

**Statistische Untersuchung zu ersthospitalisierten
schizophrenen Patienten, die bei der
Nachuntersuchung 15 Jahre später nicht erreicht
wurden**

Julia Vinhage
2005

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig – Maximilians - Universität München

Direktor Prof. Dr. H.-J. Möller

Statistische Untersuchung zu ersthospitalisierten schizophrenen
Patienten, die bei der Nachuntersuchung 15 Jahre später nicht
erreicht wurden

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig – Maximilians – Universität zu München

Vorgelegt von
Julia Vinhage aus
München

2005

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der
Ludwig – Maximilians – Universität zu München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. H.-J. Möller
Mitberichterstatter:	Priv. Doz. Dr. K. Adelhard
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. med. A. Strauß
Dekan:	Prof. Dr. med. D. Reinhardt
Tag der mündlichen Prüfung:	20.10.2005

Meinen Eltern in tiefer Dankbarkeit

1	Inhaltsverzeichnis	
1	Inhaltsverzeichnis	5
2	Einleitung	7
3	Datengewinnung und Methodik	11
3.1	Fragestellung	11
3.2	Auswahlkriterien für die Rekrutierung der Patienten	12
3.2.1	Einschlusskriterien	12
3.2.2	Ausschlusskriterien	12
3.3	Datenerhebung und Datenauswertung.....	15
3.4	angewandte Dokumentations- und Messinstrumente.....	15
3.4.1	Diagnoseverteilung nach ICD – 9:.....	15
3.4.2	Ärztliche Dokumentationsblatt (ADB).....	17
3.4.3	Strauss – Carpenter – Prognoseskala	17
3.4.4	Clinical Global Impressions Skala (CGI)	20
3.4.5	Global Assessment Scale (GAS)	21
3.4.6	AMDP – System.....	24
4	Ergebnisse	28
4.1	Demographische Daten.....	28
4.2	Alters- und Geschlechtsverteilung.....	28
4.3	Diagnoseverteilung.....	32
4.3.1	Diagnoseverteilung in den Untergruppen.....	32
4.4	Ergebnisse der ADB – Auswertung.....	37
4.5	Ergebnisse der Auswertung der Strauss – Carpenter – Prognoseskala.....	40
4.5.1	Mittelwerte der Strauss – Carpenter – Skala in den Untergruppen	40
4.5.2	Altersspezifische Auswertung der Summenwerte	42
4.5.3	Auswertung der Einzelitems.....	46
4.6	Ergebnisse der AMDP – Auswertung	51
4.6.1	Das depressive Syndrom	53
4.6.2	Das paranoid-halluzinatorische Syndrom.....	53
4.6.3	Das NAMDP – Syndrom	54
4.6.4	Ergebnisse der Summenwerte des AMDP – Fragebogens.....	56
4.6.5	Auswertung der Einzelitems.....	61
4.7	Ergebnisse der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI)	71

4.7.1	Ergebnisse der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung:.....	71
4.7.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	72
4.7.3	Altersspezifische Unterschiede	73
4.7.4	Ergebnisse der Zustandsänderung für die einzelnen Untergruppen	74
4.7.5	Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	75
	Nicht nachuntersuchte Patienten	75
	Verstorbene	76
	Nachuntersuchte Patienten.....	76
4.7.5.	Altersspezifische Unterschiede	77
4.8	Ergebnisse der GAS – Werte	80
5	Diskussion.....	83
5.1	Einleitung, Fragestellung und Methodik	83
5.2	Diskussion der Ergebnisse.....	88
4.7.6.	Soziale- und familiäre Situation.....	88
4.7.7.	Psychopathologischer Befund.....	92
4.7.8.	Krankheitsverlauf vor Ersthospitalisation	95
4.7.9.	Zustandsänderung	97
6	Zusammenfassung	99
7	Anhang:	105
7.1	Nicht aufgefunden:	105
7.2	Partiell Unbekannte:	107
7.3	Unbekannte Patienten:.....	108
7.4	Verstorben:.....	110
8	Literaturverzeichnis.....	111
9	Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis	114
9.1	Abbildungsverzeichnis.....	114
9.2	Tabellenverzeichnis.....	115
10	Danksagung	117
11	Lebenslauf.....	118

2 Einleitung

Das Konzept der Schizophrenie besteht seit ca. 100 Jahren.

In der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es nur eine "Einheitspsychose", die sich in unterschiedlicher Weise manifestieren konnte.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde von Philippe Pinel (1805) der Begriff "démence" (Verlust des Verstandes) eingeführt.

Benedict Morel erweiterte den Begriff zur "démence praecox" (Demenz im Jugendalter), die mit Vernachlässigung und intellektueller Beeinträchtigung erklärt wurde.

Emil Kraepelin (1856-1926) [9] erweiterte den Begriff wiederum in "dementia précoce" (früh, vorzeitig) und führte zusätzlich Untergruppen wie Paranoia (Wahngedanken; Größenwahn) und einfache Demenz ("dementia simplex"; beinhaltet nur leichte negative Symptome) ein.

Alle Untergruppen bilden eine Gruppe mit unterschiedlichem Erscheinungsbild, bei der die Frage aufkam, ob es sich um eine Störung handelt, die so mannigfaltig ausfallen kann oder um verschiedene Störungen; deren gemeinsames Merkmal ist, dass die Krankheit in der Verblödung endet.

Der Begriff Schizophrenie wurde 1911 von Egon Bleuler (1857-1939) eingeführt, der versuchte die Mechanismen der Symptomentstehung zu beschreiben und diese Erkrankung als zentralen Prozess verstand.

"Schizo" kommt aus dem Griechischen und bedeutet "ich spalte", "phren" entstammt ebenfalls dem Griechischen und heißt "der Geist". Bleuler wollte mit dem Begriff ausdrücken, dass bei den Erkrankten Denken, Fühlen und Wollen auseinander fallen.

Nach Kurt Schneider (1887-1967) zeichnet sich die Schizophrenie durch abnorme Erlebnisweisen aus, die die Wahrnehmung, das Erleben, Fühlen und Denken des Patienten betreffen, ohne jedoch die intellektuellen Fähigkeiten des Erkrankten einzuschränken.

Die Manifestation der Schizophrenie beginnt meist Ende des 20. bis Mitte des 40. Lebensjahrzehnts. Oft werden drei Phasen durchlaufen

1. Prodromalphase:

keine schizophrenen Symptome sind zu beobachten, das Leistungsniveau sinkt. Die Patienten ziehen sich aus dem sozialen Leben zurück. Eigenartige Gewohnheiten (z.B.: Abfall sammeln), Vernachlässigung der Hygiene und erste Kommunikations-, Denk- und Wahrnehmungsschwierigkeiten treten auf.

2. floride Phase :

schizophrene Symptome stehen in dieser Phase im Vordergrund, manchmal durch psychosozialen Stress ausgelöst

3. Residualphase :

Rückkehr zu dem Leistungsniveau und dem Niveau der Rollenerfüllung der Prodromalphase, meist jedoch bleibt noch ein allgemein beeinträchtigter Zustand.

Die Erkrankung verläuft meist in mehreren Episoden und neigt zur Chronifizierung. Zwei Drittel der Patienten erkranken mehrmals, bei vielen kommt es zu bleibenden Beeinträchtigungen, oftmals verbunden mit sozialem Abstieg.

Menschen mit Schizophrenie unterscheiden sich untereinander nicht nur in den Symptomen, sondern auch im Alter, dem Typ der Erkrankung, dem Ansprechen auf Therapie und dem Fortschreiten der Erkrankung. Einige Patienten zeigen nur eine einmalige Periode der Erkrankung, andere dagegen weisen ein chronisches Bild der Schizophrenie auf.

Durch Langzeituntersuchungen konnten eine Reihe von biographischen, anamnestischen und psychopathologischen Merkmalen beschrieben werden, die sich für die Kategorisierung, sowie den prognostischen Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen bedeutsam zeigen.

Obwohl eine Menge Langzeituntersuchungen verfügbar sind, gehen in der Literatur dennoch die Ansichten über den Verlauf der Schizophrenie weit auseinander. Einige Studien kommen zu dem Schluss, dass ein großer Teil der Patienten mit der Diagnose

Schizophrenie im Langzeitverlauf einen ungünstigen Ausgang der Krankheit zeigen. (McGlashan 1984 [11], Breier et al. 1991 [3]), während andere Studien behaupten, dass die Schizophrenie bei einem hohen Prozentsatz der Patienten partiell oder zumindest teilweise remittieren würde. (Bland et al. 1976 [2], Harding et al. 1987 [5]).

In vielen verschiedenen Studien wurde bisher der Verlauf der Schizophrenie beobachtet und beschrieben. In diesen Studien konnte man die psychopathologischen Zustände der Patienten sowohl zum Indexzeitpunkt, als auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt vergleichen.

Allerdings konnten beispielsweise in der Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie von ursprünglich 70 Patienten aus dem Jahr 1978 (Studienbeginn) nur 56 für den 14 – Jahres – Follow – up gewonnen werden. Sieben Probanden waren zwischenzeitlich verstorben. Sechs Probanden verweigerten ihre Mitarbeit, ein Proband war mit unbekanntem Ziel verzogen (Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie 1995 [7]).

Was ist aber mit den Patienten, die nie nachuntersucht worden sind?

Diese Patienten sind bisher in keiner Studie eigenständig betrachtet worden. In keiner Studie sind eventuell vorhandene Unterschiede zwischen diesen Patienten und den nachuntersuchten Patienten untersucht worden.

Jedoch machen diese Gruppen durchaus einen großen prozentualen Anteil aus.

In der Mannheimer Studie sind immerhin 20 % aus verschiedenen Gründen nicht zu den Nachuntersuchungen erschienen.

In dieser Studie macht die Gruppe, der aus unterschiedlichen Gründen nicht nachuntersuchten Patienten (incl. der verstorbenen Patienten), sogar 42,8 % aus.

Diese beträchtlichen prozentualen Anteile der Patienten hat uns zu dem Entschluss gebracht, diese Gruppen genauer zu untersuchen und ein Vergleich zwischen den Gruppen der nachuntersuchten und der nicht nachuntersuchten Patienten anzustreben.

War schon beim Ersterkrankungszeitpunkt ein Unterschied zwischen diesen Patienten zu beobachten? War eine der beiden Gruppen akuter oder schwerer krank?

Diese Arbeit versteht sich als Teil einer 15 – Jahres Katamneseuntersuchung (Münchener Katamnese studie) ersthospitalisierter Patienten aus den Jahren 1980 und 1981 mit den ICD – 9 – Diagnosen Schizophrenie.

Die vorliegende Arbeit betrachtete den Vergleich der Verläufe dieser Patienten. Alle Patienten sind ca. 15 Jahre später zu einer Nachuntersuchung eingeladen worden. Ein Teil der Patienten ist dieser Einladung nachgekommen. Der Rest war entweder verstorben, hat die Nachuntersuchung verweigert oder ist zur Einladung nicht aufgefunden worden.

Diese Patienten sind in folgende Untergruppen aufgeteilt worden:

Die Gruppe der nachuntersuchten Patienten

Die Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten

Die Gruppe der verstorbenen Patienten

In der Klinik wurde in den Jahren 1980/81, in denen die in dieser Arbeit genannten Patienten ersthospitalisiert waren, ein umfassendes Basis- und Befunddokumentationssystem betrieben. Unter anderem wird bei Aufnahme und Entlassung der psychopathologische Befund mit dem sehr differenzierten AMDP-Verfahren standardisiert beschrieben.

Diese Daten werden unter verschiedenen Aspekten ausgewertet, z.B.

soziodemographische Daten, Symptomprofile bei den verschiedenen Untergruppen und Ausmaß der Besserung bei Entlassung.

Diese Dokumentationsdaten waren eine hervorragende Ausgangsbasis für diese Arbeit.

3 Datengewinnung und Methodik

3.1 Fragestellung

In vielen verschiedenen Studien wurde bisher der Verlauf der Schizophrenie beobachtet und beschrieben. In diesen Studien konnte man die psychopathologischen Zustände der Patienten sowohl zum Indexzeitpunkt, als auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt vergleichen.

Allerdings konnten beispielsweise in der Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie von ursprünglich 70 Patienten aus dem Jahr 1978 (Studienbeginn) nur 56 für den 14 – Jahres – Follow – up gewonnen werden. Sieben Probanden waren zwischenzeitlich verstorben. Sechs Probanden verweigerten ihre Mitarbeit, ein Proband war mit unbekanntem Ziel verzogen (Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie 1995 [7]).

Was ist aber mit den Patienten, die nie nachuntersucht worden sind?

Diese Patienten sind bisher in keiner Studie eigenständig betrachtet worden. In keiner Studie sind eventuell vorhandene Unterschiede zwischen diesen Patienten und den nachuntersuchten Patienten untersucht worden.

Jedoch machen diese Gruppen durchaus einen großen prozentualen Anteil aus.

In der Mannheimer Studie sind immerhin 20 % aus verschiedenen Gründen nicht zu den Nachuntersuchungen erschienen.

In dieser Studie macht die Gruppe, der aus unterschiedlichen Gründen nicht nachuntersuchten Patienten (incl. der verstorbenen Patienten), sogar 42,8 % aus.

Diese beträchtlichen prozentualen Anteile der Patienten hat uns zu dem Entschluss gebracht, diese Gruppen genauer zu untersuchen und ein Vergleich zwischen den Gruppen der nachuntersuchten und der nicht nachuntersuchten Patienten anzustreben.

War schon beim Ersterkrankungszeitpunkt ein Unterschied zwischen diesen Patienten zu beobachten? War eine der beiden Gruppen akuter oder schwerer krank?

3.2 Auswahlkriterien für die Rekrutierung der Patienten

3.2.1 Einschlusskriterien

Eingeschlossen waren ersthospitalisierte Patienten, die in den Jahren 1980 und 1981 stationär an der psychiatrischen Universitätsklinik München behandelt wurden und bezüglich der Diagnosen an einer schizophrenen Psychose (ICD 9: 295, außer 295,7), einer schizoaffektiven Psychose (ICD 9: 295,7), einem paranoiden Syndrom (ICD 9: 297) oder einer anderen nichtorganischen Psychose (ICD 9: 298) litten.

Das Alter der psychisch Erkrankten sollte zum Indexzeitpunkt zwischen dem 16. und 65. Lebensjahr liegen.

Der Wohnort der Patienten befand sich zum Aufnahmezeitpunkt in München (Stadt und Landkreis) oder in den umliegenden Landkreisen.

3.2.2 Ausschlusskriterien

Nicht berücksichtigt wurden Patienten, welche zusätzlich die Diagnose einer organischen Psychose (ICD-9: 290, 293, 294) zum Indexzeitpunkt aufwiesen oder bei denen eindeutige Hinweise in der Krankenakte für eine organische Affektion des ZNS vorhanden ist.

Alkohol- und Drogenpsychosen (ICD-9: 291, 292) wurden ebenfalls nicht in diese Studie aufgenommen.

Zudem wurden Patienten mit unzureichender Kenntnis der deutschen Sprache ausgeschlossen.

Anhand dieser Kriterien konnten 159 Patienten rekrutiert werden.

Im Rahmen der Münchener Katamnese – Studie wurden 159 Patienten, die in den Jahren 1980/81, nach ca. 15 Jahren zu einem Nachuntersuchungstermin eingeladen.

Diese 159 Patienten werden im Folgenden vorerst in zwei Untergruppen eingeteilt.

91 Patienten der Gesamtgruppe, die 1980/81 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München, mit einer schizophrenen Diagnose ersthospitalisiert worden sind kamen der Einladung nach und erschienen nach 15 Jahren zur Nachuntersuchung. Diese Gruppe wird im Folgenden als „nachuntersuchte“ bezeichnet.

56 der insgesamt 159 Patienten kamen der Einladung aus unterschiedlichen Gründen nicht nach. Diese Gruppe wird im Folgenden als „nicht nachuntersuchte Patienten“ bezeichnet.

12 der Patienten waren verstorben.

Neben dem Vergleich der nachuntersuchten und der nicht nachuntersuchten Patienten konnte die Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten wiederum in Untergruppen eingeteilt werde.

Zum einen beantworteten von den 56 nicht nachuntersuchten Patienten 29 Patienten die Einladung aktiv mit einer Ablehnung. Diese 29 Patienten, von denen kein weiterer psychiatrischer Aufenthalt eruiert werden konnte, sollen im Folgenden als die „unbekannten Patienten“ benannt werden.

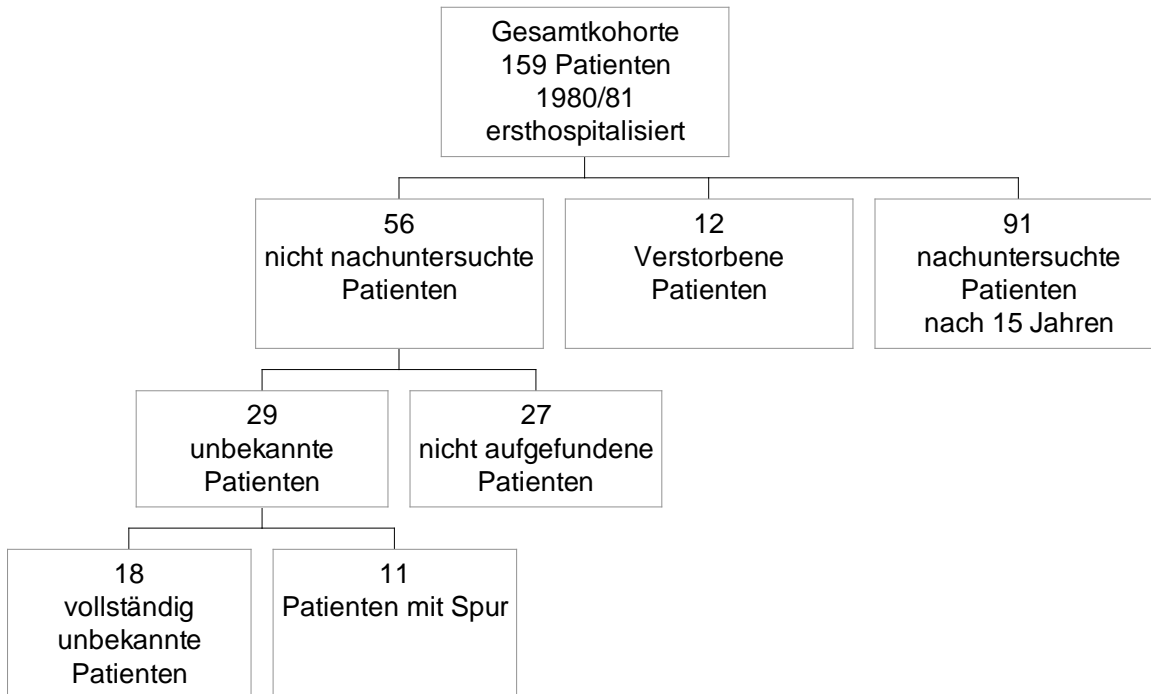
Bei 11 von diesen „unbekannten Patienten“ konnte eine Spur verfolgt werden. Das heißt, dass bei ihnen in den folgenden Jahren mindestens einmal eine weitere stationäre psychiatrische Therapie eruiert werden konnte.

Die restlichen 18, bei denen man keine weitere Information über nachfolgende Behandlungen feststellen konnte, werden im Folgenden als „partiell unbekannte Patienten“ benannt.

Von 27 der nicht nachuntersuchten Patienten, was 48 % ausmacht, konnte der aktuelle Aufenthaltsort nicht ermittelt werden.

Abbildung 1 Zusammensetzung der Gesamtkohorte

Zusammensetzung der Gesamtkohorte



3.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Die Daten dieser Arbeit wurden mit Hilfe der Tests erhoben, die im Kapitel „angewandte Dokumentations- und Messinstrumente“ erwähnt und beschrieben werden.

Die psychopathologischen, diagnostischen und einige weitere krankheitsrelevanten Daten wurden schon zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation von den Ärzten sorgfältig dokumentiert. Diese Daten, die Ermittlung der Eigen- und Familienanamnese, sowie die persönlichen Patientendaten der ausführlich und präzise geführten Krankengeschichte, ermöglichen die retrospektive Datenerhebung.

Diese Angaben dienten der Verfasserin dieser Arbeit als Grundlage für die weitere Datenerhebung.

Im Anschluss daran wurden sämtliche Daten mit dem Statistikprogramm (SPSS) ausgewertet. Die so erhaltenen Ergebnisse wurden grafisch und tabellarisch mit einer genauen Beschreibung dargestellt.

3.4 angewandte Dokumentations- und Messinstrumente

3.4.1 Diagnoseverteilung nach ICD – 9:

Die ICD – 9 (International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) wurde 1978 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und 1980 ins Deutsche übersetzt. [16]

Hauptziele der ICD – 9 ist die Klassifikation von Informationen zur Morbidität und Mortalität von Krankheiten auf nationaler und internationaler Ebene.

Im Folgenden seien die einzelnen, in dieser Arbeit bearbeiteten diagnostischen Gruppen kurz erläutert:

In der folgenden Arbeit werden die Patienten anhand ihrer Diagnosen in vier Gruppen eingeteilt.

1. Schizophrene Psychose (295) (außer 295.7 Schizoaffektive Psychose):

Die schizophrene Psychose ist gekennzeichnet durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie durch inadäquate oder verflachte Affektivität.

2. Schizoaffektive Psychose (295.7)

Auffällig hier ist die Vermischung von manischen oder depressiven mit schizophrenen Symptomen. Gewöhnlich tritt eine Remission ohne Dauerdefekt ein, aber die Rückfallquote ist groß. Die Diagnose ist nur dann zu stellen, wenn schizophrene und affektive Symptome ausgeprägt sind.

Diese Diagnose wird aufgrund ihrer Häufigkeit und Besonderheit aus den restlichen schizophrenen Psychosen herausgenommen und so im Folgenden als eigenständige Diagnosegruppe geführt.

3. paranoide Syndrome (297)

Bei den paranoiden Syndromen herrschen Wahn und/oder Halluzination vor, ohne die typischen Symptome der Schizophrenie, wie z.B. formale Denkstörungen und Affektverflachung.

4. andere nicht organische Psychosen (298)

Diese Gruppe sollte auf eine kleine Gruppe von Psychosen beschränkt bleiben, die weitgehend einem „kürzlich vorausgehendem Erlebnis zugeschrieben werden kann“ (WHO 1980).

3.4.2 Ärztliche Dokumentationsblatt (ADB)

Das Ärztliche Dokumentationsblatt ist keine psychopathologische Skala zur Erfassung eines diagnostischen Wertes, sondern ein Fragebogen in dem Angaben über die Lebensumstände des Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme gemacht werden kann. In diesem Fragebogen werden sowohl Angaben über die direkten Lebensumstände (Familienstand etc.) als auch über den bisherigen Krankheitsverlauf und über abnorme psychosozialen Umstände gemacht.

3.4.3 Strauss – Carpenter – Prognoseskala

Die Strauss – Carpenter – Prognoseskala ist eine 1974 von Strauss und Carpenter entwickeltes Messinstrument, das prognostisch relevante Merkmale schizophrene Erkrankungen zusammengefasst.

Die Prognoseskala wurde aus 21 signifikanten Merkmalen zusammengestellt, die sich in diversen anderen Studien (wie z.B. von Phillips 1953, Vaillant 1962, Stephens 1970) als Prädiktoren für das „Outcome“ erwiesen haben (Strauss 1974).

Diese Arbeit beinhaltet neben den Summenscores der Strauss – Carpenter – Skala auch Einzelmerkmale, die Verglichen werden sollen, wenn im Einzelitem größere Differenzen der Zahlenwerte zwischen den Gruppen auftreten. Diese Einzelmerkmale werden im Folgenden aufgelistet:

Anzahl von sozialen Kontakten im letzten Jahr

- trifft sich mit Freunden durchschnittlich 1 mal pro Woche
- trifft sich mit Freunden durchschnittlich 1 mal alle 14 Tage
- trifft sich mit Freunden durchschnittlich 1 mal im Monat
- trifft keine Bekannten außer im Hausflur, am Arbeitsplatz oder in der Schule, alle Bekanntschaften eingeschlossen

Übliche (Überwiegende) Form heterosexueller Beziehungen

- Verheiratet, ohne Scheidung oder Trennung oder regelmäßige Verabredungen
- Verheiratet mit kurzer, Konfliktbegründeter Trennung oder gelegentliche Verabredungen
- unverheiratet oder getrennt, unregelmäßige Verabredungen
- unverheiratet oder getrennt, seltene Verabredungen
- unverheiratet oder getrennt, keine Verabredungen

Familienanamnese psychiatrischer Krankenhausaufenthalte

- Kein Mitglied mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt
- Ein Mitglied mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt
- zwei Mitglieder mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt
- drei Mitglieder mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt
- vier oder mehr Mitglieder mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt

Verflachter oder verminderter emotionaler Ausdruck

- gar nicht
- kaum
- etwas
- beträchtlich
- fast völlig

Erstes Auftreten von Halluzinationen oder Wahn

- keine derartigen Symptome oder erst seit einer Woche
- eines/ mehrere dieser Symptome erstmals bereits vor einer Woche, aber nicht länger als 6 Monate
- Auftreten dieser Symptome bereits vor 6 Monaten, aber nicht früher als vor 2 Jahren
- erstes Auftreten dieser Symptome vor 2 bis 5 Jahren

- eines oder mehrere dieser Symptome bereits vor mehr als 5 Jahren aufgetreten

Längste Periode, während der schwere psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden

- 0 – 4 Wochen
- 1 – 6 Wochen
- 6 Monate bis 1 Jahr
- mehr als 1 und weniger als 2 Jahre
- über 2 Jahre

Längste Periode, während der irgendwelche (mittel bis schwere) psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden

- 0 – 4 Wochen
- 1 – 6 Wochen
- 6 Monate bis 1 Jahr
- mehr als 1 und weniger als 2 Jahre
- über 2 Jahre

Vorkommen von Denkstörungen, Wahn oder Halluzinationen

- keine der obigen Symptome
- geringes Vorkommen eines oder aller Symptome
- mäßige Häufung eines oder aller Symptome
- relativ schweres und/oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome
- schweres und/oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome

Vorkommen von Depression, Hypomanie/Manie

- keine der obigen Symptome
- geringes Vorkommen eines oder aller Symptome
- mäßige Häufung eines oder aller Symptome
- relativ schweres und/oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome
- schweres und/oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome

Auslösende Ereignisse für die jüngste psychische Dekompensation

- eindeutig schwere auslösende Ereignisse (Todesfall in der eigenen Familie, ernste Familienstreitigkeiten, finanzieller Zusammenbruch)
- Schwerwiegendes „traumatisches Ereignis“
- mittelschwere oder nur möglicherweise auslösende Ereignisse (schwere Krankheit in der Familie, mittelschwere finanzielle Niederlage, Arbeits- oder Schulschwierigkeiten)
- relativ unbedeutendes „traumatisches Ereignis“
- keine auslösenden Ereignisse

Angaben subjektiver Gequältheit im letzten Monat

- sehr stark
- stark
- mittelstark
- schwach
- keine Gequältheit angegeben

Sämtliche Variablen werden vom Auswerter von 5 = sehr gut bis 1 = sehr schlecht angegeben, um letztlich einen Summenwert sämtlicher Parameter angeben zu können. Die prognostische Relevanz des Summenscores erwies sich im Vergleich zur Auswertung einzelner Items als zuverlässiger, um das Ausmaß der sozialen Beeinträchtigung darzustellen (Möller 1984 [12]).

3.4.4 Clinical Global Impressions Skala (CGI)

Diese Skala vermittelt einen klinischen Gesamteindruck über den Patienten. Sie wurde innerhalb der PRB Collaborative Schizophrenia Studien entwickelt.

Sie dokumentiert den Verlauf der Krankheit der stationären Patienten unter Therapie und dient somit auch der Nutzen - Risiko - Bewertung.

Dazu beurteilt der Arzt den Schweregrad der Krankheit sowohl bei Aufnahme (bei längerem stationärem Aufenthalt danach auch wöchentlich), als auch am Tag der Entlassung.

Für den Schweregrad steht ihm eine Skala mit acht Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

- 1 = nicht beurteilbar
- 2 = Patient überhaupt nicht krank
- 3 = Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankungen
- 4 = Patient ist nur leicht krank
- 5 = Patient ist mäßig krank
- 6 = Patient ist deutlich krank
- 7 = Patient ist schwer krank
- 8 = Patient gehört zu den extrem schwer Kranken

Der letzten Beurteilung wird für den Heilungsverlauf und für die therapeutische Wirksamkeit ein weiterer von acht Zahlenwerten zugeteilt:

- 1 = nicht beurteilbar
- 2 = Zustand ist sehr viel besser
- 3 = Zustand ist viel besser
- 4 = Zustand nur wenig besser
- 5 = Zustand ist unverändert
- 6 = Zustand ist etwas schlechter
- 7 = Zustand ist viel schlechter
- 8 = Zustand ist sehr viel schlechter

3.4.5 Global Assessment Scale (GAS)

Anhand der GAS – Skala (Global – Assessment – Scale) erfolgt über eine Einschätzung der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit bzw. der sozialen Anpassung, eine Gesamtbeurteilung der psychischen Gesundheit bzw. Krankheit des Patienten. Dieses Funktionsniveau eines Patienten wird auf einer Skala mit Werten zwischen 1 (= krank) und 100 (= gesund) festgelegt.

100 – 91 : Keinerlei Symptomatik und eine hervorragende Leistungsfähigkeit

90 – 81: Keine oder nur minimale Symptome, gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivität, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder – sorgen

80 – 71: Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren; höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit

70 – 61: Einige leichte Symptome oder einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit, aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige Zwischenmenschliche Beziehungen.

60 – 51: Mäßig ausgeprägte Symptome oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit

50 – 41: Ernsthafte Symptome oder jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit

40 – 31: Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung

30 – 21: Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst oder ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen

20 – 11: Selbst- und Fremdgefährdung oder ist manchmal nicht in der Lage minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation

10 – 1: Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu schädigen oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönlich Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafte Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht

3.4.6 AMDP – System

Das AMDP – System wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie erarbeitet und stellt ein vereinheitlichtes Verfahren zur Dokumentation der psychiatrischen Anamnese sowie des psychopathologischen und des somatischen Befundes dar. Es besteht aus 201 Einzelitems, die Einzelfragen zum psychopathologischen Befund darstellen.

Das System macht ein großes, einheitlich dokumentiertes Erfahrungsgut aus verschiedenen psychiatrischen Zentren und Ländern vergleichbar, nicht zuletzt, weil es eine unmittelbare elektronische Datenverarbeitung erlaubt.

Es enthält fünf Dokumentationsbelege:

- Psychiatrie 1 – Anamnese 1
- Psychiatrie 2 – Anamnese 2
- Psychiatrie 3 – Anamnese 3
- Psychiatrie 4 – Psychischer Befund
- Psychiatrie 5 – Somatischer Befund

Für die Beurteilung der Symptomatik stehen folgende Zahlenwerte zur Verfügung:

- 0 = nicht vorhanden
- 1 = leicht ausgeprägt
- 2 = mittel ausgeprägt
- 3 = schwer ausgeprägt

Danach ergibt sich ein jeweiliger maximaler Wert für die zusammengefassten Syndrome aus dem AMDP, der in der folgenden Auflistung in Klammern angegeben wird.

