungsbedarf**

- Programme, die gezielt auf die Suizidprävention bei der Schizophrenie fokussieren

### **Kapitel 13. Schizophrenie und Störungen durch psychotrope Substanzen**

Es gibt kaum Daten bezüglich der Häufigkeit der Komorbidität von Störungen durch psychotrope Substanzen (SPS) mit schizophrenen Störungen. Eine Abfrage im Rahmen des LKF-Systems (2006) zeigte, dass bei 14% der PatientInnen mit einer Hauptdiagnose von Schizophrenie eine SPS vorliegt, wobei die Häufigkeit der betroffenen Substanzen deutlich abweicht von der Verwendung der Substanzen, wenn SPS die Hauptdiagnose ist. Verglichen mit der internationalen Literatur liegt dieser Wert relativ niedrig.

Die Behandlung von PatientInnen mit einer Komorbidität mit SPS ist schwierig und es gibt in Österreich im abstinenzorientierten Angebot nur 2 Einrichtungen, die konzeptuell explizit auf dieses Problem eingehen. Spezifische Erfahrungen über die Effektivität der Substitutionsbehandlung bei diesem Klientel liegen nicht vor.

Insgesamt besteht hier ein erhebliches Forschungsdefizit und es wäre wünschenswert, genauere Zahlen über die Häufigkeit der Komorbidität und über ihre praktischen Auswirkungen auf Behandlung und Prognose zu bekommen. Besonders interessant ist die Frage des Stellenwertes des Cannabiskonsums im Kontext der schizophrenen Erkrankung.

Die Therapie für PatientInnen, die sowohl an Schizophrenie wie auch an SPS leiden, ist schwierig und noch nicht befriedigend gelöst. Dennoch wäre gerade deswegen das Angebot strukturierter spezieller Programme, stationär und ambulant, von großer Wichtigkeit.

#### **Forschungsbedarf**

- Untersuchungen zur Prävalenz der Komorbidität von Schizophrenie und SPS und deren Konsequenzen
- Untersuchungen bezüglich des Stellenwertes des Cannabiskonsums für Auslösung und Aufrechterhaltung schizophrener Psychosen

#### **Versorgungsbedarf**

- Evaluation der Effektivität der derzeitigen Therapieangebote für komorbide PatientInnen

innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems und des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke (insbesondere auch Substitutionstherapie)

- Konzeptualisierung und Implementierung von therapeutischen Angeboten speziell für PatientInnen mit einer Komorbidität Schizophrenie-SPS

### **Kapitel 14. Schizophrene PatientInnen im Kontext der forensischen Psychiatrie**

Im Jahre 2007 befanden sich 333 Personen in einer Maßnahme nach § 21 Abs. 1 StGB als so genannte „geistig abnorme Rechtsbrecher“. Von diesen haben 72% die Diagnose Schizophrenie. Wenn der bisherige Trend der Steigerung anhält, sind im Jahre 2010 ca. 500 Personen im Maßnahmenvollzug zu erwarten. Interessant ist der Umstand, dass die Zahl schwerer Delikte (z.B. Mord) nicht zugenommen hat, während die Steigerungsraten vornehmlich auf einer größeren Anzahl weniger schwerer Delikte (z.B. gefährliche Drohungen) zurückzuführen ist. Innerhalb des normalen Strafvollzugs ergab eine stichprobenartige Erhebung eine Prävalenzrate schizophrener Störungen von 7%.

#### **Forschungsbedarf**

- Erfassung und Aufarbeitung der Krankengeschichten der Personen in Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 zur Analyse von Risikofaktoren und Prognose, sowie dem möglichen Zusammenhang zwischen Delinquenz und Merkmalen des regionalen Versorgungssystems
- Erfassung der Prävalenz psychischer Erkrankungen (insbesondere Schizophrenie) bei inhaftierten Personen

---

## **C. Therapie**

---

### **Kapitel 15. Pharmakotherapie**

Nach Daten von IMS Health Austria (2007) gehören von allen verordneten Antipsychotika 52% der zweiten Generation der Antipsychotika an, zu 4% wird Clozapin verordnet und zu 44% werden Antipsychotika

der ersten Generation verordnet. 31% aller Verordnungen von Antipsychotika entfielen auf PatientInnen der Diagnosegruppe F2. Innerhalb dieser Diagnosegruppe entfielen 63% der Verordnungen auf Antipsychotika der 2. Generation, 10% auf Clozapin und 27% auf Antipsychotika der ersten Generation. Der Preisunterschied zwischen den Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation wird dadurch deutlich, dass 96% des Umsatzes mit Antipsychotika auf Antipsychotika der zweiten Generation entfiel.

Die Dosen der Antipsychotika der ersten Generation scheinen niedriger geworden zu sein, während sie bei denen der zweiten Generation (uneinheitlich) anstiegen. Eine Kombination von Antipsychotika ist häufig und tendenziell steigend. Die Verwendung von Depotpräparaten variiert lokal sehr stark, die Tendenz scheint generell sinkend zu sein, wobei allerdings die meisten Angaben aus der Zeit datieren, wo noch kein atypisches Depotantipsychotikum zur Verfügung gestanden ist.

