

***Voraussetzungen, Implementierung und Evaluation einer
Öffentlichkeitskampagne zur
Früherkennung schizophrener Psychosen***

von

Daniel Köhn, Dipl.-Psych.

geb. 21.07.1973

zur Promotion an der

Philosophischen Fakultät der Universität zu Köln

betreut von

Prof. Dr. E. Stephan

Psychologisches Institut der Universität zu Köln

Lehrstuhl für Psychologische Diagnostik und Intervention

*„...der wahre Frühling aber ist das Ticken
Der Organe, das gleichmässige Schwanken
Zwischen Frankl und Gott...“*

Thomas Kunst

Danksagung

Die vorliegende Arbeit wäre nicht ohne die moralische und tatkräftige Unterstützung zahlreicher Personen realisiert worden. An dieser Stelle sei die Möglichkeit wahrgenommen, Dank zu sagen. Zunächst Herrn Prof. E. Stephan, dem ich zu besonderem Dank verpflichtet bin, da er die Betreuung der vorliegenden Arbeit übernommen hat und immer eine wichtige motivationale Stütze darstellte. Ein Dankeschön gilt auch Herrn Prof. J. Klosterkötter insbesondere für die Ermöglichung der institutionellen Voraussetzungen dieser Arbeit. Dem Kompetenznetz Schizophrenie und den Kollegen in den Früherkennungszentren in Bonn, Düsseldorf und München möchte ich herzlich für die angenehme und freundschaftliche Zusammenarbeit danken. Allen an den Untersuchungen teilnehmenden Patienten, die die oftmals langwierigen und nicht immer leichten Interviews dennoch mit großer Sorgfalt durchgeführt haben, bin ich zu besonderer Dankbarkeit verpflichtet und hoffe, dass sie von den neuen Entwicklungen auf dem Gebiet der Schizophrenieforschung auch wirklich profitieren. All jenen, die zur Überarbeitung der vorliegenden Arbeit beitrugen, Dir lieber Rainer, liebe Sabine und insbesondere meinem Vater sei herzlich gedankt. Am Ende bleibt noch meine ganz besondere Dankbarkeit, und die gilt Dir, Ralf, ohne Deine freundschaftliche, menschliche und fachliche Unterstützung hätte es nie ein Ende gegeben. Danke.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|-----------|
| 1. EINFÜHRUNG..... | 1 |
| 2. THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND..... | 4 |
| 2.1 FRÜHERKENNUNG SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN | 4 |
| 2.1.1 <i>Historie und Epidemiologie schizophrener Psychosen</i> | 4 |
| 2.1.2 <i>Rational der Früherkennung schizophrener Psychosen</i> | 6 |
| 2.1.2.1 <i>Früherkennung in der unbehandelten psychotischen Vorphase</i> | 14 |
| 2.1.2.2 <i>Früherkennung in der Prodromalphase</i> | 18 |
| 2.1.2.3 <i>Behandlungsansätze in der Frühphase</i> | 28 |
| 2.1.2.4 <i>Früherkennungszentren in Deutschland</i> | 30 |
| 2.2 WEGE IN ADÄQUATE BEHANDLUNG | 32 |
| 2.2.1 <i>Modellvorstellungen zum Weg in adäquate Behandlung</i> | 33 |
| 2.2.1.1 <i>Symptomwahrnehmung</i> | 36 |
| 2.2.1.2 <i>Einfluss signifikant anderer</i> | 40 |
| 2.2.1.3 <i>Erster Hilfskontakt</i> | 42 |
| 2.2.1.4 <i>Adäquate Behandlung</i> | 45 |
| 2.3 ÖFFENTLICHKEITSKAMPAGNEN IM GESUNDHEITSWESEN | 49 |
| 2.3.1 <i>Gesundheitskommunikation und deren Wirksamkeit</i> | 50 |
| 2.3.2 <i>Einschränkungen für eine Öffentlichkeitsarbeit zur Früherkennung</i> | 57 |
| 2.3.3 <i>Öffentlichkeitskampagnen zur Früherkennung schizophrener Psychosen</i> | 61 |
| 2.4 FRAGESTELLUNG..... | 65 |
| 2.4.1 <i>Fragestellung zu den Voraussetzungen</i> | 65 |
| 2.4.2 <i>Fragestellung zur Evaluation der Kampagne</i> | 68 |
| 3. METHODEN..... | 70 |
| 3.1 METHODEN ZUR ANALYSE DER VORAUSSETZUNGEN..... | 70 |
| 3.1.1 <i>Stichprobe</i> | 70 |
| 3.1.2 <i>Untersuchungsablauf</i> | 71 |
| 3.1.3 <i>Untersuchungsinstrumente</i> | 71 |
| 3.1.3.1 <i>IRAOS</i> | 71 |
| 3.1.3.2 <i>Early Recognition Inventory</i> | 73 |
| 3.1.3.3 <i>Pathways to Care</i> | 77 |
| 3.1.4 <i>Operationalisierung der DUI und der DUP</i> | 78 |
| 3.1.5 <i>Statistische Verfahren</i> | 79 |
| 3.2 ÖFFENTLICHKEITSKAMPAGNE | 80 |
| 3.3 METHODEN ZUR EVALUATION DER KAMPAGNE..... | 90 |
| 3.3.1 <i>Methoden Zentrumsvergleich</i> | 91 |
| 3.3.1.1 <i>Stichprobe</i> | 91 |
| 3.3.1.2 <i>Untersuchungsablauf</i> | 92 |
| 3.3.1.3 <i>Untersuchungsinstrumente</i> | 93 |
| 3.3.1.4 <i>Dauer des unbehandelten Prodroms</i> | 93 |
| 3.3.1.5 <i>Statistische Verfahren</i> | 97 |
| 3.3.2 <i>Methoden Erfassung telefonischer Inanspruchnahme</i> | 98 |

| | |
|--|------------|
| 3.3.2.1 Stichprobe | 98 |
| 3.3.2.2 Dokumentation telefonischer Anfragen | 99 |
| 3.3.2.3 Statistische Verfahren..... | 100 |
| 4. ERGEBNISSE | 102 |
| 4.1 ERGEBNISSE ZU DEN VORAUSSETZUNGEN | 102 |
| 4.1.1 Stichprobe | 102 |
| 4.1.2 Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose | 103 |
| 4.1.3 Vergleich mit ABC-Studie | 104 |
| 4.1.4 Pathways to Care | 106 |
| 4.2. ERGEBNISSE DER EVALUATION DER KAMPAGNE | 111 |
| 4.2.1 Stichprobenvergleich | 111 |
| 4.2.2 Analyse der Dauer des unbehandelten Prodroms..... | 114 |
| 4.2.3 Vergleich des Prodromverlaufes zwischen den Regionen..... | 115 |
| 4.2.4 Vergleich des Symptombeginns über die Jahre | 116 |
| 4.2.5 Ergebnisse zur Analyse telefonischer Anfragen | 118 |
| 5. DISKUSSION | 125 |
| 5.1 DISKUSSION DER VORAUSSETZUNGEN DER ÖFFENTLICHKEITSKAMPAGNE | 127 |
| 5.1.1 Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung | 127 |
| 5.1.2 Wege in die Behandlung..... | 131 |
| 5.2 DISKUSSION DER EVALUATION DER ÖFFENTLICHKEITSKAMPAGNE..... | 135 |
| 5.2.1 Dauer des unbehandelten Prodroms | 135 |
| 5.2.2 Telefonische Inanspruchnahme..... | 140 |
| 5.3 AUSBLICK..... | 144 |
| 6. ZUSAMMENFASSUNG | 148 |
| 7. LITERATUR | 151 |
| 8. ANHANG..... | 166 |
| ANHANG A: SYMPTOMZUORDNUNG ERIRAOS..... | 166 |
| ANHANG B: KODIERBLATT ERIRAOS | 169 |
| ANHANG C: PATHWAYS TO CARE | 170 |
| ANHANG D: DOKUMENTATIONSBOGEN TELEFONISCHER ANFRAGEN..... | 173 |
| ANHANG E: MATERIALIEN ÖFFENTLICHKEITSARBEIT | 175 |
| ANHANG F: LEBENSLAUF | 179 |

1. Einführung

In die Behandlung schizophrener Psychosen ist nach schwindender Euphorie über die neuen atypischen Neuroleptika in den vergangenen Jahren erneut großer Optimismus eingeekehrt. Verantwortlich dafür sind die in den neunziger Jahren international und national etablierten Früherkennungs- und Behandlungszentren für Psychosen. Diese neuen Institutionen basieren auf umfangreichen Forschungen im Bereich von Risikofaktoren schizophrener Erkrankungen, Kenntnissen des Frühverlaufes und ersten Ergebnissen der möglichen Vorhersage schizophrener Psychosen. Die seit langem bekannten, oftmals jahrelang andauernden Vorstadien sollen eine Erkennung von Patienten bereits im Frühstadium ermöglichen und durch die Bereitstellung geeigneter pharmakologischer und psychotherapeutischer Strategien soll es unter Veränderung der Versorgungsstrukturen gelingen, den Ausbruch schizophrener Psychosen im Idealfall zu verhindern oder zumindest die oft langen und ungünstigen Krankheitsverläufe positiv zu beeinflussen. Diese von Australien und Norwegen ausgehende Entwicklung hat 1998 zur Gründung des ersten deutschen Früherkennungs- und Therapiezentrums für psychotische Krisen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln geführt. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes Schizophrenie konnten weitere Zentren an den psychiatrischen Universitätskliniken in Bonn, Düsseldorf und München im Jahr 2000 ihre Arbeit aufnehmen. Nicht zuletzt die Hoffnung, die hohen Kosten der Erkrankung ‚Schizophrenie‘ durch eine erfolgreiche Früherkennung und Frühbehandlung zu senken, führt zu einer weiteren Förderung der Früherkennung auf gesundheitspolitischer Ebene.

Da insbesondere junge Erwachsene von der Erkrankung erstmalig betroffen sind, die in dieser Phase ohnehin zahlreiche bedeutsame Lebensaufgaben zu meistern haben, erscheinen die Möglichkeiten einer Früherkennung- und Frühbehandlung geradezu offenkundig. Sie können helfen, durch eine frühzeitige Unterstützung denkbare Brüche in der sozialen und beruflichen Entwicklung zu vermeiden und so Leid von Betroffenen und deren Angehörigen abzuwenden. Inwieweit dieser positive Ausblick auf eine Früherkennung schizophrener Psychosen und eine erfolgreiche Frühbehandlung gerechtfertigt erscheint, wird in Kapitel 2.1 zunächst in einer

aktuellen Zusammenschau der derzeitigen Forschungslage zum Frühverlauf und zur Frühbehandlung schizophrener Psychosen geprüft, die der einführenden Darstellung allgemeiner Informationen und epidemiologischer Aspekte schizophrener Psychosen folgt.

Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen können nur dann erfolgreich sein, wenn sich betroffene Personen auch frühzeitig an ein adäquates Behandlungsangebot wenden und dort die Beschwerden als mögliche Frühsymptome einer schizophrenen Erkrankung erkannt und geeignete weitere Schritte in Form der Überweisungen an ein spezialisiertes Früherkennungszentrum oder bereits eine adäquate Behandlung initiiert wird. Der derzeitige Stand über das Wissen dieser Wege in Behandlung, der ‚pathways to care‘, wird in Kapitel 2.2 referiert.