1. Apatisches Syndrom (max = 24)

- gehemmt
- verlangsamt
- umständlich
- eingeengt

- affektarm
- affektstarr
- antriebsarm
- sozialer Rückzug

2. Depressives Syndrom (max = 39)

- grübeln
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Störung der Vitalgefühle
- deprimiert
- hoffnungslos
- Insuffizienzgefühle
- Schuldgefühle
- antriebsgehemmt
- morgens schlechter
- Durchschlafstörungen
- Verkürzung der Schlafdauer
- Früherwachen
- Appetit vermindert

3. Hostilitätssyndrom (max = 21)

- misstrauen
- dysphorisch
- gereizt
- Aggressivität
- Mangel an Krankheitsgefühl
- Mangel an Krankheitseinsicht
- Ablehnung der Behandlung

4. Manisches Syndrom (max = 21)

- ideenflüchtig
- euphorisch
- gesteigertes Selbstwertgefühl
- antriebsgesteigert

- motorisch unruhig
- logorrhöisch
- sozial umtriebig

5.NAMDP – Syndrom (max = 42)

- Konzentrationsstörungen
- gehemmt
- verlangsamt
- eingeengt
- gesperrt/Gedankenabreißen
- inkohärent/zerfahren
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- affektarm
- Parathymie
- affektstarr
- antriebsarm
- mutistisch
- sozialer Rückzug
- Sexualität vermindert

6.paranoid – halluzinatorisches Syndrom (max = 39)

- Wahn – Stimmung
- Wahn – Wahrnehmung
- Wahn – Einfall
- Wahn – Gedanke
- systematischer Wahn
- Wahn – Dynamik
- Beziehungswahn
- Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn
- Stimmenhören
- Körperhalluzination
- Depersonalisation
- Gedankenentzug
- andere Fremdbeeinflussungserlebnisse

7. Psychoorganisches Syndrom (max = 30)

- Bewusstseinstörung
- zeitliche Orientierungsstörungen
- örtliche Orientierungsstörungen
- situative Orientierungsstörungen
- Orientierungsstörungen über die eigene Person
- Auffassungsstörungen
- Merkfähigkeitsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Konfabulation
- pflegebedürftig

8. Vegetatives Syndrom (max =27)

- Hypochondrie
- Übelkeit
- Atembeschwerden
- Schwindel
- Herzklopfen
- Herzdruck
- Schwitzen vermehrt
- Kopfdruck
- Hitzegefühl

9. Zwangssyndrom (max = 9)

- Zwangsdanken
- Zwangsimpulse
- Zwangshandlungen

4 Ergebnisse

4.1 Demographische Daten

Die Gesamtstichprobe besteht aus 159 Patienten, die in den Jahren 1980/81 in der psychiatrischen Universitätsklinik München, Nussbaumstrasse ersthospitalisiert wurden. Im Folgenden wird diese Gesamtstichprobe in drei große Gruppen eingeteilt.

Die Gruppe der nachuntersuchten Patienten

Die Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten

Die verstorbenen Patienten

4.2 Alters- und Geschlechtsverteilung

Alle Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt zwischen 16 und 64 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 32,35 Jahre (Standardabweichung 12,55). Von den 159 Patienten waren 105 (66 %) Frauen und 54 (34 %) Männer.

Tabelle 1 Altersverteilung der Gesamtkohorte

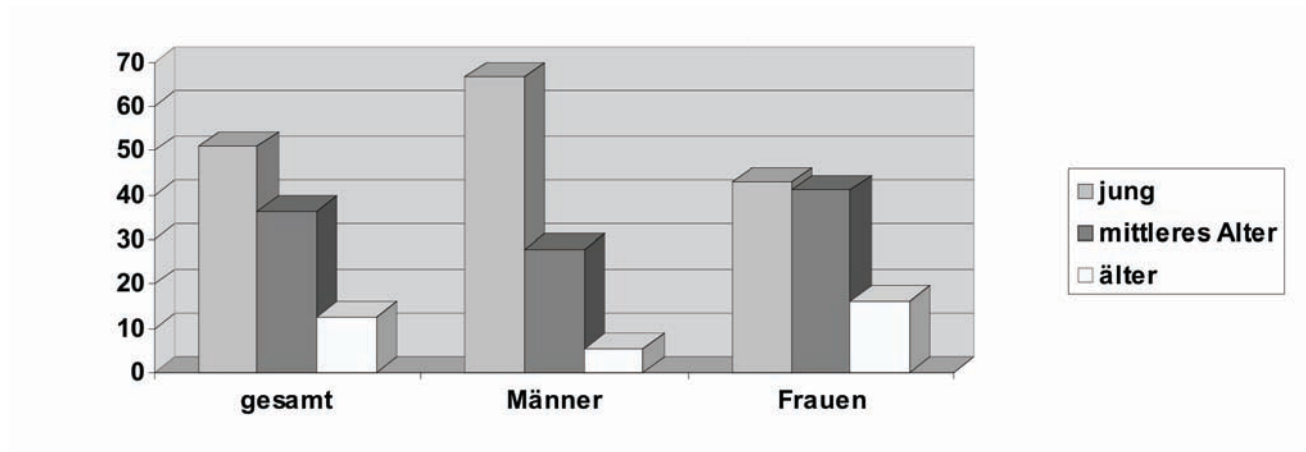
	Fallzahl	Prozent	Durchschnittsalter
Männer	54	33,96	28,2
Frauen	105	66,04	34,5
Gesamt	159	100	32,35

Wie bereits in anderen Studien beschrieben, weisen Frauen bei Schizophrenien im Allgemeinen ein höheres Alter bei Erkrankungsbeginn auf als Männer. Auch bei diesem Patientenkollektiv ist das Durchschnittsalter der Frauen mit 34,5 Jahren (Standardabweichung 11,05) deutlich höher als das der Männer mit 28,2 Jahren (Standardabweichung 12,79).

Tabelle 2 Altersverteilung in die Gruppen jung (bis 30 Jahre), mittleres Alter (30 bis 50 Jahre), älter (älter als 50 Jahre)

	gesamt n=	Prozent	Männer n=	Prozent	Frauen n=	Prozent
jung	81	50,94	36	66,6	45	42,9
30 – 50	58	36,48	15	27,78	43	41,0
älter als 50 Jahre	20	12,58	3	5,56	17	16,2
Gesamt	159	100	54	100	105	100

Abbildung 2 Altersverteilung der Gesamtkohorte



Aus der vorgehenden Tabelle geht hervor, dass die Hälfte aller Patienten bei der Erstaufnahme jünger als 30 Jahren war. Von den Männern waren 66,6 % zum Indexzeitpunkt jünger als 30 Jahre, bei den weiblichen Patienten waren es lediglich 42,9 %.

4.2.1 Vergleich der Altersverteilung in den Untergruppen

Die Gruppe der nachuntersuchten Patienten besteht aus 91 Patienten. In der folgenden Tabelle wird die Geschlechts- und Altersverteilung speziell aus dieser Gruppe gezeigt.

Tabelle 3 Alters- und Geschlechtsverteilung der nachuntersuchten Patienten

Nachuntersuchte Patienten	Häufigkeit	Prozent	Altersdurchschnitt	Standardabweichung
Männer	30	33	28,6	9,55
Frauen	61	67	33,6	12,38
Gesamt	91	100	32,0	11,71

In gleicher Art und Weise wird nun die Geschlechts- und Altersverteilung der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten gezeigt.

Tabelle 4 Alters- und Geschlechtsverteilung der nicht nachuntersuchten Patienten

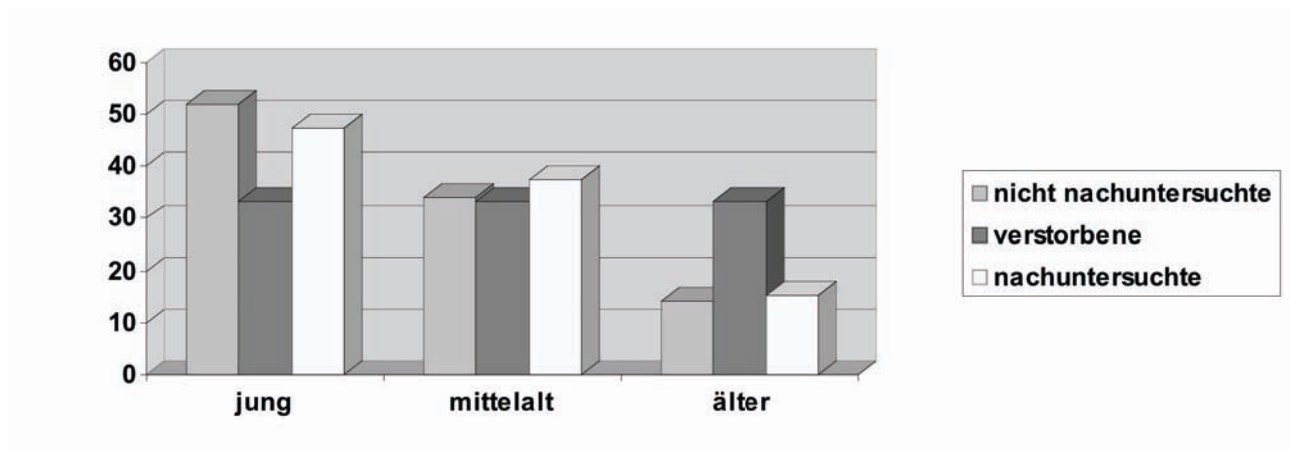
Nicht nachuntersuchte Patienten	Häufigkeit	Prozent	Altersdurchschnitt	Standardabweichung
Männer	19	33,9	26,11	10,48
Frauen	37	66,1	34,24	12,44
Gesamt	56	100	31,48	12,34

Ebenfalls in der Gruppe der verstorbenen Patienten wird im Folgenden die Altersverteilung tabellarisch gezeigt.

Tabelle 5 Alters- und Geschlechtsverteilung der verstorbenen Patienten

Verstorbene Patienten	Häufigkeit	Prozent	Altersdurchschnitt	Standardabweichung
Männer	5	41,7	33,8	20,67
Frauen	7	58,3	43,57	16,42
Gesamt	12	100	39,5	17,86

Abbildung 3 Altersverteilung in den drei Untergruppen



Auch innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten gab es Unterschiede in der Altersverteilung. Bei den partiell unbekannt Patienten ergab sich folgende Verteilung.

Tabelle 6 Altersverteilung der partiell unbekannt Patienten

Partiell unbekannt Patienten	Häufigkeit	Prozent	Altersdurchschnitt	Standardabweichung
Männer	6	33,3	30,2	20,67
Frauen	12	66,7	43,3	16,42
Gesamt	18	100	38,9	17,86

Bei den nicht aufgefundenen Patienten zeigte sich die Verteilung wie folgt.

Tabelle 7 Altersverteilung der nicht aufgefundenen Patienten

Nicht aufgefunden Patienten	Häufigkeit	Prozent	Altersdurchschnitt	Standardabweichung
Männer	9	33,3	22,1	19,67
Frauen	18	66,7	29,7	16,22
Gesamt	27	100	27,1	17,06

4.3 Diagnoseverteilung

Im untersuchten Patientenkollektiv wurde bei 79 Patienten (49,7 %) die Diagnose einer schizophrenen Psychose (ICD 9. 295) gestellt. Davon sind 32 Männer und 47 Frauen. Am zweithäufigsten wurde bei 39 Patienten (24,5 %) die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose (ICD 9: 295,7) gestellt, wobei in dieser Gruppe 13 Männer 26 Frauen gegenüberstehen.

Bei 26 Patienten (16,4 %) wurde die Diagnose der paranoiden Syndrome (ICD 9: 297) gestellt. Der Anteil der Männer und Frauen war in dieser Gruppe 5 : 21.

In nur 15 Fällen wurde eine andere nichtorganische Psychose (ICD 9: 298) diagnostiziert, davon sind 4 Männer und 11 Frauen.

Tabelle 8 Diagnoseverteilung in der Gesamtkohorte

ICD 9 Diagnose	Männer N	Frauen N	Gesamt %
295 Schizophrene Psychose*	32	47	49,7
295,7 schizoaffektive Psychose	13	26	24,5
297 paranoide Syndrome	5	21	16,4
298 andere nichtorganische Psychose	4	11	9,4

* ohne 295.7 Schizoaffektive Psychose

4.3.1 Diagnoseverteilung in den Untergruppen

Im Folgenden wird nun wieder die Verteilung der Diagnosen in den Untergruppen der nachuntersuchten Patienten, der verstorbenen Patienten und der nicht nachuntersuchten Patienten gezeigt:

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigt sich ein Altersdurchschnitt von 27,7 Jahren bei den Patienten mit einer schizophrenen Psychose (ICD 9: 295, ohne 295,7). Sowohl bei den Patienten mit schizoaffektiver Psychose als auch bei den Patienten mit einer anderen nicht organischen Psychose zeigt sich ein Altersdurchschnitt von ca. 33

Jahren. Am ältesten waren, in dieser Untergruppe, der Anteil der Patienten mit einer paranoiden Psychose.

Tabelle 9 Diagnoseverteilung mit Altersdurchschnitt in der Untergruppe der nachuntersuchten Patienten

Nachuntersuchte Patienten	n =	%	Altersdurchschnitt	Männer n=	Frauen n=
295*	48	52,7	27,7	17	31
295,7	24	26,4	33,42	8	16
297	10	11,8	47,5	2	8
298	9	9,9	33,3	3	6

ohne 295.7 Schizoaffektive Psychose

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten sind ebenfalls die ältesten Patienten mit der Diagnose der paranoiden Psychose. Hier beobachtete man einen Altersdurchschnitt von 48,9 Jahren.

Bei den anderen Diagnosegruppen zeigte sich ein Alter von Ende Zwanzig.

Tabelle 10 Diagnoseverteilung mit Altersdurchschnitt in der Untergruppe der nicht nachuntersuchten Patienten

Nicht nachuntersuchte Patienten	n =	%	Altersdurchschnitt	Männer n=	Frauen n=
295*	26	46,4	26,62	12	14
295,7	14	25	29	5	9
297	10	17,9	48,9	1	9
298	6	10,7	29,3	1	5

*ohne 295.7 Schizoaffektive Psychose

Die Gruppe der verstorbenen Patienten weist insgesamt die ältesten Patienten auf. Hier sind die Patienten mit paranoider Psychose im Schnitt 54,3 Jahre alt. Die Patienten mit schizophrener Psychose sind im Schnitt 23 Jahre und die mit schizoaffektiver Psychose 33 Jahre alt.

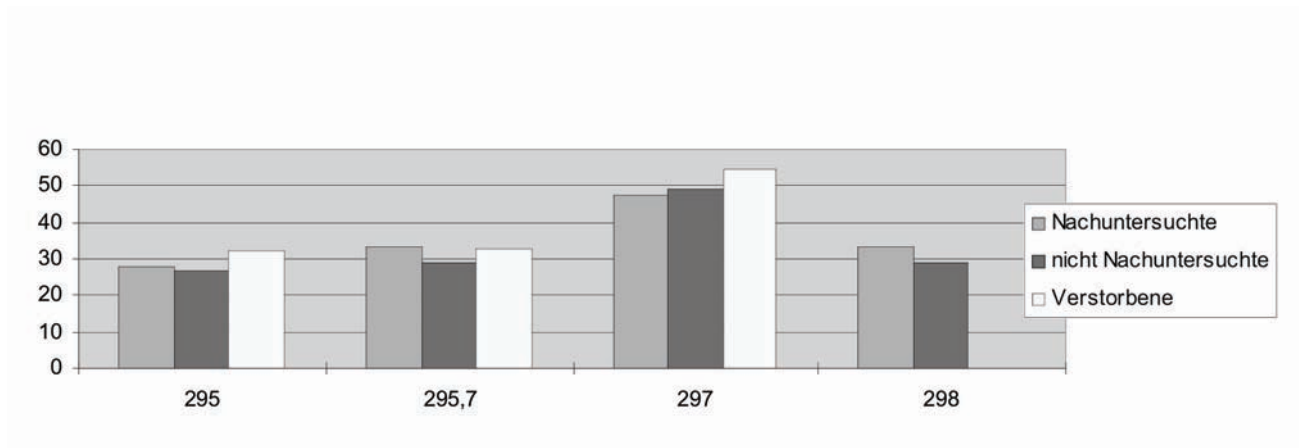
Tabelle 11 Diagnoseverteilung mit Altersverteilung in der Untergruppe der Verstorbenen

Verstorbene Patienten	n =	%	Altersdurchschnitt	Männer n=	Frauen n=
295*	5	41,7	23,0	3	2
295,7	1	8,3	33,0		1
297	6	50	54,3	2	4

*ohne 295.7 Schizoaffektive Psychose

In der folgenden Grafik sind die Altersdurchschnitte der Untergruppen gegeneinander aufgestellt.

Abbildung 4 Altersdurchschnitt der Diagnosen in den Untergruppen



Auch hier zeigen sich innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten Unterschiede in der Diagnoseverteilung.

Bei den partiell unbekanntem Patienten zeigte sich die Verteilung wie folgt.

Tabelle 12 Diagnoseverteilung in der Untergruppe der partiell unbekanntem Patienten

Partiell unbekanntem Patienten	n =	%	Altersdurchschnitt	Männer n=	Frauen n=
295*	9	50	29,4	3	6
295,7	2	11	31	1	1
297	7	38,8	53,4	1	6

*ohne 295.7 Schizoaffektive Psychose

In der Gruppe der nicht aufgefundenen Patienten zeigt sich die Verteilung wie folgt.

Tabelle 13 Diagnoseverteilung in der Untergruppe der nicht aufgefundenen Patienten

Nicht aufgefundenem Patienten	n =	%	Altersdurchschnitt	Männer n=	Frauen n=
295*	10	37	21,2	6	4
295,7	10	37	27,3	3	7
297	1	3,7	33	0	1
298	6	22	29,3	1	5

*ohne 295.7 Schizoaffektive Psychose

Innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten fielen folgende Besonderheiten auf.

Bei den partiell unbekanntem Patienten litten deutlich mehr (50 %) Patienten zum Aufnahmezeitpunkt an einer schizophrenen Psychose im engeren Sinne, als die nicht aufgefundenen Patienten (37 %). 39 % der partiell unbekanntem Patienten wiesen ein paranoides Syndrom (ICD 9: 297) auf und nur jeder zehnte von denen eine schizoaffektive Psychose (ICD 9: 295,7). Bei den nicht aufgefundenen Patienten wiesen 37 % eine schizoaffektive Psychose (ICD 9: 295,7) auf. Nur bei 3 % wurde die Diagnose eines paranoiden Syndroms (ICD 9: 297) gestellt und im Gegensatz zu den partiell unbekanntem Patienten, bei denen diese Diagnose gar nicht vorkam, hatte immerhin ein Viertel eine andere nichtorganische Psychose (ICD 9: 298).

Tabelle 14 Diagnoseverteilung innerhalb der nicht nachuntersuchten Patienten

	295	295,7	297	298
Nicht aufgefundene Patienten	37 % (N=10)	37 % (N=10)	3 % (N=1)	22 % (N=6)
Partiell unbekannte Patienten	50 % (N=9)	11 % (N=2)	39 % (N=7)	0

4.4 Ergebnisse der ADB – Auswertung

Der ADB – Fragebogen verfügt insgesamt über 35 Fragen, die hier nicht alle einzeln aufgeführt werden. Im Folgenden werden nur die Items gesondert ausgewertet, in denen ein signifikanter Unterschied zwischen den Untergruppen aufgefallen ist.

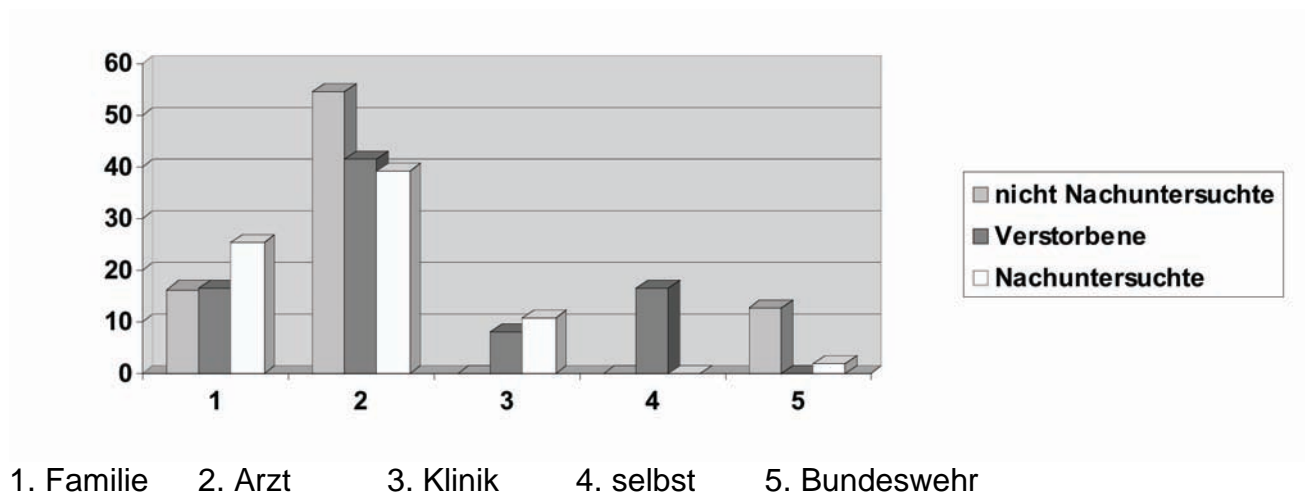
Aufnahme/Überweisung veranlasst durch

In allen drei Gruppen ist der Anteil der Patienten am höchsten, die von einem Arzt in die Klinik eingewiesen wurden.

Auffällig ist, dass die Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten einen Anteil von 12,7 % aufweist, der von der Bundeswehr in die Klinik überwiesen worden sind. Dagegen sind nur 2,2 % der nachuntersuchten Patienten von der Bundeswehr geschickt worden.

Ebenfalls auffällig ist, dass nur die Gruppe der Verstorbenen einen Anteil aufweist, die sich selbst in die Klinik eingeliefert haben. Dieser Anteil macht 16,7 % dieser Gruppe aus.

Abbildung 5 Aufnahme/Überweisung veranlasst durch



Der Basisdokumentation ist zudem zu entnehmen, dass es Unterschiede innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten gibt. So zeigt sich, dass die vollständig unbekanntem Patienten zu einem höheren Anteil (58 %) vom Arzt in die Klinik eingewiesen worden sind. Dagegen sind nur 35 % der nicht aufgefundenen Patienten vom Arzt zur stationären Aufnahme eingewiesen worden. Von den nicht aufgefundenen Patienten sind

26 % von der Familie in die Klinik gebracht worden. Dagegen nur 11 % der vollständig unbekanntem Patienten.

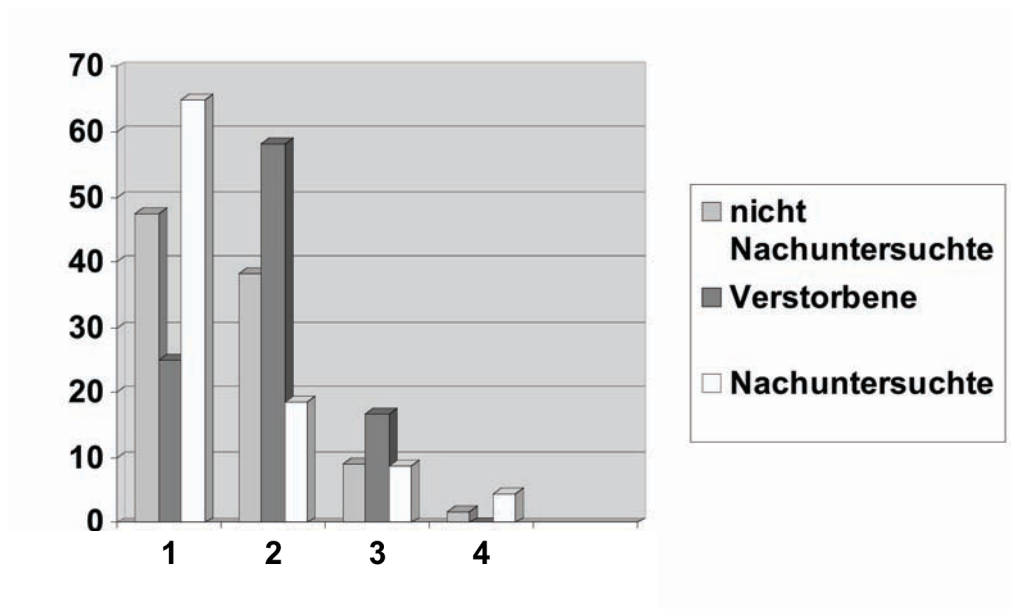
Verlaufsform der Krankheit vor der jetzigen Aufnahme/Behandlung

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigte sich bei 47,3 % der Fälle eine akute Verlaufsform vor Aufnahme. 38,2 % wiesen eine chronische Verlaufsform auf.

In der Gruppe der Verstorbenen zeigte sich nur bei 25 % ein akuter Verlauf, dagegen bei 58,3 % ein chronifiziertes Leiden.

Bei den nachuntersuchten Patienten zeigte sich bei 64,8 % der Fälle ein akuter Verlauf und bei nur 18,7 % ein chronischer Verlauf vor der Aufnahme.

Abbildung 6 Verlaufsform der Krankheit vor der jetzigen Aufnahme/Behandlung



1. akut 2. chronisch 3. intermittierend 4. andere

Innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigte sich folgende Verteilung.

56 % der nicht aufgefundenen Patienten zeigen eine akute Verlaufsform vor der stationären Aufnahme. Dagegen nur 18 % der unbekanntem Patienten.

Eine chronische Verlaufsform vor der Aufnahme zeigten 28 % der nicht aufgefundenen Patienten. Dagegen 50 % der unbekanntem Patienten

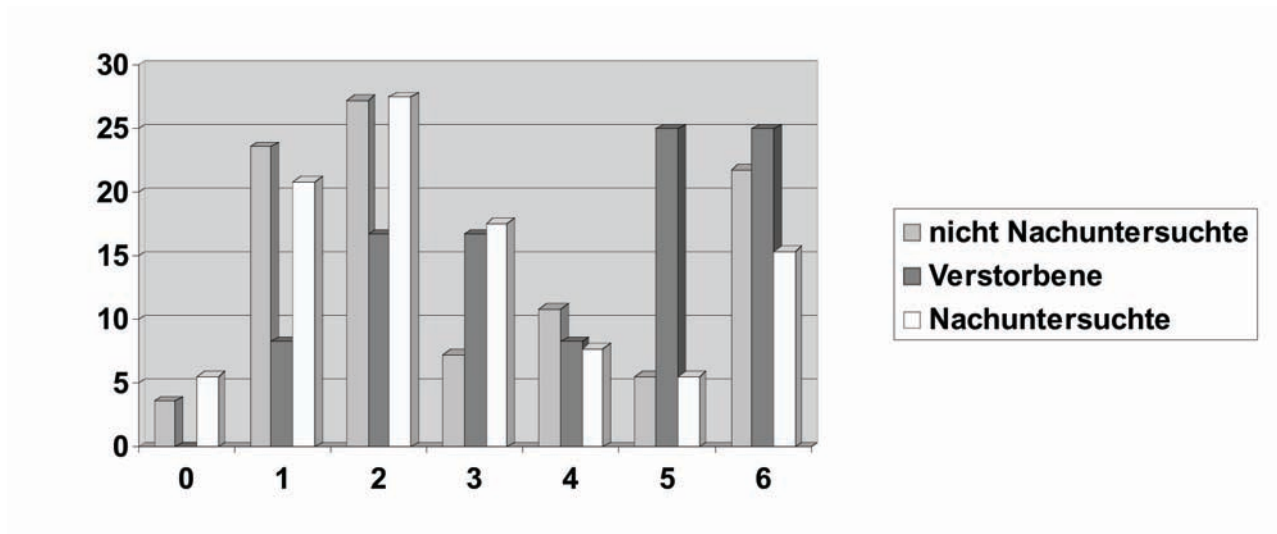
Dauer der Symptomatik bis zur Aufnahme

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten beträgt die Dauer der Symptomatik bis zur Aufnahme bei 50,9 % weniger als einen Monat. Bei 23,7 % ist die Dauer zwischen einem Monat und 1 Jahr und bei 21,8 % länger als 1 Jahr aber kürzer als 2 Jahre.

In der Gruppe der Verstorbenen ist die Dauer der Symptomatik wesentlich höher. Bei der Hälfte der Patienten dieser Gruppe bestanden die Symptome bereits mehr als 6 Monate und weniger als 2 Jahre.

Bei 66 % der nachuntersuchten Patienten dauerte die Symptomatik weniger als 6 Monate. Bei 15,4 % war die Dauer länger als 1 Jahr aber kürzer als 2 Jahre.

Abbildung 7 Dauer der Symptomatik bis zur Aufnahme



0 = nicht bekannt 1 = < 1 Woche 2 = < 1 Monat 3 = < 3 Monate
4 = < 6 Monate 5 = < 1 Jahr 6 = < 2 Jahre

4.5 Ergebnisse der Auswertung der Strauss – Carpenter – Prognoseskala

Wie eingangs erläutert, setzt sich die Strauss – Carpenter – Skala aus 21 Items zusammen, deren Werte (die von 1 = sehr schlecht bis 5 =sehr gut reichen) addiert einen Summenwert ergeben. Damit können Aussagen über den Schweregrad einer schizophrenen Krankheit getroffen werden.

Der Mittelwert, der 159 Patienten der Gesamtkohorte beträgt demnach 44,52 mit einer Standardabweichung von 8,8.

Tabelle 15 Auswertung Strauss-Carpenter-Prognoseskala

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamtkohorte	159	44.52	8.8
Männer	53	44.43	8.7
Frauen	106	44.57	8.9

4.5.1 Mittelwerte der Strauss – Carpenter – Skala in den Untergruppen

Die nachuntersuchten Patienten zeigten zum Indexzeitpunkt 1980/81 einen Mittelwert von 44,65 bei einer Standardabweichung von 8,44 und zum Nachuntersuchungszeitpunkt ein Mittelwert von 52,48 bei einer Standardabweichung von 13,05. Hierbei zeigt sich, dass der Mittelwert um ca. 8 Punkte ansteigt, was auf eine Besserung des Zustandes hinweist.

Tabelle 16 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Index-Zeitpunkt

nachuntersuchte Patienten Indexzeitpunkt	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamtkohorte	91	44,65	8,44
Männer	29	43,38	8,83
Frauen	62	45,24	8,26

Tabelle 17 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Zeitpunkt Nachuntersuchung

nachuntersuchte Patienten Zeitpunkt der Nachuntersuchung	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamtkohorte	88	52,48	11,37
Männer	28	55,54	13,05
Frauen	60	51,05	10,31

Bei den 56 nicht nachuntersuchten Patienten ergab sich zum Indexzeitpunkt 1980/81 ein Mittelwert von 43,27 mit einer Standardabweichung von 9,17.