#### **Forschungsbedarf**

- Systematisierte Sammlung von Daten zur Verschreibungspraxis bei schizophrenen PatientInnen (wie etwa im Rahmen des AMSP-Projekts – „Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie“)
- Evaluation zur Praxis des Monitorings bei Psychopharmakotherapie

### ***Kapitel 16. Allgemeine und spezifische Psychotherapie bei schizophrenen Störungen***

Für die Behandlung der Schizophrenie sind einige spezielle Methoden entwickelt worden, die je nach Autor mehr der Psychotherapie oder der Soziotherapie zugeordnet werden. Familieninterventionen, Training sozialer Fertigkeiten, kognitive Remediation und Psychoedukation gelten heute, neben der Kognitiven Verhaltenstherapie, nach den Kriterien der Evidence Based Medicine (EBM) als wirkungsvolle Methoden bei PatientInnen mit schizophrenen Störungen. Die genannten therapeutischen Interventionen kommen derzeit in Österreich insgesamt nur in bescheidenem Umfang zur Anwendung. Die meisten psychotherapeutischen Behandlungen werden nach den vom österreichischen Psychotherapiegesetz anerkannten

Methoden durchgeführt. Eine Umfrage bei österreichischen PsychotherapeutInnen zeigt, dass diese mehrheitlich schon PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie behandelt haben. Überwiegend sind diese TherapeutInnen der Meinung, dass für die psychotherapeutische Behandlung von KlientInnen mit der Diagnose Schizophrenie eine besondere Qualifikation erforderlich ist, und dass diese in der Ausbildung nur ungenügend vermittelt wird.

Aussagekräftige Zahlen über Zahl und Art durchgeführter allgemeiner und spezifischer psychotherapeutischer Behandlungen für Personen mit der Diagnose Schizophrenie liegen nicht vor bzw. waren auch von den Krankenkassen nicht erhältlich.

#### **Forschungsbedarf**

- Quantitative und qualitative Erfassung des aktuellen Versorgungsstandes bezüglich allgemeiner und spezifischer Psychotherapie bei PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie
- Evaluation störungsspezifischer Psychotherapien

#### **Versorgungsbedarf**

- Ausbau der störungsspezifischen Psychotherapien für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie durch
  - Förderung der Ausbildung
  - Erhöhung des Angebots
  - Implementierung derartiger Angebote bei geeigneten Trägerorganisationen im Rahmen multiprofessioneller Teams
- Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen für spezifische Psychotherapien für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie
- Berücksichtigung der spezifischen Probleme der Psychotherapie schizophrener Störungen bei der Zuweisungspraxis

### ***Kapitel 17. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich***

Seit Mitte der Siebzigerjahre des vorigen Jahrhunderts befindet sich die österreichische Psychiatrie in einem Reformprozess, der je nach Bundesland in unterschied-

lichem Tempo und mit anfänglich unterschiedlichen Schwerpunkten erfolgte. In allen Bundesländern erfolgte eine Psychiatrieplanung, welche die strukturellen Besonderheiten des jeweiligen Bundeslandes berücksichtigte. Die stationäre Versorgung wurde schrittweise dezentralisiert, was zum Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern führte. Es kam zu einer Enthospitalisierung von PatientInnen mit chronischen Krankheitsverläufen (darunter in großem Umfang PatientInnen mit chronisch verlaufender Schizophrenie). Die außerstationäre Versorgung wurde in vielen Bereichen ausgebaut, allerdings oft nicht in dem erforderlichen Umfang.

#### Forschungsbedarf

- Evaluation des derzeitigen stationären und außerstationären Versorgungsangebots
- Epidemiologische Studien zur Erfassung der Prävalenz und des Versorgungsbedarfes psychischer Störungen (stationär und außerstationär)

#### Versorgungsbedarf

- Ausbau der außerstationären Versorgung auf ein Niveau, das dem Behandlungs- und Betreuungsbedarf entspricht.
- Etablierung eines bundesweit einheitlichen integrierten Versorgungsmodells (Beseitigung der zersplitterten finanziellen Trägerschaften, einheitliche Planung und Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen)

### **Kapitel 18. Stationäre Behandlungsepisoden mit der Diagnose Schizophrenie in österreichischen Krankenanstalten**

Das System der „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) ermöglicht österreichweit eine genaue Erfassung stationärer Behandlungsepisoden. Im Jahre 2002 wurden aus österreichischen Krankenanstalten bei 16.781 Behandlungsepisoden (7,2% aller psychiatrischen Diagnosen) eine Diagnose aus der Gruppe F2 (Schizophrenie und wahnhaftige Störungen) gestellt, davon in 13.467 (80%) als Hauptdiagnose, in 3.314 (20%) als Nebendiagnose (letztere Gruppe zum Großteil aus nicht-psychiatrischen Betten). Bei 1.150 (8,5%) der Behandlungsepisoden mit der

Hauptdiagnose aus F2 erfolgte die Entlassung aus Betten nicht-psychiatrischer Abteilungen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 24,5 Tage und war in nicht-psychiatrischen Betten deutlich kürzer. In psychiatrischen Betten in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern war sie mit 19,7 Tagen deutlich kürzer als in traditionellen psychiatrischen Krankenanstalten (27,1 Tage). In letzteren waren auch Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz (nicht diagnosenspezifisch) deutlich häufiger als in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