Gleichfalls kann der Erfolg solcher neuer präventiver Strategien in der Psychiatrie nur dann gewährleistet werden, wenn Patienten mit einem möglichen erhöhten Psychoserisiko auch frühzeitig die neuen Früherkennungszentren aufsuchen. Die Umsetzung eines präventiven Ansatzes in der Psychiatrie setzt gleichfalls ein neues Bild der Psychiatrie sowohl im Bereich der professionellen Institutionen als auch in der Bevölkerung voraus, denn bislang sind in der Wahrnehmung dieser beiden Gruppen präventive Strategien der somatischen Medizin vorbehalten. Insofern ist die Modifikation der Wege in die Behandlung nur durch die Implementierung einer geeigneten Öffentlichkeitskampagne möglich. Mit dem dazu notwendigen Grundlagenwissen von Gesundheits- bzw. Krankheitskampagnen und den aus dem Forschungsstand zur Früherkennung - wie in Kapitel 2.1 zusammengetragen wird - sich ergebenden ethischen und forschungsrelevanten Einschränkungen befasst sich Kapitel 2.3. Daran schließen sich die Herleitung der Fragestellung und Hypothesen an. Beides geschieht zunächst für die Ebene der Voraussetzungen einer Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen, gefolgt von der Präsentation der Ebene der Kampagnenevaluation.

Diesen beiden Ebenen folgend werden in Kapitel 3 die Methoden zur Erfassung der Voraussetzungen sowie zur Evaluation der Kampagne dargestellt. Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Öffentlichkeitskampagne wird detailliert beschrieben.

Kapitel 4 stellt die Ergebnisse sowohl zu den Voraussetzungen als auch zur Evaluation der Kampagne vor.

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 5. Eine abschließende Zusammenfassung der Arbeit wird in Kapitel 6 gegeben.

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Früherkennung schizophrener Psychosen

2.1.1 Historie und Epidemiologie schizophrener Psychosen

Das heutige Konzept der Erkrankung „Schizophrenie“ ist auf den deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926) zurückzuführen, der 1896 in seinem psychiatrischen Lehrbuch erstmals eine systematische Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen erstellte. Für ein Syndrom, das sich aus Symptomen wie Halluzinationen, Wahn, emotional inadäquaten Reaktionen, stereotypem motorischen Verhalten und Störungen im Bereich der Aufmerksamkeit und Konzentration zusammensetzt, verwendete Kraepelin den Begriff der „Dementia Praecox“ (Kraepelin, 1896). Den Namen wählte er aufgrund der Annahme eines frühen Beginns der Erkrankung und eines irreversiblen intellektuellen Verfalls – eine auch heutzutage oft anzutreffende pessimistische Sichtweise des Krankheitsverlaufes schizophrener Psychosen. Kraepelin nahm gleichzeitig an, es handle sich dabei um eine rein körperliche Erkrankung, die auf noch unbekannte Stoffwechselstörungen zurückzuführen sei. Er vermutete eine Störung der Geschlechtsdrüsen, welche ein chemisches Ungleichgewicht hervorbringen würde, und sich negativ auf das Nervensystem auswirke. Auch wenn sich diese Annahme nicht bestätigte, kommt Kraepelin das Verdienst zu, erstmalig das spätere Krankheitsbild der schizophrenen Psychosen in seiner reichhaltigen Symptomatologie beschrieben zu haben.

Den heutigen Begriff „Schizophrenie“ (gr.: schizo= ich spalte, phren= Geist) führte 1911 Eugen Bleuler (1857-1939) in die Literatur ein. Diese Begrifflichkeit sollte zum Ausdruck bringen, dass die wesentliche Störung der Erkrankung in einer Spaltung des Bewusstseins und der Gesamtpersönlichkeit lag sowie einer unzureichenden Einsicht des Denkens, Fühlens und Wollens. Im Gegensatz zu Kraepelin betonte Bleuler, dass bei weitem nicht alle Erkrankungen einen ungünstigen Verlauf nehmen, sondern dass bei der Mehrzahl der Patienten die intellektuellen Fähigkeiten nahezu vollständig erhalten blieben. Die heutigen international gebräuchlichen Diagnosemanuale ICD-10 der WHO und das DSM-IV basieren im Wesentlichen auf der von Kurt Schneider (1887-1967) aufgestellten Definition des schizophrenen

Kernsyndroms. Dabei unterschied Schneider (1946) in Symptome ersten Ranges - akustische und leibliche Halluzinationen, schizophrene Ich-Störungen sowie Wahnwahrnehmungen - und in Symptome zweiten Ranges - Halluzinationen anderer Sinnesmodalitäten, Coenästesien und Wahneinfällen.

Das Krankheitsbild der Schizophrenie wurde seitdem für viele Wissenschaftler zu einem faszinierenden Forschungsfeld. Auch wenn die Anzahl an empirischen Untersuchungen und Veröffentlichungen für den einzelnen Forscher zum Thema der Schizophrenie kaum noch überschaubar ist, so gilt das „Rätsel der Schizophrenie“ (Häfner, 2000) in vielen Bereichen bislang als ungelöst.

Schizophrene Psychosen gehören heutzutage in den Industrienationen laut Weltgesundheitsorganisation zu den zehn Erkrankungen mit den höchsten Werten an verlorenen Lebensjahren (Murray & Lopez, 1996), den so genannten DALYs (engl.: disability adjusted life years). Gesundheitsökonomische Studien weisen „schizophrene Erkrankungen“ als mit die teuersten Erkrankungen überhaupt aus. Die direkten und indirekten Kosten, die der deutschen Volkswirtschaft jährlich aufgrund der Schizophrenie entstehen, können für Deutschland konservativ auf vier bis neun Milliarden Euro geschätzt werden (Kisling et al., 1999).

Schizophrene Erkrankungen treten weltweit mit ähnlichen Inzidenzraten auf. Die in der International Pilot Study of Schizophrenia, der IPSS, (World Health Organisation, 1973), gefundenen Inzidenzraten bei einer weit gefassten Schizophrenie-Definition nach ICD-9 variieren zwischen 1,5 bis 4,2 von 100 000 Personen, bei einer eng gefassten Definition liegen die Inzidenzraten bei 0,7 bis 1,4 Neuerkrankungen pro Jahr auf 100 000 Einwohner (Jablensky et al., 1992; Wing, 1976). Daraus ergibt sich eine Lifetimeprävalenz auf Grundlage der weiter gefassten Schizophreniedefinition zwischen 0,5 und 1,72% und bei Verwendung der strikteren Definition zwischen 0,26 und 0,54%.

Die erstmalige Manifestation der Erkrankung liegt beim überwiegenden Anteil der Betroffenen im jungen Erwachsenenalter, die meisten Patienten erkranken vor dem 30. Lebensjahr. Dabei erkranken Männer in der Regel früher, im Mittel zirka drei bis fünf Jahre (Häfner et al., 1993; Loranger, 1984), ein Erkrankungsbeginn nach dem

35. Lebensjahr fand Loranger (1984) lediglich bei 2% der einhundert untersuchten Männer, aber bei 17% der ebenfalls einhundert untersuchten Frauen.

Obwohl sich die Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Psychosen in den vergangenen Jahren nicht nur aufgrund der Einführung neuer nebenwirkungsärmerer Medikamente deutlich verbessert haben, sind diese Fortschritte unter anderem aus Kostengründen noch nicht flächendeckend in die Versorgungspraxis umgesetzt worden (Lakotta, 2002). Darüber hinaus ist das Bild der schizophrenen Erkrankung durch Vorurteile und Stigmatisierung gekennzeichnet. So wird in der Bevölkerung der Erkrankung Schizophrenie mit Ängsten und Vorurteilen begegnet (Gaebel et al., 2002). Insbesondere der Verlauf der Erkrankung wird in der öffentlichen Meinung immer noch als ungünstig und chronisch beurteilt. Allerdings zeigen zahlreiche Langzeitstudien mit einer Katamnesedauer von bis zu 37 Jahren, dass die Anzahl der chronischen Verläufe auf cirka 25% der Patienten zutrifft (Bleuler, 1972; Ciompi & Müller, 1976; Harding et al., 1987a, 1987b; Huber et al., 1979; Tsuang et al., 1979). Weitere 50 % der Betroffenen erleben zwar mehrere Phasen einer schizophrenen Psychose, weisen jedoch sozial keinen durchgängigen Zusammenbruch auf. Demnach kann nicht von dem spezifischen Verlauf einer schizophrenen Erkrankung gesprochen werden, vielmehr sind die Verläufe variabel und durch zahlreiche Umwelteinflüssen sowie personale Faktoren sowohl günstig als auch negativ beeinflussbar.

2.1.2 Rational der Früherkennung schizophrener Psychosen

Im vergangenen Jahrzehnt hat sich die zeitliche Perspektive der Erforschung schizophrener Erkrankungen in dem Sinne erweitert, dass dem Zeitraum vor Ausbruch der manifesten Psychose besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde. Mit diesem Paradigmenwechsel gehen auch Veränderungen auf dem Gebiet der Behandlung schizophrener Psychosen einher. Wenn sich eine schizophrene Psychose über einen längeren Zeitraum hinweg ankündigt, dann ist es eventuell möglich, Personen in einem Frühstadium vor der Erstmanifestation zu erkennen und bereits hier eine schützende Behandlung anzubieten. Dieser Schritt weg von einer rein kurativen Behandlung hin zu einer präventiven Intervention (Klosterkötter, 1998)

setzt die Erkenntnis über den Frühverlauf sowie umfangreiches Wissen über Risikofaktoren voraus.

Dass in den meisten Fällen der manifesten psychotischen Erkrankung eine mehrjährige nicht psychotische Prodromalphase vorausgeht, gilt in der Psychiatrie bereits seit langem als bekannt. Kraepelin (1909, S. 439) wies darauf hin, dass „regelmäßig kleine Veränderungen im Gefühlsleben die ersten und bisweilen wochen-, monate-, selbst jahrelang einzigen Anzeichen einer herannahenden Geisteskrankheit zu bilden pflegen“. Zahlreiche Phasenmodelle zum Frühverlauf wurden entwickelt, zu den bekanntesten gehört das aus gestaltpsychologischer Sicht entwickelte Phasenmodell von Conrad (1958), welches den Frühverlauf in Treme, Apophänie und Apokalypse unterteilt. Auch wenn sich dieses Modell empirisch nur teilweise bestätigen ließ (Hambrecht & Häfner, 1993), betont Conrad bereits hier den sich schleichend entwickelnden Prozess der beginnenden Psychose.

McGlashan und Johannessen (1996) untergliedern in ihrem zentralen Artikel zum Rational der Früherkennung im Sonderheft des ‚Schizophrenia Bulletin‘ zur Früherkennung den Frühverlauf schizophrener Psychosen in drei phänomenologisch voneinander abgrenzbare und der psychometrischen Erfassung zugängliche Phasen: (1) die Prämorbid Phase, (2) die Prodromalphase und (3) die unbehandelte psychotische Vorphase. Innerhalb der Literatur zur Früherkennung haben sich zusätzlich die Zeitspannen der Dauer der unbehandelten Psychose (engl.: duration of untreated psychosis; DUP), die der psychotischen Vorphase entspricht, und die Dauer der unbehandelten Erkrankung (engl.: Duration of untreated illness; DUI), die sich aus der Prodromalphase und der unbehandelten psychotischen Vorphase zusammensetzt, etabliert.