Tabelle 18 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Nicht nachuntersuchte

Nicht nachuntersuchte	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamtkohorte	56	43,28	9,17
Männer	19	43,89	8,39
Frauen	37	42,95	9,64

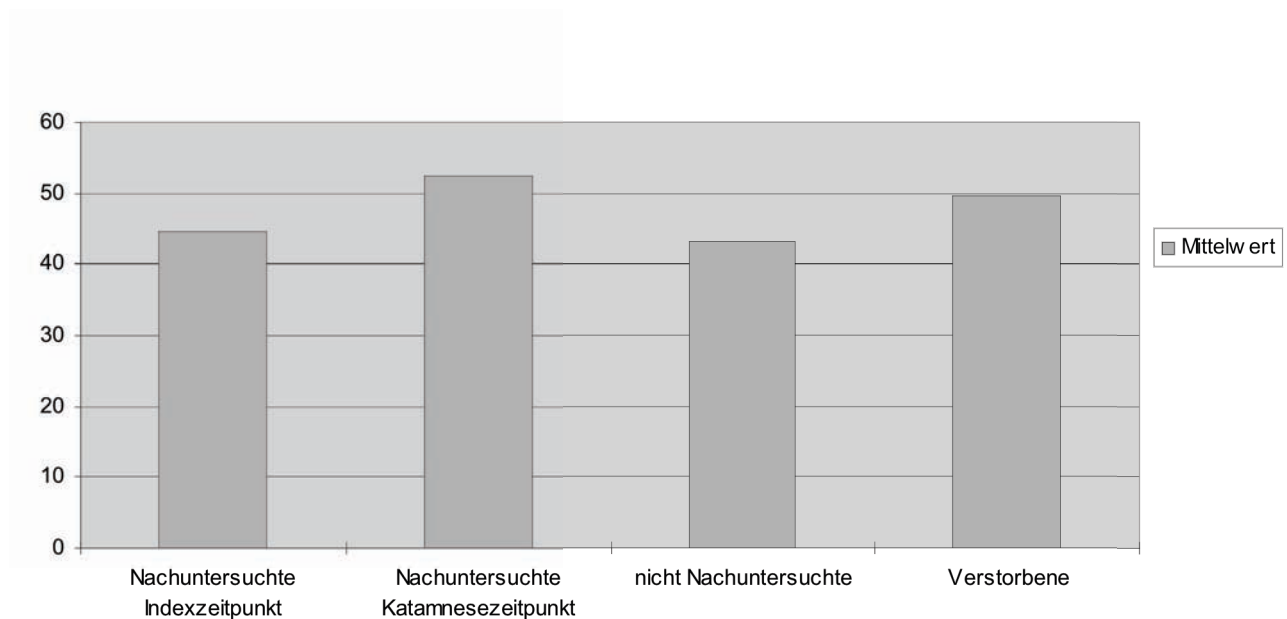
In der Gruppe der Verstorbenen Patienten ergab sich ein Mittelwert von 49,5, bei einer Standardabweichung von 8,86.

Tabelle 19 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Verstorbene

Verstorbene	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamtkohorte	12	49,5	8,86
Männer	5	52,6	5,50
Frauen	7	47,29	10,42

In der folgenden Grafik sind die Mittelwerte der Strauss – Carpenter – Prognoseskala gegeneinander aufgestellt. Hier zeigt sich, dass die Verstorbenen zum Indexzeitpunkt den höchsten und somit besten Mittelwert aufwiesen. Bei den Patienten der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten beobachtete man den schlechtesten Wert.

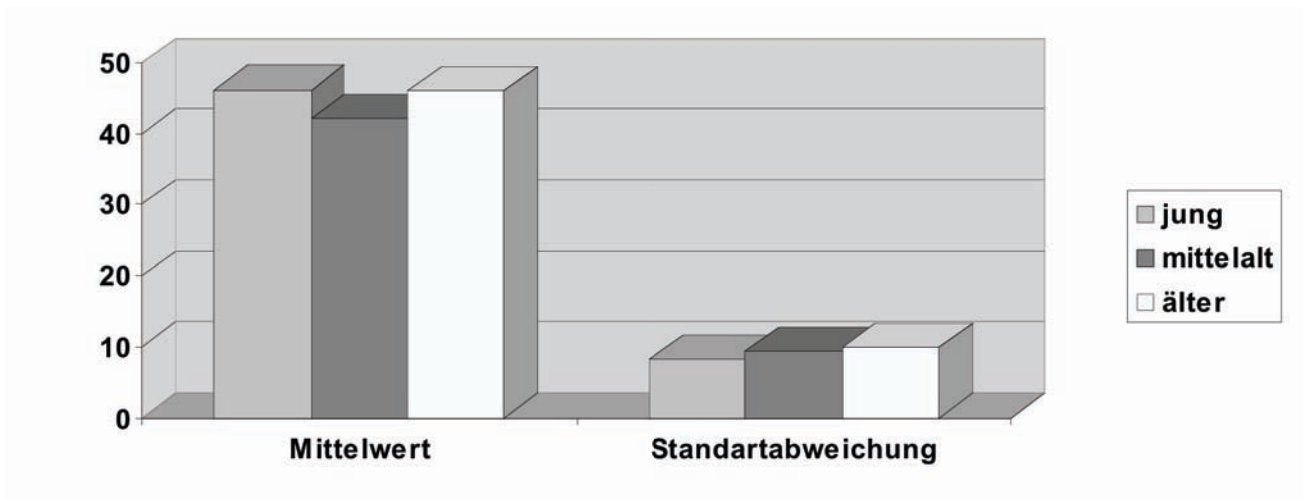
Abbildung 8 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Prognoseskala



4.5.2 Altersspezifische Auswertung der Summenwerte

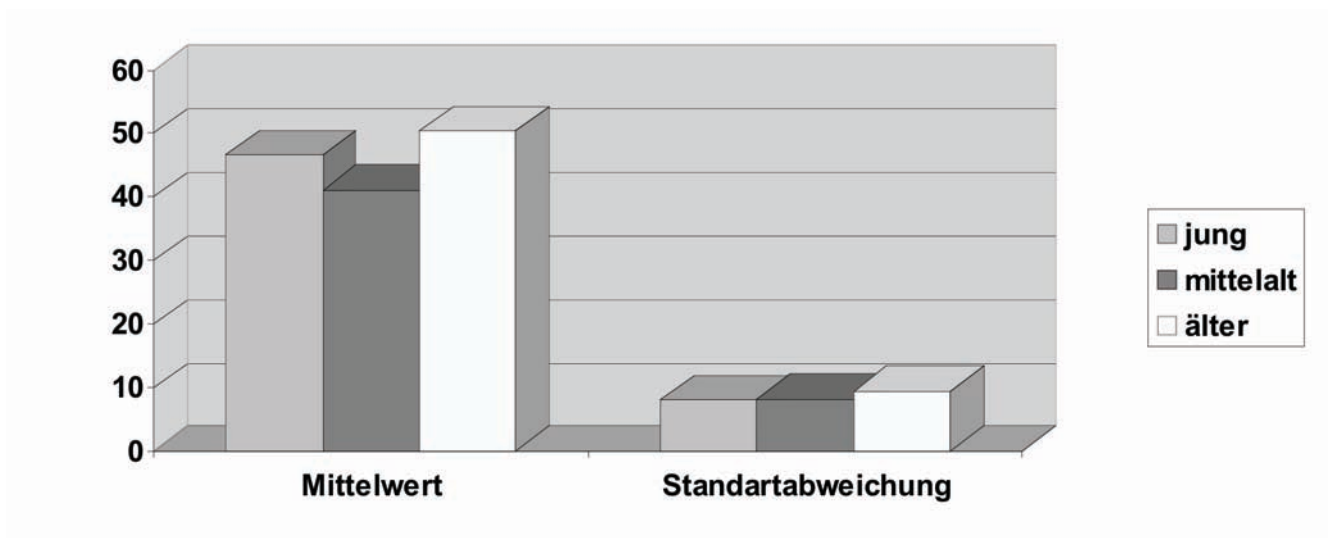
In der Gesamtkohorte zeigt sich, dass der Mittelwert bei den jungen Patienten bei 46,17 besteht (Standardabweichung 8,21). Bei den mittelalten Patienten beträgt der Mittelwert 42,09 bei einer Standardabweichung von 9,27 und bei den älteren Patienten liegt der Mittelwert bei 46,05 bei einer Standardabweichung von 9,91.

Abbildung 9 Altersspezifische Auswertung der Summenwerte: Gesamtkohorte



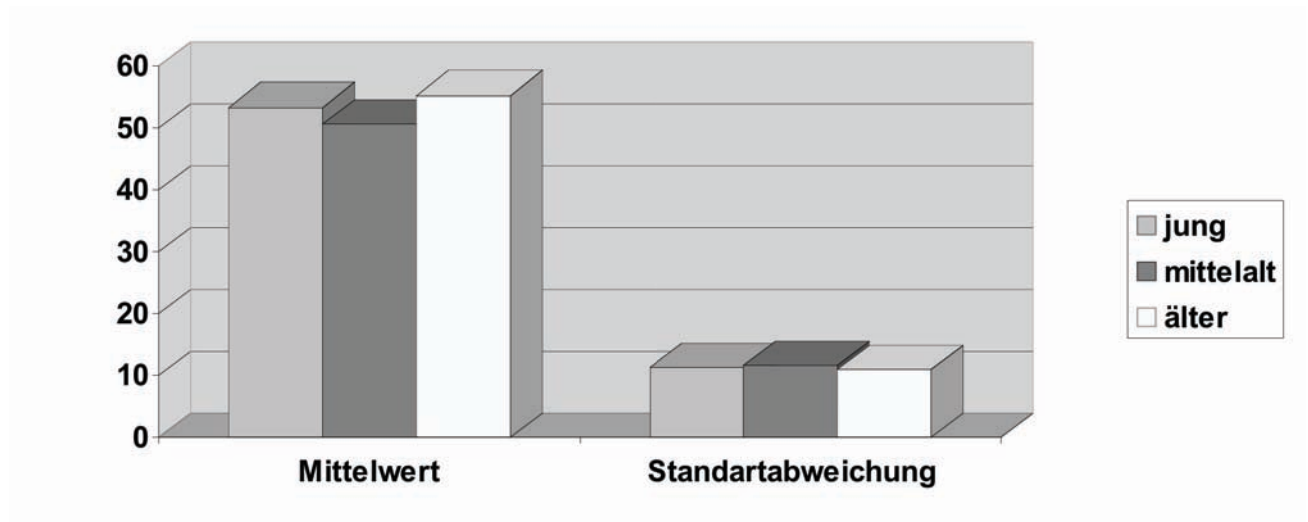
In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten liegt der Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt bei den jungen Patienten bei 46,62, bei einer Standardabweichung von 8,08. Bei den mittelalten Patienten liegt der Mittelwert bei 41,17 bei einer Standardabweichung von 8,17 und bei den älteren Patienten liegt der Mittelwert von 50,33 bei einer Standardabweichung von 9,5.

Abbildung 10 Altersspezifische Auswertung: nachuntersuchte Patienten zum Aufnahmezeitpunkt



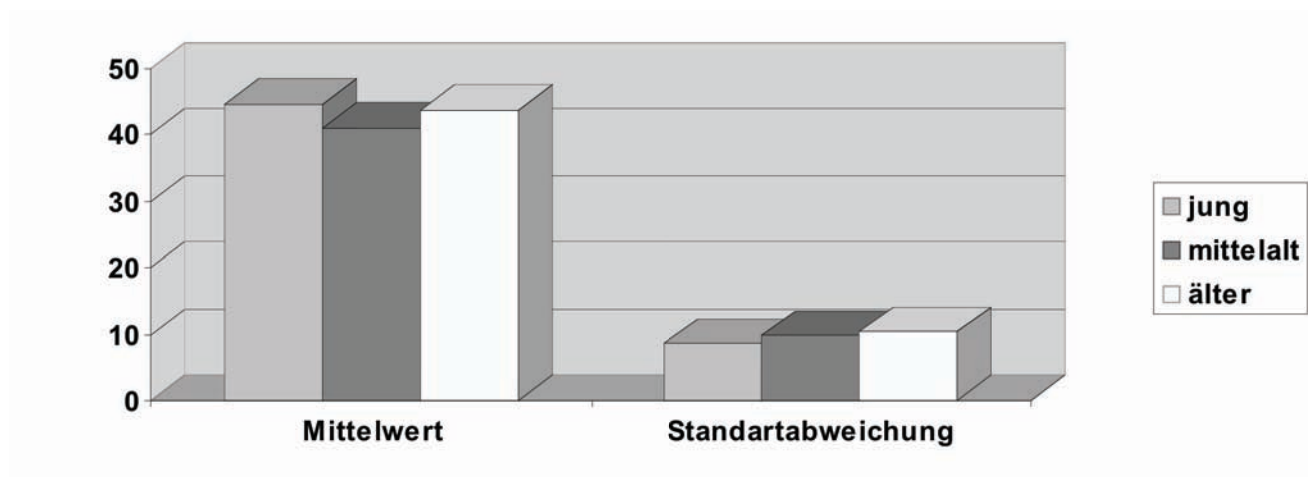
Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung liegt in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten der Mittelwert bei den jungen Patienten bei 53,36, bei einer Standardabweichung von 11,27. Bei den mittelalten Patienten liegt der Mittelwert bei 50,63 bei einer Standardabweichung von 11,61 und bei den älteren Patienten liegt der Mittelwert von 55,33 bei einer Standardabweichung von 11,05.

Abbildung 11 Altersspezifische Auswertung: nachuntersuchte Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung



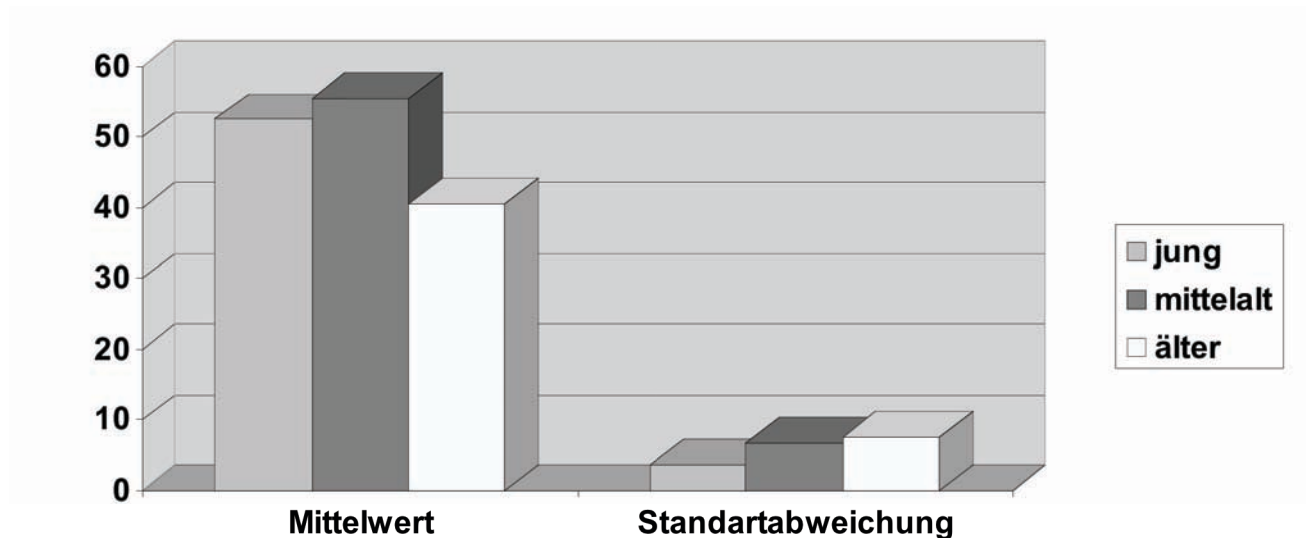
Bei den nicht nachuntersuchten zeigte sich bei den jungen Patienten ein Mittelwert von 44,63, bei einer Standardabweichung von 8,52. Bei den mittelalten Patienten beobachtete man einen Mittelwert von 40,95 (Standardabweichung von 9,77). Der Anteil der älteren Patienten weist einen Mittelwert von 43,71 bei einer Standardabweichung von 10,36.

Abbildung 12 Altersspezifische Auswertung: nicht nachuntersuchte



In der Gruppe der Verstorbenen zeigt sich bei den jungen Patienten ein Mittelwert von 52,5, bei einer Standardabweichung von 3,7. Im Anteil der mittelalten Patienten beobachtete man einen Mittelwert von 55,5 bei einer Standardabweichung von 7,6. Bei den älteren Patienten zeigt sich ein Mittelwert von 40,5 bei einer Standardabweichung von 7,6.

Abbildung 13 Altersspezifische Auswertung: Verstorbene



Die vollständig unbekanntem Patienten zeigten bei der Global Assessment Skale (GAS) eine weniger starke Zustandsbesserung während des stationären Aufenthaltes im Gegensatz zu den nicht aufgefundenen Patienten. Beide Gruppen wiesen einen Wert von 37 zum Zeitpunkt der Aufnahme auf. Zur Entlassung besserte sich der Zustand bei den nicht Aufgefundenen um 29,4 Punkte und bei den partiell unbekanntem Patienten nur um 23,7 Punkte.

4.5.3 Auswertung der Einzelitems

Die Items der Strauss – Carpenter – Skala wurden einzeln untersucht und die der drei Untergruppen (nicht nachuntersuchte Patienten, verstorbene Patienten und nachuntersuchte Patienten) miteinander verglichen. Der zugrunde liegende Gedanke ist es, eventuelle Unterschiede in der psychopathologischen Symptomatik der drei Gruppen aufzufinden und somit einzelne Variable mit besonderer prognostischer Relevanz zu identifizieren.

Im Folgenden werden nur diejenigen Items besprochen, für die sich bei der Bewertung bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt haben.

Die Vergleichsgruppen der nicht nachuntersuchten, verstorbenen und nachuntersuchten Patienten unterscheiden sich bezüglich ihrer Bewertung der verschiedenen Einzelitems nur wenig. Eine größere Abweichung findet man nur bei folgenden Items:

- Qualität sozialer Kontakte
- Familienanamnese psychiatrischer Krankenhausaufenthalte
- erstes Auftreten von Halluzinationen oder Wahn
- was war die längste Periode, in der irgendwelche (mittel bis schwere) psychiatrischen Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden

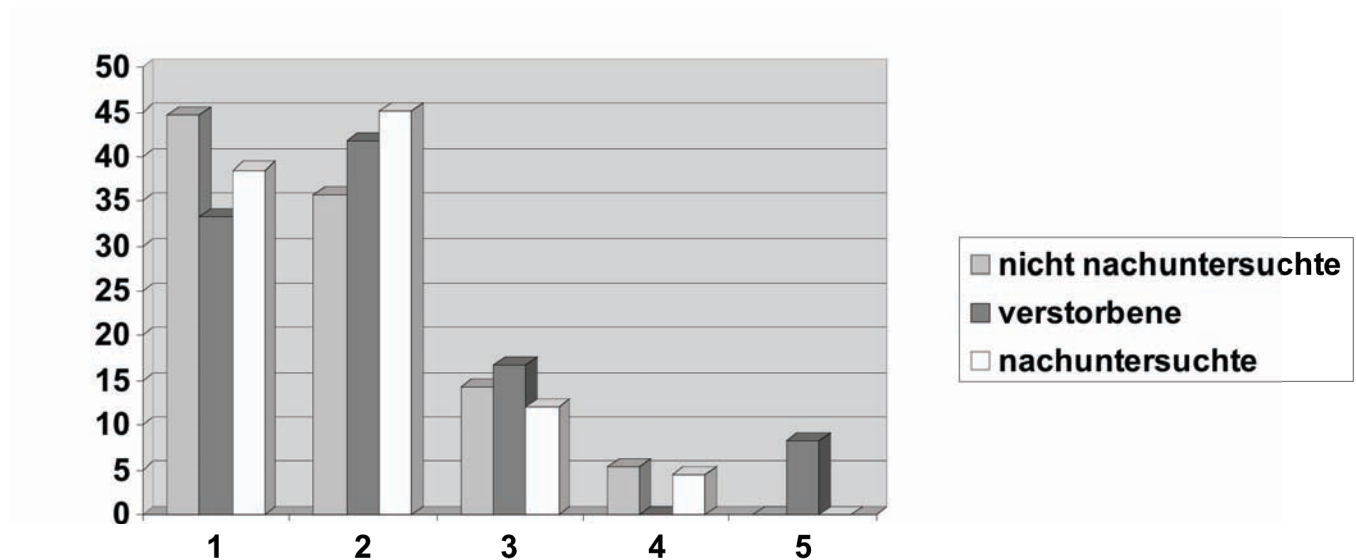
Qualität sozialer Kontakte:

44,6 % der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten hatten eine oder mehrere Beziehungen mit enger Bindung. Im Vergleich dazu waren es nur 33,3 % der Verstorbenen und 38,5 % der nachuntersuchten Patienten.

35,7 % der nicht nachuntersuchten Patienten hatte eine oder mehrere ziemlich enge Beziehungen, dagegen waren es 41,7 % bei den Verstorbenen und sogar 45,1 % bei den nachuntersuchten Patienten.

Nur in der Gruppe der Verstorbenen gab es Patienten (8,3 %), die nur sehr oberflächliche Beziehungen unterhielten.

Abbildung 14 Qualität sozialer Kontakte



1 = eine oder mehrere Beziehungen mit enger Bindung

2 = eine oder mehrere ziemlich enge Beziehungen

3 = eine oder mehrere mäßig enge Beziehungen

4 = eine oder mehrere eher oberflächliche Beziehungen

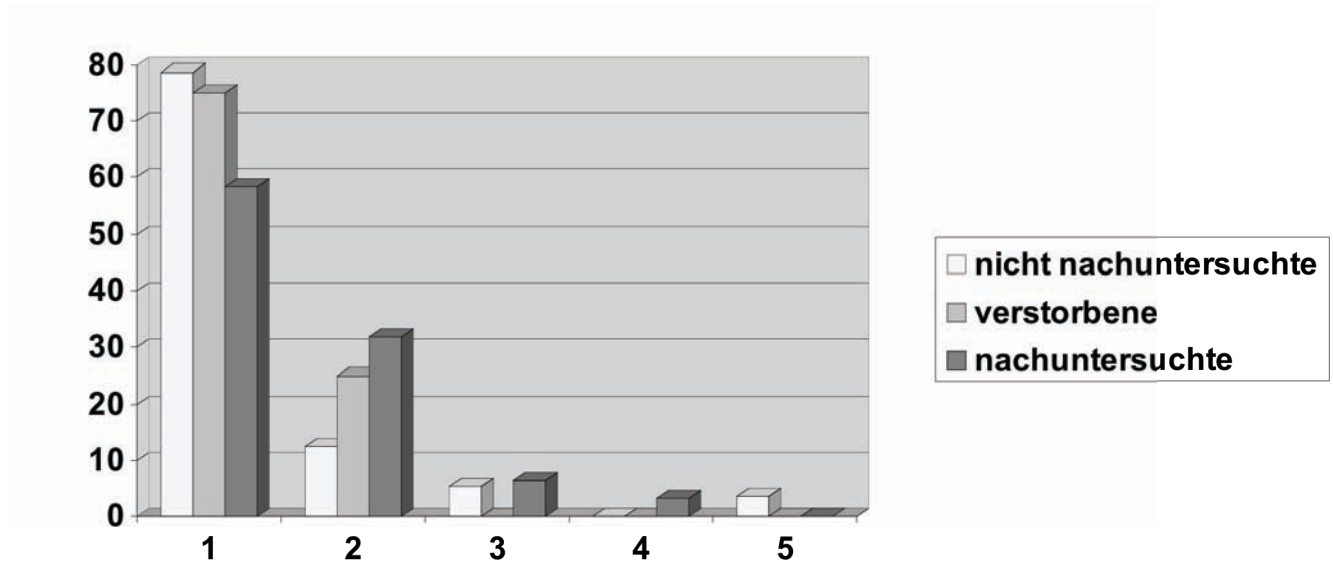
5 = nur sehr oberflächliche Beziehungen (z.B. Grußkontakte mit den Nachbarn)

Familienanamnese psychiatrischer Krankenhausaufenthalte

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten haben 78,6 % keinen Verwandten mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt, nur 12,5 % haben einen Verwandten mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt.

Dagegen sind in der Gruppe der nachuntersuchten nur 58,2 % ohne Verwandten mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt. In dieser Gruppe gibt es einen Anteil von 31,9 %, die ein Mitglied der Familie mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt haben.

Abbildung 15: Familienanamnese psychiatrischer Krankenhausaufenthalte



1 = kein Mitglied der Familie mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt

2 = ein Mitglied der Familie mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt

3 = zwei Mitglieder der Familie mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt

4 = drei Mitglieder der Familie mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt

5 = vier oder mehr Mitglieder der Familie mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt

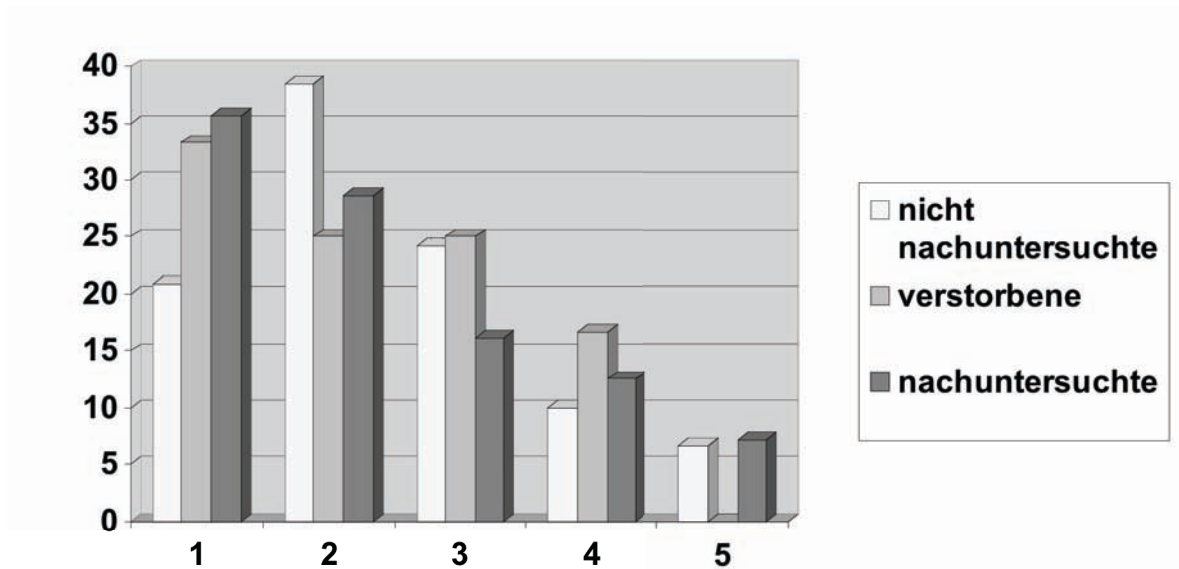
Erstes Auftreten von Halluzination und Wahn

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten hatten nur 20,9 % keine derartigen Symptome. In dieser Gruppe hatten 38,5 % die Symptome bereits vor einer Woche, aber nicht länger als 6 Monate und 40,7 % hatten die Symptome bereits länger als 6 Monate.

Keine derartigen Symptome oder erst seit einer Woche hatten 35,7 % der Patienten der Gruppe der nachuntersuchten, bei 28,6 % waren Halluzinationen oder Wahn erstmals in einem Zeitraum von maximal 6 Monaten vor Indexaufnahme aufgetreten und bei 35,7 % der Patienten traten die Symptome bereits länger als ein halbes Jahr vor der Klinikaufnahme auf.

Von den Verstorbenen Patienten zeigten 33,3 % keine derartigen Symptome, 25 % hatten die Symptome bereits vor einer Woche aber nicht länger als 6 Monate und 41,7 % hatten die Symptome bereits länger als 6 Monate vor Aufnahme.

Abbildung 16: Erstes Auftreten von Halluzination und Wahn



1 = keine derartigen Symptome oder erst seit einer Woche

2 = eines/mehrere Symptome erstmals bereits vor einer Woche, aber nicht länger als 6 Monate

3 = Auftreten dieser Symptome bereits vor 6 Monaten, aber nicht früher als vor 2 Jahren

4 = erstes Auftreten dieser Symptome vor 2 bis 5 Jahren

5 = eines oder mehrere dieser Symptome bereits vor mehr als 5 Jahren aufgetreten

Was war die längste Periode, während der irgendwelche mittel bis schwere psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten war bei 32,1 % der Patienten die Periode in der irgendwelche mittel bis schwere psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden 0 bis 4 Wochen lang.

Bei 25 % war die Periode 1 bis 6 Monate lang. Nur bei 5,4 % war die Periode 6 Monate bis ein Jahr lang.

Bei 14,3 % war die Periode länger als ein Jahr aber weniger als 2 Jahre und bei 23,2 % länger als 2 Jahre.

In der Gruppe der Verstorbenen war nur bei 8,3 % der Patienten die Periode in der irgendwelche mittel bis schwere psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden 0 bis 4 Wochen lang.

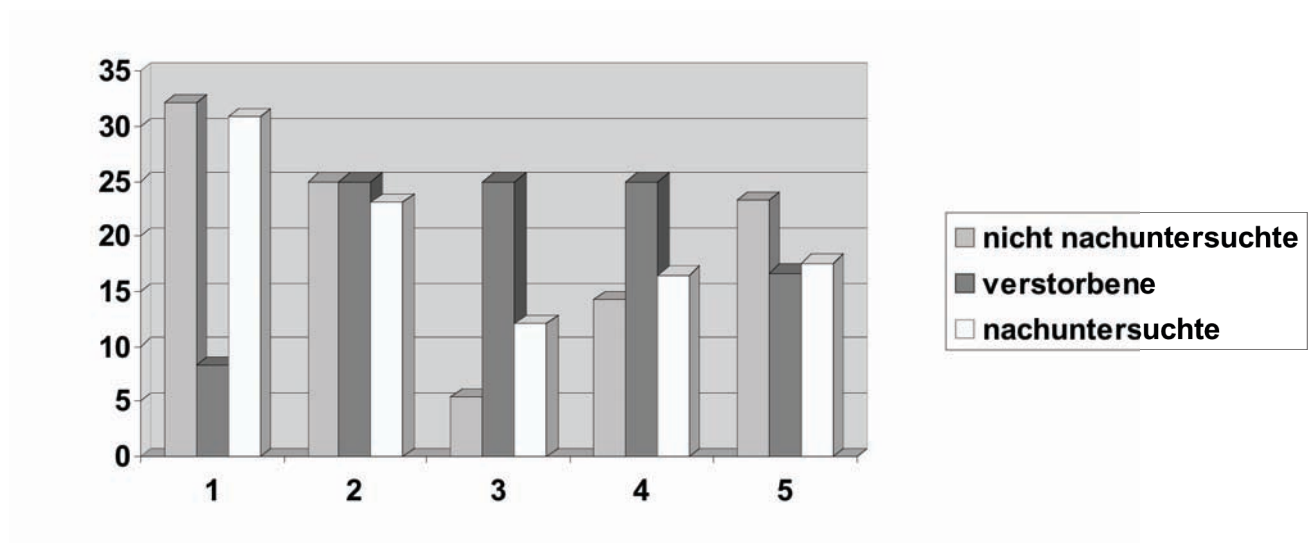
Bei 75 % bestanden die Störungen schon seit mehr als 4 Wochen aber kürzer als 2 Jahre und bei 16,7 % seit über 2 Jahren.

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten war bei 30,8 % der Patienten die Periode in der irgendwelche mittel bis schwere psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden 0 bis 4 Wochen lang.

Bei 23,1 % war die Periode 1 bis 6 Monate lang. Bei 12,1 % bestanden die Symptome zwischen 6 und 12 Monaten.

Bei 16,5 % zeigten sich die Symptome länger als ein Jahr aber kürzer als zwei Jahre und bei 17,6 % länger als zwei Jahre.

Abbildung 17: Was war die längste Periode, während der irgendwelche mittel bis schwere psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden



1 = 0 bis 4 Wochen

2 = 1 bis 6 Monate

3 = 6 Monate bis 1 Jahr

4 = mehr als 1 und weniger als 2 Jahre

5 = über 2 Jahre

4.6 Ergebnisse der AMDP – Auswertung

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Auswertung sei erwähnt, dass ein Syndrom nur dann als sicher vorhanden gewertet werden kann, wenn der Summenscore, der für dieses Syndrom charakteristischen AMDP-Werte, über vier liegt.