#### Versorgungsbedarf

- *Erweiterung des Datensatzes der Dokumentation des LKF um Merkmale wie Alter, Geschlecht, Wohnort, UBG-Status, Versicherungsnummer. Damit könnten (unter Berücksichtigung strenger Auflagen zum Datenschutz) wesentlich genauere Patientestromanalysen durchgeführt werden.*

### **Kapitel 19. Ambulante ärztliche Versorgung**

Obwohl die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen in Österreich von 1990 – 1999 um 21% gestiegen ist, ergibt sich im Bereich der Psychiatrie eine Mangelsituation. Die vom ÖBIG geforderten Kennwerte von 49.000 – 77.000 EinwohnerIn/FachärztIn für Psychiatrie werden in den meisten Bundesländern nicht erreicht. Dies ist unter dem Aspekt zu sehen, dass die Richtwerte des ÖBIG ohnehin als sehr niedrig anzusehen sind. Vergleichbare Länder sehen eine wesentlich höhere Ärztdichte vor: Für Deutschland liegt der diesbezügliche Kennwert bei einer FachärztIn für Psychiatrie für 30.000 EinwohnerInnen und wird vielerorts unterschritten, in der Schweiz ist die Dichte niedergelassener PsychiaterInnen nochmals wesentlich höher.

#### Forschungsbedarf

- Studien, die eine bessere bedarfsorientierte Planung der Dichte der niedergelassenen FachärztInnen mit §2-Kassen ermöglichen
- Implementierung einer diagnosenspezifischen und personenbezogenen Erfassung der Leistungen im niedergelassenen und psychosozialen Bereich zur besseren Evaluierung der Versorgungsleistungen

### Versorgungsbedarf

- Erhöhung der Dichte der niedergelassenen FachärztInnen mit §2-Kassen besonders im ländlichen Raum. Im Zuge dieser Anpassung sollte die Trennung der Fächer Psychiatrie und Neurologie auch in diesem Bereich nachvollzogen werden
- Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste auf ein Niveau, das bedarfsdeckendes Arbeiten und die Übernahme von Versorgungspflicht möglich macht. Gerade unter dem Aspekt der Behandlung von PatientInnen mit Schizophrenie ist es notwendig FachärztInnen als fixen und integralen Teil dieser multiprofessionellen Teams zu sehen und entsprechend einzusetzen.

### **Kapitel 20. Inanspruchnahme psychosozialer Dienste in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Freizeit und Beratung**

Die außerstationäre psychiatrische Versorgung fällt in Österreich in die Kompetenz der Länder und ist gekennzeichnet durch:

- Große Unterschiede zwischen den Bundesländern
- Viele Träger
- Eine sehr heterogene Angebotspalette von Diensten
- Große regionale Unterschiede, vor allem auch zwischen städtischen und ländlichen Gebieten
- Keine einheitliche Dokumentation
- Wenige bis keine publizierten Daten

Klare Aussagen über die Nutzung dieser Angebote durch Personen mit der Diagnose Schizophrenie sind daher zurzeit nicht möglich

### Forschungsbedarf

- Umfassende österreichweite Erfassung des außerstationären psychiatrischen Angebots. Ein wesentlicher erster Schritt in diese Richtung ist der 2007 von der Bundesgesundheitsagentur an die Gesundheit Österreichisch GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) erteilte Auftrag zur Erfassung der außerstationären psychiatrischen Versorgung in Österreich.

### Versorgungsbedarf

- Flächendeckendes Angebot an Diensten, vor allem im ländlichen Bereich
- Koordination der regionalen Anbieter und der Kostenträger

### **Kapitel 21. Stationäre Rehabilitation**

Durch das Strukturanpassungsgesetz 1996 wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ verankert. Psychische Erkrankungen stehen im gesamten Leistungsbereich mit über 20% (bei steigender Tendenz) bereits an zweiter Stelle der Ursachen für Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit. In Österreich befinden sich Einrichtungen zur Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen im Aufbau, nachdem sich zwei Modelleinrichtungen (Klagenfurt, Bad Hall) bewährt haben. Das Rehabilitationskonzept versteht sich als Bindeglied zwischen Akutversorgung und beruflicher Rehabilitation. Der Anteil psychotischer PatientInnen beträgt aktuell 12%, wobei das dort angebotene Programm nicht primär für psychotische PatientInnen konzipiert ist. Die Dichte der therapeutischen Angebote kann zu Überforderung führen und die Dauer der rehabilitativen Maßnahme ist für psychotische PatientInnen oft zu kurz. Dem möchte man durch die Strategie der „Intervallverlängerung“ gegensteuern. Dieser Typus stationärer Rehabilitationseinrichtungen ist nur für einen kleineren Teil der schizophrenen PatientInnen geeignet – ein „therapeutisches Patchwork“ mit vielen verschiedenen, flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der PatientInnen eingehenden Angeboten ist erforderlich. Eine eigene rehabilitative Einrichtung speziell für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie gibt es in Österreich nicht.