Das Phasenmodell nach McGlashan und Johannessen (1996) sowie die relevante Terminologie zur Charakterisierung des Frühverlaufs schizophrener Psychosen sind der Abbildung 1 zu entnehmen.

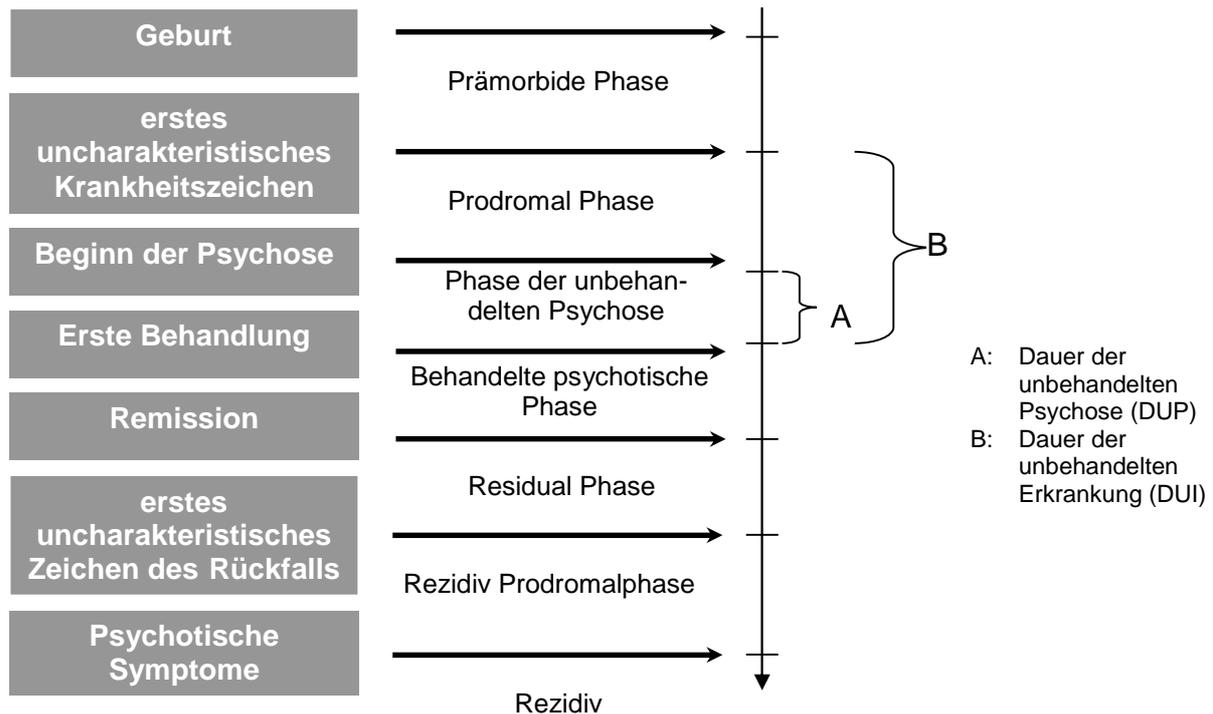


Abbildung 1: Verlauf schizophrener Psychosen, modifiziert nach McGlashan und Johannessen (1996)

Der Programmatik der Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen liegt die Annahme schizophrener Vulnerabilität (Verletzlichkeit) zugrunde, wie sie im aktuell anerkannten und etablierten Kausalmodell der Schizophrenie, dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell nach Nuechterlein und Dawson (1984; Nuechterlein, 1987; Nuechterlein & Zaucha, 1990; Zubin & Spring, 1977), enthalten ist. Dieses Modell ist in Abbildung 2 wiedergegeben. Dabei geht dieses kausale Erklärungsmodell einerseits von einer biologisch bedingten Vulnerabilität aus, die erst in einem ungünstigen Zusammenwirken mit Umwelteinflüssen (Stressoren) sowie individuellen und umweltbezogenen Bewältigungskompetenzen und Ressourcen zur Exazerbation der psychotischen Symptomatik führt (Leff, 1987).

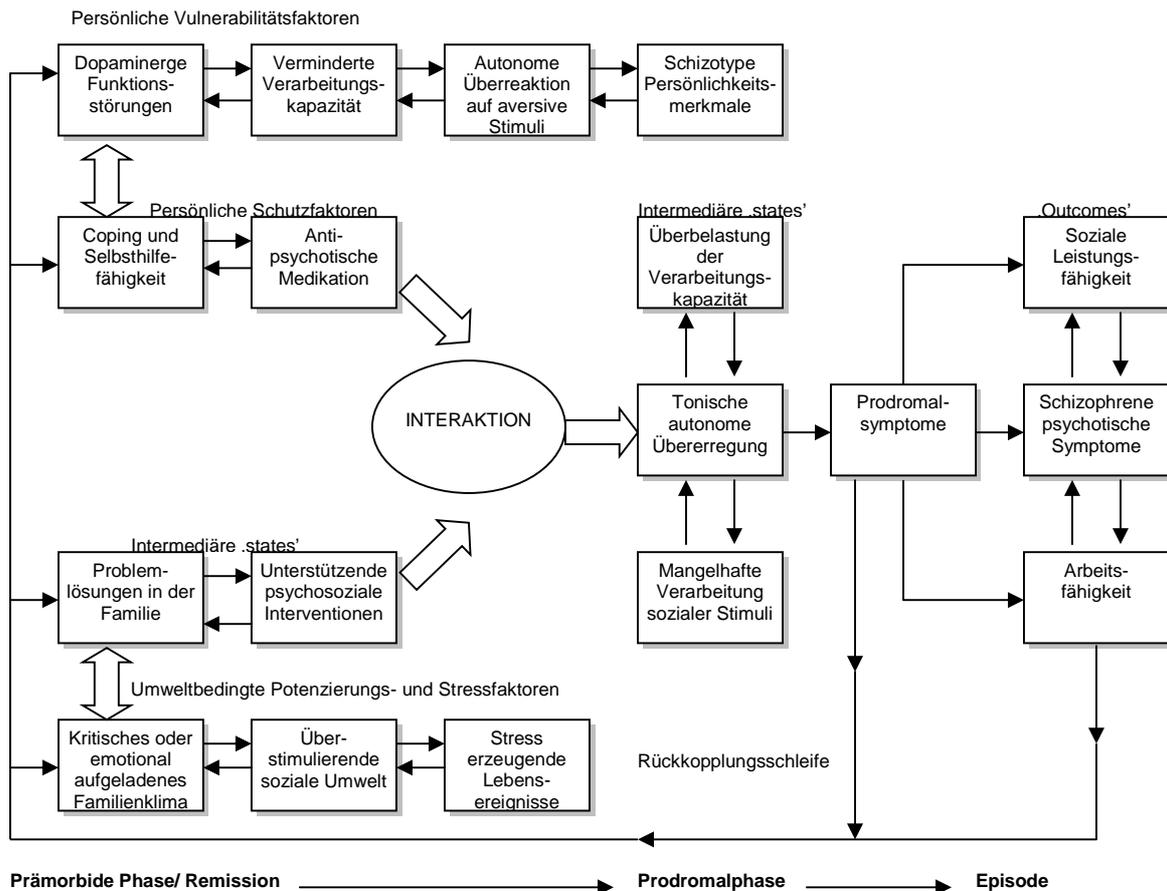


Abb. 2: Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell der Entstehung schizophrener Psychosen nach Nuechterlein (1987)

Zahlreiche Vulnerabilitätsmarker schizophrener Psychosen konnten bereits identifiziert werden, insbesondere genetische Einflüsse gelten als gesichert. Darüber hinaus existieren listenweise weitere mögliche Vulnerabilitätsmarker. Übersichten über diese Marker aus den Bereichen der Verhaltensmerkmale, der Neuropsychologie, Wahrnehmungs- und motorischer Prozesse, anatomischer und chemischer Marker finden sich bei Carpenter und Buchanan (1994), Erlenmeyer-Kimling und Cornblatt (1987), Kremen und Mitarbeiter (1994), McGlashan und Johannessen (1996), Moldin und Erlenmeyer-Kimling (1994) sowie Nuechterlein und Mitarbeiter (1992).

Neben genetischen Einflüssen hat sich im Rahmen der ‚neurodevelopmental hypothesis‘ der Schizophrenie ein ätiologischer Ansatz einer erhöhten Vulnerabilität etabliert (Murray & Lewis, 1987; Weinberger, 1987). Diese Hypothese geht von subtilen Abweichungen in der frühen Hirnentwicklung aus, die sich jedoch erst vollständig in der Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter manifestieren.

Zahlreiche Befunde unterstützen diese Annahme. So konnte wiederholt ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Geburt und der Erkrankungswahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Das Risiko bei Wintergeburten sowie bei Geburten zu Beginn des Frühlings zeigte sich leicht erhöht (Bradbury & Miller, 1985; Mortensen et al., 1999). Diese Befunde scheinen am sinnvollsten mit jahreszeitlich abhängigen Einflüssen, wie sie Infektionskrankheiten darstellen, erklärt zu werden (Torrey et al., 1997). Einige Studien weisen einen Zusammenhang dahingehend auf, dass Personen, die in einer städtischen Region leben, eher an einer schizophrenen Psychose erkranken als Personen in ländlichen Regionen (Dauncey et al., 1993; Lewis et al., 1992; Marcelis et al., 1998; Mortensen et al., 1999; Peen & Decker, 1997). Auch hier können mögliche Ursachen die Annahme feiner Hirnabweichungen stützen: Geburtrisiken kommen traditionell häufiger in städtischen Arbeiterregionen vor genauso wie Infektionen während der Schwangerschaft oder auch Substanzmissbrauch der Mütter. Insbesondere Geburtskomplikationen wie Sauerstoffmangel, Frühgeburten oder auch geringes Geburtsgewicht scheinen gehäuft bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen aufzutreten (Geddes et al., 1999). Jedoch können die genannten Geburtskomplikationen nicht als spezifisch für schizophrene Erkrankungen angesehen werden (Tarrant & Jones, 1999).

Die Vulnerabilitätskonzeption entspricht der Annahme eines Schizophreniespektrums, das manifeste schizophrene Psychose als einen eher seltenen Endzustand ansieht (McGlashan & Johannessen, 1996). Bereits Kraepelin war der Überzeugung, dass deutlich mehr Menschen die Neigung zu einer Psychose haben, als es tatsächlich Menschen gibt, die eine manifeste Psychose erleben. Diese oft unbehandelt bleibenden subklinischen Störungen zeigen sich als Ausdruck einer erhöhten Vulnerabilität, die sich jedoch letztlich nicht im Sinne einer manifesten Psychose niederschlägt. Dass es nicht zwangsläufig bei Vorliegen einer erhöhten Vulnerabilität zur Manifestation einer Psychose kommt, lässt sich im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells mit den Faktoren Stress und Bewältigung erklären. Die biologische Vulnerabilität an sich ist zwar notwendig für die Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung, allerdings für sich genommen nicht ausreichend.