Tabelle 20 Ergebnisse der AMDP-Auswertung

Syndrom	Untergruppe	Mittelwert bei Aufnahme	Mittelwert bei Entlassung
---------	-------------	-------------------------	---------------------------

*Standardabweichung in Klammern

apathisch	nachuntersuchte	0,61 (*1,33)	0,15 (*0,55)
	nicht nachuntersuchte	0,67 (*1,04)	0,18 (*0,42)
	Verstorbene	2,6 (*3,37)	0,5 (*0,71)

Depressiv	nachuntersuchte	6,05 (*5,56)	0,82 (*1,83)
	nicht nachuntersuchte	4,25 (*3,62)	0,67 (*1,16)
	Verstorbene	5,1 (*7,02)	0,8 (*0,79)

Hostilitätssyndrom	nachuntersuchte	4,29 (*4,26)	1,31 (*2,78)
	nicht nachuntersuchte	5,38 (*4,74)	1,67 (*3,02)
	Verstorbene	3,80 (*3,01)	2,10 (*2,56)

Manisches Syndrom	nachuntersuchte	2,23 (*3,23)	0,46 (*1,26)
	nicht nachuntersuchte	2,89 (*3,74)	0,40 (*1,10)
	Verstorbene	2,50 (*4,38)	0,90 (*1,52)

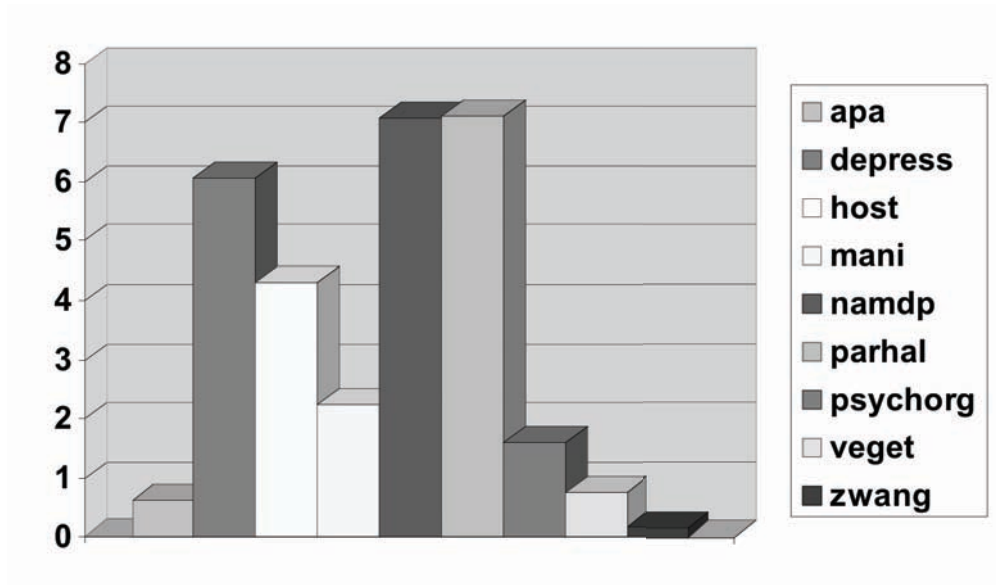
NAMDP – Syndrom	nachuntersuchte	7,06 (*4,79)	2,24 (*3,11)
	nicht nachuntersuchte	6,24 (*4,78)	1,58 (*2,55)
	Verstorbene	4,80 (*4,39)	1,40 (*2,01)
paranoid – halluzinatorisches Syndrom	nachuntersuchte	7,09 (*6,63)	0,92 (*2,99)
	nicht nachuntersuchte	9,29 (*6,87)	1,33 (*2,97)
	Verstorbene	6,80 (*6,27)	1,70 (*3,59)

Psychoorganisches Syndrom	nachuntersuchte	1,61 (*2,20)	0,17 (*0,63)
	nicht nachuntersuchte	1,89 (*2,56)	0,25 (*0,82)
	Verstorbene	1,30 (*4,11)	0,0 (*0,0)

Vegetatives Syndrom	nachuntersuchte	0,75 (*1,39)	0,13 (*0,40)
	nicht nachuntersuchte	0,51 (*1,26)	0,16 (*0,46)
	Verstorbene	0,60 (*1,26)	0,0 (*0,0)

Zwangssyndrom	nachuntersuchte	0,16 (*0,61)	0,0 (*0,0)
	nicht nachuntersuchte	0,09 (*0,67)	0,0 (*0,0)
	Verstorbene	0,0 (*0,0)	0,0 (*0,0)

Abbildung 18 Verteilung der Durchschnittswerte bei den nachuntersuchten



4.6.1 Das depressive Syndrom

Der Mittelwert der nachuntersuchten Patienten bei Erstaufnahme liegt im depressiven Syndrom bei 6,1 mit einer Standardabweichung von 5,6. Alle Werte liegen im Bereich zwischen 0 und maximal 28. 47,1 % der nachuntersuchten Patienten weisen das Syndrom nicht mit Sicherheit auf (Score ≤ 4), 13,8 % überhaupt nicht (Score = 0).

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten liegt der Mittelwert bei Aufnahme bei 4,3 bei einer Standardabweichung von 3,6. Hier liegen die Werte im Bereich zwischen 0 und 14, wobei 58,2 % der nicht nachuntersuchten Patienten nicht sicher Symptome, hiervon 20 % gar keine Symptome zeigen (Score = 0).

In der Gruppe der Verstorbenen zeigt sich ein Mittelwert von 5,1 bei einer Standardabweichung von 7,0. In dieser Gruppe zeigen 60 % keine (20 %) oder nicht sichere Symptome. Ein Patient (10 %) dieser Gruppe zeigt eine schwere Ausprägung depressiver Symptome (Score = 24).

4.6.2 Das paranoid-halluzinatorische Syndrom

Der Mittelwert der nachuntersuchten Patienten bei Erstaufnahme liegt im paranoid-halluzinatorischen Syndrom bei 7,1 mit einer Standardabweichung von 6,6. Alle Werte liegen im Bereich zwischen 0 und maximal 32. 47,1 % der nachuntersuchten Patienten

weisen das Syndrom nicht mit Sicherheit auf (Score ≤ 4), 18,4 % überhaupt nicht (Score = 0).

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten liegt der Mittelwert bei Aufnahme bei 9,3 bei einer Standardabweichung von 6,9. Hier liegen die Werte im Bereich zwischen 0 und 25, wobei nur 25,5 % der nicht nachuntersuchten Patienten nicht sicher Symptome, hiervon 10,1 % gar keine Symptome zeigen (Score = 0).

In der Gruppe der Verstorbenen zeigt sich ein Mittelwert von 6,8 bei einer Standardabweichung von 6,3. In dieser Gruppe zeigen 50 % keine (30 %) oder nicht sichere Symptome.

Zum Entlassungszeitpunkt zeigt sich in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten ein Mittelwert von 0,9 bei einer Standardabweichung von 3. Nun liegen die Werte im Bereich zwischen 0 und 21. Zu diesem Zeitpunkt weisen 93,1 % wenig oder keine (82,8 %) Symptome mehr auf.

Die Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten wies zum Entlassungszeitpunkt einen Mittelwert von 1,3 bei einer Standardabweichung von 3 auf. Hier lagen die Werte im Bereich von 0 bis 17. Nur 87,3 % wiesen zu diesem Zeitpunkt keine sicheren Symptome mehr auf und nur 69,1 % gar keine mehr.

Bei den Verstorbenen Patienten lag der Mittelwert bei Entlassung bei 1,7 bei einer Standardabweichung von 3,6. Hier zeigten 80 % keine Symptome mehr und die restlichen 20 % doch noch mittelschwere (Score = 8-9).

4.6.3 Das NAMDP – Syndrom

Der Mittelwert der nachuntersuchten Patienten bei Erstaufnahme liegt im NAMDP – Syndrom bei 7,6 mit einer Standardabweichung von 4,8. Alle Werte liegen im Bereich zwischen 0 und maximal 21. 32,2 % der nachuntersuchten Patienten weisen das Syndrom nicht mit Sicherheit auf (Score ≤ 4), 9,2 % überhaupt nicht (Score = 0).

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten liegt der Mittelwert bei Aufnahme bei 6,2 bei einer Standardabweichung von 4,8. Hier liegen die Werte im Bereich zwischen 0 und 24, wobei 41,8 % der nicht nachuntersuchten Patienten nicht sicher Symptome, hiervon 10,9 % gar keine Symptome zeigen (Score = 0).

In der Gruppe der Verstorbenen zeigt sich ein Mittelwert von 6,8 bei einer Standardabweichung von 6,3. In dieser Gruppe zeigen 60 % nicht sichere oder keine (20 %) Symptome.

Zum Entlassungszeitpunkt zeigt sich in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten ein Mittelwert von 2,25 bei einer Standardabweichung von 3,1. Nun liegen die Werte im Bereich zwischen 0 und 15. Zu diesem Zeitpunkt weisen 81,6 % wenig oder keine (46 %) Symptome mehr auf.

Die Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten wies zum Entlassungszeitpunkt einen Mittelwert von 1,6 bei einer Standardabweichung von 2,6 auf. Hier lagen die Werte im Bereich von 0 bis 10. Nur 87,3 % wiesen zu diesem Zeitpunkt keine sicheren Symptome mehr auf und nur 50,9 % gar keine mehr.

Bei den verstorbenen Patienten lag der Mittelwert bei Entlassung bei 1,4 bei einer Standardabweichung von 3,6. Hier zeigten 90 % keine Symptome mehr und die restlichen 10 % doch noch mittelschwere (Score = 4).

Die meisten Symptome, die bei den nicht nachuntersuchten Patienten häufiger aufgetreten sind, sind Symptome aus dem Bereich des paranoid – halluzinatorischen Syndroms. So ist es auch nicht verwunderlich, dass dieses Syndrom bei den nicht nachuntersuchten Patienten häufiger nachgewiesen wurde als bei den nachuntersuchten Patienten.

So weisen 47,1 % der nachuntersuchten Patienten das Syndrom bei Aufnahme nicht mit Sicherheit auf (Score ≤ 4). Dagegen zeigen nur 25,5 % der nicht nachuntersuchten Patienten nicht sichere Symptome des paranoid – halluzinatorischen – Syndroms.

Dagegen besteht das depressive Syndrom unter anderem aus den Symptomen Antriebssteigerung und Durchschlafstörungen und so ist es nicht verwunderlich, wenn sich hier das Bild umdreht.

Zum Aufnahmezeitpunkt weisen mit 47,1 % der nachuntersuchten Patienten, wesentlich weniger das depressive Syndrom nicht mit Sicherheit auf, als die nicht nachuntersuchten Patienten. Bei denen zeigen 58,2 % der Patienten keine sicheren Symptome.

Auch das NAMDP – Syndrom beinhaltet das Symptom der Antriebsarmut. Hier ist ein ähnliches Bild zu beobachten wie bei dem depressiven Syndrom.

32,2 % der nachuntersuchten Patienten weisen das Syndrom nicht mit Sicherheit auf.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten zeigen mit 41,8 % der Patienten deutlich mehr nicht sichere Symptome.

4.6.4 Ergebnisse der Summenwerte des AMDP – Fragebogens

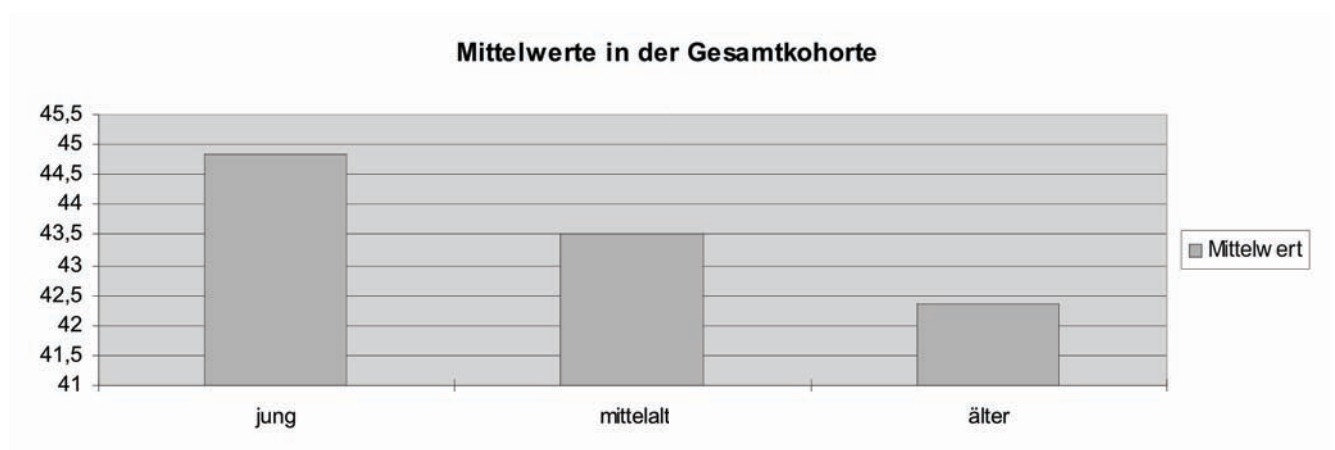
Im Folgenden werden die Summenwerte der AMDP – Skala verglichen. Bei den 201 Einzelitems können jeweils Werte von 0 = nicht vorhanden bis 3 = schwer ausgeprägt verteilt werden.

In der Gesamtkohorte zeigt sich zum Aufnahmezeitpunkt ein Mittelwert von 43,98 bei einer Standardabweichung von 20,89.

Tabelle 21 Ergebnisse der AMDP-Fragebogens: Gesamtkohorte

	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	44,84	76	20,87
mittleres Alter	43,5	61	20,69
ältere Patienten über 48 Jahre	42,36	22	22,34
Gesamt	43,98	159	20,89

Abbildung 19 Mittelwert der Gesamtkohorte



Mittelwerte in den Untergruppen

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigt sich ein Mittelwert von 44,21 bei einer Standardabweichung von 20,47.

Tabelle 22 Ergebnisse der AMDP-Fragebogens: nachuntersuchte

	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	43	43	20,90
mittleres Alter	43,51	39	20,32
ältere Patienten über 48 Jahre	53	9	18,97
Gesamt	44,21	91	20,47

Die Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten weist einen Mittelwert von 43,52 auf, bei einer Standardabweichung von 21,47.

Tabelle 23 Ergebnisse der AMDP-Fragebogens: nicht nachuntersuchte

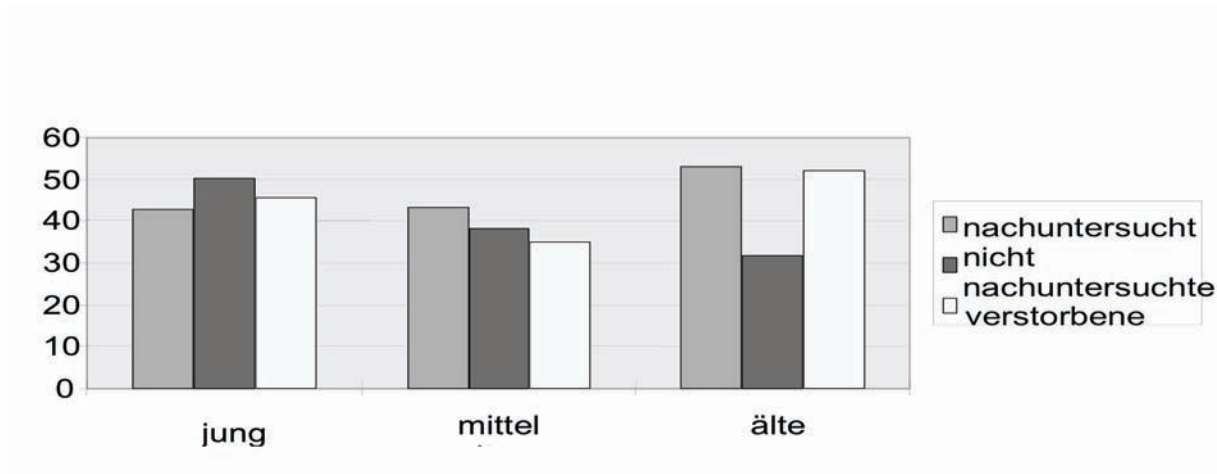
	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	50,31	29	22,07
mittleres Alter	38,39	19	17,61
ältere Patienten über 48 Jahre	31,89	9	20,64
Gesamt	43,52	56	21,47

Bei den verstorbenen Patienten zeigt sich ein Mittelwert von 44,42 und eine Standardabweichung von 23,11.

Tabelle 24 Ergebnisse des AMDP-Fragebogens: Verstorbene

	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	45,75	4	24,81
mittleres Alter	35,25	4	28,04
ältere Patienten über 48 Jahre	52,25	4	19
Gesamt	44,42	12	23,11

Abbildung 20 Ergebnisse des AMDP-Fragebogens

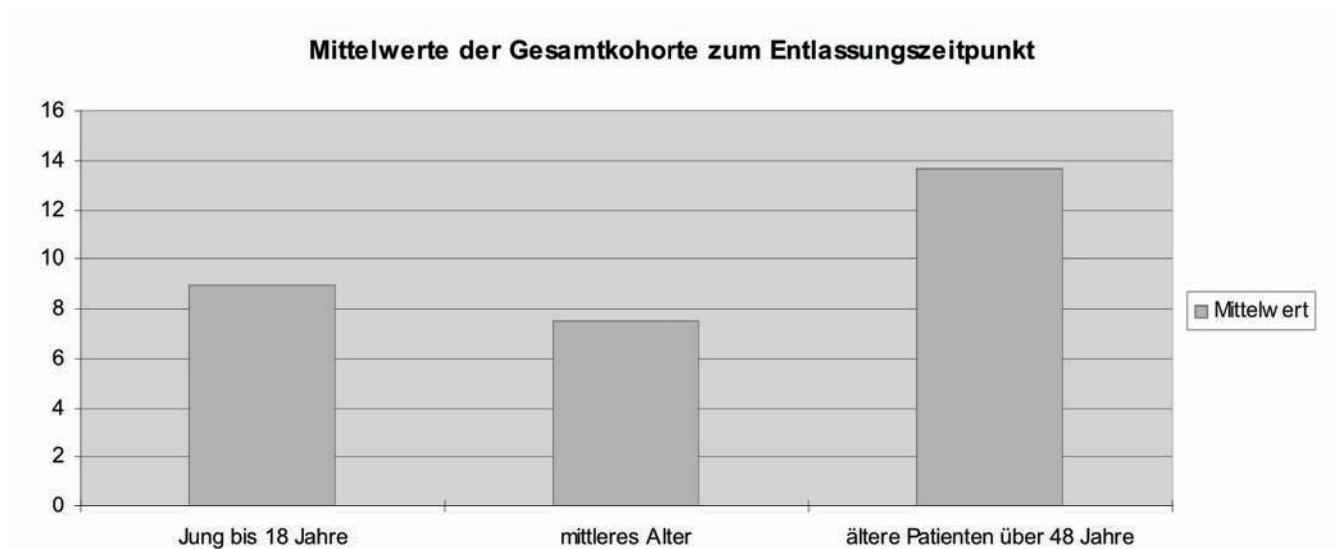


Zum Zeitpunkt der Entlassung zeigt sich in allen Gruppen eine wesentliche Besserung des psychopathologischen Befundes. In der Gesamtkohorte besteht noch ein Mittelwert von 9,04 bei einer Standardabweichung von 11,25.

Tabelle 25 Ergebnisse des AMDP-Fragebogens: Zeitpunkt der Entlassung

	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	8,96	76	11,75
mittleres Alter	7,49	61	7,72
ältere Patienten über 48 Jahre	13,64	22	16,14
Gesamt	9,04	159	11,25

Abbildung 21 Mittelwerte der Gesamtkohorte zum Entlassungszeitpunkt



In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigt sich zum Entlassungszeitpunkt ein Mittelwert von 9,32 bei einer Standardabweichung von 12,78.

Tabelle 26 Mittelwerte der nachuntersuchten Patienten zum Entlassungszeitpunkt

	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	9,07	43	13,53
mittleres Alter	6,87	39	7,44
ältere Patienten über 48 Jahre	19,1	9	20,79
Gesamt	9,23	91	12,78

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigt sich ein Mittelwert von 8,54 bei einer Standardabweichung von 9,25.

Tabelle 27 Mittelwerte der nicht nachuntersuchten Patienten zum Entlassungszeitpunkt

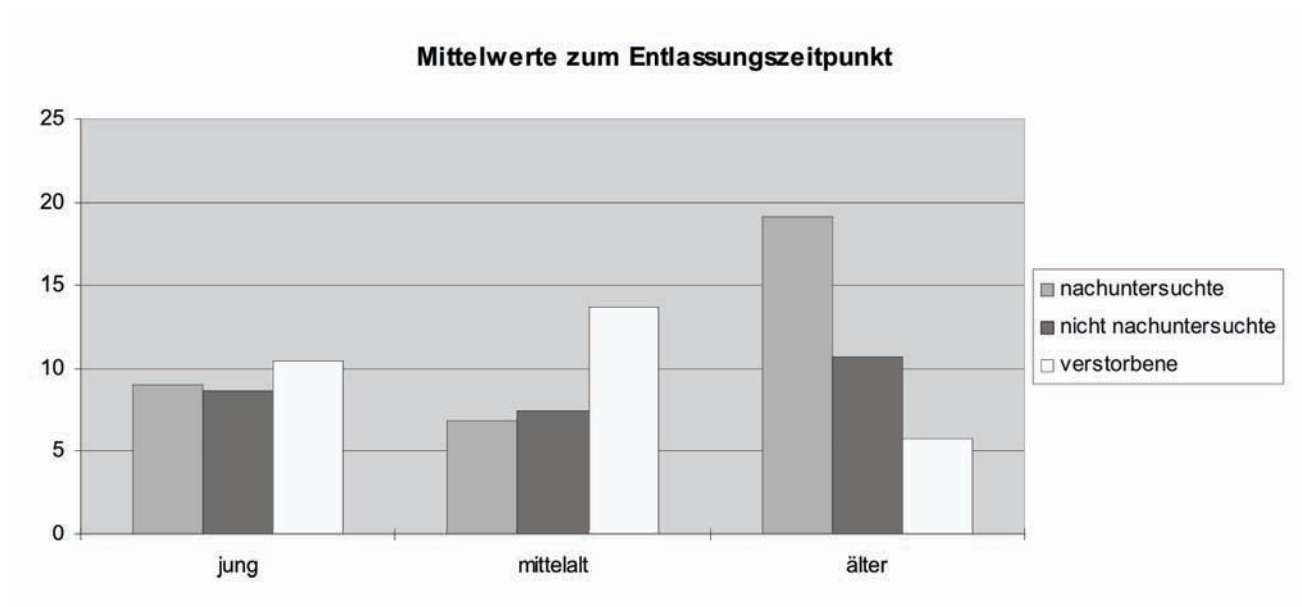
	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	8,6	29	9,65
mittleres Alter	7,44	19	7,69
ältere Patienten über 48 Jahre	10,75	9	11,54
Gesamt	8,54	56	9,25

Einen Mittelwert von 10 zeigt sich in der Gruppe der Verstorbenen. (Standardabweichung von 7,24)

Tabelle 28 Mittelwerte der Verstorbenen zum Zeitpunkt der Entlassung

	Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Jung bis 18 Jahre	10,5	4	6,25
mittleres Alter	13,75	4	9,95
ältere Patienten über 48 Jahre	5,75	4	3,3
Gesamt	10	12	7,24

Abbildung 22 Mittelwerte der Untergruppen zum Entlassungszeitpunkt



4.6.5 Auswertung der Einzelitems

Im Folgenden werden die Einzelitems ausgewertet.

Da es insgesamt über 200 Einzelfragen gibt, werden nur die Items ausgewertet, bei denen ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht, das heißt, bei denen der Unterschied mindestens 10 % beträgt.

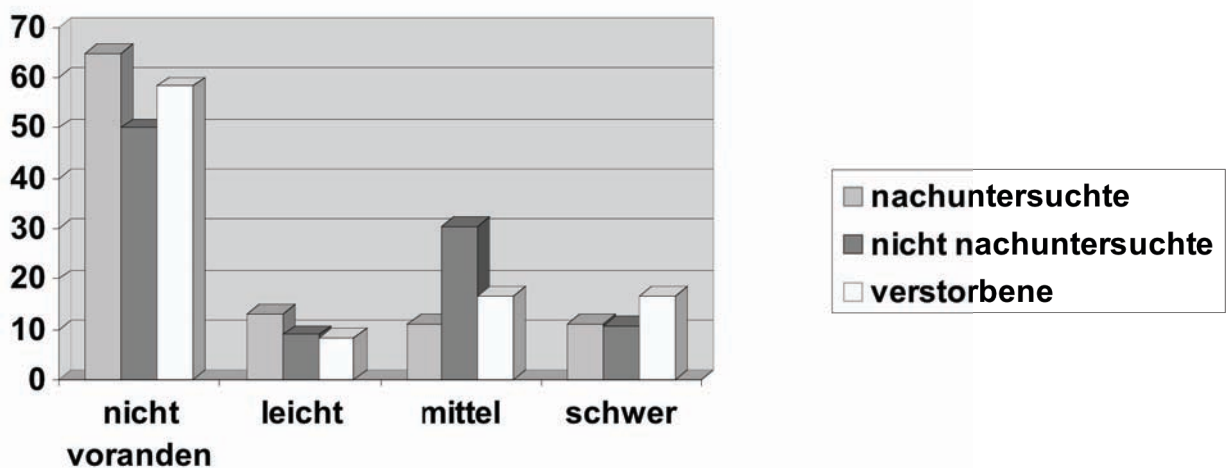
Misstrauen

Bei den Befürchtungen und Zwängen bestanden in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 35,2 % der Fälle Misstrauen. Davon bei 13,2 % in leichter und jeweils 11 % in mittlerer und in schwerer Ausprägung.

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten wiesen 50 % der Patienten Misstrauen auf. Hier zeigten 8,9 % Misstrauen in leichter Ausprägung. 30,4 % in mittelschwerer Ausprägung und 10,7 % in schwerer Ausprägung.

Bei den Verstorbenen wiesen 41,7 % dieses Symptom auf. Davon 8,3 % in leichter und jeweils 16,7 % in mittelschwerer und in schwerer Ausprägung.

Abbildung 23 Misstrauen



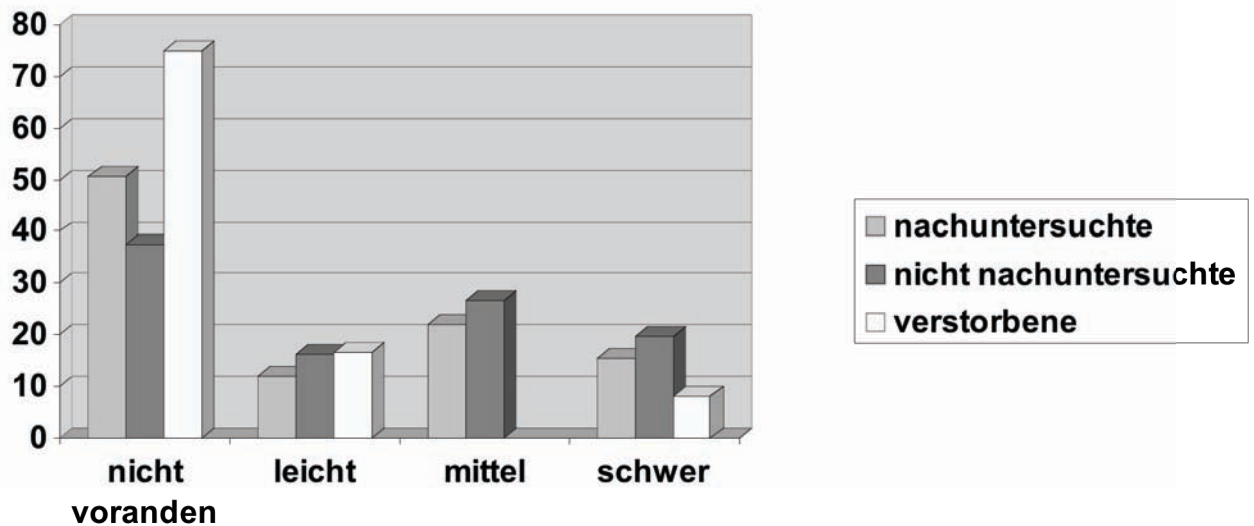
Wahnstimmung

Die nachuntersuchten Patienten wiesen zu 49,5 % eine Wahnstimmung auf. Davon 12,1 % in leichter, 22 % in mittlerer und 15,4 % in schwerer Ausprägung.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten zeigten 62,5 % eine Wahnstimmung. Hier verteilte sich die Ausprägung wie folgt: 16,1 % leicht, 26,8 % mittel und 19,6 % schwer.

In der Gruppe der Verstorbenen zeigten nur 25 % eine Wahnstimmung. Davon 16,7 % in leichter und 8,3 % in schwerer Ausprägung.

Abbildung 24 Wahnstimmung



Wahngedanken

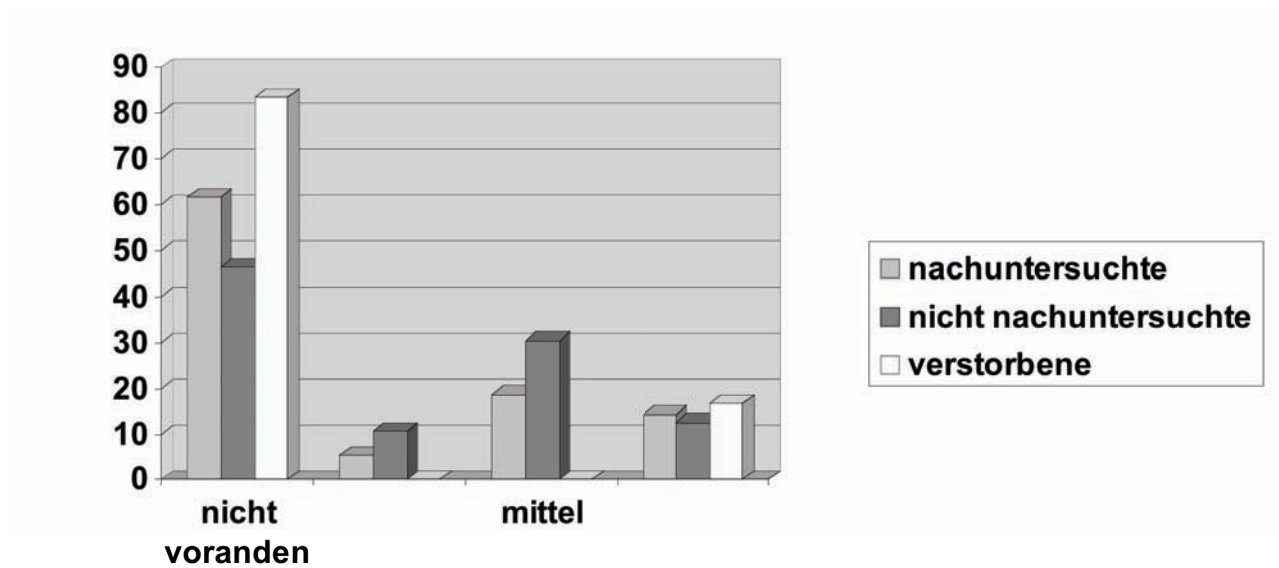
Wahngedanken bestanden in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 38,5 %.

Hier zeigten sich bei 5,5 % eine leichte Ausprägung, bei 18,7 % eine mittelschwere und bei 14,3 % eine schwere Ausprägung.

Die nicht nachuntersuchten Patienten wiesen zu 53,6 % Wahngedanken auf. Hier zeigten 10,7 % leichte, 30,4 % mittelschwere und 12,5 % schwere Ausprägung diese Symptomatik.

Bei den Verstorbenen zeigten sich 16,7 % mit Wahngedanken, die jeweils schwer ausgeprägt waren.