### Forschungsbedarf

- Erhebung des Bedarfs an stationärer Rehabilitation für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie
- Evaluierung der stationären und außerstationären Rehabilitationsleistungen (Angebot, Indikationsstellungen, Ergebnisse)

### Versorgungsbedarf

- *Medizinisch-psychiatrische Rehabilitation speziell für PatientInnen mit der Diagnose*

*Schizophrenie, speziell nach einer ersten psychotischen Episode (im Rahmen einer stationären Behandlung, einer ambulanten Behandlung bzw. in darauf spezialisierten Wohneinrichtungen)*

- *Für jene Kranken, bei denen eine erfolgreiche Integration in den freien Arbeitsmarkt (noch) nicht gelingt, ist der Auf- und Ausbau eines zweiten Arbeitsmarktes erforderlich*

## **Kapitel 22. Berufliche Rehabilitation**

Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation gibt es in unterschiedlicher Ausrichtung und mit innerhalb und zwischen den Bundesländern höchst unterschiedlicher Dichte. Im Allgemeinen haben 40 – 50% der TeilnehmerInnen an diesen Maßnahmen die Diagnose Schizophrenie. Viele Einrichtungen verfolgen ein „first train then place“-Konzept, obwohl sich „first place then train“ in vielen Studien (vor allem aus den USA, aber neuerdings auch aus Europa) als erfolgreicher erwiesen hat. Die Einrichtung der „Arbeitsassistenten“ steht in Österreich für diesen letzteren Ansatz. Auch aus österreichischen Untersuchungen ergibt sich der Hinweis, dass dieser Ansatz effektiver als das Arbeitstraining in einer spezialisierten Einrichtung ist. Für TeilnehmerInnen an beruflichen Trainingsmaßnahmen mit der Diagnose Schizophrenie wurde eine Integrationsrate in der freien Wirtschaft (durchschnittlich 5 Jahre nach Beendigung des Arbeitstrainings) von 14% gefunden (bei PatientInnen anderer Diagnosen hingegen lag sie bei 34%).

Am Beispiel des Bundeslandes Niederösterreich zeigt sich, dass, gemessen an der Untergrenze der vom ÖBIG genannten Anhaltzahlen für Plätze zur beruflichen Rehabilitation, lediglich knapp 70% der geforderten Plätze verfügbar sind (gemessen an der Obergrenze der Anhaltzahlen nur 42%). Außerdem ist die Verfügbarkeit von Arbeitstrainingsplätzen auf wenige Bezirke beschränkt.

### **Forschungsbedarf**

- Laufende Begleitevaluation der bestehenden Angebote
- *Untersuchung von Erfolgsprädiktoren für eine gezieltere Zuweisung der PatientInnen zu den verfügbaren Maßnahmen*

### **Versorgungsbedarf**

- Flächendeckender Ausbau des arbeitsrehabilitativen Angebots

## **Kapitel 23. Compliance**

Als Compliance wird die Übereinstimmung einer Person mit den medizinischen Behandlungsvorschlägen bezeichnet. Ein weiterer Aspekt von Compliance ist die Übereinstimmung der BehandlerInnen mit den aktuellen Behandlungsleitlinien. Insbesondere bei der Rezidivprophylaxe schizophrener Erkrankungen kommt der Compliance der PatientInnen eine zentrale Bedeutung zu, weil viele Rückfälle bei besserer Compliance vermeidbar wären.

Während es eine größere Anzahl österreichischer Studien zu den Zusammenhängen zwischen Compliance-Verhalten und Einstellungen gibt, gibt es nur ganz wenige, die versuchen, das Ausmaß der Compliance zu erfassen. Diese fanden, dass zwischen 43% und 57% der PatientInnen vor stationärer Aufnahme ihre verordneten Medikamente nicht oder nur teilweise genommen hatten. Hingegen ließ sich zeigen, dass sich durch eine spezielle Betreuung die Rate der complianten PatientInnen auf über 90% steigern ließ. Die Etablierung derartiger Einrichtungen erscheint daher nicht nur aus der Sicht der Betroffenen, sondern auch aus gesundheitsökonomischer Sicht sehr dringend indiziert.

Auch zur Frage der Compliance der behandelnden ÄrztInnen (hinsichtlich der Einhaltung von Therapie-richtlinien) liegen in Österreich kaum Studien vor. Dies gilt auch für die Verordnung von Depotmedikamenten.

### **Forschungsbedarf**

- Entwicklung einfacher und zuverlässiger Methoden zur Erfassung der Compliance der PatientInnen
- Untersuchung des Compliance-Verhaltens der verordnenden ÄrztInnen
- Untersuchung von Variablen, die die Compliance positiv beeinflussen können (atypische Antipsychotika, Depotpräparate, Psychoedukation, etc.)

- Untersuchung der Auswirkungen von Compliance/Noncompliance auf die Kosten der Behandlung und den Verlauf der Erkrankung

#### Versorgungsbedarf

- Spezielle Ambulanzen für PatientInnen mit schizophrenen oder ähnlichen Störungen mit erhöhtem Behandlungsbedarf zur Optimierung der Therapie und der Compliance

---

### D. Spezielle Aspekte

---

#### **Kapitel 24. Geschlechtsspezifische Aspekte**

In Österreich gibt es im stationären und noch mehr im teilstationären Bereich einen deutlichen Überhang an Behandlungsepisoden von Männern.