So kommt neben der Vulnerabilität insbesondere Umwelteinflüssen im Sinne von Stressoren für die Entstehung schizophrener Psychosen Bedeutung zu. Drei prospektive Studien konnten einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von kritischen Lebensereignissen und dem Beginn schizophrener Psychose aufzeigen (Bebbington et al., 1993; Malla et al., 1990; Ventura et al., 1989). In einer finnischen Adoptionsstudie konnte Tienari (1985) ein emotional aufgeladenes Familienklima, ‚high Expressed Emotion‘, für die Exazerbation des psychotischen Erlebens als notwendigen umweltbezogenen Stressor nachweisen. Eine überstimulierende soziale Umwelt gibt Wing (1978) als auslösenden Faktor an.

Kommen schizophrene Erstmanifestationen ohne erkennbaren äußeren Anlass vor, dann geht man bei den entsprechenden Individuen von einer hohen genetischen und/ oder exogen-hirnorganisch bedingten Schizophrenieanfälligkeit aus. Wie hoch die Schwelle (Leff, 1987) für den Ausbruch einer Psychose bei einem Individuum anzusiedeln ist, hängt maßgeblich auch von dessen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen ab. Zu diesen gehören neben persönlichkeits-eigenen Schutzfaktoren, wie sie Problemlösekompetenzen und Fähigkeiten zur Selbsthilfe darstellen, beispielsweise ein günstiges Verhältnis zwischen ‚affective style‘ und ‚coping style‘ oder soziale Kompetenzen, auch umweltbedingte Schutzfaktoren. Damit sind sowohl die Problemlösefähigkeiten in der Familie angesprochen als auch die Unterstützungsquellen durch ein hilfreiches soziales Netzwerk. Aus therapeutischer Perspektive stellen neuroleptische Medikation persönlichkeits-eigene Schutzfaktoren dar, supportive psychosoziale Interventionen umweltbedingte Schutzfaktoren. Die jeweilige individuelle Psychoseschwelle lässt sich im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells insofern über die Ausbildung von individuellen Ressourcen und Bewältigungskompetenzen modulieren – ein überzeugender Ansatzpunkt für psychotherapeutische Behandlungsstrategien.

Der Bezugsrahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells in Zusammenhang mit dem Frühverlauf schizophrener Psychosen verdeutlicht, dass eine Erkennung bereits in der Prämorbid Phase (siehe Abbildung 1) – in der lediglich Vulnerabilitätsmarker erfasst werden können – derzeit nicht verantwortungsbewusst umgesetzt werden kann. So wird die Konzeption der

Vulnerabilität im Sinne einer Normalverteilung in der Bevölkerung aufgefasst. Nach dem Konzept des Schizophreniespektrums würde dies zu einer großen Zahl so genannter ‚falsch Positiver‘ führen – als Risikopersonen identifizierte Menschen, die niemals in ihrem Leben eine manifeste psychotische Symptomatik erleben würden. Auch wenn – wie aus diesen Übersichten zu entnehmen ist - zahlreiche Vulnerabilitätsindikatoren und Risikofaktoren erkannt sind, so lassen sich aufgrund mangelnder Spezifität dieser Marker keine präzisen Risikoabschätzungen ableiten und Frühinterventionen rechtfertigen, auch wenn der Identifikation potentieller Risikofaktoren durchaus eine Relevanz im Sinne einer Risikoanreicherung für die Abschätzung eines erhöhten Psychoserisikos zukommen kann (McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry, 2002; Tsuang et al., 2002).

Doch wie kann eine präventive Perspektive in der Schizophreniebehandlung aussehen? Aus Sicht der Präventionsforschung können anhand des in Abbildung 3 wiedergegebenen Modells von Mrazek & Haggerty (1994) drei Präventionsstrategien unterschieden werden, die universelle, die selektive und die indizierte Prävention, die in der klassischen Präventionsterminologie von Caplan (1964) der Primärprävention zugeordnet werden können.

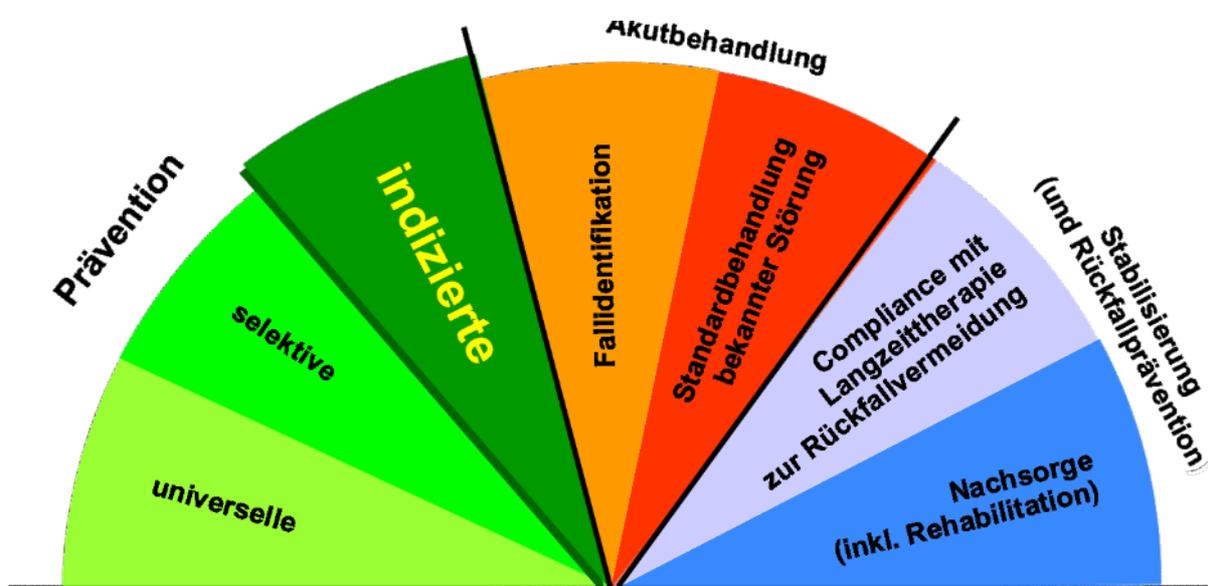


Abb. 3: Spektrum von Interventionsansätzen bei psychischen Störungen – Zielpopulation nach Mrazek & Haggerty (1994)

Die Möglichkeiten einer universellen Prävention zielen auf die Gesamtbevölkerung hin ab, ungeachtet dessen, ob ein erhöhtes Risiko vorliegt oder nicht. Diese im Sinne von Caplan (1964) wahrhafte Primärprävention setzt für eine Erkrankung wie die Schizophrenie voraus, dass umfassendes Wissen nicht nur über Risikofaktoren vorliegt – klassischerweise sind Risikofaktoren all jene Variablen, die statistisch mit der Erkrankung in irgendeiner Form verknüpft, jedoch nicht notwendigerweise ätiologisch relevant sind (McGrath, 2003) -, sondern auch kausales Wissen über die Krankheitsentstehung. In einem unlängst veröffentlichten Buchbeitrag beurteilt McGrath die Einschränkungen für eine universelle Prävention daher wie folgt:

“We know about many risk factors but cannot yet identify those that are powerful modifiers of risk expect, perhaps, genetic influences, which we do not yet understand.” (McGrath, 2003, p. 429)

Die selektive Prävention richtet sich an Subgruppen, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, die jedoch noch symptomfrei sind – dieser Ansatz bezieht sich damit rein auf das Vulnerabilitätskonzept. Er würde voraussetzen, dass Personen mit einem erhöhten Psychoseerisiko mittels Screeningverfahren identifiziert und dann einer geeigneten Intervention zugeführt werden. Dies setzt jedoch ein ethisch vertretbares Abwägen zwischen der Sensitivität und Spezifität der Verfahren mit den möglichen Interventionen voraus und dies scheint beispielsweise bei einer medikamentösen Intervention derzeit nicht gerechtfertigt (Tsung, 2000).

Von einer indizierten Prävention sprechen Mrazek & Haggerty (1994), wenn die angesprochenen Personen bereits erste Symptome aufweisen, die ein erhöhtes Risiko für die Manifestation einer schwereren psychiatrischen Erkrankung anzeigen.

“Indicated preventive interventions for mental disorders are targeted to high-risk individuals who are identified as having minimal but detectable signs or symptoms foreshadowing mental disorder, or biological markers indicating predisposition for mental disorder, but who do not meet DSM-III-R diagnostic levels at the current time.” (Mrazek & Haggerty, 1994, p. 494)

Dieser Ansatz stellt derzeit den frühestmöglichen Zeitpunkt einer präventiven Behandlung auf dem Gebiet der Psychosen dar (McGorry & Killacjey, 2002; Mrazek & Haggerty, 1994) und basiert auf einer individuumsorientierten Präventionsstrategie (Mojtabai et al., 2003).

Die derzeitigen Vorgehensweisen im Bereich der Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen – der Terminologie der Schizophrenieprävention - lassen sich nun anhand der aufgetretenen Symptomatik in zwei Konzeptionen einteilen. Die erste Konzeption zielt auf die Frühbehandlung von bereits psychotisch erkrankten Patienten ab, also der sofortigen Identifikation und Behandlung nach dem erstmaligen Auftreten psychotischer Symptome. Ihr relevantes Ziel ist eine substanzielle Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose (vergleiche Abbildung 1). Die zweite, viel weitgehendere Konzeption beinhaltet die Etablierung einer Behandlung bereits vor der Manifestation erster psychotischer Symptome. Beide Ansätze können im Sinne der Terminologie von Mrazek und Haggerty (1994) als eine indizierte Prävention angesehen werden.

Die nachfolgenden Kapitel zum Frühverlauf schizophrener Psychosen stellen empirische Ergebnisse zur Phase der unbehandelten Psychose sowie zur Prodromalphase vor. Daran schließt sich die Diskussion der derzeitigen Frühbehandlungsmöglichkeiten an, gefolgt von einer Zusammenschau der derzeitigen Ausrichtung der Früherkennungszentren in Deutschland.

2.1.2.1 Früherkennung in der unbehandelten psychotischen Vorphase

“... It has been suggested that psychosis itself may have toxic effects on the brain and, as a result, increased periods of initially untreated psychosis could result in less complete recovery, greater vulnerability to future episodes of psychosis and/or more compromised functioning“

(Norman & Malla, 2001, p. 381)

Kritiker einer indizierten Prävention schizophrener Psychosen lehnen die Früherkennungs- und Frühbehandlungsforschung nicht grundsätzlich ab. Jedoch weisen sie auf die Gefahr einer unverhältnismäßig hohen Anzahl ‚falsch Positiver‘ bei einer Früherkennung bereits in der Prodromalphase hin und vertreten daher die Auffassung, eine medikamentöse Intervention erst nach dem Auftreten der ersten Positivsymptome zu implementieren (Verdoux, 2001; Warner, 2001, 2002). Dies ist gleichzeitig der Zeitpunkt, für den heute bereits eine Vielzahl an geeigneten pharmakologischen und psychotherapeutischen Interventionsansätzen zur Verfügung steht. Doch für die meisten Patienten kommt es zu beachtlichen Verzögerungen, bis eine solche adäquate Behandlung etabliert werden kann. Dieser

Zeitraum der Verzögerung ist als Dauer der unbehandelten Psychose (engl.: Duration of untreated psychosis – DUP; siehe auch Abbildung 1) in die Literatur eingegangen. Aus historischer Perspektive war es Cameron (1938), der erstmalig die durchschnittliche Dauer der unbehandelten Psychose erhoben hat. Demnach entwickelten 32,4% der von ihm untersuchten Patienten psychotische Symptome innerhalb von 6 Monaten vor stationärer Aufnahme, 17,5% innerhalb von 6 Monaten bis hin zu zwei Jahren und 48,1% entwickelten erste psychotische Symptome bereits zwei Jahre und länger vor der stationären Aufnahme. Seit der Beschreibung von Cameron vergingen mehr als 50 Jahre, bis dieser Zeitraum der unbehandelten Psychose wieder in den Fokus des Interesses rückte.