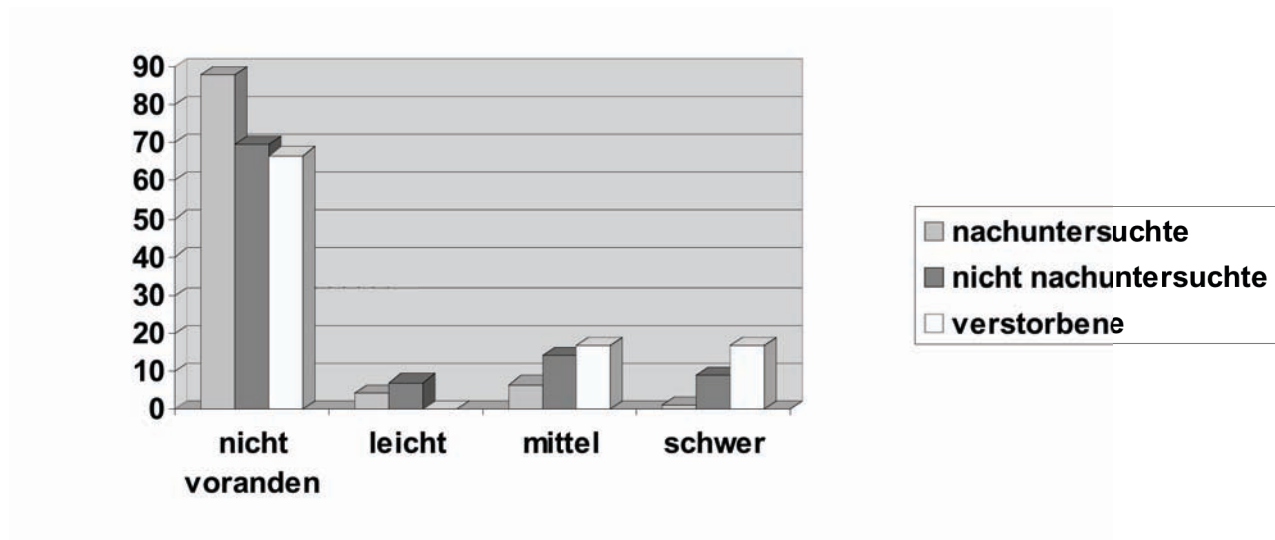
Abbildung 25 Wahngedanke



systematischer Wahn

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten wiesen 12,1 % einen systematisierten Wahn auf. 4,4 % in leichter, 6,6 % in mittelschwerer und 1,1 % in schwerer Form. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten zeigten 30,4 % einen systematischen Wahn. Hier waren 7,1 % in leichter, 14,3 % in mittlerer und 8,9 % in schwerer Ausprägung. In der Gruppe der Verstorbenen hatten 33,4 % einen systematischen Wahn. Davon jeweils 16,7 % in mittelschwerer und in schwerer Ausprägung.

Abbildung 26 systematischer Wahn



Die partiell unbekanntenen Patienten zeigten doppelt so häufig einen systematisierten Wahn zum Aufnahmezeitpunkt auf als die nicht aufgefundenen Patienten. Einen systematisierten Wahn zeigten nur 22 % der nicht aufgefundenen Patienten und 44 % der unbekanntenen Patienten.

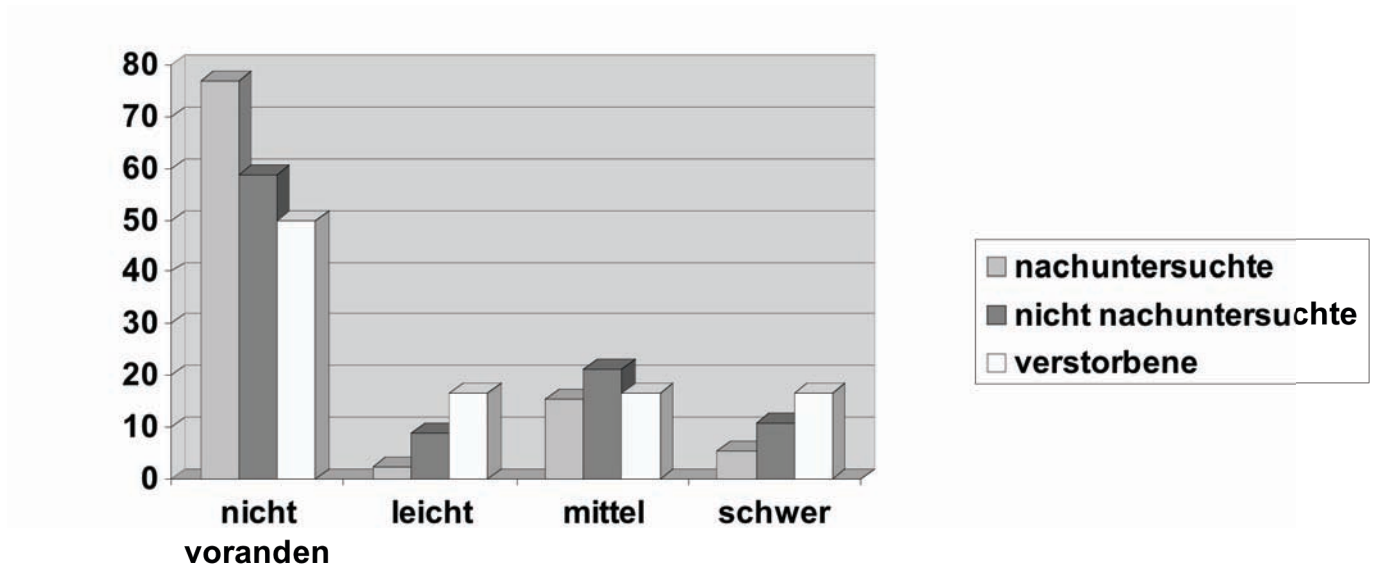
Wahndynamik

Eine Wahndynamik wiesen in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten 23,1 % auf. Davon 2,2 % in leichter, 15,4 % in mittelschwerer und 5,5 % in schwerer Form.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten zeigte sich in 41,1 % der Fälle eine Wahndynamik. hier in 8,9 % in leichter, bei 21,4 % in mittelschwerer und bei 10,7 % in schwerer Form.

In der Gruppe der Verstorbenen wiesen 50,1 % eine Wahndynamik auf. Jeweils bei 16,7 % zeigte sich leichte, mittelschwere bzw. schwere Form.

Abbildung 27 Wahndynamik

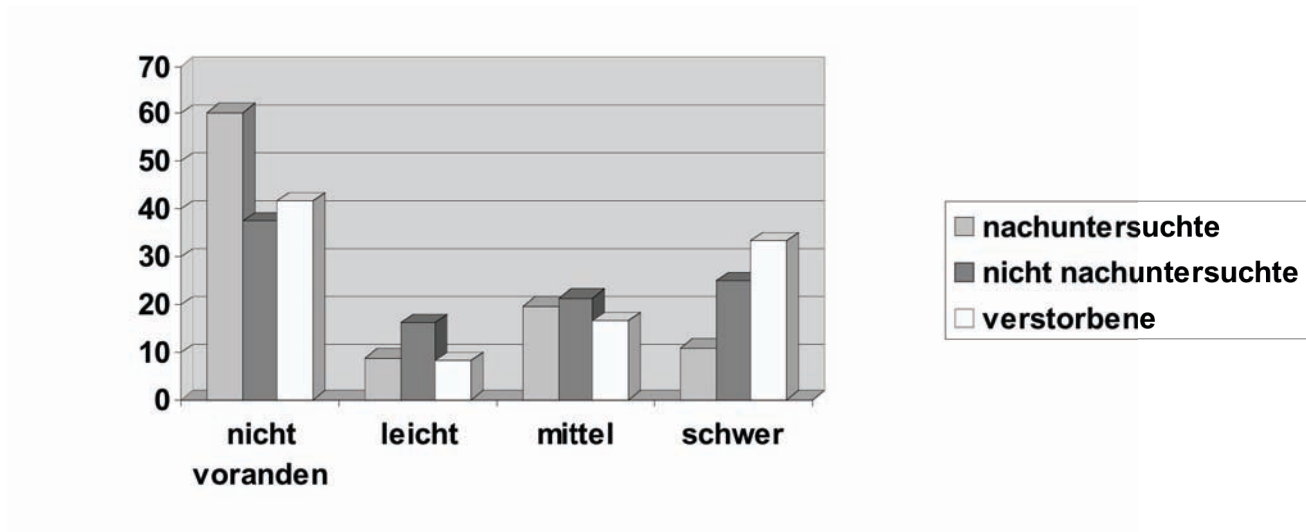


Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigten 39,6 % einen Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn. Davon war bei 8,8 % dieses Symptom leicht, bei 19,8 % mittel und bei 11 % schwer ausgeprägt. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten litten 62,5 % an Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn. Hier war diese Symptomatik bei 16,1 % der Patienten leicht, bei 21,4 % mittelschwerer und bei 25 % schwerer ausgeprägt.

In der Gruppe der Verstorbenen gab es 58,3 % mit Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn. 8,3 % wiesen dieses Symptom leicht, 16,7 % mittelschwer und 33,3 % schwer auf.

Abbildung 28 Beeinträchtigungs- Verfolgungswahn

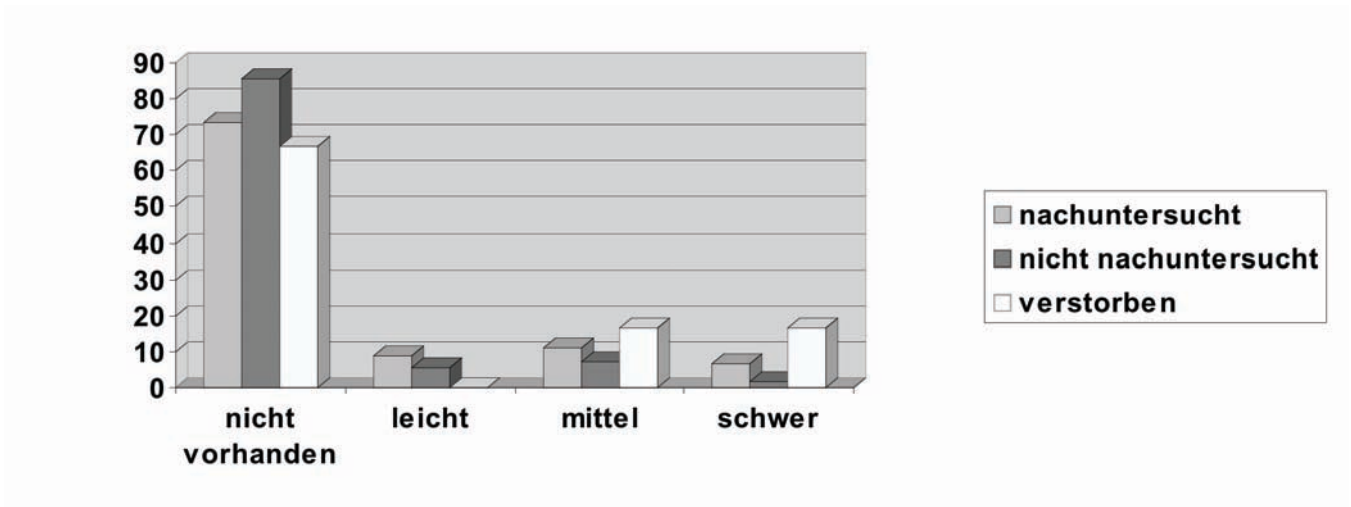


Die partiell unbekannteten Patienten zeigten doppelt so häufig einen systematisierten Wahn zum Aufnahmezeitpunkt auf als die nicht aufgefundenen Patienten. Einen systematisierten Wahn zeigten nur 22 % der nicht aufgefundenen Patienten und 44 % der unbekannteten Patienten.

affektarm

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten wiesen 26,4 % Affektarmut auf. Davon war bei 8,8 % dieses Symptom leicht, bei 11 % mittelschwer und bei 6,6 % schwer ausgeprägt. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten waren 14,3 % affektarm. Hier wiesen 5,4 % leichte, 7,1 % mittelschwer und 1,8 % schwer Form dieser Symptomatik auf. In der Gruppe der Verstorbenen gab es 33,4 % der Patienten mit Affektarmut. Hier litten jeweils 16,7 % an mittelschwerer bzw. schwerer Ausprägung.

Abbildung 29 affektarm



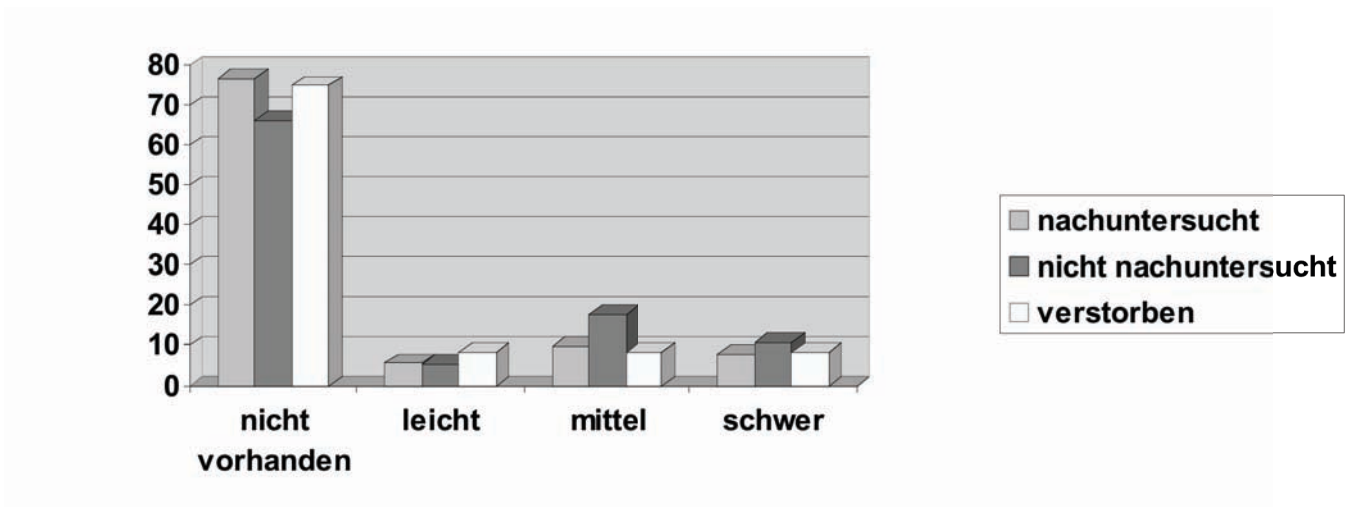
ambivalent

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten waren 23,1 % ambivalent. Hier zeigten 5,5 % leichte, 9,9 % mittelschwere und 7,7 % schwere Symptome.

33,6 % zeigten in der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten Ambivalenz. 5,4 % in leichter, 17,9 % in mittelschwerer und 10,7 % in schwerer Ausprägung.

In der Gruppe der Verstorbenen zeigten 24,9 % eine Ambivalenz. Jeweils bei 8,3 % war das Symptom leicht, mittelschwer bzw. schwer ausgeprägt.

Abbildung 30 ambivalent

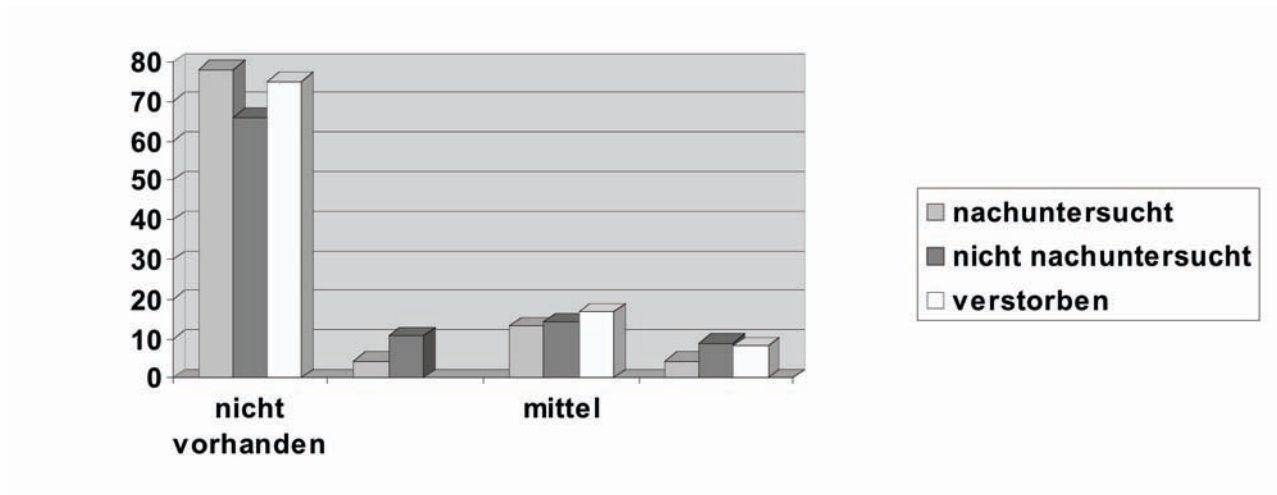


Antriebsgesteigert

Im Antrieb gesteigert waren in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten 22 %. Bei 4,4 % war dieses Symptom leicht, bei 13,2 % mittelschwer und bei 4,4 % schwer ausgeprägt. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten waren 33,9 % antriebsgesteigert. 10,7 % hatten eine leichte Ausprägung dieses Symptom, 14,3 % eine mittelschwere und 8,9 % eine schwere Ausprägung.

In der Gruppe der Verstorbenen waren 25 % antriebsgesteigert. 16,7 % hatten eine mittelschwere und 8,3 % eine schwere Ausprägung dieser Symptomatik.

Abbildung 31 antriebsgesteigert



Mangel an Krankheitsgefühl

Mangel an Krankheitsgefühl bestand in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 36,3 %.

Hier bestand dieser Mangel bei 7,7 % in leichter, bei 15,4 % in mittelschwerer und bei 13,2 % in schwerer Ausprägung.

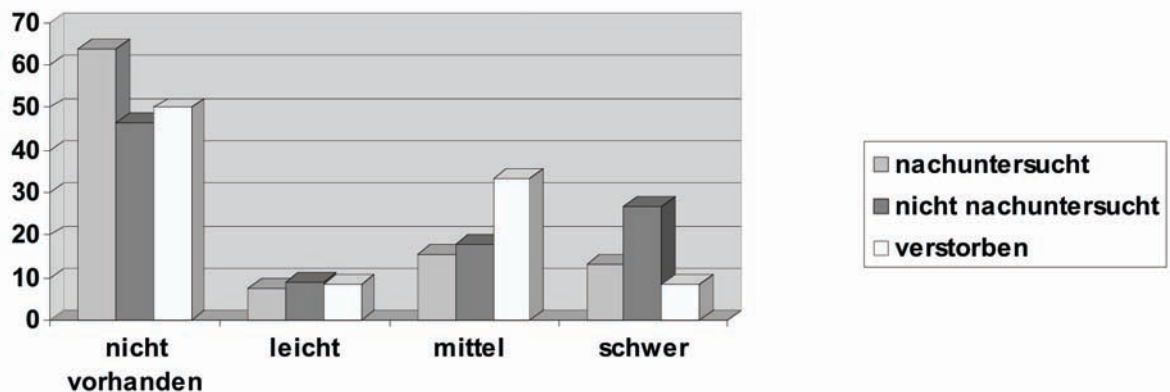
Bei den nicht nachuntersuchten Patienten bestand bei 53,6 % ein Mangel an Krankheitsgefühl.

Hier verteilte sich die Ausprägung dieses Symptoms wie folgt. 8,9 % wiesen eine leichte Ausprägung, 17,9 eine mittelschwere Ausprägung und 26,8 % eine schwer Ausprägung auf.

In der Gruppe der Verstorbenen wiesen 50 % einen Mangel an Krankheitsgefühl auf.

Bei 8,3 % in leichter, bei 33,3 % in mittelschwerer und bei 8,3 % in schwerer Ausprägung.

Abbildung 32 Mangel an Krankheitsgefühl



Mangel an Krankheitseinsicht

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bestand bei 41,8 % ein Mangel an Krankheitseinsicht.

Bei 7,7 % war dieses Symptom leicht ausgeprägt, bei 16,5 % mittelschwer und bei 17,6 % schwer.

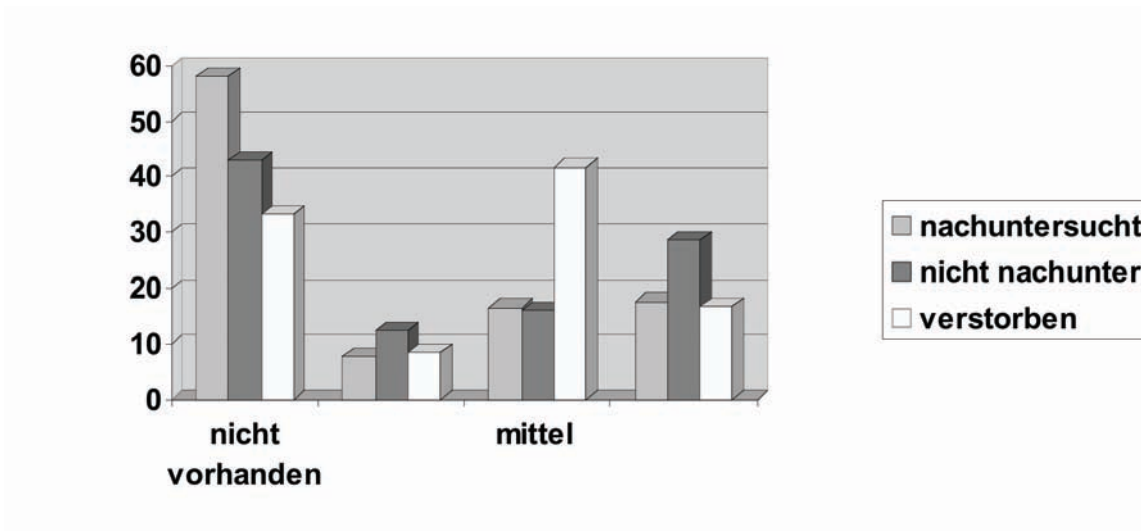
Bei den nicht nachuntersuchten Patienten bestand bei 57,1 % ein Mangel an Krankheitseinsicht.

12,5 % wiesen eine leicht Ausprägung auf, bei 16,1 % eine mittelschwere und bei 28,6 % eine schwere Ausprägung.

In der Gruppe der Verstorbenen bestand bei 66,7 % ein Mangel an Krankheitsgefühl.

8,3 % hatten eine leichte, 41,7 % eine mittelschwere und 16,7 % eine schwere Ausprägung.

Abbildung 33 Mangel an Krankheitseinsicht



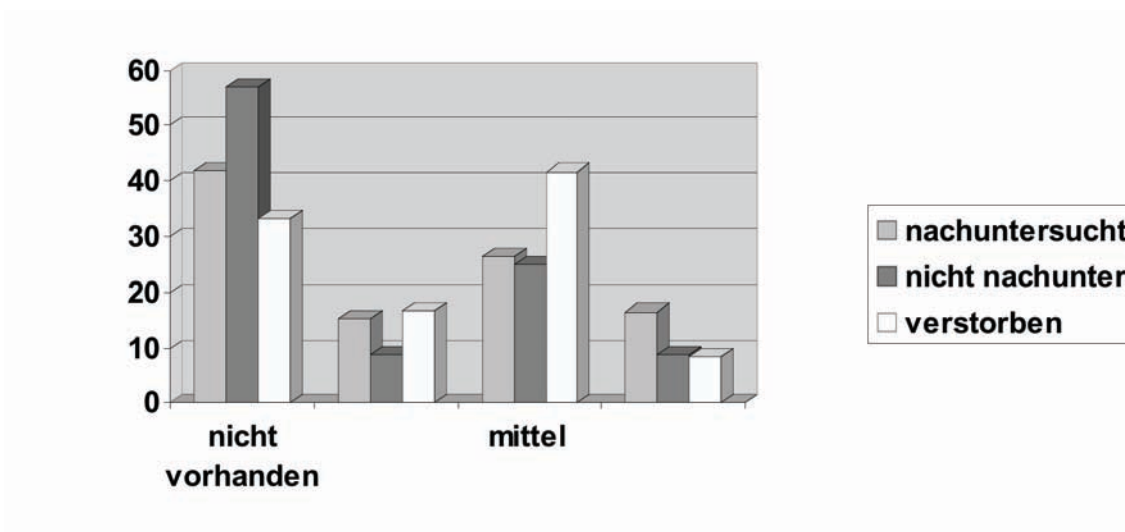
Durchschlafstörungen

Durchschlafstörungen bestanden in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 58,2 %. Bei 15,4 % in leichter, bei 26,4 % in mittelschwerer und bei 16,5 % in schwerer Ausprägung.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten hatten 42,9 % Durchschlafstörungen. 8,9 % in leichter, 25 % in mittelschwerer und 8,9 % in schwerer Ausprägung.

In der Gruppe der Verstorbenen litten 66,7 % unter Durchschlafstörungen. Bei 16,7 % in leichte Ausprägung, bei 41,7 % in mittelschwerer Ausprägung und bei 8,3 % in schwerer Ausprägung.

Abbildung 34 Durchschlafstörungen



4.7 Ergebnisse der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI)

Die Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung bei der Entlassung im Vergleich zum Zustand bei der Aufnahme wurde im untersuchten Patientenkollektiv im Rahmen der Basisdokumentation vorgenommen. Sie erfolgte vom verantwortlichen Behandler anhand der CGI – Skala (Clinical Global Impression), welche folgende Beurteilungen zulässt:

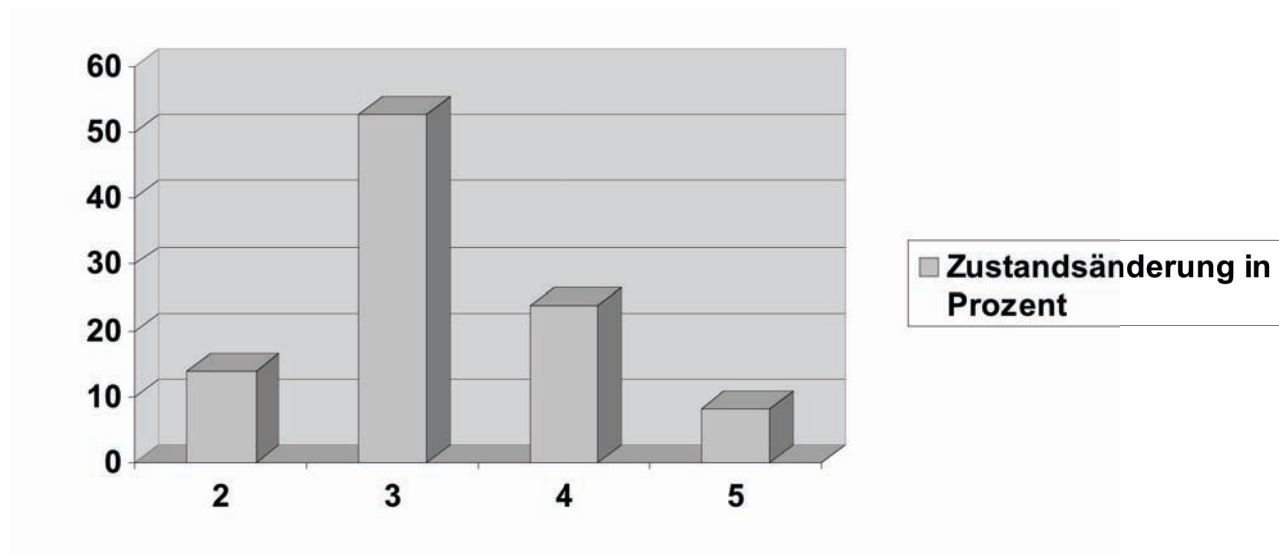
- 1 = nicht beurteilbar
- 2 = Zustand ist sehr viel besser
- 3 = Zustand ist viel besser
- 4 = Zustand nur wenig besser
- 5 = Zustand ist unverändert
- 6 = Zustand ist etwas schlechter
- 7 = Zustand ist viel schlechter
- 8 = Zustand ist sehr viel schlechter

4.7.1 Ergebnisse der Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung:

Gesamtkollektiv:

Insgesamt fiel die Beurteilung der Zustandsänderung für die Gesamtkohorte gut aus. Aus der folgenden Abbildung ist ersichtlich, dass bei der Mehrheit der Patienten (90,2 %) sich der Zustand gebessert hat. Bei 13,8 % war der Zustand sehr viel besser und bei sogar 52,8 % der Patienten viel besser. Lediglich bei 23,9 % wurde der Zustand „wenig gebessert“ beurteilt und 8,2 % verließen die Klinik in unverändertem Zustand.

Abbildung 35 Ergebnisse der Zustandsänderung: Gesamtkollektiv



2 = Zustand sehr viel besser

3 = Zustand viel besser

4 = Zustand nur wenig besser

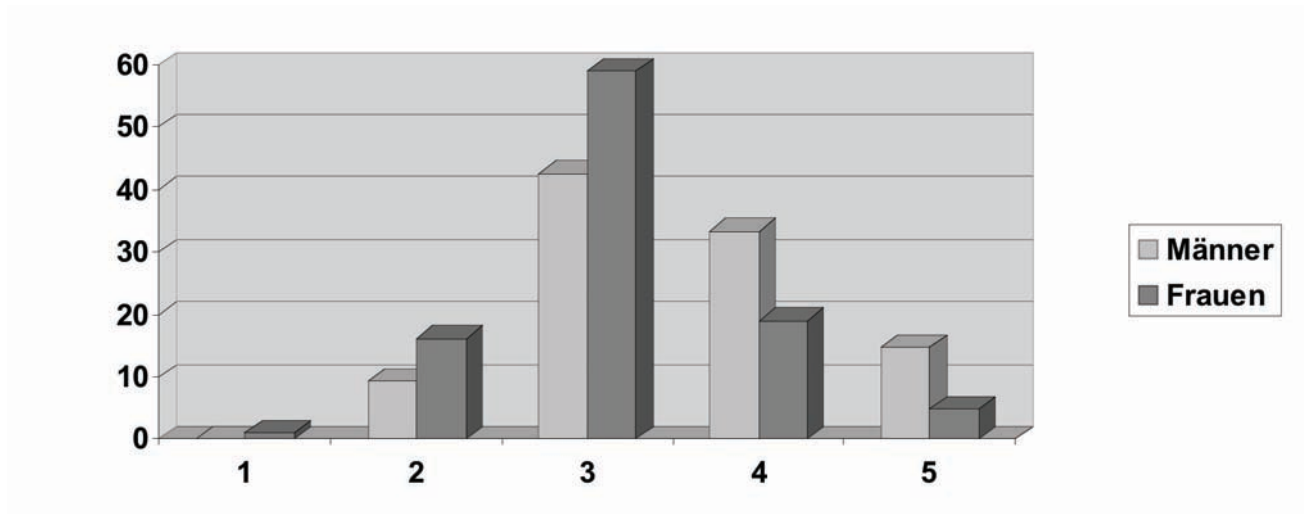
5 = Zustand unverändert

4.7.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Betrachtet man die Zustandsänderung getrennt für Männer und Frauen, kommt man zu den in der folgenden Abbildung dargestellten Ergebnissen.

Die Frauen der Gesamtkohorte erhielten tendenziell eine bessere Beurteilung. 59 % verließen die Klinik in viel gebessertem Zustand, bei den Männern waren es nur 42,6 %. Generell könnte es schwierig sein, zu unterscheiden ob der Zustand nur viel oder sehr viel gebessert ist. Wenn man nun die beiden Antwortmöglichkeiten zusammennimmt sind 75 % der Frauen in einem Sehr, oder zumindest viel verbessertem Zustand entlassen worden. Bei den Männern macht dieser Anteil nur 51,9 % aus.