Frauen und Männer unterscheiden sich in Bezug auf die Erkrankung Schizophrenie in vielen Aspekten:

- Frauen erkranken später und haben eine bessere Prognose, sprechen auf psychopharmakologische Behandlung oft besser an und haben eine bessere Compliance
- Bei Männern findet sich häufiger Negativsymptomatik, Substanzmissbrauch und selbstvernachlässigendes Verhalten
- Bei manchen Medikamenten (z.B. Olanzapin, Clozapin) unterscheidet sich die Verstoffwechslung bei Mann und Frau und damit die erforderliche Dosierung
- Frauen sind empfindlicher für Gewichtszunahme, metabolisches Syndrom und kardiale Arrhythmien, die als Nebenwirkungen mancher Antipsychotika auftreten können
- Unter den Angehörigen, die für schizophren Erkrankte sorgen, sind Frauen wesentlich häufiger zu finden

Es besteht die Vermutung, dass durch den überwiegenden Einsatz der Antipsychotika der zweiten Generation auch die deutlich erniedrigte Fertilitätsrate von an Schizophrenie erkrankten Frauen steigen könnte.

#### **Forschungsbedarf**

- Untersuchung der Entwicklung der Fertilitätsrate von Frauen unter den geänderten Behandlungsbedingungen

#### **Versorgungsbedarf**

- Schaffung von Mutter-Kind-Einheiten an psychiatrischen Abteilungen

#### **Kapitel 25. Kosten**

Die Kosten für psychotische Erkrankungen im Jahr 2004 lagen in Österreich bei rund 9.500 € pro erkrankter Person, die Gesamtkosten bei 1,3 Milliarden € (nur direkte Kosten). Diese Kosten liegen im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Unter den psychischen Erkrankungen liegen sie hinter den Demenzerkrankungen an zweiter Stelle. Wohnbetreuung und stationäre Behandlung sind die größten Kostenfaktoren. Die Krankenhausaufenthalte wegen psychotischer Störungen waren in den letzten Jahren leicht rückläufig. Für das Bundesland Oberösterreich konnte erhoben werden, dass auf einen Erkrankten pro Jahr durchschnittlich 5 Spitalstage und 2 Tage Krankenstand entfielen. Die niedrige Zahl von Krankenständen ist wahrscheinlich auf die hohe Anzahl nicht mehr im Erwerbsleben stehender Personen zurückzuführen.

Die Kosten der Antipsychotika haben sich zwischen 2000 und 2005 verdoppelt und wachsen innerhalb des stark wachsenden Marktes der Psychopharmaka überproportional. Dennoch machen die Medikamentenausgaben nur einen Bruchteil der Gesamtausgaben aus (bei PatientInnen in sozialpsychiatrischer Langzeitbetreuung 4,1%).

Pensionierungen wegen schizophrener Störungen erfolgen um rund 10 Jahre früher als bei anderen psychischen Erkrankungen. Es fehlen eine diagnosebezogene Dokumentation von Krankenständen, Medikamentenverordnungen und Ursachen von vorzeitigen Pensionierungen.

#### **Forschungsbedarf**

- Diagnosenbezogene statistische Erfassung von Medikamentenverschreibungen, Krankenständen und Pensionierungen

## Kapitel 26. Stigma

Das gesellschaftliche Stigma psychischer Erkrankungen im Allgemeinen und der Schizophrenie im Besonderen ist ein schwerwiegendes Problem. Viele der Stereotype der öffentlichen Meinung erweisen sich als unrichtig. Dieses Stigma führt zu gesellschaftlicher Marginalisierung, zu Defiziten in der Behandlung (zu wenig Ressourcen, verspätete oder unzureichende Behandlung, ...) und zur Selbststigmatisierung der Betroffenen. Nach wie vor finden sich in Gesetzen und in der öffentlichen Verwaltung für psychisch Kranke stigmatisierende Bestimmungen.

Die WHO hat ein Programm gegen diese Stigmatisierung initiiert, an dem auch Österreich als eines der ersten Länder teilgenommen hat. Daneben hat es in vielen Bundesländern Veranstaltungen gegeben, die auf verschiedenen Ebenen (Massenmedien, Publikationen, dialogische Veranstaltungen, Schulprogramme, ...) abliefen. Die Effektivität dieser Maßnahmen ist noch nicht ausreichend untersucht.

### Forschungsbedarf

- Untersuchungen zur Einstellung bestimmter Bevölkerungsgruppen (u.a. auch medizinische Berufe) zur Krankheit Schizophrenie
- Evaluation der Veränderung des Stigmas im Zeitverlauf und als Folge von Maßnahmen zur Entstigmatisierung

### Versorgungsbedarf

- Verminderung stigmatisierender Umstände in Versorgung, Verwaltung und Rechtsprechung, insbesondere suffizienter Ausbau der Versorgungsstrukturen

## Kapitel 27. Recovery

Recovery steht für die Entwicklung, die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aus der PatientInnenrolle heraus zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben machen können. Vermittlung von Hoffnung und Beseitigung von stigmatisierenden Stereotypen, auch bei den professionellen Mitarbeitern, sind zentrale Anliegen. Eine Optimierung der Behandlungsmöglichkeiten auf jedem Gebiet ist erforderlich.