Aktuell liegen aus den vergangenen zwölf Jahren für diesen Zeitraum der unbehandelten Psychose zahlreiche internationale Studien vor, eine Literaturübersicht über die zeitliche Erstreckung der Dauer der unbehandelten Psychose ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Literaturübersicht zur Dauer der unbehandelten Psychose (DUP)

| Autoren | N | Median (in Wochen) | Mittel (in Wochen) | SD ¹ (Wochen) |
|-------------------------|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Barnes et al. (2000) | 53 | 26 | 59 | 93 |
| Beiser et al. (1993) | 72 | 8 | 56 | 148 |
| Browne et al. (2000) | 53 | 26 | 91 | 157 |
| Fuchs & Steinert (2002) | 50 | 8 | 62 | 119 |
| Haas & Sweeney (1992) | 71 | k.A. ² | 99 | k.A. |
| Häfner et al. (1996) | 232 | k.A. | 68 | k.A. |
| Ho et al. (2000) | 73 | 14 | 61 | k.A. |
| Larsen et al. (1996) | 43 | 26 | 114 | 173 |
| Larsen et al. (1998) | 34 | 54 | 130 | 183 |
| Linszen et al. (1998) | 76 | k.A. | 23 | 48 |
| Loebel et al. (1992) | 70 | k.A. | 52 | 82 |
| McGorry et al. (1996) | 200 | 52 | 175 | 385 |
| Skeate et al. (2002) | 42 | 15 | 42 | 77 |
| Szymanski et al. (1996) | 36 | k.A. | 166 | 224 |
| Yung et al. (2003b) | 53 | 13 | 67 | 136 |

¹SD: Standardabweichung

²k.A.: keine Angabe in den entsprechenden Artikeln

Dabei ergibt sich über die Studien hinweg eine durchschnittliche Dauer der unbehandelten Psychose von ein bis zwei Jahren. Linszen und Mitarbeiter (1998)

fanden in den Niederlande die kürzeste Dauer der unbehandelten Psychose mit durchschnittlich 23 Wochen, McGorry und Mitarbeiter (1996) geben die längste gefundene Dauer der unbehandelten Psychose mit 175 Wochen an.

Die Dauer der unbehandelten Psychose ist derzeit in der Literatur eine viel beachtete Größe, da zahlreiche empirische Befunde eine lange Dauer der unbehandelten Psychose mit ungünstigen Krankheitsverlaufparametern in Verbindung bringen. Eine kürzlich veröffentlichte Übersicht findet sich bei Norman und Malla (2001). So liegen Befunde dazu vor, dass die Dauer der unbehandelten Psychose korreliert mit:

- verzögerter und unvollständiger Remission der Symptomatik (Birchwood & McMillan, 1993; Drake et al., 2000; Edwards et al., 1998; Haas et al., 1998; Johnstone et al., 1986; Loebel et al., 1992, 1996; McGorry et al., 1996; Szymanski et al., 1996; Wiersma et al., 1998)
- längerer stationärer Behandlungsbedürftigkeit und höherem Rückfallrisiko (Helgason, 1990)
- geringerer Compliance, höherer Belastung der Familie und höherem "Expressed Emotion"-Niveau (Brown & Birtwistle, 1998; Stirling et al., 1991, 1993)
- einem erhöhten Depressions- und Suizidrisiko (Addington & Addington, 1998; Addington et al., 1998; Hambrecht & Häfner, 1996; Koreen et al., 1993; Strakowski et al., 1995)
- erhöhtem Substanzmissbrauch und delinquentem Verhalten (Humphreys et al., 1992)
- psychosozialem Abstieg (Häfner et al., 1995; Jones et al., 1993; Larsen et al., 1998)
- deutlich höheren Behandlungskosten (McGorry & Edwards, 1997; Moscarelli et al., 1991)

Auch wenn sich in einigen Studien dieser Zusammenhang zwischen der Dauer der unbehandelten Psychose und ungünstigeren Outcome-Parametern nicht nachweisen ließ (Barnes et al., 2000; Craig et al., 2000; de Haan et al., 2000; Ho et al., 2000; Linszen et al., 1998), sprechen die Mehrzahl der Befunde für diese zentrale Hypothese der Früherkennung und Frühbehandlung (McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry & Killackey, 2002; Norman & Malla, 2001). Die Studien, die diese Hypothese stützen, basieren auf korrelativen Daten. Insofern ist die kritische Frage berechtigt, ob es sich bei der Variablen ‚Dauer der unbehandelten Psychose‘ tatsächlich um einen kausalen Zusammenhang zwischen der Verzögerung auf dem Weg in adäquate Behandlung und ungünstigeren Verläufen handelt. Auch wenn dem nicht so wäre, würde die Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose ein

bedeutsames Ziel bleiben, denn die negativen Folgen aufgrund der bestehenden psychotischen Symptomatik für den Betroffenen und dessen Angehörigen im Sinne von Familienkonflikten, Sorgen der Angehörigen, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, auffälliges Verhalten und soziale Konsequenzen würden bestehen bleiben (Warner & McGorry, 2002). Das Leben in der Psychose beeinträchtigt die Erfüllung und Bewältigung von kritischen Lebensaufgaben, wie sie insbesondere in der Phase des jungen Erwachsenenalters auftreten, nachhaltig – erste Liebe, Abnabelung vom Elternhaus, berufliche Orientierung, um nur einige zu nennen.

Einige Autoren führen diesen Zusammenhang zwischen der Dauer der unbehandelten Psychose und zahlreichen outcome-Parametern auf neurotoxische Effekt der Psychose an sich zurück (Lieberman, 1999; Lieberman & Fenton 2000; Wyatt, 1991; Wyatt et al., 1997). Sollten sich diese Befunde trotz gegenteiliger Befunde (Fannon et al., 2000; Hoff et al., 2000; Norman et al., 2001) bestätigen, so könnten die Auswirkungen einer langen Dauer der unbehandelten Psychose bleibende und möglicherweise lebenslange Defizite und Einschränkungen mit sich bringen. Doch auch wenn sich diese ‚biologische Toxizitätshypothese‘ nicht bestätigen lässt, so wirkt sich eine lange Dauer der unbehandelten Psychose zumindest „psychosozial toxisch“ aus (Häfner et al., 1995a; Lieberman & Fenton, 2000; Warner & McGorry, 2002), wie im vorangegangenen Abschnitt aufgeführt.

Ein weiteres Argument spricht für die Relevanz einer Reduzierung der Dauer der unbehandelten Psychose. Moscarelli und Mitarbeiter (1991) berichten, dass Patienten mit einer Dauer der unbehandelten Psychose länger als sechs Monate mehr als zweimal so viel in der psychiatrischen Weiterbehandlung in den ersten drei Jahren kosten als Patienten mit einer Dauer der unbehandelten Psychose kürzer als sechs Monate. Somit kann eine Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose indirekt zu einer Kostensenkung bei der Schizophreniebehandlung beitragen, mit ein Grund, aus gesundheitspolitischer Perspektive die Früherkennung und Frühbehandlung finanziell zu fördern.

Die positiven Effekte sowohl hinsichtlich des Krankheitsverlaufs als auch hinsichtlich der Behandlungskosten machen die Verkürzung der Dauer der unbehandelten

Psychose zu einem zentralen Anliegen eines Programms zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen (McGlashan, 1999).

2.1.2.2 Früherkennung in der Prodromalphase

Neben der Möglichkeit einer Früherkennung in der unbehandelten psychotischen Vorphase wäre es von besonderer Bedeutung, Menschen, die Symptome eines Prodromalstadiums zeigen und mögliche weitere Risikofaktoren einer Psychose, bereits in der initialen Prodromalphase zu erkennen und frühzeitig zu behandeln, um so den Ausbruch einer Psychose entweder zu verhindern oder aber die eventuell negativen Folgen der Erkrankung zu minimieren (McGlashan & Johannessen, 1996). Dies hätte die Verkürzung der Dauer der unbehandelten Erkrankung zur Folge (vgl. Abbildung 1).

Allerdings stellt die Diagnose eines initialen Prodromalstadiums einer schizophrenen Psychose im engeren Sinne ein retrospektives Konzept dar, das zu diagnostizieren erst nach der Ausbildung der endgültigen schizophrenen Krankheitssymptomatik möglich ist (Yung & McGorry, 1996a). Dabei ist der Begriff des *Prodroms* (griech. Vorläufer) der somatischen Medizin entliehen, und bezieht sich auf frühe Symptome, die der charakteristischen Manifestation einer akuten und voll entwickelten Krankheit vorausgehen. In der Psychiatrie bzw. Schizophrenieforschung definiert sich das Prodrom entsprechend über die Zeitspanne präpsychotischer Auffälligkeiten, die eine Abweichung von den vorhergehenden Erlebnis- und Verhaltensweisen einer Person anzeigen, jedoch noch keine psychotische Symptomatik darstellen.

Bustillo und Mitarbeiter (1995) betonen, dass der Begriff des Prodroms - ‚prodromal symptoms‘ - ursprünglich für die Veränderungen des Denkens, des Affektes und des Verhaltens vorgesehen waren, die der initialen Manifestation der schizophrenen Psychose vorausgehen. Neuerdings findet sich der phänomenologisch begründete Begriff des Prodroms jedoch auch in der Literatur zu den Rückfallzeichen bei bereits erkrankten schizophrenen Patienten, die auch als ‚early warning signs‘ – EWS - bezeichnet werden und sowohl nicht psychotische als auch psychotische Symptome beinhalten können. In der vorliegenden Arbeit wird der Prodrombegriff auf die nicht-psychotische initiale Vorphase, die der erstmaligen Manifestation einer

schizophrenen Psychose vorausgeht, verwandt. Der Beginn des Prodromstadiums und damit der eigentliche Beginn der Erkrankung (engl.: onset of illness) wird mit dem Auftreten der ersten unspezifischen oder negativen Symptome gleichgesetzt (Keshavan & Schooler, 1992; McGlashan & Johannessen, 1996) und kann meist nur retrospektiv definiert werden. In den derzeitig verwandten Diagnosemanualen ICD-10 (World Health Organization, 1992) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) sind im Gegensatz zum DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) keine eigenen Diagnosekategorien vorhanden. Diese Herausnahme der eigenständigen Kategorien eines Prodromalzustandes kann auf fehlende Spezifität der DSM-III-R Kriterien zurückgeführt werden (Jackson et al., 1994).