Abbildung 36 Geschlechtsspezifische Zustandsänderungen



1 = Zustand nicht beurteilbar 2 = Zustand sehr viel besser 3 = Zustand viel besser
4 = Zustand nur wenig besser 5 = Zustand unverändert

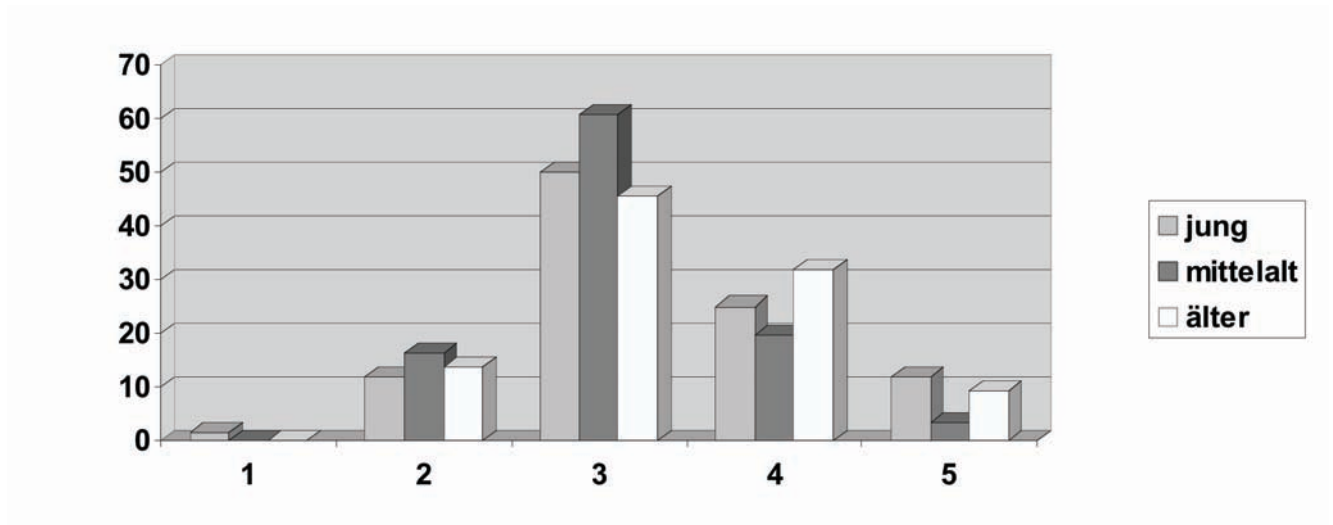
4.7.3 Altersspezifische Unterschiede

Die folgende Abbildung zeigt die Beurteilung der Zustandsänderung getrennt für die drei Altersgruppen, jung (bis 30), mittelalt (30 bis 50) und älter (über 50).

Dabei zeige sich im Bezug auf das Alter der Patienten kein großer Unterschied in der Beurteilung. In allen Gruppen ist der größte Anteil bei den Patienten, die in besserem oder sogar viel besserem Zustand entlassen worden sind. Bei den jungen Patienten macht dies 63,1 % aus, bei den mittelalten 77 % und bei den älteren Patienten 59,1 %.

Der Anteil, der Patienten, die in nur wenig gebessertem oder unverändertem Zustand die Klinik verlassen haben liegt bei der Gruppe der jungen Patienten bei 36,8 %, bei den mittelalten Patienten bei 23 % und bei den älteren Patienten bei 40,9 %.

Abbildung 37 Altersspezifische Zustandsänderungen



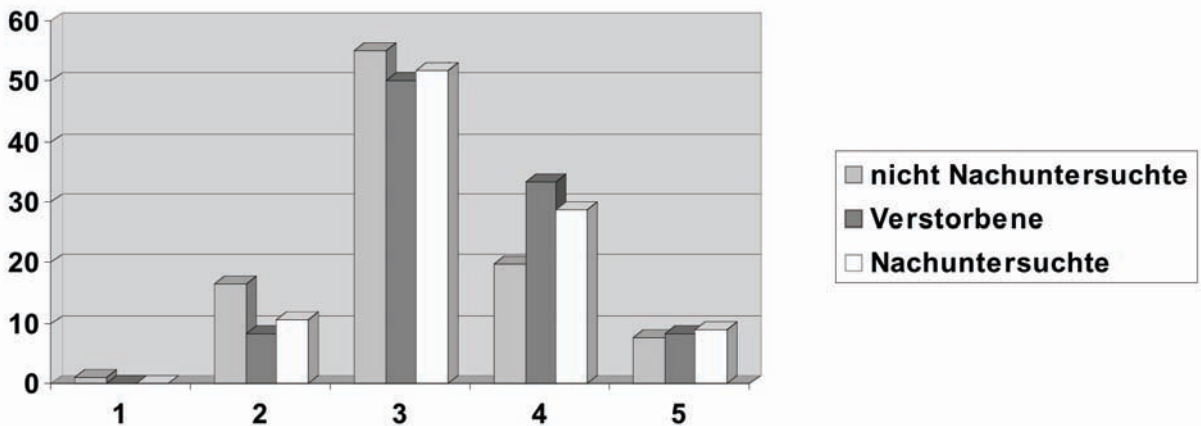
1 = Zustand nicht beurteilbar 2 = Zustand sehr viel besser 3 = Zustand viel besser
 4 = Zustand nur wenig besser 5 = Zustand unverändert

4.7.4 Ergebnisse der Zustandsänderung für die einzelnen Untergruppen

Im Folgenden wird die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit der Aufnahme einzeln für die drei Untergruppen dargestellt und miteinander verglichen.

In allen drei Gruppen hat sich jeweils ca. die Hälfte der Patienten im Zustand viel gebessert. Bei 10,7 % der nicht nachuntersuchten Patienten, 8,3 % der Verstorbenen und 16,5 % der nachuntersuchten Patienten hat sich der Zustand sogar sehr viel gebessert. In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten hatte sich der Zustand bei 28,6 % nur wenig gebessert und bei 8,9 % nicht verändert. Bei den Verstorbenen waren 33,3 % nur wenig gebessert und bei 8,3 % unverändert und in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigten 19,8 % einen wenig gebesserten Zustand und 7,7 % ein unverändertes Zustandsbild.

Abbildung 38 Vergleich der Zustandsänderungen in den Untergruppen



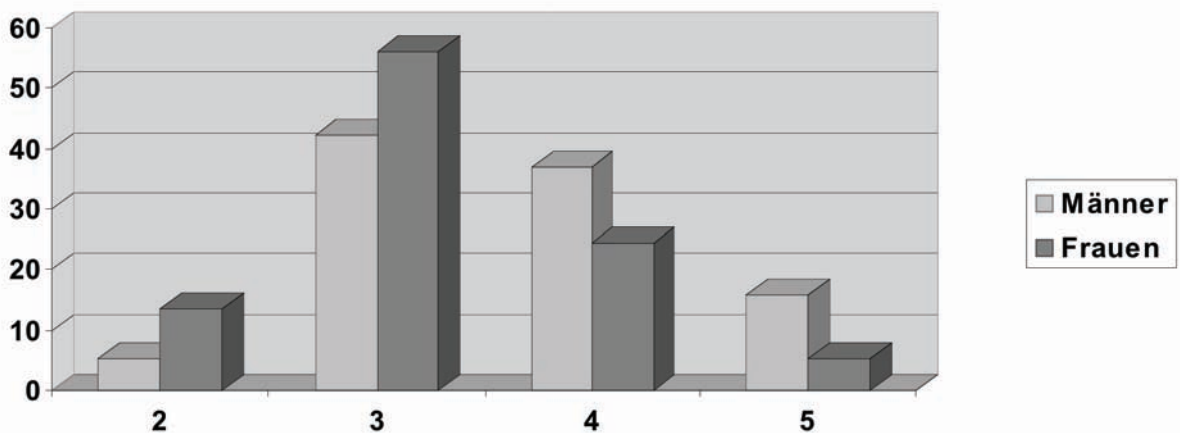
1 = Zustand nicht beurteilbar 2 = Zustand sehr viel besser 3 = Zustand viel besser
 4 = Zustand nur wenig besser 5 = Zustand unverändert

4.7.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Nicht nachuntersuchte Patienten

Bei den Frauen in dieser Gruppe sind 70,3 % in mindestens viel gebesserem Zustand entlassen worden, davon 13,5 % sogar in sehr viel gebesserem Zustand. Der Zustand von 24,3 % war nur wenig gebessert und bei 5,4 % hat sich der Zustand nicht verändert. Bei den Männern macht der Anteil der Patienten, die in mindestens viel besserem Zustand entlassen wurden 50,4 % aus, davon sind 5,3 % sehr viel besser. 36,8 % wiesen einen wenig gebesserten Zustand auf und bei 15,8 % hat sich der Zustand nicht verändert.

Abbildung 39 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Zustandsänderungen



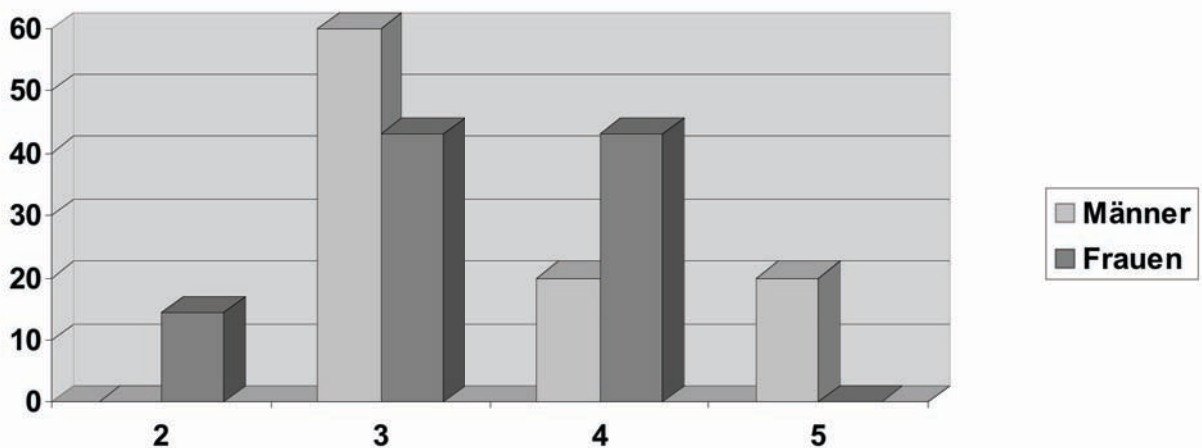
1 = Zustand nicht beurteilbar 2 = Zustand sehr viel besser 3 = Zustand viel besser
 4 = Zustand nur wenig besser 5 = Zustand unverändert

Verstorbene

In der Gruppe der Verstorbenen zeigt sich, dass 57,2 % der Frauen in mindestens viel gebesserem Zustand entlassen wurden, davon 14,3 % in sehr viel gebesserem Zustand. 42,9 % sind in nur wenig gebesserem Zustand entlassen worden und keine in unverändertem Zustand.

Bei den Männern verließen 60 % die Klinik in viel besserem Zustand. Jeweils 20 % waren in wenig gebesserem bzw. unverändertem Zustand entlassen worden.

Abbildung 40 Zustandsänderungen in der Gruppe der Verstorbenen



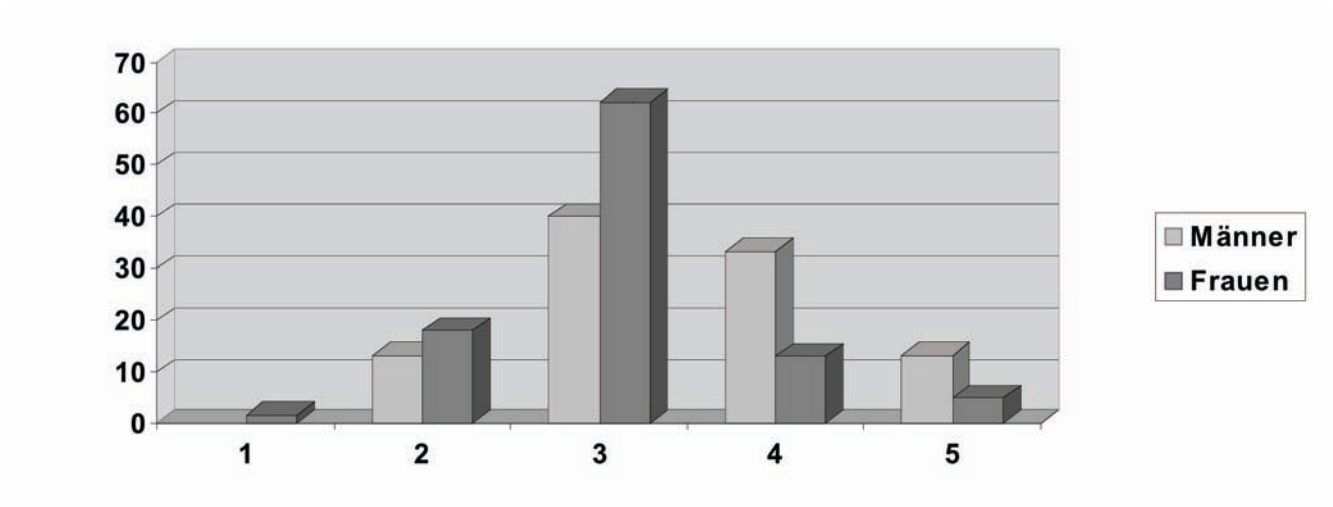
1 = Zustand nicht beurteilbar 2 = Zustand sehr viel besser 3 = Zustand viel besser
4 = Zustand nur wenig besser 5 = Zustand unverändert

Nachuntersuchte Patienten

Ebenfalls in dieser Gruppe zeigt sich deutlich, dass die Frauen ihren Zustand wesentlich stärker gebessert haben, als die Männer. Während bei den Frauen 80,3 % ihren Zustand zumindest viel gebessert haben, davon 18 % sogar sehr viel, sind es bei den Männern nur 53,3 %, davon sind 13,3 % sehr viel besser.

Dagegen haben sich 33,3 % der Männer in ihrem Zustand nur wenig gebessert und 13,3 % sind sogar unverändert bei ihrer Entlassung. Bei den Frauen macht dieser Anteil insgesamt 18 % aus, wovon nur 4,9 % unverändert die Klinik verlassen haben.

Abbildung 41 Zustandsänderungen in der Gruppe der nachuntersuchten



1 = Zustand nicht beurteilbar 2 = Zustand sehr viel besser 3 = Zustand viel besser
4 = Zustand nur wenig besser 5 = Zustand unverändert

4.7.5. Altersspezifische Unterschiede

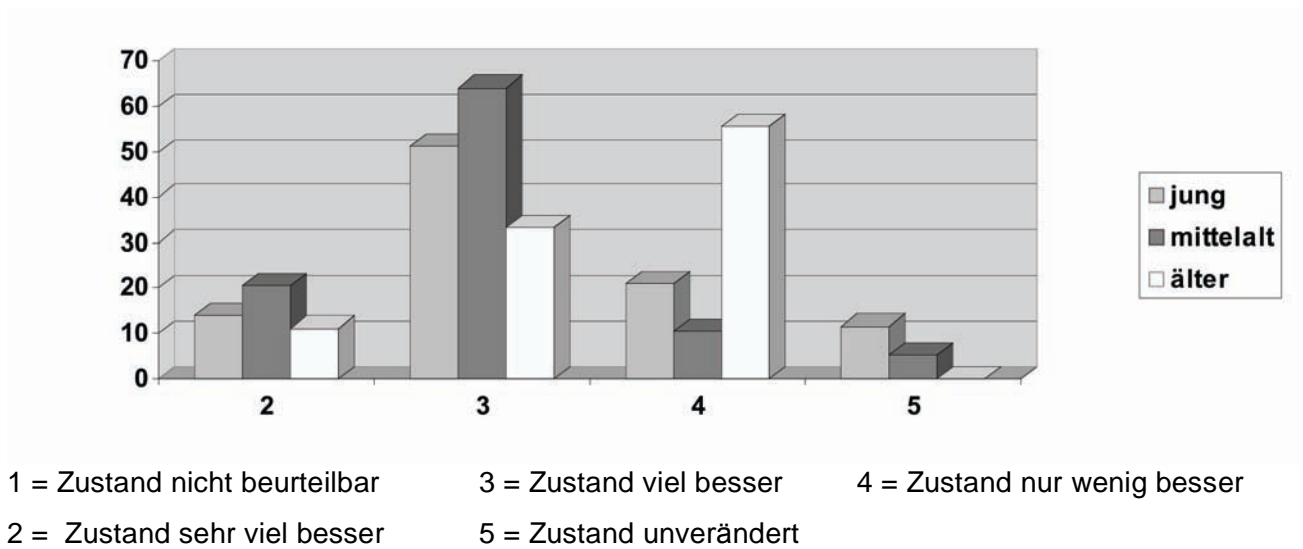
Nachuntersuchte Patienten

In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigt sich, dass 65,2 % der jungen und sogar 84,6 % der mittelalten Patienten zumindest in gut gebessertem Zustand entlassen werden konnten. Bei

20,9 % der jungen und 10,3 % der mittelalten Patienten konnte nur eine kleine Besserung und bei 11,6 % der jungen und 5,1 % der mittelalten Patienten keine Besserung erreicht werden.

Bei den älteren Patienten jedoch konnte die Mehrzahl, nämlich 55,5 % nur in wenig gebessertem Zustand die Klinik verlassen. Nur bei 44,4 % der älteren Patienten konnte eine mindestens gute Besserung erreicht werden.

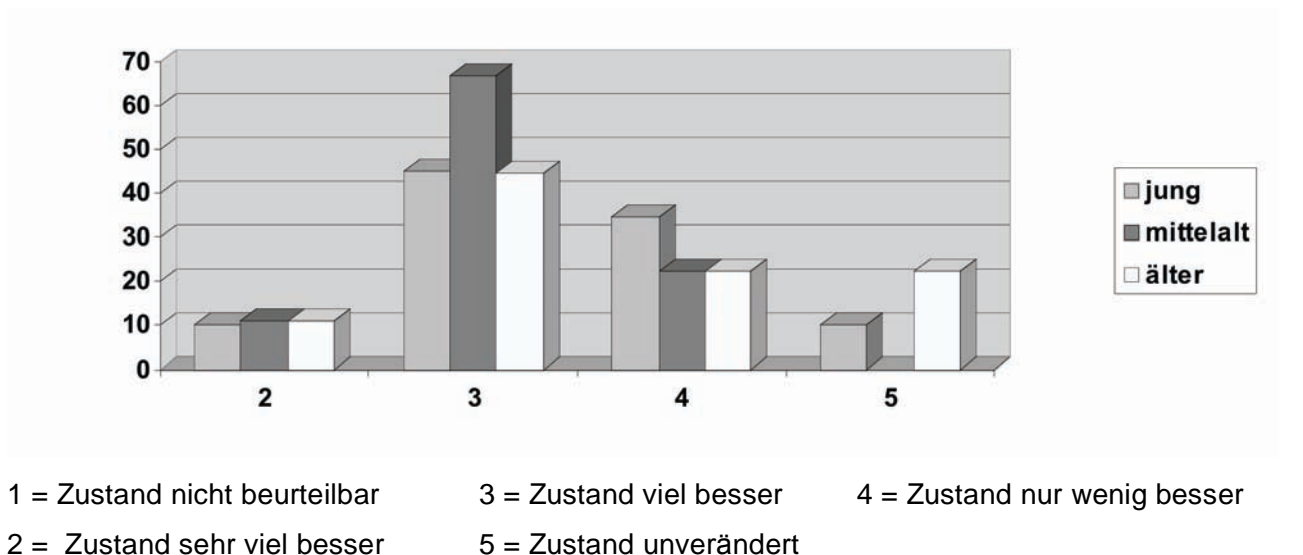
Abbildung 42 Altersspezifische Unterschiede der Zustandsänderung: nachuntersuchte



Nicht nachuntersuchte Patienten

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigt sich, dass 66,6 % der mittelalten Patienten die Klinik in einem viel besseren Zustand verließen. Dagegen liegt der Anteil der jungen und älteren Patienten bei dieser Zustandsänderung nur bei ca. 44 %. 22 % der älteren Patienten wurden in unverändertem Zustand entlassen.

Abbildung 43 Altersspezifische Unterschiede der Zustandsänderung: nicht nachuntersuchte

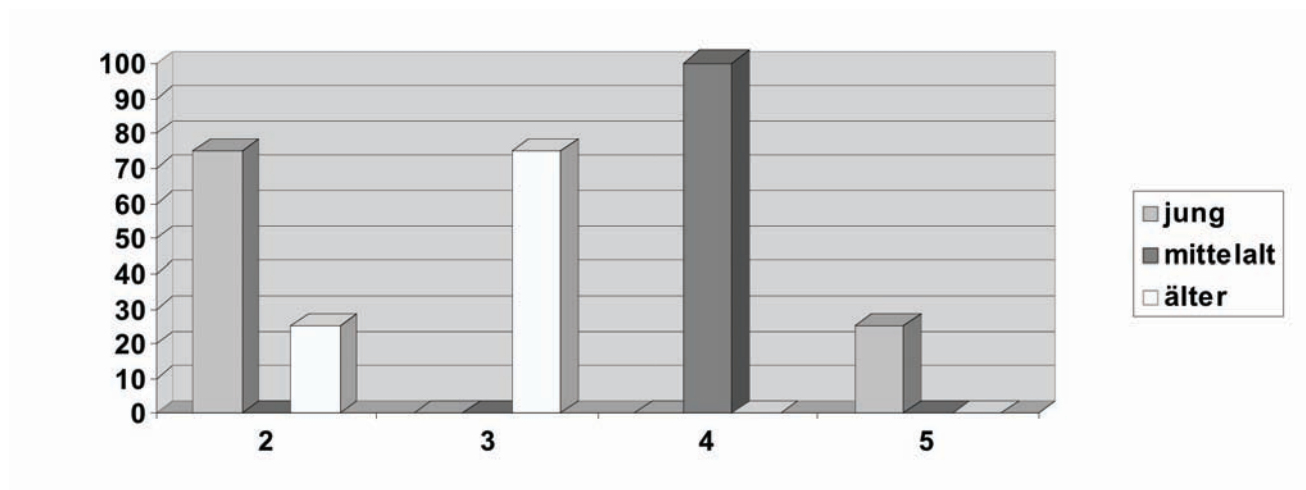


Verstorbene

In dieser Gruppe zeigt sich, dass alle alten Patienten in mindestens gut gebessertem, 25 % sogar in sehr gut gebessertem Zustand entlassen worden sind. Auch die mittelalten Patienten sind zu 100 % in einer Gruppe. Sie wiesen alle nur einen wenig gebesserten Zustand auf.

Bei den jungen Patienten zeigt sich eine größere Diskrepanz. 75 % verließen die Klinik in sehr viel gebessertem Zustand und 25 % wiesen einen unveränderten Zustand auf.

Abbildung 44 Altersspezifische Unterschiede der Zustandsänderung: Verstorbene



1 = Zustand nicht beurteilbar

3 = Zustand viel besser

4 = Zustand nur wenig besser

2 = Zustand sehr viel besser

5 = Zustand unverändert

4.8 Ergebnisse der GAS – Werte

Der GAS – Wert setzt sich wie beschrieben aus den drei Parametern zusammen, die die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten zu den festgelegten Zweitpunkten bestimmt.

Bewertet wurden die GAS – Werte:

- bei Aufnahme
- bei Entlassung
- zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (nur bei den nachuntersuchten Patienten)

In der Auswertung wird ersichtlich, dass die Patienten nach ihrer Behandlung erheblich bessere, also höhere Werte aufweisen.

Der Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt liegt im Patientenkollektiv bei 36,37 mit einer Standardabweichung von 12,67, der Durchschnittswert der Entlassung bei 63,03 (Standardabweichung von 14,86).

Tabelle 29 GAS-Mittelwerte bei Aufnahme und Entlassung

	Mittelwert	Standardabweichung
GAS – Wert bei Aufnahme	36,37	12,66
GAS – Wert bei Entlassung	63,03	14,86

Bei Aufnahme besteht ein deutliches Hoch zwischen 20 und 40. Das heißt, dass 62,9 % des Patientenkollektivs mit erheblichen Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit in die psychiatrische Anstalt eingeliefert wurden.

Nur wenige, nämlich 1,3 % haben keine bis leichte Symptome.

Tabelle 30 Häufigkeit der GAS-Werte bei Aufnahme

GAS – Werte von / bis	Häufigkeit	Prozent
10 - 20	3	1,9
20 - 30	31	19,5
30 - 40	69	43,4
40 - 50	27	17,0
50 - 60	17	10,7
60 - 70	8	5,0
70 - 80	2	1,3
80 - 90	2	1,3
Gesamt	159	100

Sehr verändert haben sich die GAS – Werte nach der Entlassung. Die Zahlen haben sich in Richtung keiner oder nur minimaler Symptomatik verschoben. 72,4 % haben nunmehr leicht oder keine Symptome mehr, 13,8 % haben mäßige Symptome und ebenfalls noch 13,8 % haben ernsthafte Symptome.

Tabelle 31 Häufigkeit der GAS-Werte bei Entlassung

GAS – Werte von / bis	Häufigkeit	Prozent
20 – 30	6	3,8
30 – 40	5	3,1
40 – 50	11	6,9
50 – 60	22	13,8
60 – 70	49	30,8
70 – 80	37	23,3
80 – 90	27	17,0
90 – 100	2	1,3
Gesamt	159	100

In den einzelnen Gruppen sieht die Verteilung der GAS – Werte wie folgt aus.

Die Gruppe der Nachuntersucht weist drei GAS – Werte auf, da bei der Nachuntersuchung ebenfalls eine Einschätzung anhand der GAS – Skala erhoben wurde.

Diese Gruppe weist einen Mittelwert von 36,31 zum Aufnahmezeitpunkt auf, mit einer Standardabweichung von 12,75. Zum Entlassungszeitpunkt ergab sich ein Mittelwert von 63,10 bei einer Standardabweichung von 14,60. Der dritte Wert, der beim Nachuntersuchungszeitpunkt erhoben wurde, liegt bei 58,82 (Standardabweichung 20,70).

Tabelle 32 GAS-Mittelwerte der nachuntersuchten

nachuntersuchte	Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt	Mittelwert zum Entlassungszeitpunkt	Mittelwert bei der Nachuntersuchung
295	33,48	57,65	56,96
295,7	38,21	71,04	58,65
297	38,50	60,50	57,60
298	43,89	73,89	70,11

Besonders auffällig in dieser Gruppe ist, dass der GAS – Wert in der Gruppe der Patienten mit schizoaffektiven Psychosen bei der Nachuntersuchung deutlich niedriger liegt, als der Wert bei der Entlassung.

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten liegt der Mittelwert der GAS – Werte zum Aufnahmezeitpunkt bei 37,14, bei einer Standardabweichung von 11,98. Zum Entlassungszeitpunkt liegt der Mittelwert bei 64,43 (Standardabweichung 13,98). Die Verteilung anhand der Diagnosen ist in der folgenden Tabelle aufgeschlüsselt.

Tabelle 33 GAS-Mittelwerte der nicht nachuntersuchten

nicht nachuntersuchte	Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt	Mittelwert zum Entlassungszeitpunkt
295	35,62	59,23
295,7	38,57	72,0
297	39,8	62,0
298	36,0	73,33

In der Gruppe der Verstorbenen Patienten liegt der Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt bei 33,25, bei einer Standardabweichung von 15,52. Zum Entlassungszeitpunkt liegt der Mittelwert bei 55,92 bei einer Standardabweichung von 19,64.

Tabelle 34 GAS-Mittelwerte der Verstorbenen

Verstorbene	Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt	Mittelwert zum Entlassungszeitpunkt
295	27,0	48,0
295,7	18,0	30,0
297	41,0	66,83

5 Diskussion

5.1 Einleitung, Fragestellung und Methodik

Diese Arbeit wurde im Rahmen der Münchner Katamnese studie durchgeführt. Die Patienten der Münchner Katamnese studie setzen sich aus - im Jahre 1980 und 1981 – ersthospitalisierte schizophrene, affektiv und depressiv Erkrankten zusammen. Ein Teil dieser Stichprobe, nämlich nur die schizophrenen Patienten mit den ICD 9 – Diagnosen: 295 (außer 295,7), 295,7, 297 oder 298 gehen in diese Arbeit ein.

Die vorliegende Arbeit betrachtet den Vergleich der Verläufe dieser Patienten. Alle Patienten sind ca. 15 Jahre später zu einer Nachuntersuchung eingeladen worden. Ein Teil der Patienten ist dieser Einladung nachgekommen. Der Rest war entweder verstorben, hat die Nachuntersuchung verweigert oder ist zur Einladung nicht aufgefunden worden.

Die Krankenakten dieser Patienten bilden die Datenbasis für diese Arbeit. Die von dem behandelnden Arzt geschriebenen Krankengeschichten und Epikrisen dienen als Ausgangsmaterial für die Datenerfassung.

Um einen Vergleich der Untersuchungen zu ermöglichen, wurden international und national standardisierte Messinstrumente verwendet. Die Erhebung der anamnestischen und sozialdemographischen Daten erfolgte mit Hilfe der Basisdokumentation.

Die Einschätzung der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit zu verschiedenen Zeitpunkten im frühen Krankheitsverlauf, erfolgte anhand der GAS – Skala, der Schweregrad der Erkrankung, bzw. das Maß der sozialen Beeinträchtigung zum Indexzeitpunkt mittels der Strauss – Carpenter – Skala. Um eventuelle Prädiktoren benennen zu können, kamen neben dem Strauss- -Carpenter – Gesamtscore auch einzelne Einzelitems zur Auswertung. Zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes bzw. der Zustandsänderung während des stationären Aufenthaltes wurde die CGI – Skala herangezogen.

In vielen verschiedenen Studien wurde bisher der Verlauf der Schizophrenie beobachtet und beschrieben. In diesen Studien konnte man die psychopathologischen Zustände der

Patienten sowohl zum Indexzeitpunkt, als auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt vergleichen.

Was ist aber mit den Patienten, die nie nachuntersucht worden sind?

Zum Beispiel konnten in der Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie von ursprünglich 70 Patienten aus dem Jahr 1978 (Studienbeginn) [7] nur 56 für den 14 – Jahres – Follow – up gewonnen werden.

Somit sind immerhin 20 % der Patienten in der Mannheimer Studie aus verschiedenen Gründen nicht zu den Nachuntersuchungen erschienen. 7 Patienten waren zwischenzeitlich verstorben (10 %), davon 6 durch Suizid. Sechs Patienten verweigerten ihre Mitarbeit (8,6 %) und ein Proband war mit unbekanntem Ziel verzogen.

Diese Patienten sind bisher in keiner Studie eigenständig betrachtet worden. In keiner Studie sind eventuell vorhandene Unterschiede zwischen diesen Patienten und den nachuntersuchten Patienten untersucht worden.

Jedoch machen diese Gruppen durchaus einen großen prozentualen Anteil aus.

In die Studie von Strauss und Carpenter aus dem Jahr 1974 [15] sind 142 Patienten eingeschlossen. In dieser Studie sind die Patienten nach 2 Jahren zur Follow – up – Untersuchung eingeladen worden. Hier war es bei 111 Patienten möglich die Nachuntersuchung durchzuführen. Das sind 78 % der Gesamtgruppe. In dieser Studie wird nicht erwähnt, was mit den restlichen 31 Patienten geschehen ist.