Die Recovery-Bewegung hat in einigen Ländern mit nationaler Gesundheitsplanung wie Großbritannien und Australien dazu geführt, dass Recovery als offizielle Orientierung von Planung und Durchführung psychiatrischer Hilfen in nationale Psychiatrie-Pläne aufgenommen wurde.

### Versorgungsbedarf

- Möglichst optimaler Ausbau des regionalen Behandlungs- und Unterstützungssystems bei Wahrung der Wahlmöglichkeit der Betroffenen
- Schaffung flexibler rechtlicher Rahmenbedingungen, die sicher stellen, dass Arbeitsversuche zu keiner Schlechterstellung Betroffener führen
- Etablierung einer nationalen Interessensbewegung Betroffener
- Einbeziehung von Betroffenen in Planung, Forschung, Therapie und Öffentlichkeitsarbeit
- Intensivierung der Bemühungen zur Etablierung präventiver Ansätze

## Kapitel 28. Prävention

Eine wesentliche Präventionsmaßnahme zur Verhinderung schizophrener Erkrankungen stellt die Identifizierung und Behandlung von entsprechenden Risikogruppen dar. Hier wird international und auch national geforscht – erste interessante Ergebnisse liegen bereits vor, weitere sind demnächst zu erwarten. Die Validität der Ergebnisse sowie die sich daraus ergebenden Behandlungsmaßnahmen sind noch nicht endgültig zu beurteilen. In Anbetracht der möglicherweise hohen Zahl von falsch positiv identifizierten Personen ist die Frage einer medikamentösen Behandlung/Prophylaxe zurzeit noch nicht befriedigend geklärt. Eine österreichische Arbeitsgruppe hat die Verwendung von Omega-3-Fettsäuren mit viel versprechenden Ergebnissen untersucht.

Initiativen zum Abbau von „Schwellenängsten“ der PatientInnen, Angehörigen und auch BehandlerInnen sowie Verbesserung und Erhöhung der Behandlungsmöglichkeiten sollten im Sinne der Früherkennung und Frühintervention erfolgen.

## Forschungsbedarf

- Weitere Untersuchung der Wirksamkeit von (prophylaktischen) Interventionen zur Früherkennung/Frühbehandlung von Risikopersonen

## Versorgungsbedarf

- Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Bevölkerung für Risikopersonen/Frühmanifestationen und Reduzierung der Schwellenängste
- Etablierung von Frühinterventionsprogrammen in spezialisierten Zentren (in Kooperation von Kinder-/Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie)

## Schlussbemerkung

Die in diesem Abschnitt zusammengestellten Forderungen sollen eine Hilfe zur Ausrichtung der Anstrengungen in den nächsten Jahren sein. Da sie von verschiedenen Autoren in unterschiedlichen Kontexten formuliert worden sind, wurde auf eine Systematisierung verzichtet. Es ist aber klar, dass sich vielfältige Überschneidungen ergeben, sowohl innerhalb dieses Beitrags, als auch zwischen den spezifischen Interessen von an Schizophrenie erkrankten Personen und der psychiatrischen Versorgung allgemein.

**Tabelle 1:**

*Übersicht Forschungsbedarf*

*(kursiv: in den Beiträgen nicht explizit angeführte Themen)*

<b>A. Krankheit und Betroffene</b>		<b>Kap.</b>
1	Bevölkerungsbezogene epidemiologische Studien zur Prävalenz der Schizophrenie (auch mit dem Ziel, Informationen zur Versorgung zu erhalten)	3
2	Studie zur Komorbidität schizophrener Störungen mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen	3
3	Untersuchungen zum Langzeitverlauf der Schizophrenie, <i>insbesondere die Initiierung einer österreichischen multizentrischen Studie zur Erfassung von ersterkrankten Personen</i>	4
4	<i>Untersuchung, in welchem Ausmaß die Angehörigen schizophrener PatientInnen jene Hilfen bekommen, die sie benötigen</i>	7
5	<i>Dokumentation der historischen Entwicklung der Betroffenenbewegung in Österreich</i>	9
<b>B. Begleitumstände und Folgen</b>		
6	Erhebung der Prävalenz, des Versorgungsbedarfs und der real angebotenen Versorgung von Personen mit der Diagnose Schizophrenie in psychosozialen Einrichtungen, Alten- und Pflegeheimen und deren Lebensumstände	10
7	Studium der Pathomechanismen somatischer Begleiterkrankungen der Schizophrenie und der Nebenwirkungen der Psychopharmaka	11
8	Untersuchung der diagnose-spezifischen Mortalität psychisch Kranker in Österreich	12
9	Untersuchung, ob die für psychisch Gesunde entwickelten Programme zur Prävention von Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch für Schizophreniekranken geeignet sind.	12
10	Untersuchungen zur Prävalenz der Komorbidität von Schizophrenie und Störungen durch psychotrope Substanzen und deren Konsequenzen	13
11	Untersuchungen bezüglich des Stellenwerts des Cannabiskonsums für Auslösung und Aufrechterhaltung schizophrener Psychosen	13
12	Erfassung und Aufarbeitung der Krankengeschichten der Personen in Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 zur Analyse von Risikofaktoren und Prognose, sowie dem möglichen Zusammenhang zwischen Delinquenz und Merkmalen des regionalen Versorgungssystems	14
13	Erfassung der Prävalenz psychischer Erkrankungen (insbesondere Schizophrenie) bei inhaftierten Personen	14
14	Evaluation des österreichischen Standes von Monitoring bei Psychopharmakotherapie	15
15	Systematisierte Sammlung von Daten zur Verschreibungspraxis bei schizophrenen PatientInnen (wie etwa im Rahmen des AMSP Projekts)	15