Um nun die für eine Etablierung einer Früherkennung und Frühbehandlung notwendigen sensitiven und spezifischen prospektiv-diagnostischen Verfahren zu entwickeln, ist forschungsstrategisch ein prospektives Vorgehen im Sinne von Geburtskohortenstudien sicherlich die optimale Herangehensweise. Dies wiederum würde eine hohe Inzidenzrate von schizophrenen Psychosen voraussetzen, die nicht gegeben ist. Insofern wäre ein solches prospektives Design nur unter größtmöglichem Aufwand durchführbar (Jones, 1999). Daher liegen bislang überwiegend Studien vor, die bereits erstmalig an einer schizophrenen Psychose erkrankte Menschen retrospektiv über ihren Frühverlauf befragt haben. Auch die zeitliche Bestimmung der Prodromdauer und der Dauer der unbehandelten Erkrankung erfolgte bislang aus retrospektiven Untersuchungen, wie oben bereits angemerkt. Für eine in der Praxis umsetzbare Früherkennung ist es jedoch unumgänglich, prospektiv ausgerichtete Studien durchzuführen, bislang liegen dazu wenige vor. Im Folgenden seien die wichtigsten Ergebnisse aus den retrospektiv und prospektiv vorliegenden Untersuchungen zusammengetragen.

Retrospektive Studien

Im Gegensatz zu den zahlreichen Untersuchungen zur Dauer der unbehandelten Psychose – wie sie im vorangegangenen Kapitel vorgestellt wurden - liegen sowohl zur Dauer der unbehandelten Erkrankung (engl.: duration of untreated illness – DUI) - und damit zur präpsychotischen Prodromalphase - als auch hinsichtlich ihres Einflusses auf den Krankheitsverlauf bisher nur wenige Befunde vor (Beiser et al., 1993; Bottlender et al., 2003; Fuchs & Steinert, 2002; Häfner et al., 1996; Loebel et

al., 1992). Drei der vorliegenden Studien stammen aus Deutschland. Davon sind zwei methodisch sehr detailliert unter Verwendung des für diese Fragestellung speziell entwickelten 'Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia – IRAOS' (Häfner et al., 1999a) durchgeführt worden. Auf diese wird im Weiteren ausführlicher eingegangen werden, insbesondere auf die Studie von Häfner und Mitarbeiter (1993, 1996, 2002).

Allen retrospektiven Studien zur Prodromalphase ist gemeinsam, dass für einen Großteil der untersuchten Patienten ein Prodromalstadium länger als zwei Jahre gefunden wurde (Beiser et al., 1993; Bottlender et al., 2003; Fuchs & Steinert, 2002; Häfner et al., 2002; Loebel et al., 1992). Die Dauer des Prodroms variiert von Studie zu Studie beträchtlich. So fanden Beiser und Mitarbeiter (1993) mit 112,8 Wochen im Mittel die kürzeste Prodromalphase, Häfner mit 5,0 Jahren die längste. Gleichzeitig ist die Streuung der Dauer der Prodromalphase innerhalb der jeweiligen Studien sehr groß. Dies bewirken meist einige wenige Ausreißer mit sehr langen Prodromalphasen. Insofern schlagen Fuchs und Steinert (2002) den Median als geeignetes Maß für die Beschreibung dieses Zeitraumes vor.

Einer der größten retrospektiven und epidemiologisch sorgfältigsten Studien zum Frühverlauf schizophrener Psychosen wurde in Deutschland durchgeführt. Die Mannheimer ABC-Studie [A(ge)- B(eginning)-C(ourse) of schizophrenia study] von Häfner und Mitarbeiter (Häfner et al., 1993; Häfner et al., 1995a; Häfner et al., 2002; Maurer & Häfner, 1995) untersuchte die konsekutiven Erstaufnahmen in den Jahren 1987-1989 in zehn psychiatrischen Krankenhäusern in der Rhein-Neckar-Region hinsichtlich des Frühverlaufes der Erkrankung. Dabei wurde eine weit gefasste Schizophreniediagnose zugrunde gelegt (ICD-9: 295, 297, 298.3/4) und die Altersgrenzen mit größer elf bis kleiner 60 Jahren festgelegt. Das Einzugsgebiet umfasste eine halb städtische, halb ländliche Bevölkerung von ca. 1,5 Millionen Einwohnern. 84% der untersuchten Erstaufnahmen wiesen eine erste psychotische Episode auf (Häfner et al., 1996). Die Erhebung zum Frühverlauf erfolgte mittels des speziell für die Fragestellung durch die Mannheimer Arbeitsgruppe neu konstruierten „Interviews for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenie – IRAOS“ (Häfner et al., 1990, 1999a). Die Festlegung des Erkrankungsbeginns, der Prodromalphase, erfolgte anhand einer symptomatologischen Definition (Häfner et

al., 1996), der Beginn der Erkrankung wurde mittels des ersten kontinuierlich auftretenden unspezifischen oder kontinuierlich bzw. rezidivierend auftretenden negativen Symptoms bzw. dem erstmaligen Auftreten eines psychotischen Symptoms definiert. Für die angemessene Operationalisierung des Beginns der adäquaten Behandlung mittels der ersten stationären Aufnahme sprach, dass 81% der untersuchten Patienten keine neuroleptische Behandlung im Vorfeld der Aufnahme erhielten.

Die Dauer der angegebenen Prodromalphase lag für die 232 in die Untersuchung aufgenommenen Patienten im Mittel bei 5,0 Jahren. Der Frühverlauf ist in Abbildung 4 wiedergegeben. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Dauer der Prodromalphase. Allerdings zeigte sich ein signifikant früherer Beginn der Erkrankung bei Männern mit durchschnittlich 22,5 Jahren im Vergleich zu 25,4 Jahren bei Frauen (Häfner et al., 2002). Dieser Befund zeigte sich auch bei Verwendung einer eng gefassten Schizophreniediagnose. Ursächlich führen Häfner und Mitarbeiter (1996) diesen Geschlechterunterschied auf die protektive Wirkung des weiblichen Östrogens zurück.

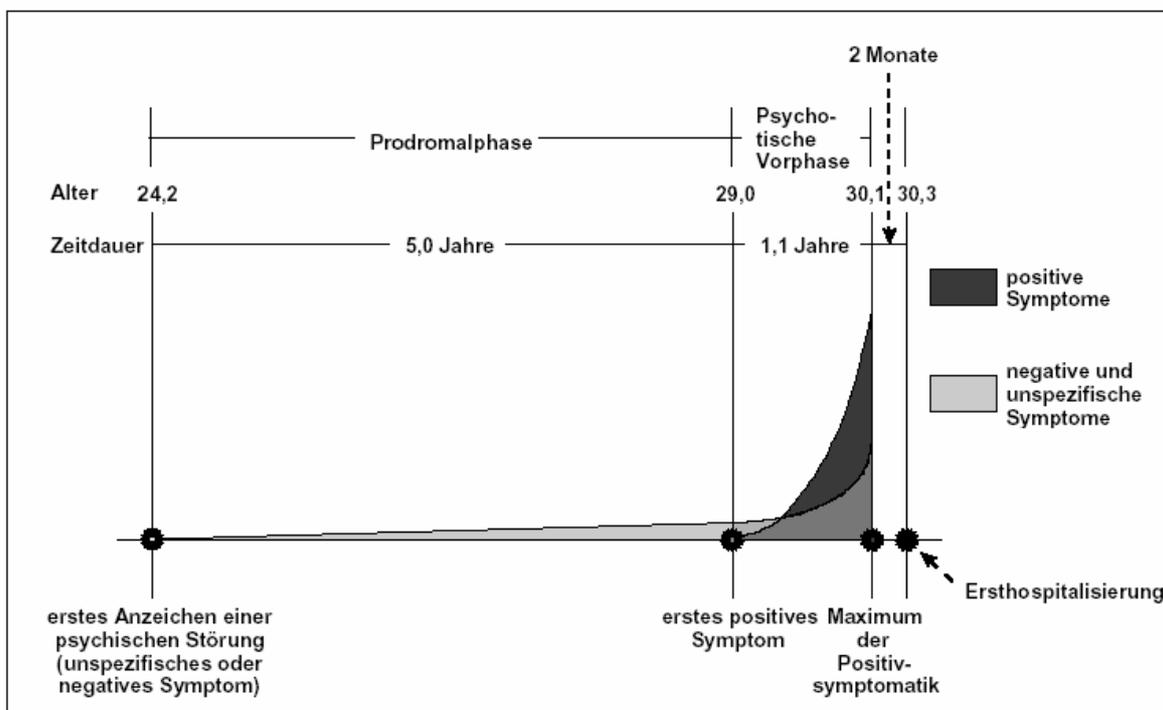


Abb. 4: Frühverlauf schizophrener Erstepisoden (Häfner et al., 1996)

68% der Patienten berichteten einen schleichenden Beginn der Symptomatik über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr, einen subakuten Beginn gaben 15% an

und 18% einen akuten Beginn innerhalb eines Monats. Bei 73% der Patienten setzte die Erkrankung mit unspezifischen oder negativen Symptomen ein, lediglich 7% der Patienten gaben ein positives Symptom als erstes Symptom im Frühverlauf an (Häfner et al., 1996). Bei 20% traten negative, unspezifische und positive Symptome mehr oder weniger gleichzeitig auf. Die häufigsten Initialsymptome waren Konzentrations- und subjektive Denkstörungen (22%), Energiemangel und Langsamkeit (19%), Misstrauen und sozialer Rückzug (19%), allgemeine Verlangsamung (16%) und Angst im Sinne einer Veränderung gegenüber der prä-morbiden Phase (14%) (Häfner et al., 1995b). Weder bei den Initialsymptomen noch bei der Form des Beginns fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Für den mit schizophrenen Erkrankungen so charakteristisch einhergehenden sozialen Abstieg konnten Häfner und Mitarbeiter (1995a) zeigen, dass 57% der untersuchten Patienten diesen bereits in der Prodromalphase aufwiesen, wobei der Beginn einzelner Behinderungen im Mittel zwischen zwei bis vier Jahren vor der stationären Erstaufnahme lag. Häfner und Mitarbeiter (1996) konnten empirisch nachweisen, dass Frauen zum Zeitpunkt der Erstaufnahme sozial besser integriert waren, als dies für die jüngeren männlichen Patienten galt. Die Frauen lebten hoch signifikant häufiger in einer Ehe oder stabilen Partnerschaft und waren signifikant häufiger berufstätig und verfügten signifikant häufiger über eine eigene Wohnung.

Fuchs und Steinert (2002) untersuchten am Zentrum für Psychiatrie Weissenau, einem Einzugsgebiet von 460.000 Einwohnern, im Zeitraum von Februar 1999 bis August 2000 alle Patienten, die das erste mal mit der Diagnose Schizophrenie oder einer akuten psychotischen Störung stationär aufgenommen wurden. Die 50 Patienten dieser ländlichen Stichprobe wurden ebenfalls mit dem „Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia IRAOS“ (Häfner et al., 1999a) untersucht. In der Studie wurde der Beginn der adäquaten Behandlung mittels des Zeitpunkts der Ersthospitalisation festgelegt. Keiner der befragten Patienten hatte eine ambulante medikamentöse antipsychotische Behandlung über einen Zeitraum länger als eine Woche erhalten. Die Autoren geben eine Dauer der unbehandelten unspezifischen Symptome - entspricht der Dauer der unbehandelten

Erkrankung - von im Mittel 5,0 Jahren an, die Dauer der unbehandelten Positivsymptome lag im Durchschnitt bei 1,2 Jahren.