In einer weiteren Studie von Hawk, Strauss und Carpenter aus dem Jahr 1975 [6] waren 131 Patienten zum Ausgangszeitpunkt in die Studie aufgenommen worden. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt waren zwei Patienten an einer Krankheit verstorben, einer hatte Selbstmord begangen. Von den restlichen 128 wurden 68 (53 %) komplett evaluiert. 12 wurden zumindest soweit befragt um die Ergebnisse in die Studie aufzunehmen, 30 (24 %) sind nicht aufgefunden worden und 18 (14 %) haben die Teilnahme an der Nachuntersuchung verweigert. Ergebnisse von den Patienten, die nicht nachuntersucht worden sind, werden auch in dieser Arbeit nicht erwähnt.

Ebenfalls nicht erwähnt bleiben die Ergebnisse der nicht nachuntersuchten Patienten in der Studie von Johnstone et al. aus dem Jahr 1995 [8]. Diese Studie beinhaltet 291

Männer und 241 Frauen, von denen 498 (93,6 %) verfolgt werden konnten. Die restlichen konnten aufgrund von Tod, Wohnortwechsel und Weigerung nicht nachuntersucht werden.

In der Studie von Trieman et al. aus dem Jahr 1999 [16] waren zum 5 – Jahres – Follow – up 18,8 % der Patienten verstorben. 2 % sind aus dem Einzugsbereich verzogen und nur 2 % in dieser Studie konnten nicht ausfindig gemacht werden. Es gab keine Patienten, die aktiv verweigert haben. Somit sind 96,1 % der überlebenden Patienten komplett nachuntersucht worden.

Auch in der Studie von Welner, Liss und Robens aus dem Jahr 1974 [18] gab es keine Patienten, die aktiv die Nachuntersuchung abgelehnt haben. Von insgesamt 112 Patienten konnten 50 Monate später 101 nachuntersucht werden. 79 % sind persönlich befragt worden. Von denen die nicht persönlich befragt wurden, sind 6 verstorben und 15 sind mittels indirekter Informationen, z.B. Informationen von den Verwandten oder von dem behandelnden Psychiater evaluiert worden.

Die Schwierigkeiten der Katamnesestudien werden in der Studie von Steinhart, Bosch et al. von 1986 [14] beschrieben. 64 % der ursprünglich 187 Patienten sind in dieser Studie kontaktiert worden. 4,3 % der Patienten sind in der Zwischenzeit verstorben und weitere 9,1 % sind verzogen. 25 % der Patienten waren nicht auffindbar. 17 % Patienten verweigerten die Nachuntersuchung.

In der Vermont longitudinal Study von 1987 von Harding et al. [5] wurde zum Nachuntersuchungszeitpunkt 32 Jahre nach dem Ersterkrankungszeitpunkt von gesamt 269 Patienten 68 % nachuntersucht. 25 % sind nur indirekt über die Familie befragt worden, 4 % verweigerten die Nachuntersuchung und 7 % konnten nicht aufgefunden werden. Auch in dieser Studie werden die nicht nachuntersuchten Patienten nur erwähnt. Über sie gibt es im Folgenden in der Studie keine Erkenntnisse.

In der Arbeit von Wieselgren und Lindström aus dem Jahr 1996 [20] wird beschrieben, dass von ursprünglich 120 Patienten nach fünf Jahren 101 Patienten nachuntersucht werden konnten. Sieben Patienten haben Selbstmord begangen. Was aber mit den restlichen Patienten passiert ist, wird auch in dieser Studie nicht erwähnt.

Eine der Übersichtsarbeit von R. Ram, E. Bromet et. al. aus dem Jahr 1992 [13] beschreibt das Problem der Nachuntersuchungen. Die Autoren beschreiben zum Beispiel, dass in der Studie von Ciompi aus dem Jahr 1980 [4] nur 18 % der ursprünglich 1642 Patienten erneut untersucht worden sind.

In dieser hier vorliegenden Münchener Katamnese studie macht die Gruppe der aus unterschiedlichen Gründen nicht nachuntersuchten Patienten (incl. der verstorbenen Patienten), 42,8 % aus.

Diese beträchtlichen prozentualen Anteile der Patienten und die Tatsache, dass diese Patienten bisher in keiner Studie genauer beachtet worden sind, hat uns zu dem Entschluss gebracht, diese Gruppen genauer zu untersuchen und ein Vergleich zwischen den Gruppen der nachuntersuchten und der nicht nachuntersuchten Patienten anzustreben.

War schon beim Ersterkrankungszeitpunkt ein Unterschied zwischen diesen Patienten zu beobachten? War eine der beiden Gruppen akuter oder schwerer krank?

Die Gesamtkohorte von 159 Patienten wird im Folgenden in zwei Untergruppen eingeteilt.

91 dieser Patienten der Gesamtgruppe kamen der Einladung nach und erschienen zur Nachuntersuchung. Diese Gruppe wird im Folgenden als nachuntersuchte Patienten bezeichnet.

56 der Patienten (35 %) dagegen sind aus unterschiedlichen Gründen zur Nachuntersuchung nicht erschienen. Diese Gruppen wir nun als die der nicht nachuntersuchten Patienten benannt.

12 (8 %) der Patienten waren mittlerweile verstorben.

Zudem beantworteten von den 56 nicht nachuntersuchten Patienten 29 Patienten die Einladung aktiv mit einer Ablehnung. 27 waren nicht aufzufinden.

Diese 29 Patienten, die aktiv die Nachuntersuchung verweigert haben und von denen kein weiterer psychiatrischer Aufenthalt eruiert werden konnte, sollen im Folgenden als die „unbekannten Patienten“ benannt werden.

Bei 11 von diesen „unbekannten Patienten“ konnte eine Spur verfolgt werden. Das heißt, dass bei ihnen in den folgenden Jahren mindestens einmal eine weitere stationäre psychiatrische Therapie eruiert werden konnte. Bei diesen „unbekannten Patienten“ gehen wir von einer Chronifizierung der Erkrankung aus. Diese werden im Folgenden nicht weiter betrachtet.

Die restlichen 18, bei denen man keine weitere Information über nachfolgende Behandlungen verfügbar war, werden im Folgenden als „partiell unbekannte Patienten“ benannt.

Von 27 der nicht nachuntersuchten Patienten (48%) konnte der aktuelle Aufenthaltsort zum Nachuntersuchungszeitpunkt nicht ermittelt werden. Diese Untergruppe wird nun als die der nicht aufgefundenen Patienten bezeichnet.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

4.7.6. Soziale- und familiäre Situation

Auf den ersten Blick zeigten die beiden großen Gruppen der nachuntersuchten Patienten und der nicht nachuntersuchten Patienten keine Unterschiede. In beiden Gruppen war der Anteil der Frauen erwartungsgemäß höher. In der Gesamtkohorte sind zwei Drittel der Patienten Frauen. Ebenso sieht die Verteilung in den Gruppen der nachuntersuchten Patienten und der der nicht nachuntersuchten Patienten aus.

Auch innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten, in den Untergruppen der nicht aufgefundenen Patienten und den partiell unbekanntem Patienten, beläuft sich der Anteil der Frauen sowohl bei den partiell unbekanntem Patienten, als auch bei den nicht aufgefundenen Patienten auf 66%.

Nur bei den verstorbenen Patienten beträgt der Anteil der Frauen nur 58,3 %.

Bereits frühe Kliniker wie Kraepelin (1909-1915) [9] fanden anhand von Krankengeschichten, dass Frauen beim Krankheitsbild der Schizophrenien im Allgemeinen ein um 5 bis 10 Jahre höheres Alter bei Erkrankungsbeginn aufweisen als Männer.

Angermeyer und Kühn [1] fanden in ihrem Übersichtsreferat zu diesem Thema in 50 von 53 Studien ebenfalls ein höheres Durchschnittsalter der Frauen bei Krankheitsbeginn im Vergleich zu den Männern. Auch in dieser Arbeit zeigt sich ein um 7 Jahre höheres Durchschnittsalter der Frauen.

Die Definition des „Krankheitsbeginnes“ ist jedoch in den verschiedenen Studien uneinheitlich, da einige Autoren hierzu den Erstaufnahmezeitpunkt benennen, und andere durch Fragebögen, den tatsächlichen Erkrankungszeitpunkt zu ermitteln versuchen.

Die Diagnosen der vorliegenden Patientengruppe verteilen sich wie folgt.

79 Patienten (50 %) des Gesamtkollektivs leiden an einer schizophrenen Psychose (ICD 9: 295). Hier liegt der Altersdurchschnitt bei 27 Jahren und ist somit der jüngste aller Diagnosen. Die nächst größere Gruppe ist, mit 26 Patienten (25 %), die Gruppe der Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose.

Die Patienten mit schizoaffektiver Psychose liegen im Altersdurchschnitt bei 31 Jahren, was sich deckt mit den Ergebnissen von Marneros et al. [10], der das Durchschnittsalter mit 30,4 Jahren angibt.

In den Untergruppen der nicht nachuntersuchten Patienten und der nachuntersuchten Patienten ist ebenfalls die ICD 9 Diagnose 295 (schizophrene Psychose) am häufigsten ausgeprägt.

Nur bei den verstorbenen Patienten ist der Anteil der Patienten mit paranoidem Syndrom mit 6 Patienten (50 %) am größten.

Das höhere Erkrankungsalter der paranoiden Syndrome ist allgemein bekannt und kann hier nur bestätigt werden. Die ältesten Patienten weisen mit einem Durchschnittsalter von ca. 48 Jahren jeweils eben diese Diagnose (ICD 297, paranoides Syndrom) auf.

Auch die Diagnoseverteilung innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigt erhebliche Unterschiede zwischen den unbekannte Patienten und den nicht aufgefundenen Patienten.

Bei den partiell unbekannten Patienten litt die Hälfte der Patienten an einer schizophrenen Psychose, was sich mit dem Schnitt der Gesamtkohorte deckt.

Sieben von ihnen (38,9 %) wiesen ein paranoides Syndrom auf und nur zwei (11%) eine schizoaffektive Psychose.

Dagegen fand sich bei den nicht aufgefundenen Patienten nur bei 10 (37 %) eine schizophrene Psychose. Ebenso viele Patienten litten an einer schizoaffektiven Psychose.

Nur bei einem der nicht aufgefundenen Patienten (3 %) ließ sich die Diagnose eines paranoiden Syndroms stellen und im Gegensatz zu den unbekannten Patienten, bei denen diese Diagnose gar nicht vorkam, hatten immerhin 6 Patienten (22 %) eine andere nichtorganische Psychose.

Erwartungsgemäß ist insgesamt die deutlichste Besserung während des stationären Aufenthaltes, die anhand der GAS – Skala gemessen wurde, sowohl bei den Patienten mit schizoaffektiver Psychose und bei den Patienten mit anderen nichtorganischen Psychosen aufgetreten.

Bei den nachuntersuchten Patienten trat allerdings insgesamt eine leichte Verschlechterung der GAS – Skala bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt auf. Vor allem bei den Patienten mit der Diagnose einer schizoaffektiven Psychose, bei denen der

Mittelwert der GAS – Skala sogar sinkt, dass heißt es zeigt sich eine leichte Verschlechterung.

Diese Gruppe weist einen Mittelwert von 36,31 zum Aufnahmezeitpunkt auf, mit einer Standardabweichung von 12,75. Zum Entlassungszeitpunkt ergab sich ein Mittelwert von 63,10 bei einer Standardabweichung von 14,60. Bei der Nachuntersuchung zeigt sich dann ein Mittelwert von 58,81.

In dieser Arbeit zeigten sich jedoch unter anderem Unterschiede im Bereich der sozialen bzw. familiären Situation der Patienten der einzelnen Untergruppen zum Ersthospitalisierungszeitpunkt. In der Qualität sozialer Kontakte zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden großen Untergruppen in der Strauss – Carpenter - Skala. 45 % der nicht nachuntersuchten Patienten hatten eine oder mehrere enge Beziehungen, dagegen nur 39 % der nachuntersuchten Patienten, was unter Umständen auf eine bessere soziale Integration der nicht nachuntersuchten Patienten hinweisen könnte.

Ebenso auffällig war in der Auswertung der Strauss – Carpenter – Skala die Familienanamnese psychiatrischer Krankenhausaufenthalte.

In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten haben 79 % keinen Verwandten mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt dagegen sind in der Gruppe der nachuntersuchten nur 58 % ohne Verwandten mit psychiatrischem Krankenhausaufenthalt. Dies deutet möglicherweise auf eine höhere genetische Belastung der nachuntersuchten Patienten hin.

Auch ein anderer Bereich des ärztlichen Dokumentationsblattes zeigte Auffälligkeiten.

In allen drei Gruppen, der der nachuntersuchten, der der nicht nachuntersuchten und der der verstorbenen Patienten ist der Anteil der Patienten am höchsten, deren Aufnahme/Überweisung von einem Arzt veranlasst wurde.

Auffällig ist, dass in der Gruppe der nicht nachuntersuchten ein Anteil von 13 % auffiel, der von der Bundeswehr in die Klinik überwiesen worden sind. Dagegen sind nur 2 % der nachuntersuchten Patienten von der Bundeswehr geschickt worden.

Bei dem Vergleich der Untergruppen fiel auf, dass 58 % der unbekanntem Patienten vom Arzt eingewiesen worden sind. Dagegen nur 35 % der nicht aufgefundenen Patienten.

Dagegen wurde in beiden Untergruppen nur ein geringer Anteil aus der Bundeswehr heraus eingewiesen. Von den unbekanntem Patienten waren dies nur 10 %, von den nicht aufgefundenen sind 14 % aus der Bundeswehr eingewiesen worden.

11 % der unbekanntem Patienten sind von der Familie in die Klinik gebracht worden.

Dagegen 26 % der nicht aufgefundenen.

Wie in anderen Studien bereits beschrieben, ist auch bei diesem Patientenkollektiv das Durchschnittsalter der Frauen mit 35 Jahren ca. 7 Jahre höher als das der Männer mit 28 Jahren.

Nur die Gruppe der verstorbenen Patienten fällt hier aus dem Rahmen. Hier zeigt sich ein höheres Durchschnittsalter von 39,5 Jahren. Dies ist ca. 7,5 Jahre höher, als bei den Patienten in den anderen Gruppen, wobei in den Gruppen der nicht nachuntersuchten und der nachuntersuchten das Durchschnittsalter bei ca. 32 Jahren liegt.

Interessanterweise zeigt sich ein Unterschied in der Altersverteilung innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten. Hier waren die partiell unbekanntem Patienten mit 38,9 Jahren im Schnitt 10 Jahre älter, als die Patienten, die nicht aufgefunden worden sind (27,2 Jahre).

4.7.7. Psychopathologischer Befund

Anhand der unterschiedlichen Fragebögen wurde der psychopathologische Befund der Patienten zum Aufnahmezeitpunkt dokumentiert und kann somit verglichen werden.

Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen fanden sich zum Beispiel beim ersten Auftreten von Halluzinationen und Wahn. Dies zeigte sich in der Auswertung der Ergebnisse der Strauss – Carpenter – Skala. Hier zeigt sich ein Unterschied zwischen den beiden großen Untergruppen, der nachuntersuchten Patienten und der nicht nachuntersuchten Patienten.

Keine Symptome wie Wahn oder Halluzinationen, oder erst seit einer Woche hatten 36 % der Patienten der Gruppe der nachuntersuchten Patienten.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten hatten nur 21 % keine, und somit 79 % der nicht nachuntersuchten Patienten schon in einem längeren Zeitraum vor der Aufnahme derartige Symptome.

Der AMDP – Fragebogen ist mit seinen 201 Einzelitems sehr ausführlich und gut geeignet, um die psychopathologischen Symptome der Patienten zu erkennen und gegenüberzustellen.

Signifikante Unterschiede in der Symptommhäufigkeit haben sich bei den folgenden Einzelitems gezeigt.

Wahngedanken fielen in der Auswertung der AMDP – Fragebögen in der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt deutlich häufiger auf, als in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten. Hier bestanden Wahngedanken bei 39 %. 25 % mehr, nämlich 54 % der nicht nachuntersuchten Patienten, wiesen dagegen Wahngedanken auf.

Auch eine Wahnstimmung zeigten deutlich mehr der nicht nachuntersuchten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt im Vergleich mit den nachuntersuchten Patienten.

Die nachuntersuchten Patienten wiesen zu 50 % eine Wahnstimmung auf. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten zeigten 13 % mehr, nämlich 63 %, eine Wahnstimmung.

Nur 12 % der nachuntersuchten Patienten haben einen systematisierten Wahn zum Aufnahmezeitpunkt gezeigt. Dagegen wiesen mehr als doppelt so viele (30 %) der nicht nachuntersuchten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt dieses Symptom auf.

Innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigten 22 % der nicht aufgefundenen Patienten und 44 % der unbekannteren Patienten einen systematisierten Wahn.

Eine Eigendynamik ihres Wahns entwickelten ebenfalls mehr der nicht nachuntersuchten Patienten. Eine Wahndynamik wiesen in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten 23,1 % zum Aufnahmezeitpunkt auf. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten zeigte sich in 41 % der Fälle eine Wahndynamik. Auch den Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn wiesen zum Aufnahmezeitpunkt mehr von den nicht nachuntersuchten Patienten auf. In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigten in dem AMDP – Fragebogen nur 40 % einen Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten litten 63 % an Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn.

Auch innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigte sich eine uneinheitliche Verteilung. 52 % der nicht aufgefundenen Patienten zeigten zum Aufnahmezeitpunkt einen Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn. Dagegen 84 % der unbekanntenen Patienten.

Insgesamt litten zum Aufnahmezeitpunkt die nicht nachuntersuchten Patienten deutlich mehr an Wahnsymptomatik als die nachuntersuchten Patienten.

Bei den Befürchtungen und Zwängen bestanden in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 35 % der Fälle Misstrauen zum Aufnahmezeitpunkt. Auch hier war die Häufigkeit des Symptoms bei den nicht nachuntersuchten Patienten um 15 % höher. In dieser Gruppe wiesen 50 % der Patienten Misstrauen auf.

Das Symptom der ambivalenten Gefühlslage in dem AMDP - Fragebogen zeigte sich ebenfalls uneinheitlich zum Aufnahmezeitpunkt in den Untergruppen. Es trat deutlich häufiger in der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten als bei den nachuntersuchten Patienten auf.

Die Ambivalenz trat häufiger in der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten auf. Hier waren 23 % zum Aufnahmezeitpunkt betroffen. 34 % zeigten in der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten Ambivalenz.

Eine Antriebssteigerung, welche als typisches Symptom der Schizophrenie bekannt ist, fiel im AMDP – Fragebogen häufiger bei den nicht nachuntersuchten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt auf.

Im Antrieb gesteigert waren in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten 22 %. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten waren fast 12 % mehr Patienten betroffen nämlich 34 %.

Auch in den Untergruppen fiel eine uneinheitliche Verteilung in dem AMDP – Fragebogen auf. Eine Antriebssteigerung wiesen nur 11 % der unbekanntenen Patienten zum

Aufnahmezeitpunkt auf. 44 % der nicht aufgefundenen Patienten waren ebenfalls antriebsgesteigert.

Mangel an Krankheitsgefühl bestand in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 36,3 %.

Eine Verarmung der Affektlage fiel in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 26,4 % auf. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten waren nur 14,3 % affektarm.

Durchschlafstörungen bestanden in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 58,2 %. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten hatten 42,9 % Durchschlafstörungen.

Eine mangelnde Einsicht für ihre jeweilige Erkrankung und ein mangelhaftes Krankheitsgefühl wiesen jeweils mehr der nicht nachuntersuchten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt auf.

Einen Mangel an Krankheitseinsicht wiesen in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten 41,8 % auf.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten bestand bei sogar 57,1 % dieses Symptom im AMDP –Fragebogen der mangelhaften Krankheitseinsicht zum Aufnahmezeitpunkt.

Ein Mangel an Krankheitsgefühl bestand in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten bei 36,3 %. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten bestand bei sogar 53,6 % ein Mangel an Krankheitsgefühl.

Auch in den Untergruppen zeigten sich Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens dieses Symptoms im AMDP - Fragebogen.

Einen Mangel an Krankheitseinsicht zeigten 63 % der nicht aufgefundenen Patienten. Dagegen nur 39 % der unbekannteren Patienten.

4.7.8. Krankheitsverlauf vor Ersthospitalisation

Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen fanden sich zum Beispiel beim ersten Auftreten von Halluzinationen und Wahn. Dies zeigte sich in der Auswertung der Ergebnisse der Strauss – Carpenter – Skala. Hier zeigt sich ein Unterschied zwischen den beiden großen Untergruppen, der nachuntersuchten Patienten und der nicht nachuntersuchten Patienten.

Keine Symptome wie Wahn oder Halluzinationen, oder diese erst seit einer Woche hatten 35,7 % der nachuntersuchten Patienten, was auf einen akuterer Anfang der Erkrankung hinweist, als bei den nicht nachuntersuchten Patienten.

Bei denen hatten nur 20,9 % keine, und somit 79,1 % der nicht nachuntersuchten Patienten schon in einem längeren Zeitraum vor der Aufnahme derartige Symptome.

Auch in dem ärztlichen Dokumentationsblatt, welches sehr gute Aussagen über die Lebensumstände des Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme macht, wird eine Aussage über die bisherige Entwicklung der Erkrankung gemacht.

Hier zeigte sich in der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten bei 47,3 % der Fälle eine akute Verlaufsform vor Aufnahme. 38,2 % wiesen eine chronische Verlaufsform auf. Bei den nachuntersuchten Patienten zeigte sich sogar bei 64,8 % der Fälle ein akuter Verlauf und bei nur 18,7 % ein chronischer Verlauf vor der Aufnahme.

Dieses Ergebnis bestätigt den akuterer Erkrankungsbeginn der nachuntersuchten Patienten.

56 % der nicht aufgefundenen Patienten zeigen eine akute Verlaufsform vor der stationären Aufnahme. Dagegen nur 18 % der unbekannt Patienten.

Eine chronische Verlaufsform vor der Aufnahme zeigten 28 % der nicht aufgefundenen Patienten. Dagegen 50 % der unbekannt Patienten.

Hier war deutlich zu sehen, dass die nachuntersuchten Patienten bei fast allen der 201 zum Aufnahmezeitpunkt im AMDP – Fragebogen getesteten psychopathologischen Symptomen gleich oder sogar besser abgeschnitten haben. Nur die Symptome der Affektarmut und der Durchschlafstörung haben die nachuntersuchten Patienten häufiger aufgewiesen, als die nicht nachuntersuchten Patienten.

Die meisten Symptome, die bei den nicht nachuntersuchten Patienten im AMDP – Fragebogen zum Aufnahmezeitpunkt häufiger aufgetreten sind, sind Symptome aus dem Bereich des paranoid – halluzinatorischen Syndroms. So ist es auch nicht verwunderlich,

dass dieses Syndrom bei den nicht nachuntersuchten Patienten häufiger nachgewiesen wurde als bei den nachuntersuchten Patienten.

So weisen 47,1 % der nachuntersuchten Patienten das Syndrom bei Aufnahme nicht mit Sicherheit auf (Score ≤ 4). Dagegen zeigen nur 25,5 % der nicht nachuntersuchten Patienten nicht sichere Symptome des paranoid – halluzinatorischen – Syndroms.

Dagegen besteht das depressive Syndrom unter anderem aus den Symptomen Antriebssteigerung und Durchschlafstörungen und so ist es nicht verwunderlich, wenn sich hier das Bild umdreht. Zum Aufnahmezeitpunkt weisen mit 47,1 % der nachuntersuchten Patienten, wesentlich weniger das depressive Syndrom nicht mit Sicherheit auf, als die nicht nachuntersuchten Patienten. Bei denen zeigen 58,2 % der Patienten keine sicheren Symptome.

Auch das NAMDP – Syndrom beinhaltet das Symptom der Antriebsarmut. Hier ist ein ähnliches Bild zu beobachten wie bei dem depressiven Syndrom.

32,2 % der nachuntersuchten Patienten weisen das Syndrom nicht mit Sicherheit auf. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten zeigen mit 41,8 % der Patienten deutlich mehr Patienten nicht sicher Symptome.

4.7.9. Zustandsänderung

Anhand der CGI – Skala wird der Schweregrad der Erkrankung bei Beginn und Ende der stationären Behandlung und vor allem die Zustandsänderung während des Erstaufenthaltes 1980/81 dokumentiert.

In beiden Hauptgruppen waren die Patienten bei der Aufnahme deutlich krank (CGI – Werte von 6,4). Entlassen wurden sie in noch immer leicht krankem Zustand (CGI – Wert von 4,2).

Insgesamt fiel die Beurteilung der Zustandsänderung für die Gesamtkohorte gut aus.

Bei der Mehrheit der Patienten (90 %) hat sich der Zustand gebessert. Bei 14 % war der Zustand sehr viel besser und bei sogar 53 % der Patienten viel besser.

Betrachtet man die Zustandsänderung getrennt für Männer und Frauen, kommt man zu den folgenden Ergebnissen.

Die Frauen der Gesamtkohorte erhielten tendenziell eine bessere Beurteilung der Zustandsveränderung während des stationären Aufenthaltes. 59 % verließen die Klinik in viel gebessertem Zustand, bei den Männern waren es nur 43 %.

Generell könnte es schwierig sein, zu unterscheiden ob der Zustand nur viel oder sehr viel gebessert ist. Wenn man nun die beiden Antwortmöglichkeiten zusammennimmt sind 75 % der Frauen in einem sehr, oder zumindest viel verbessertem Zustand entlassen worden. Bei den Männern macht dieser Anteil nur 52 % aus.

Betrachtet man die Hauptgruppen getrennt zeigt sich, dass sich in allen drei Gruppen bei jeweils ca. der Hälfte der Patienten der Zustand anhand der Auswertung der CGI – Skala viel gebessert hat.

Jedoch hat sich der Zustand bei den nachuntersuchten Patienten stärker gebessert als bei den nicht nachuntersuchten Patienten.

Bei 17 % der nachuntersuchten Patienten, 11 % der nicht nachuntersuchten Patienten und 8 % der Verstorbenen hat sich der Zustand sogar sehr viel gebessert.

Interessanterweise hat sich der Zustand bei den nicht nachuntersuchten Patienten bei immerhin 29 % im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt nur wenig gebessert und bei 9 % nicht verändert.

Dagegen zeigen in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten nur 20 % einen wenig gebesserten Zustand und 8 % ein unverändertes Zustandsbild.

Bei den Verstorbenen waren 33 % nur wenig gebessert und 8 % unverändert.

Innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigt sich hier, dass die unbekannteren Patienten bei der Aufnahme einen Mittelwert der CGI – Skala von 6,38

haben, dagegen die nicht aufgefundenen Patienten einen von 6,42, die somit unwesentlich schwerer krank waren.

Bei der Entlassung dreht sich das Bild um und die nicht aufgefundenen Patienten zeigen mit 4 ein um 0,5 Punkte besseres Zustandsbild.

Somit zeigt sich dass sich der Zustand der unbekanntes Patienten nur unwesentlich weniger gebessert hat als der der nicht aufgefundenen Patienten.

Mit der GAS – Skala wird der Zustand der Erkrankung jeweils bei Beginn und Ende des stationären Erstaufenthaltes beurteilt.

In der Auswertung der GAS – Skala wird ersichtlich, dass alle Patienten nach ihrer Behandlung erheblich bessere, also höhere Werte aufweisen.

Der Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt liegt im Patientenkollektiv bei 36,4, der Durchschnittswert der Entlassung bei 63.

Der GAS – Wert bei Erstaufnahme zeigt, dass alle Patientengruppen im psychischen und sozialen Bereich teilweise erheblich beeinträchtigt sind.

Bei den nachuntersuchten Patienten zeigt sich ebenfalls eine Besserung des Zustandes vom Aufnahme- bis zum Entlassungszeitpunkt um 26,8 Punkte.

Bei den nicht nachuntersuchten Patienten bessert sich der Zustand um 27,3 Punkte.

In der Gruppe der Verstorbenen ist nur eine Besserung von 22,7 Punkten zu beobachten. Hier liegt der Mittelwert der GAS – Werte zum Aufnahmezeitpunkt bei 37,14, bei einer Standardabweichung von 11,98. Zum Entlassungszeitpunkt liegt der Mittelwert bei 64,43 (Standardabweichung 13,98).

Innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten zeigt sich, dass sich der Zustand der nicht aufgefundenen Patienten in der GAS – Skala stärker gebessert hat als der der unbekanntes Patienten.

Beide Gruppen, die der nicht aufgefundenen Patienten und die der unbekanntes Patienten wiesen einen Wert von 37 zum Zeitpunkt der Aufnahme auf. Zur Entlassung besserte sich der Zustand bei den nicht aufgefundenen Patienten um 29,43 Punkte und bei den unbekanntes Patienten nur um 23,67 Punkte.

6 Zusammenfassung

In den katamnestischen Studien werden in der Regel nur die Daten der Patienten berücksichtigt, die zur Nachuntersuchung erschienen sind. Die Patienten dagegen, die zur Nachuntersuchung nicht erschienen sind, werden außer der Nennung der Anzahl nicht weiter betrachtet.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen die Daten der Patienten, die nicht zur Nachuntersuchung erschienen sind und es wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich diese Patientengruppen zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation von denen der nachuntersuchten Patienten unterscheiden.

Diese Arbeit stellte sich zur Aufgabe, die psychopathologischen und anamnestischen Merkmale, die während der ersten stationären Behandlung erhoben wurden, näher zu untersuchen.

Im Rahmen der Münchener Katamnese – Studie wurden 159 Patienten, die in den Jahren 1980/81 in der psychiatrischen Klinik der LMU München erstmals mit einer schizophrenen Diagnosen stationär behandelt worden sind, nach ca. 15 Jahren zu einem Nachuntersuchungstermin eingeladen. Die Patientengruppen setzten sich aus Patienten mit den Diagnosen der schizophrenen Psychose (ICD 9: 295, außer 295,7), der schizoaffektiven Psychose (ICD 9: 295,7), des paranoiden Syndrom (ICD 9: 297) oder einer anderen nichtorganischen Psychose (ICD 9: 298) zusammen.

Diese 159 Patienten werden im Folgenden in zwei Untergruppen eingeteilt.

91 dieser Patienten der Gesamtgruppe kamen der Einladung nach und erschienen zur Nachuntersuchung. Diese Gruppe wird im Folgenden als nachuntersuchte Patienten bezeichnet.

56 der Patienten (35 %) dagegen sind aus unterschiedlichen Gründen zur Nachuntersuchung nicht erschienen. Diese Gruppen wir nun als die der nicht nachuntersuchten Patienten benannt.

12 (8 %) der Patienten waren mittlerweile verstorben.

Zudem beantworteten von den 56 nicht nachuntersuchten Patienten 29 Patienten die Einladung aktiv mit einer Ablehnung. 27 konnten nicht aufgefunden werden.

Die 29 Patienten, die eine Teilnahme an der Nachuntersuchung aktiv ablehnten und von denen kein weiterer psychiatrischer Aufenthalt eruiert werden konnte, sollen im Folgenden als die „unbekannten Patienten“ benannt werden.

Bei 11 von diesen „unbekannten Patienten“ konnte eine Spur verfolgt werden. Das heißt, dass bei ihnen in den folgenden Jahren mindestens einmal eine weitere stationäre psychiatrische Therapie eruiert werden konnte. Bei diesen „unbekannten Patienten“ gehen wir von einer Chronifizierung der Erkrankung aus. Diese werden im Folgenden nicht weiter betrachtet.

Die restlichen 18, bei denen man keine weitere Information über nachfolgende Behandlungen verfügbar war, werden im Folgenden als „partiell unbekannte Patienten“ benannt. Von 27 der nicht nachuntersuchten Patienten (48%) konnte der aktuelle Aufenthaltsort zum Nachuntersuchungszeitpunkt nicht ermittelt werden. Diese Untergruppe wird nun als die der nicht aufgefundenen Patienten bezeichnet.