<b>C. Therapie</b>		
16	Quantitative und qualitative Erfassung des aktuellen Versorgungsstandes bezüglich allgem. und spezifischer Psychotherapie bei PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie	16
17	Evaluation störungsspezifischer Psychotherapien für schizophrene Störungen	16
18	Evaluation des derzeitigen stationären und außerstationären Versorgungsangebots	17
19	Epidemiologische Studien zur Erfassung der Prävalenz und des Versorgungsbedarfes psychischer Störungen (stationär und außerstationär)	17
20	Studien, die eine bessere bedarfsorientierte Planung der Dichte der niedergelassenen FachärztInnen mit §2-Kassen ermöglichen	19
21	Implementierung einer diagnosenspezifischen und personenbezogenen Erfassung der Leistungen im niedergelassenen und psychosozialen Bereich zur besseren Evaluierung der Versorgungsleistungen	19
22	Umfassende österreichweite Erfassung des außerstationären psychiatrischen Angebots. Ein wesentlicher erster Schritt in diese Richtung ist der 2007 von der Bundesgesundheitsagentur an die Gesundheit Österreichisch GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) erteilte Auftrag zur Erfassung der außerstationären psychiatrischen Versorgung in Österreich.	20
23	Erhebung des Bedarfs an stationärer Rehabilitation für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie	21
24	Evaluierung der stationären und außerstationären Rehabilitationsleistungen für schizophrene PatientInnen (Angebot, Indikationsstellungen, Ergebnisse)	21
25	Laufende Begleitevaluation der bestehenden Angebote der beruflichen Rehabilitation	22
26	<i>Untersuchung von Erfolgsprädiktoren für eine gezieltere Zuweisung der PatientInnen zu den verfügbaren Maßnahmen beruflicher Rehabilitation</i>	22
27	Entwicklung einfacher und zuverlässiger Methoden zur Erfassung der Compliance der PatientInnen	23
28	Untersuchung des Compliance-Verhaltens der verordnenden ÄrztInnen	23
29	Untersuchung von Variablen, die die Compliance positiv beeinflussen können (atypische Antipsychotika, Depotpräparate, Psychoedukation, etc.)	23
30	Untersuchung der Effekte der Compliance/Noncompliance auf die Kosten der Behandlung und den Verlauf der Erkrankung	23
<b>D. Spezielle Aspekte</b>		
31	Entwicklung der Fertilitätsrate von Frauen unter den geänderten Behandlungsbedingungen	24
32	Untersuchungen zur Einstellung bestimmter Bevölkerungsgruppen (u.a. auch medizinische Berufe) zur Krankheit Schizophrenie	26
33	Evaluation der Veränderung des Stigmas im Zeitverlauf und als Folge von Maßnahmen zur Entstigmatisierung	26
34	<i>Untersuchung, inwieweit die Einführung des Recovery-Konzeptes in nationale Psychiatrie-Pläne reale Vorteile für die Kranken zur Folge hat im Vergleich zu jenen Ländern, wo dies nicht in die Psychiatrie-Pläne aufgenommen wurde.</i>	27
35	Weitere Untersuchung der Wirksamkeit von (prophylaktischen) Interventionen zur Früherkennung/Frühbehandlung von Risikopersonen	28

**Tabelle 2:**

*Übersicht Versorgungsbedarf  
(kursiv: in den Beiträgen nicht explizit angeführte Themen)*