Bottlender und Mitarbeiter (2000) überprüften anhand von 998 ersthospitalisierten schizophrenen Patienten die Hypothese, ob eine längere Dauer der Symptome vor der ersten stationären Krankenhausaufnahme mit einem schlechteren Ansprechen auf die Behandlung einhergeht. Die Ergebnisse belegen eine positive Korrelation zwischen der Dauer der Symptomatik und negativen Verlaufsparemtern. Diese Korrelationen fanden sich auch bei einer Katamnesedauer von 15 Jahre (Bottlender et al., 2003).

Beiser und Mitarbeiter (1993) untersuchten 72 Patienten zwischen 15 bis 54 Jahren, mit einer ersten Episode einer schizophrenen Psychose nach DSM-III. Daten zum Frühverlauf wurden anhand anamnestischer Daten sowohl vom Patienten als auch von einem nahen Angehörigen erhoben. Der Beginn der Erkrankung wurde von zwei Psychiatern unabhängig voneinander festgelegt, die die Patienten nicht kannten. Dabei wurde eine Inhaltsanalyse der verschiedenen Informationsquellen durchgeführt und daraufhin der Beginn der Erkrankung, der psychotischen Symptomatik, festgelegt. Die gefundene Dauer der Prodromalphase betrug im Durchschnitt 112,8 Wochen, der Median lag bei 52,7 Wochen. Dabei zeigte sich für die weiblichen Patienten eine signifikant längere Prodromalphase (174,2 vs. 94,6 Wochen). Die kürzere Prodromalphase in der Untersuchung von Beiser und Mitarbeitern (1993) von weniger als zwei Jahren im Gegensatz zu fünf Jahren bei Häfner und Mitarbeitern (2002) kann durch die unterschiedliche Operationalisierung des Erkrankungsbeginns bedingt sein. So tragen die Informationen zur Symptomwahrnehmung der Angehörigen zu einer Unterschätzung der Dauer der Prodromalphase bei (Hambrecht & Häfner, 1997), insbesondere bei der Beurteilung des Beginns von unspezifischen und negativen Symptomen.

Prospektive Studien

Auch wenn aus dem oben angegeben Grund der geringen Inzidenzrate schizophrener Psychosen ein prospektives Vorgehen ohne erheblichen personellen und finanziellen Aufwand kaum durchführbar erscheint (Jones, 1999), ist es für eine Früherkennung bereits in der Prodromalphase unabdingbar, längsschnittlich

angelegte Studien durchzuführen. Denn nur so lässt sich methodisch fundiert nachweisen, welche Symptome bzw. Symptomkonstellationen bereits in der Prodromalphase eine Prädiktion späterer schizophrener Erkrankungen ermöglichen. Nur so können Screeningverfahren entwickelt werden, die über angemessene Sensitivitäts- und Spezifitätswerte sowie über eine hohe positive prädiktive Power verfügen.

Tabelle 2: Effizienzindizes eines Screeninginstrumentes

| Kennwert | |
|---------------------------|---|
| Sensitivität | Der Test ist positiv, wenn eine Erkrankung vorliegt. |
| Spezifität | Der Test ist negativ, wenn keine Erkrankung vorliegt. |
| Positive prädiktive Power | Test ist positiv, Person erkrankt. |
| Negative prädiktive Power | Test ist negativ, Person erkrankt auch nicht |

Für die im DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) enthaltenen Prodromalsymptome ergab sich eine ungenügende diagnostische Effizienz (Jackson et al., 1995). McGorry und Mitarbeiter (1995) untersuchten die Häufigkeit dieser Symptome in einer großen repräsentativen Stichprobe von 2525 australischen Schulkindern im durchschnittlichen Alter von 12, 14 und 16 Jahren. Die Prävalenz dieser Symptome variierte zwischen acht bis zu 51 Prozent, dies zeigt eine breite Verteilung der DSM-III-R Prodromalsymptome in der gesunden Bevölkerung an sowie eine geringe Spezifität für schizophrene Erkrankungen.

Der Realisierung prospektiver Designs liegen derzeit verschiedene Strategien zugrunde, die die Prädiktion schizophrener Psychosen ermöglichen sollen. All diese Strategien basieren darauf, eine Population mit einem erhöhten Psychoserisiko zu definieren und diese Population dann in längsschnittlich angelegten Studien zu untersuchen. Die so definierten Forschungskriterien eines ‚initialen Prodroms‘, eines ‚at-risk mental state‘ oder ‚at risk of being prodromal‘ werden im Folgenden beschrieben.

International gilt derzeit der definitorische Konsens eines Prodromalzustandes anhand zweier Strategien (Phillips et al., 2000). Bei der ersten werden diejenigen

psychopathologischen Symptome zugrunde gelegt, die derzeit eine ausreichende Spezifität für den Übergang in eine manifeste schizophrene Psychose besitzen. Sie liegt einerseits für das Auftreten von attenuierten (abgeschwächten) Positivsymptomen vor, die nicht im Sinne schizotyper Persönlichkeitsmerkmale über einen langen Zeitraum vorhanden waren, sondern die im Sinne einer neuartigen Erlebensqualität auftreten, andererseits für das Auftreten von kurzfristigen Positivsymptomen im Sinne von 'Brief Limited and Intermittent Psychotic Symptoms' –BLIPS –, die ein erhöhtes Psychoserisiko anzeigen. Diese beinhalten das Auftreten bereits erster psychotischer Symptome, die jedoch nur von kurzer Dauer sind und ohne Behandlung spontan remittieren. Die zweite Strategie basiert auf dem „ultra high risk“ Ansatz, welcher eine Hochrisikogruppe beschreibt, die neben dem Vorhandensein eines genetischen Risikofaktors bzw. dem Vorliegen einer schizotypen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV sowohl das Auftreten deutlicher Einbußen des sozialen Funktionsniveaus (ein Verlust von 30 Punkten auf der 'Global Assessment of Functioning Scale' des DSM-IV) als auch das Vorliegen bereits erster unspezifischer Symptome zeigt. Für diese internationale Konsensdefinition eines Prodroms ergaben sich Übergangsraten von 41% innerhalb eines Einjahreszeitraumes (Phillips et al., 2000). In einer aktuellen Übersichtsarbeit der publizierten Früherkennungsstudien auf Grundlage der Konsensdefinition wurde eine Übergangsrate von 36,7% innerhalb eines Jahres errechnet (Schultze-Lutter, in press). Dabei wurden die Patienten ausgeschlossen, die eine besondere Frühbehandlung erhielten.

Neben der oben beschriebenen Konzeption einer Hochrisikogruppe kann anhand einer weiteren symptomatologischen Risikobeschreibung mittels des Basissymptomkonzeptes ein Risikozustand postuliert werden, der es erlaubt, mögliche Risikopatienten bereits frühzeitiger in der initialen Prodromalphase zu identifizieren. Auf der Basis retrospektiver Langzeitstudien entwickelten Huber und Mitarbeiter die Konzeption der Basissymptome schizophrener Erkrankungen (Huber, 1966, 1986). Unter dem Terminus der Basissymptome sind feine, oftmals nur durch die Betroffenen selbst wahrnehmbare Defizite angesprochen, die der schizophrenen Erstmanifestation jahrelang vorausgehen und der Erkrankung im Sinne von Residualsymptomen folgen können. In der Bonner Langzeitstudie konnten bei 37% der untersuchten Patienten vor der Erstmanifestation diese Basissymptome

nachgewiesen werden, bei 15% zeigten sich so genannte Vorpostensyndrome, gleichfalls Störungen im Sinne von feinen selbstwahrgenommenen Defiziten, die jedoch spontan vor Ausbruch der ersten psychotischen Episode wieder abgeklungen sind. Diese Konzeption bildete die Grundlage für die Entwicklung der Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (engl.: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms, BSABS) (Gross et al., 1987), die sich aus den Subskalen dynamische Defizienzen, kognitive Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsstörungen, Coenästhesien und zentral-vegetative Störungen sowie Schlafstörungen und Intoleranz gegenüber bestimmten Substanzen zusammensetzt. Insbesondere die kognitiven Basissymptome haben sich als psychoseprädictiv herausgestellt (Klosterkötter et al., 2001). In der von Klosterkötter und Mitarbeitern ersten prospektiv angelegten Untersuchung zur Überprüfung der Sensitivität und Spezifität von Basissymptomen wurden N=160 Patienten – die zur diagnostischen Abklärung in eine von vier psychiatrischen Universitätskliniken vorstellig wurden – mit einer Kurzfassung der „Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms – BSABS“ (Gross et al., 1987) sowie der neunten Version der „Present State Examination – PSE“ untersucht. Die Patienten erfüllten zum Zeitpunkt der Indexuntersuchung die Kriterien einer schizophrenen Psychose nicht, wurden jedoch aufgrund eines möglichen Psychoseverdachts zur Abklärung in die Universitätsklinik überwiesen. Bei der Nachuntersuchung dieser Hochrisikogruppe mit einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 9,6 Jahren hatten nahezu 50 Prozent der gesamten Stichprobe und 70% der Patienten mit Prodromalsymptomen zum Zeitpunkt der Indexuntersuchung eine schizophrene Störung nach DSM-IV entwickelt. Bei einer hohen Sensitivität der Gesamtheit aller 66 erhobenen Basissymptome von 98% (1,3% falsch negative Vorhersagen) ergab sich eine Spezifität von 59% (20% falsch positive Vorhersagen). Berücksichtigt man jedoch nur die besonders prädictiven kognitiven Basissymptome, so lässt sich mit Hilfe dieses Subsyndroms eine Spezifität von 85% bis 91% bei 1,9%-7,5% falsch positiven Vorhersagen erreichen. Zehn der BSABS Symptome konnten auf Symptomebene identifiziert werden, die in 25% der Fälle auftraten, die später eine Schizophrenie entwickelten. Diese wiesen eine Positive Prädictive Power von wenigstens 0.70 auf. Diese zehn Symptome waren alle Störungen der Informationsverarbeitung (Ruhrmann et al., 2003a). Ruhrmann und Mitarbeiter (2003a) argumentieren, dass

sich diese zehn prädiktiven Basissymptome gleichfalls für die Psychoseprädiktion eignen.

Diese bislang einzige Untersuchung zur prädiktiven Spezifität von Basissymptomen zeigt eine Möglichkeit auf, Menschen bereits im initialen Prodromalstadium zu erkennen, die noch keine der psychosenahen Erlebnisweisen aufzeigen, wie sie bei den beiden vorangestellten symptomatischen Prodromdefinitionen mittels attenuierter oder kurzzeitig auftretender psychotischer Symptome (BLIPS) gegeben sind. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei bislang um eine einzelne Studie handelt. Warner (2002) betont die gravierenden methodischen Mängel der Studie: da es sich um Daten einer klinischen Population handelt, werden die Sensitivitäts- und Spezifitätswerte überschätzt, da sich die positiv prädiktive Power an der jeweils empirisch zugrunde gelegten Population bestimmt. Dies ist im Falle der Untersuchung von Klosterkötter und Mitarbeitern (2001) eine Hochrisikogruppe und nicht die allgemeine Population. Damit ergibt sich für alle derzeitig vorliegenden Screening-Instrumente die Gefahr einer Überschätzung der positiv-prädiktiven Power. Dies muss bei einer Aufklärungsarbeit zur Früherkennung schizophrener Psychosen berücksichtigt werden, um nicht unzutreffende Erwartungen zu wecken.