Im Folgenden werden vorerst die Unterschiede zwischen den nicht nachuntersuchten und den nachuntersuchten Patienten dargestellt, anschließend wird innerhalb der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten die Untergruppen der partiell unbekannt Patienten und die der nicht aufgefundenen Patienten noch näher betrachtet.

Beim Vergleich der beiden großen Gruppen, der nachuntersuchten Patienten (N=91) und der nicht nachuntersuchten Patienten (N=56) konnten folgende Unterschiede festgestellt werden:

1. Die nicht nachuntersuchten Patienten wiesen eine bessere soziale Integration zum Aufnahmezeitpunkt auf, was sich in dem Item der „Qualität der sozialen Kontakte“ der Strauss – Carpenter – Skala zeigte. Hier wiesen die nicht nachuntersuchten Patienten mit 44 % mehr enge Beziehungen als die nachuntersuchten Patienten mit 38 % auf, was eine höhere Qualität der sozialen Kontakte in der Strauss – Carpenter – Skala zeigt.
2. Die nicht nachuntersuchten Patienten zeigten eine geringere familiäre Belastung zum Aufnahmezeitpunkt als die nachuntersuchten. Auch dies zeigt sich in den Ergebnissen der Strauss – Carpenter – Skala. In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten hatten 79 % der Patienten keine Verwandten ersten Grades mit mindestens einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt in der

Eigenanamnese. Dagegen gaben nur 59 % der nachuntersuchten Patienten an, Verwandtschaft ersten Grades mit psychiatrischen Krankenhausaufenthalten zu besitzen.

3. Die nicht nachuntersuchten Patienten zeigten eine erhöhte paranoide und wahnhaftige Symptomatik zum Aufnahmezeitpunkt. Schon während eines längeren Zeitraums vor der Aufnahme waren bei 79 % der nicht nachuntersuchten Patienten Halluzinationen und Wahn zu beobachten. Dies zeigt sich in der Strauss – Carpenter – Skala. Ebenso gehören die meisten Symptome der AMDP - Dokumentation, die bei den nicht nachuntersuchten Patienten häufiger aufgetreten sind, in den Bereich des paranoid – halluzinatorischen Syndroms. Der Mittelwert der nachuntersuchten Patienten bei Erstaufnahme liegt für das paranoid-halluzinatorischen Syndrom bei 7,1 mit einer Standardabweichung von 6,6. Alle Werte liegen im Bereich zwischen 0 und maximal 32. 47 % der Patienten wiesen das paranoid – halluzinatorische Syndrom in geringer Ausprägung auf, 18 % zeigten keine Symptome aus dem Bereich des paranoid – halluzinatorischem Syndroms. Bei den nicht nachuntersuchten Patienten liegt der Mittelwert bei Aufnahme bei 9,3 bei einer Standardabweichung von 6,9. Hier liegen die Werte im Bereich zwischen 0 und 25, wobei nur 26 % der nicht nachuntersuchten Patienten das paranoid – halluzinatorische Syndrom in gering abgeschwächter Form aufwiesen, hiervon zeigten 10 % gar keine paranoid – halluzinatorische Symptomatik.
4. Die nicht nachuntersuchten Patienten zeigen weniger häufig das Item „Affektarmut“ der AMDP – Dokumentation zum Aufnahmezeitpunkt als die nachuntersuchten. Auch dies zeigt sich bei den Einzelitems der AMDP – Dokumentation. Hier wiesen 26 % der nachuntersuchten Patienten das Item „affektarm“ auf, dagegen nur 14 % der nicht nachuntersuchten Patienten.
5. Die nicht nachuntersuchten Patienten weisen häufiger Ambivalenz und Antriebssteigerung zum Aufnahmezeitpunkt auf, was sich ebenfalls in den Einzelitems der AMDP – Dokumentation zeigt. (Ambivalenz: 23 % nachuntersuchte Patienten, 34 % nicht nachuntersuchte Patienten, Antriebssteigerung: 22 % nachuntersuchte Patienten, 34 % nicht nachuntersuchte Patienten)

6. Bei einem größeren Anteil der nicht nachuntersuchten Patienten (29 %) hat sich der Zustand in der CGI – Skala im Laufe des stationären Aufenthaltes weniger stark gebessert (Beurteilung 4 = Zustand ist wenig besser), als bei den nachuntersuchten Patienten (20 %). In beiden Gruppen hat sich jeweils ca. die Hälfte der Patienten im Zustand viel gebessert. Bei 11 % der nicht nachuntersuchten Patienten und 17 % der nachuntersuchten Patienten hat sich der Zustand sogar sehr viel gebessert. In der Gruppe der nicht nachuntersuchten Patienten hatte sich der Zustand bei 29 % nur wenig gebessert und bei 9 % nicht verändert. In der Gruppe der nachuntersuchten Patienten zeigten 20 % einen wenig gebesserten Zustand und 8 % ein unverändertes Zustandsbild.

7. Bezüglich des Erkrankungsalters, der Krankheitsdauer und der restlichen Symptomatik ließ sich im Vergleich der beiden großen Gruppen anamnestisch und psychopathologisch zum Aufnahmezeitpunkt kein Unterschied finden.

Neben diesem Vergleich der nachuntersuchten Patienten und den nicht nachuntersuchten Patienten kann die Gruppe der 56 nicht nachuntersuchten Patienten weiter in Untergruppen eingeteilt werden. 29 Patienten beantworteten die Einladung aktiv mit einer Ablehnung. Von diesen konnte bei 11 der Patienten in den folgenden Jahren festgestellt werden, dass sie zum wiederholten Male stationär behandelt worden sind, so dass wir davon ausgehen, dass es sich um eine chronische Verlaufsform handelt. Diese Patienten werden im Folgenden nicht weiter untersucht.

Die restlichen 18 Patienten, bei denen keine weitere Information über nachfolgende Behandlungen erhoben werden konnte, werden im Folgenden als „partiell unbekannte Patienten“ bezeichnet.

Die zweite Gruppe bilden die 27 Patienten (48 %), von denen zum Einladungszeitpunkt kein aktueller Aufenthaltsort ermittelt werden konnte und von denen uns ebenfalls keine zusätzliche Informationen über den weiteren Krankheitsverlauf vorlag. Diese Gruppe wird Gruppe der nicht aufgefundenen Patienten genannt.

Im Folgenden werden nun die partiell unbekanntes Patienten (N=18) und die nicht aufgefundenen Patienten (N=27) miteinander verglichen.

1. Die partiell unbekanntes Patienten zeigten zum Aufnahmezeitpunkt ein um mehr als 10 Jahre höheres Alter als die nicht aufgefundenen Patienten. Die nicht aufgefundenen Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt durchschnittlich 27 Jahre alt, die partiell unbekanntes Patienten waren dagegen im Schnitt 39 Jahre alt.
2. Bei den partiell unbekanntes Patienten litten deutlich mehr (50 %) Patienten zum Aufnahmezeitpunkt an einer schizophrenen Psychose im engeren Sinne, als die nicht aufgefundenen Patienten (37 %). 39 % der partiell unbekanntes Patienten wiesen ein paranoides Syndrom (ICD 9: 297) auf und nur jeder zehnte von denen eine schizoaffektive Psychose (ICD 9: 295,7). Bei den nicht aufgefundenen Patienten wiesen 37 % eine schizoaffektive Psychose (ICD 9: 295,7) auf. Nur bei 3 % wurde die Diagnose eines paranoiden Syndroms (ICD 9: 297) gestellt. Im Gegensatz zu den partiell unbekanntes Patienten, bei denen diese Diagnose gar nicht vorkam, hatte immerhin ein Viertel eine andere nichtorganische Psychose (ICD 9: 298).
3. Die partiell unbekanntes Patienten unterschieden sich in der Auswertung der Strauss – Carpenter – Skala in einem mit 3 Punkten nur geringfügig höheren = besseren Mittelwert als die nicht aufgefundenen Patienten.
4. Die partiell unbekanntes Patienten zeigten häufiger eine chronische Verlaufsform als die nicht aufgefundenen Patienten. In der Basisdokumentation zeigt sich, dass über die Hälfte (56 %) der nicht aufgefundenen Patienten zum Aufnahmezeitpunkt eine akute Verlaufsform vor dem stationären Aufenthalt zeigten, dagegen 18 % der partiell unbekanntes Patienten. Die partiell unbekanntes Patienten dagegen wiesen zur Hälfte (50 %) eine chronische Verlaufsform auf.
5. Der Basisdokumentation ist zu entnehmen, dass die partiell unbekanntes Patienten zu einem höheren Anteil (58 %) von einem Arzt in die Klinik eingewiesen worden sind. Dagegen sind nur 35 % der nicht aufgefundenen Patienten von einem Arzt zur stationären Aufnahme eingewiesen worden. Von den partiell unbekanntes Patienten sind 11 % von der Familie in die Klinik gebracht worden. Dagegen 26 % der nicht aufgefundenen Patienten.

6. Die partiell unbekanntenen Patienten zeigten auch bei der Global Assessment Skale (GAS) eine weniger starke Zustandsbesserung während des stationären Aufenthaltes im Gegensatz zu den nicht aufgefundenen Patienten. Beide Gruppen wiesen einen Wert von 37 zum Zeitpunkt der Aufnahme auf. Zur Entlassung besserte sich der Zustand bei den nicht Aufgefundenen um 29 Punkte und bei den partiell unbekanntenen Patienten nur um 24 Punkte.
7. Die partiell unbekanntenen Patienten zeigten doppelt so häufig einen systematisierten Wahn zum Aufnahmezeitpunkt auf als die nicht aufgefundenen Patienten. Einen systematisierten Wahn zeigten 44 % der partiell unbekanntenen Patienten und nur 22 % der nicht aufgefundenen Patienten.
8. Die partiell unbekanntenen Patienten zeigten einen Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn ebenfalls deutlich häufiger als die nicht aufgefundenen Patienten. 84 % der partiell unbekanntenen Patienten zeigten einen Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn. Dagegen nur 52 % der nicht aufgefundenen Patienten.

Wir stellen fest, dass die partiell unbekanntenen Patienten zum einen älter waren, eine chronische Verlaufsform und häufiger eine Wahnsymptomatik zeigten, als die Vergleichsgruppe der nicht aufgefundenen Patienten.

Daraus schließen wir, dass die partiell unbekanntenen Patienten im Gegensatz zu den nicht aufgefundenen Patienten eher eine chronisch wahnhaftige Erkrankung aufwiesen, als die Vergleichsgruppe.

7 Anhang:

Im Folgenden sind Krankengeschichten als Beispiele der einzelnen Gruppen aufgeführt:

7.1 Nicht aufgefunden:

Frau T. 21 Jahre

ICD 9: 295.7 Erstmanifestation einer schizoaffektiven Psychose

Aufnahme: 04.01.80 – 13.02.80

Aktuell: Die Pat. wurde von Freunden zur Aufnahme gebracht. Zum Zeitpunkt der Aufnahme war die Pat. nicht explorierbar. Sie wirkte ratlos und ängstlich, schaute sich bedeutungsvoll um. Auf der Station lief sie unruhig umher und bat dorthin gebracht zu werden, wo keine Menschen seien, da sie sich vor ihnen ängstige.

Biographisch ist erwähnenswert, dass sie als zweite von drei Töchtern, als „schwererziehbar“ galt und ab ihrem 10. Lebensjahr für die Dauer von fünf Jahren in einem Internat untergebracht war. Wieder zu Hause hatte sie sich nicht mehr in das Familienleben einfügen können und sei mit 15 ½ von daheim ausgerissen. Sie hat keinen Volksschulabschluss.

Nach Angaben der Eltern habe sie nach ihrem Auszug im Freundeskreis umhererzählt, sie wäre vom Vater brutal niedergeschlagen worden. An diesen Erzählungen sei kein wahres Wort.

Befunde: Zum Zeitpunkt der Aufnahme war die Pat. nicht zu explorieren. Nach drei Tagen wirkte die Pat. schon weniger ratlos und ist durch die hohe Medikation gedämpft. Sie berichtet bereits distanziert über ihre wahnhaften Einfälle und imperative akustische Halluzinationen. Alle würden über sie lachen. Als man in die Kirche gegangen sei, habe sie alles intensiver erfahren, auf einmal habe sie die Stimme Gottes gehört. Der Affekt ist noch vordergründig jammerig; insgesamt ist die Stimmungslage depressiv.

Die Pat. berichtet von einer Schlägerei mit dem Freund, ca. zwei Wochen vor der Aufnahme. Danach haben die Veränderungen begonnen.

Im Zusammenhang mit den Berichten der Eltern stellte sich die Frage einer Pseudologia phantastica.

Der Kollege der psychosomatischen Abteilung sprach sich für eine schwere narzisstische Störung aus. Allerdings glaubte er nicht, dass die Pat. reif genug für eine Psychotherapie sei.

Therapie, Verlauf und Entlassung: Nach Gabe von 800 mg Taxilan /die besserte sich das psychopathologische Bild der Pat. erstaunlich rasch. Nach Abklingen der Psychose wurde in mehreren Gesprächen ein Konzept für die Zukunft erarbeitet. So kehre sie nach 6 Wochen zu ihren Freund zurück und wollte sich mit Hilfe des Vaters eine Halbtages-Stelle suchen und sich auf die Prüfung an der Schauspielschule vorbereiten.

Verlauf nach der Entlassung: Die Adresse der Pat. konnte zur Nachuntersuchung nicht ermittelt werden. Über den weiteren Verlauf der Erkrankung ist nichts bekannt.

7.2 Partiiell Unbekannte:

Frau F. 25 Jahre

ICD 9 : 295.3 Paranoide Schizophrenie

Aufenthalt:22.04.81 – 30.04.81

Aktuell: Die Pat. hatte sich sozial völlig isoliert, da sie durch vermeintliche Magen-Darmgeräusche glaubte, nicht mehr unter Menschen gehen zu können. Sie glaubte, man meide sie, wolle ihr schaden, halte sie für völlig verschroben.

In dieser völlig ausweglosen Situation hatte sie versucht, sich durch Rückatmen in eine Plastiktüte, verbunden mit Strangulationsversuchen das Leben zu nehmen.

Krankheitsbeginn: Die eigentliche Störung habe sich ab dem 12. Lebensjahr entwickelt, damals habe der Vater eine sexuelle Annäherung an sie anlässlich eines Schwimmbadbesuches versucht. Dies habe sie zutiefst schockiert, sie habe mit ihrem Vater nicht mehr sprechen können, sei außerdem noch ängstlicher geworden. Die Mutter war die einzige Vertrauensperson.

Befund: Bei der Pat. war der Antrieb deutlich gehemmt. Affektiv wirkte sie äußerst starr und modulationsarm. Es bestanden keine Wahrnehmungsstörungen, keine formalen Denkstörungen. Inhaltlich starke Beziehungsideen. Keine Ich – oder Persönlichkeitsstörungen. Es besteht keine Krankheitseinsicht, die Primärpersönlichkeit ist ausgesprochen schizoid strukturiert.

Therapie, Verlauf und Entlassung: es wurde versucht zu der Pat. Kontakt herzustellen, was sich allerdings als sehr schwierig erwies. Medikamentöse Therapie wurde abgelehnt. Die Pat. verlangte kategorisch die Entlassung, so dass nach Feststellung keiner weiteren Selbst- oder Fremdgefährdung nach 8-tägigem stationärem Aufenthalt dem Wunsch nachgegangen wurde.

Verlauf nach der Entlassung: Sie verweigerte die Nachuntersuchung ´98 vehement. Sonst ist über den weiteren Verlauf der Erkrankung nichts bekannt!

7.3 Unbekannte Patienten:

Frau A. 24 Jahre

ICD 9: 295.3 sensitiver Beziehungswahn, paranoide Schizophrenie

Aufenthalt: 23.01.80 – 14.02.80

Aktuell: Im November 1979 trennte sich die Pat. von ihrem langjährigem Lebenspartner, da sie in einer Diskothek einen anderen Mann kennen gelernt hatte, zu dem sie sehr schnell Vertrauen gefasst hatte. Sie sieht diesen Mann nur dreimal, bekommt aber zunehmend die Überzeugung, er würde ihr durch verschiedene Arrangements (Buchveröffentlichungen, Fernsehsendungen, Zeitungsberichte) mitteilen, er würde sie lieben.

Befunde: Die Pat. ist das zweite von sechs Kindern. Sie hat mit 16 Jahren eine Ausbildung zur Erzieherin begonnen, die sie nach 4 Jahren erfolgreich beendete. Die Pat. wirkt bei Aufnahme eigenartig distanziert, fast verhangen. Die Umgebung habe gegen sie ein „positives Komplott“ geschlossen. Alle würden versuchen ihr zu helfen ihren Freund zu treffen. Der würde, so sei sie sich aus Fernsehsendungen und Zeitungsberichten ganz klar, nach ihr suchen. Die Pat. wirkt zunehmend denkzerfahren, Gedankenabreißen wird deutlich. Die Stimmung ist fast gleichgültig, die affektive Schwingungsbreite fast aufgehoben. Konzentrationsfähigkeit ist deutlich herabgesetzt, das Denken verlangsamt.

Therapie, Verlauf und Entlassung: Die Behandlung mit Haloperidol führt nach wenigen Tagen zu einer deutlichen Besserung nach etwa 10 Tagen erscheint sie psychopathologisch fast unauffällig und so konnte sie nach drei Wochen nach Hause entlassen.

Verlauf nach der Entlassung: '85, '89 und '95 Anfragen der weiterbehandelnden Nervenärzte. Die Nachuntersuchung wurde '98 verweigert. Ein Telefongespräch im Jahr 2000 mit ihrem weiterbehandelndem Arzt den sie in unregelmäßigen Abständen, zuletzt 1999 besucht, ergab Folgendes: Die Pat. ist nach wie vor von jugendlicher Erscheinung und zurückhaltend. Sie lebt bei den Eltern und hat offenbar zurzeit keine neue Beziehung. Sie arbeitet als Hilfsarbeiterin nicht in ihrem erlernten Beruf. Sie wird weiterhin mit Semap behandelt.

Insgesamt macht die Krankheit einen nicht fortschreitenden, stationären Eindruck, der bis auf kurzzeitige psychotische Symptome, im Sinne eines Liebeswahns, keine Verschlechterung aufweist.

7.4 Verstorben:

Frau G. 34 Jahre

ICD 9: 295.7 Schizoaffektive Psychose

Aufenthalt: 27.10.81 – 2.12.81

Aktuell: die Pat. wird von Sanitätern und ihrem Bruder zur Aufnahme gebracht, da sie an den vorherigen Tagen nur noch vom baldigen Weltuntergang gesprochen und sich am Tag vor der Aufnahme abends auf den Balkon gestellt, sich ausgezogen und den Weltuntergang erwartet habe; dabei habe sie Visionen am Himmel gesehen. Die Pat hatte seit einem halben Jahr einen dissozialen, alkohol- und tablettenabhängigen Freund, der sich vor drei Monaten das Leben genommen hat. Von der Polizei wurde sie zur Identifikation der Leiche hinzugezogen. Seitdem habe sie sich sehr verändert, habe Botschaften von ihm erhalten, ihre Kleider verbrannt und die Wiedergeburt ihres Freundes erwartet.

Befunde: Die Pat. war bei Aufnahme räumlich und zeitlich nicht orientiert, akut psychotisch und leicht reizbar. Sie glaubt der Tod Hel zu sein, spricht ununterbrochen und schlägt um sich, macht in ihrer Wahnstimmung bedeutungsvolle Gesten, Wahrsagungen. Antrieb und Psychomotorik sind deutlich gesteigert; Konzentration und Aufmerksamkeit sind nicht prüfbar. Das formale Denken ist auf die Wahninhalte eingeengt, es besteht eine ausgeprägte Ideenflüchtigkeit. Die Wahnthematik lässt Depersonalisation und Derealisation erkennen. Der Affekt ist von Angst bestimmt.

Therapie, Verlauf und Entlassung: Die Pat. wurde mit Haldol behandelt, später wurde aufgrund von auftretenden Dyskinesien die Gabe von Akineton erforderlich. Die akute psychotische Symptomatik bildete sich nach drei Wochen zurück, so dass sie nach gut einem Monat nach Hause entlassen werden konnte.

Verlauf nach der Entlassung: Die Pat. suizidierte sich 1983.

8 Literaturverzeichnis

[1] Angermeyer M.C., Kühn L. (1988)

Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 237: 351-364

[2] Bland et al. 1976

Bland RC, Parker JH, Orn H, Prognosis in schizophrenia. A ten-year follow-up of first admissions. Arch Gen Psychiatry (United States), Aug 1976, 33(8) p949-54

[3] Breier et al. (1991)

Breier A, Schreiber JL, Dyer J, et al. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. Arch Gen Psychiatry (United States), Mar 1991, 48(3) p239-46

[4] Ciompi, L.

Catamnestic long-term study of the course of life and aging of schizophrenics
Schizophrenia Bulletin 6:606-618, 1980

[5] Harding et al. (1987)

Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, et al., The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia.

I: Methodology, Study sample, and Overall Status 32 Years Later, Am J Psychiatry 144: Jun 1987

[6] Hawk, Carpenter, Strauss, (1975)

Diagnostic Criteria and Five-Year Outcome on Schizophrenia Arch Gen Psychiatry / Vol 32, März 1975

[7] Heiden an der W, Krumm B, Müller S, Weber I, Biehl H, Schäfer M (1995)

Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie, Nervenarzt 66/1995 (820-827)

[8] Johnstone, Frith, Lang, Owens (1995)

Determinants of the Extremes of Outcome in Schizophrenia; British Journal of Psychiatry
1995; 167, 606-609

[9] Kraepelin E. (1909-1915)

Psychiatrie 8. Auflage, Band 1-4 Barth, Leipzig

[10] Maneros A. (1991)

Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen, Eine vergleichende
Langzeitstudie, Springer – Verlag, Berlin Heidelberg

[11] McGlashan (1984)

The Chestnut Lodge follow-up study. II. Long-term outcome of schizophrenia and the
affective disorders. Arch Gen Psychiatry (United States), Jun 1984, 41(6) p586-601

[12] Möller H.-J. (1984)

Strauß – Carpenter – Skala: Überprüfung ihres prognostischen Wertes für das 5 – Jahres
– „Outcome“ schizophrener Patienten. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci, 234: 112 – 117

[13] R. Ram, E. Bromet, W. Eaton, C. Pato, J. Schwartz (1992)

The Natural Course of Schizophrenia: A Review of first Admission Studies
Schizophrenia Bulletin Vol. 18, No. 2, 1992

[14] Steinhart I., G. Bosch, Th. Muhr, E. Mohlfeld,

Concerning the Representativeness of Psychiatric Catamnestic Studies – The Influence
of Various Approach Strategies on the Response of Former Patients
Meth. Inform. Med. 25 (1986) 171-175

[15] Strauss John S., William T. Carpenter Jr. (1974)

Characteristic Symptoms and Outcome in Schizophrenia, Arch Gen Psychiatry/Vol 30,
April 1974

[16] Trieman, Leff, Glover (1999)

Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study (1999); BMJ Volume 319, 1999

[17] Weber D. (1998)

Positive und negative Symptomatik bei ersthospitalisierten schizophrenen Patienten
Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde an der Medizinischen
Fakultät der Ludwig – Maximilians – Universität München

[18] Welner, Liss und Robins (1974)

Personality Disorder: Part II. Follow – Up British Journal of Psychiatry 1974, 124: 359-66

[19] Wieselgren I.-M., L.H. Lindström

A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic
patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education
level at index admission and neuroleptic treatment
Acta Psychiatr Scand 1996: 93: 9-19

[20] WHO (1980)

Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 9. Revision, Dt. Übersetzung,
Springer – Verlag, Berlin, New York, Heidelberg

9 Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Zusammensetzung der Gesamtkohorte	14
Abbildung 2 Altersverteilung der Gesamtkohorte	29
Abbildung 3 Altersverteilung in den drei Untergruppen	31
Abbildung 4 Altersdurchschnitt der Diagnosen in den Untergruppen	34
Abbildung 5 Aufnahme/Überweisung veranlasst durch	37
Abbildung 6 Verlaufsform der Krankheit vor der jetzigen Aufnahme/Behandlung	38
Abbildung 7 Dauer der Symptomatik bis zur Aufnahme	39
Abbildung 8 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Prognoseskala	42
Abbildung 9 Altersspezifische Auswertung der Summenwerte: Gesamtkohorte	43
Abbildung 10 Altersspezifische Auswertung: nachuntersuchte Patienten zum Aufnahmezeitpunkt	43
Abbildung 11 Altersspezifische Auswertung: nachuntersuchte Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	44
Abbildung 12 Altersspezifische Auswertung: nicht nachuntersuchte	44
Abbildung 13 Altersspezifische Auswertung: Verstorbene	45
Abbildung 14 Qualität sozialer Kontakte	47
Abbildung 15: Familienanamnese psychiatrischer Krankenhausaufenthalte	48
Abbildung 16: Erstes Auftreten von Halluzination und Wahn	49
Abbildung 17: Was war die längste Periode, während der irgendeine mittel bis schwere psychiatrische Störungen mehr oder weniger kontinuierlich bestanden	50
Abbildung 18 Verteilung der Durchschnittswerte bei den nachuntersuchten	53
Abbildung 19 Mittelwert der Gesamtkohorte	56
Abbildung 20 Ergebnisse des AMDP-Fragebogens	58
Abbildung 21 Mittelwerte der Gesamtkohorte zum Entlassungszeitpunkt	59
Abbildung 22 Mittelwerte der Untergruppen zum Entlassungszeitpunkt	60
Abbildung 23 Misstrauen	61
Abbildung 24 Wahnstimmung	62
Abbildung 25 Wahngedanke	63
Abbildung 26 systematischer Wahn	64
Abbildung 27 Wahndynamik	65
Abbildung 28 Beeinträchtigungs- Verfolgungswahn	66

Abbildung 29 affektarm	67
Abbildung 30 ambivalent.....	67
Abbildung 31 antriebsgesteigert.....	68
Abbildung 32 Mangel an Krankheitsgefühl.....	69
Abbildung 33 Mangel an Krankheitseinsicht	70
Abbildung 34 Durchschlafstörungen	70
Abbildung 35 Ergebnisse der Zustandsänderung: Gesamtkollektiv	72
Abbildung 36 Geschlechtsspezifische Zustandsänderungen.....	73
Abbildung 37 Altersspezifische Zustandsänderungen	74
Abbildung 38 Vergleich der Zustandsänderungen in den Untergruppen.....	75
Abbildung 39 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Zustandsänderungen.....	75
Abbildung 40 Zustandsänderungen in der Gruppe der Verstorbenen.....	76
Abbildung 41 Zustandsänderungen in der Gruppe der nachuntersuchten.....	77
Abbildung 42 Altersspezifische Unterschiede der Zustandsänderung: nachuntersuchte...78	
Abbildung 43 Altersspezifische Unterschiede der Zustandsänderung: nicht nachuntersuchte	78
Abbildung 44 Altersspezifische Unterschiede der Zustandsänderung: Verstorbene.....	79

9.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Altersverteilung der Gesamtkohorte	28
Tabelle 2 Altersverteilung in die Gruppen jung (bis 30 Jahre), mittleres Alter (30 bis 50 Jahre), älter (älter als 50 Jahre).....	29
Tabelle 3 Alters- und Geschlechtsverteilung der nachuntersuchten Patienten	30
Tabelle 4 Alters- und Geschlechtsverteilung der nicht nachuntersuchten Patienten.....	30
Tabelle 5 Alters- und Geschlechtsverteilung der verstorbenen Patienten.....	30
Tabelle 6 Altersverteilung der partiell unbekanntenen Patienten	31
Tabelle 7 Altersverteilung der nicht aufgefundenen Patienten	31
Tabelle 8 Diagnoseverteilung in der Gesamtkohorte	32
Tabelle 9 Diagnoseverteilung mit Altersdurchschnitt in der Untergruppe der nachuntersuchten Patienten	33
Tabelle 10 Diagnoseverteilung mit Altersdurchschnitt in der Untergruppe der nicht nachuntersuchten Patienten	33
Tabelle 11 Diagnoseverteilung mit Altersverteilung in der Untergruppe der Verstorbenen	34
Tabelle 12 Diagnoseverteilung in der Untergruppe der partiell unbekanntenen Patienten	35

Tabelle 13 Diagnoseverteilung in der Untergruppe der nicht aufgefundenen Patienten	35
Tabelle 14 Diagnoseverteilung innerhalb der nicht nachuntersuchten Patienten.....	36
Tabelle 15 Auswertung Strauss-Carpenter-Prognoseskala	40
Tabelle 16 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Index-Zeitpunkt.....	40
Tabelle 17 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Zeitpunkt Nachuntersuchung.....	41
Tabelle 18 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Nicht nachuntersuchte Patienten	41
Tabelle 19 Mittelwerte Strauss-Carpenter-Skala: Verstorbene	41
Tabelle 20 Ergebnisse der AMDP-Auswertung.....	51
Tabelle 21 Ergebnisse der AMDP-Fragebogens: Gesamtkohorte	56
Tabelle 22 Ergebnisse der AMDP-Fragebogens: nachuntersuchte Patienten	57
Tabelle 23 Ergebnisse der AMDP-Fragebogens: nicht nachuntersuchte Patienten.....	57
Tabelle 24 Ergebnisse des AMDP-Fragebogens: Verstorbene.....	57
Tabelle 25 Ergebnisse des AMDP-Fragebogens: Zeitpunkt der Entlassung	58
Tabelle 26 Mittelwerte der nachuntersuchten Patienten zum Entlassungszeitpunkt.....	59
Tabelle 27 Mittelwerte der nicht nachuntersuchten Patienten zum Entlassungszeitpunkt .	59
Tabelle 28 Mittelwerte der Verstorbenen zum Zeitpunkt der Entlassung	60
Tabelle 29 GAS-Mittelwerte bei Aufnahme und Entlassung.....	80
Tabelle 30 Häufigkeit der GAS-Werte bei Aufnahme.....	80
Tabelle 31 Häufigkeit der GAS-Werte bei Entlassung	81
Tabelle 32 GAS-Mittelwerte der nachuntersuchten Patienten.....	81
Tabelle 33 GAS-Mittelwerte der nicht nachuntersuchten Patienten	82
Tabelle 34 GAS-Mittelwerte der Verstorbenen.....	82

10 Danksagung

An dieser Stelle danke ich Herrn Professor Dr. med. H.-J. Möller für die wohlwollende Überlassung des Themas.

Herrn Dr. A. Strauß danke ich für die großartige Betreuung, die Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit und die immense Geduld.

Herrn Jochen Stenzel danke ich für seine Hilfen, seine Geduld und die vielen Rettungen, wenn der Computer was anderes machte, als ich wollte.

Nicht zuletzt möchte ich meinen Eltern danken, die mir immer hilfreich zur Seite stehen.

11 Lebenslauf

Name: Julia Vinhage
Geburtsdatum: 11. März 1974
Geburtsort: Münster, Westf.

Vater: Heinrich Vinhage
Mutter: Uschi Vinhage

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: ledig

Schulbildung: 1980 – 1984 Mariengrundschule Steinfurt
1984 – 1993 städt. Gymnasium Steinfurt

Schulabschluss: Juni 1993 Abitur

Freiwilliges soziales Jahr: 09/93-08/94 St. Josef-Stift Sendenhorst (Westf.), Fachklinik für
Rheumatologie und Orthopädie

Studiengang: Humanmedizin ab WS 1994/95
Ludwig – Maximilians – Universität München
Abschluss III. Staatsexamen am 16.10.2002

Ärztin im Praktikum vom 01.01.2003 bis 30.06.2004 in der Stiftsklinik Augustinum
München

Seit dem 01.07.2004 Assistenzärztin in der Stiftsklinik Augustinum München