<b>A. Krankheit und Betroffene</b>		<b>Kap.</b>
1	<i>Flächendeckender Ausbau der Angebote und Hilfen für Angehörige schizophrener PatientInnen</i>	7
2	<i>Finanzielle Absicherung der Angehörigenbewegung</i>	8
3	<i>Finanzielle Absicherung der Betroffenenbewegung</i>	9
4	<i>Gründung eines österreichischen Dachverbandes der Betroffenenbewegungen</i>	9
<b>B. Begleitumstände und Folgen</b>		
5	Entwicklung und Implementierung einer österreichweit einheitlichen Dokumentation im außerstationären sozialpsychiatrischen Bereich	10
6	Implementierung von einheitlichen Standards für Monitoring und Management somatischer Begleiterkrankungen bei Personen mit schizophrenen Störungen	11
7	Programme, die gezielt auf die Suizidprävention bei der Schizophrenie fokussieren.	12
8	Evaluation der Effektivität der derzeitigen Therapieangebote für komorbide PatientInnen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems und des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke (insbesondere auch Substitutionstherapie)	13
9	Konzeptualisierung und Implementierung von therapeutischen Angeboten speziell für PatientInnen mit einer Komorbidität Schizophrenie und Störungen durch psychotrope Substanzen	13
10	Erfassung und Aufarbeitung der Krankengeschichten der Personen in Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 zur Analyse von Risikofaktoren und Prognose, sowie dem möglichen Zusammenhang zwischen Delinquenz und Merkmalen des regionalen Versorgungssystems	14
11	Erfassung der Prävalenz psychischer Erkrankungen (insbesondere Schizophrenie) bei inhaftierten Personen	14
<b>C. Therapie</b>		
12	Ausbau der störungsspezifischen Psychotherapien für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie durch <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Ausbildung</li> <li>• Erhöhung des Angebots</li> <li>• Implementierung derartiger Angebote bei geeigneten Trägerorganisationen im Rahmen multiprofessioneller Teams</li> </ul>	16
13	Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen für spezifische Psychotherapien für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie	16
14	Berücksichtigung der spezifischen Probleme der Psychotherapie schizophrener Störungen bei der Zuweisungspraxis	16
15	Ausbau der außerstationären Versorgung auf ein Niveau, das dem Behandlungs- und Betreuungsbedarf entspricht	17
16	Stärkere Koordination der Anbieter und Kostenträger der außerstationären Versorgung	17
17	<i>Erweiterung des Datensatzes der Dokumentation des LKF um Merkmale wie Alter, Geschlecht, Wohnort, UBG-Status, Versicherungsnummer, um genauere PatientInnenstromanalysen durchführen zu können (unter Berücksichtigung strenger Auflagen zum Datenschutz)</i>	18
18	Erhöhung der Dichte der niedergelassenen Fachärzte mit §2-Kassen besonders im ländlichen Raum, im Zuge dieser Anpassung sollte die Trennung der Fächer Psychiatrie und Neurologie auch in diesem Bereich nachvollzogen werden	19

19	Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste auf ein Niveau, das bedarfsdeckendes Arbeiten und die Übernahme von Versorgungspflicht möglich macht. Gerade unter dem Aspekt der Behandlung von PatientInnen mit Schizophrenie ist es notwendig FachärztInnen als fixen und integralen Teil der multiprofessionellen Teams zu sehen und entsprechend einzusetzen	19
20	Flächendeckendes Angebot an Diensten, vor allem im ländlichen Bereich	20
21	Koordination der regionalen Anbieter und der Kostenträger	20
22	<i>Medizinisch-psychiatrische Rehabilitation speziell für PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie, speziell nach einer ersten psychotischen Episode (im Rahmen einer stationären Behandlung, einer ambulanten Behandlung bzw. in darauf spezialisierten Wohneinrichtungen)</i>	21
23	Flächendeckender Ausbau des arbeitsrehabilitativen Angebots	22
24	<i>Für jene Kranken, bei denen eine erfolgreiche Integration in den freien Arbeitsmarkt (noch) nicht gelingt, ist der Auf- und Ausbau eines zweiten Arbeitsmarktes erforderlich</i>	22
25	Spezielle Ambulanzen für PatientInnen mit schizophrenen oder ähnlichen Störungen mit erhöhtem Behandlungsbedarf zur Optimierung der Therapie und der Compliance	23
<b>D. Spezielle Aspekte</b>		
26	Schaffung von Mutter-Kind-Einheiten an psychiatrischen Abteilungen	24
27	Diagnosenbezogene statistische Erfassung von Medikamentenverschreibungen, Krankenständen und Pensionierungen	25
28	Verminderung stigmatisierender Umstände in Versorgung, Verwaltung und Rechtssprechung, insbesondere suffizienter Ausbau der Versorgungsstrukturen	26
29	Möglichst optimaler Ausbau des regionalen Behandlungs- und Unterstützungssystems bei Wahrung der Wahlmöglichkeiten der Betroffenen	27
30	Schaffung flexibler rechtlicher Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass Arbeitsversuche zu keiner Schlechterstellung Betroffener führen	27
31	Etablierung einer nationalen Interessensbewegung Betroffener	27
32	Einbeziehung von Betroffenen in Planung, Forschung und Therapie	27
33	Intensivierung der Bemühungen zur Etablierung präventiver Ansätze	27
34	Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Bevölkerung für Risikopersonen/ Frühmanifestationen und Reduzierung der Schwellenängste	28
35	Etablierung von Frühinterventionsprogrammen in spezialisierten Zentren (in Kooperation von Kinder-/Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie)	28



Der „Österreichische Schizophreniebericht“ möchte umfassend über die Situation der von Schizophrenie Betroffenen in Österreich berichten.



In 29 Kapitel werden die vielfältigen Aspekte dieses Themas abgehandelt, wobei die Autor/inn/en jeweils eine kurze Zusammenfassung der internationalen Literatur präsentieren und dann speziell auf die Situation in Österreich eingehen. Schließlich werden Anregungen für zukünftige Aktivitäten in Forschung und Versorgung gegeben.