Eine Früherkennung bereits in der Prodromalphase zu etablieren, kann kontrovers diskutiert werden. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr, dass Menschen mit dem Etikett eines erhöhten Psychoserisikos in Verbindung gebracht werden, jedoch niemals eine manifeste Psychose entwickeln werden (Warner, 2002; Verdoux, 2001). Diese als ‚falsch Positive‘ bezeichneten Personen würden demnach fälschlicherweise mit den Folgen einer unnötigen Behandlung konfrontiert. Insbesondere Warner (2002) weist auf die Gefahr der unzureichenden prospektiv prädiktiven Power der Basissymptome nach Klosterkötter und Mitarbeiter (2001) hin, die zu einer hohen Anzahl ‚falsch Positiver‘ führen kann. Demgegenüber argumentiert McGorry mit der prospektiv prädiktiven Power von 80% für den Übergang in eine manifeste Psychose in der PACE Klinik in Melbourne, Australien, für die dortige Hochrisiko Population (McGorry et al., 2002). Die Rate der ‚falsch Positiven‘ lag dabei unter 10%.

Die aktuellen Ansätze und Möglichkeiten einer Frühbehandlung im Sinne der indizierten Prävention nach Mrazek und Haggerty (1994) werden im folgenden Abschnitt referiert.

2.1.2.3 Behandlungsansätze in der Frühphase

“Perhaps because it is really closer to treatment than pure prevention, and because it has such strong face validity, there has been surprisingly little resistance among clinicians to the idea of early detection and treatment. The main concern that many clinicians have is that resources could be diverted from the treatment of more disabled patients with more established illnesses, thus worsening their plight, even before the benefits of early intervention can be demonstrated and flow into the growing incident cohort. The other barrier is the tenacious hold that the schizophrenia concept has on clinicians’ minds its connotation of failure to recover.” (McGorry, 2000, p. 7)

Nachdem in vorangegangenen Abschnitten die Möglichkeiten einer Früherkennung in der unbehandelten psychotischen Vorphase sowie in der Prodromalphase diskutiert wurden, werden im Folgenden Möglichkeiten einer Frühintervention referiert.

Für die Phase der unbehandelten Psychose liegen bereits fundierte und evaluierte pharmakologische sowie psychotherapeutische Interventionen vor, nämlich all diejenigen, die für die Behandlung schizophrener Ersterkrankter bestehen. Eine Früherkennung und Frühbehandlung in dieser Phase zielt darauf ab, die Dauer der unbehandelten Psychose substanziell zu verkürzen. Dies kann mittels Veränderung der Versorgungsstruktur erreicht werden und durch die Implementierung geeigneter Maßnahmen zur Aufklärung der Öffentlichkeit und der Fachwelt. Spezielle Strategien, wie dies erreicht werden kann, werden daher im Kapitel zu Öffentlichkeitskampagnen im Gesundheitswesen (Kapitel 2.3) ausführlich besprochen. Dieser Abschnitt stellt nun im Weiteren die Möglichkeiten und Argumente für eine Frühbehandlung bereits in der initialen Prodromalphase einer schizophrenen Psychose vor.

Der aktuelle Forschungsstand dazu reflektiert die relativ kurze Wissenschaftsgeschichte dieser Art der präventiven Behandlung schizophrener Psychosen. So sind nur wenige Studien abgeschlossen, weitere sind derzeit auf den Weg gebracht worden.

Eine ersten Pilotstudie führte Falloon (1992) in einer 35.000 Einwohnern umfassenden Region in England durch. Die Studienpatienten wurden anhand einer die DSM-III Prodromalkriterien beinhaltenden Checkliste von niedergelassenen Allgemeinmedizinern als Risikopatienten für eine Psychose identifiziert. Personen mit erhöhtem Risiko wurde eine individuelle und familiäre Aufklärung über Schizophrenie zuteil sowie ein Stressmanagement-Programm und in einigen Fällen eine niedrig dosierte antipsychotische Behandlung. Den Erfolg der Maßnahme – lediglich eine Person von N=23 ging im 4-Jahreszeitraum der Nachuntersuchung in eine Schizophrenie über – sah Falloon (1992) durch die Abnahme der Inzidenzrate in der untersuchten Region bestätigt. Allerdings sind diese Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobengröße und des fehlenden Kontrollgruppensdesigns nur beschränkt aussagekräftig.

1991 startete in Melbourne die Gruppe um McGorry in der PACE Klinik (PACE= personal assistance and crisis evaluation) eine prospektive Studie bei Patienten ‚at-risk of psychosis‘. Yung und McGorry (1996a, 1996b) definierten drei verschiedene prä-psychotische Subgruppen: (1) Patienten mit attenuierten psychotischen Symptomen, (2) Patienten, die kurze psychotische Episoden erlebten, die zu kurz für eine DSM-IV Diagnose einer Psychose waren, da die Symptomatik innerhalb einer Woche wieder abgeklungen war und (3) Patienten mit einem genetischen Risiko, zusammen mit einer aktuellen Verminderung des sozialen Funktionsniveaus. Die erste prospektive PACE Studie mit N=21 Patienten zeigte eine Übergangsrate von 21% innerhalb 12 Monate und 33% innerhalb von 24 Monaten (Yung et al., 1998; Phillips et al., 2000). In einer zweiten Studie mit N=49 Patienten zeigte sich eine Übergangsrate von 41% innerhalb eines Jahres und von 50% in 24 Monaten. Diese Übergangsarten ergaben sich trotz intensiver psychosozialer Behandlung. Von diesen deskriptiven Studien ausgehend wurde eine experimentelle Interventionsstudie durchgeführt, in der eine kognitive Verhaltenstherapie (engl. CBT – cognitive behavioral therapy) und eine niedrig dosierte neuroleptische Medikation (Risperidon) mit einer kognitiven Verhaltenstherapie sowie einem unterstützenden Casemanagement verglichen wurde. 59 Patienten nahmen an dieser Studie teil. Die Übergangsraten konnten von 53,7 auf 9,7 Prozent gesenkt werden. Es zeigten sich keinerlei Anzeichen für eine Stigmatisierung der behandelten Patienten und die Nebenwirkungen waren gering (McGorry, 2000).

McGlashan und Mitarbeiter starteten 1998 in New Haven im Rahmen der "Yale`s Prevention Through Risk Identification Management & Education (PRIME) clinic" eine prospektive, randomisierte, doppel-blinde, Plazebo-kontrollierte Studie. Die Interventionsgruppe erhält eine niedrige Dosis eines atypischen Neuroleptikums (Olanzapin) zusammen mit einer supportiven Psychotherapie. Die ersten Ergebnisse zu einem Vergleich der Behandlungs- und der Kontrollgruppe (N=60) nach acht Wochen sind derzeit in Druck (Woods et al., in press).

Für die ethische Vertretbarkeit der Durchführungen dieser Studien spricht Folgendes: (1) Alle Patienten der Studien werden sehr sorgfältig betreut, in einem Ausmaß, wie es außerhalb einer Studie nicht gewährleistet werden kann. Sollte es zu einem Übergang in eine manifeste Psychose kommen – dies betrifft auch die Patienten, die sich nicht in dem medikamentösen Behandlungsarm befinden -, dann kann sofort eine adäquate Behandlung eingeleitet und somit eine Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose erreicht werden. (2) Alle Patienten erhalten in irgendeiner Form eine Behandlung im Rahmen der Studie, die auch die Unterstützung in anderen Lebensbereichen beinhalten. Ebenso wird dadurch ein therapeutisch tragfähiger Kontakt zwischen Patient und dem behandelnden Arzt oder Psychologen hergestellt. (3) Patienten, die bereits eine medikamentöse Frühintervention im Sinne eines atypischen Neuroleptikums erhalten, erleben durch die Behandlung möglicherweise eine Verbesserung der aktuellen Symptomatik (Schaffner & McGorry, 2001). Viele Kritiker einer frühzeitigen medikamentösen Intervention argumentieren leidenschaftlich, dass es unethisch sei, Patienten bereits vor Ausbruch der manifesten Psychose neuroleptisch zu behandeln (McGlashan, 2001). Gleichzeitig gibt es genauso leidenschaftliche Kritiker, die eine Placebobehandlung als unethisch ansehen. Dieses Dilemma macht die Notwendigkeit doppel-blinder, placebokontrollierter Studien deutlich.

2.1.2.4 Früherkennungszentren in Deutschland

Die Erkenntnisse aus der Frühverlaufsforschung sowie der Ersterkrankenstudien haben zu intensiven Bemühungen geführt, die Behandlung schizophrener Patienten zeitlich weiter nach vorne zu verlagern. Sichtbares Ergebnis dieser Bemühungen war die Gründung von Früherkennungszentren, zunächst in Melbourne, Australien, und in

Stavanger, Norwegen. Im Rahmen dieser Entwicklung der Schizophrenieforschung wurde in Deutschland 1998 das erste Früh-Erkennungs- und Therapie-Zentrum (FETZ) für psychotische Krisen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln eröffnet. Weitere Früherkennungszentren etablierten sich im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie (www.kompetenznetz-schizophrenie.de) – ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiiertes Forschungsverbund in der Medizin - in Bonn, Düsseldorf und München. Aktuell haben auch in Berlin und Heidelberg Früherkennungszentren ihre Arbeit aufgenommen, weitere sind derzeit in Planung.

Gemeinsam ist diesen Zentren das Ziel, Personen mit einem erhöhten Risiko bereits in der Prodromalphase zu erkennen und frühzeitig eine angemessene Behandlung anzubieten, um so die aktuelle Symptomatik zu verbessern, soziale Einbrüche zu vermeiden und den Ausbruch einer Psychose entweder zu verhindern oder aber den Verlauf der Erkrankung günstig zu beeinflussen (Ruhrmann et al., 2003a). In den Früherkennungszentren des Kompetenznetzes Schizophrenie wurden zwei Risikostadien definiert: ein psychosenahes und ein psychosefernes Prodrom (Ruhrmann et al., 2003a). Das psychosenahes Prodrom ist dabei in Anlehnung an die symptomatologische Definition der australischen Arbeitsgruppe (Phillips et al., 2000) durch das Auftreten attenuierter Positivsymptome oder durch das kurzfristige Auftreten psychotischer Symptome, die innerhalb kurzer Zeit ohne Behandlung wieder vollständig abklingen, den so genannten BLIPS (engl.: ‚Brief limited and intermittend psychotic symptoms‘), gekennzeichnet. Die zweite Risikogruppe – ein psychosefernes Prodrom - ist definiert über das mehrmals wöchentliche Auftreten von mindestens einem der prädiktiven Basissymptome (Klosterkötter et al., 2001) innerhalb der letzten drei Monate und/oder Einbußen des sozialen Funktionsniveaus – gemessen mittels eines Abfalls von mindestens dreißig Punkten auf der ‚Global Assessment of Functioning Scale‘ des DSM-IV innerhalb des vergangenen Jahres - bei gleichzeitigem Vorliegen eines perinatalen oder familiären Risikofaktors (Ruhrmann et al., 2003a). Es wird die Altersgruppe von 16-40 Jahren angesprochen.

Die angebotenen Interventionen erfolgen im Rahmen von randomisierten und kontrollierten Studien. Für die Behandlung psychoseferner Prodrome wurde ein standardisiertes, multimodales kognitiv verhaltenstherapeutisches Behandlungs-

programm entwickelt, das sich aus psychoedukativen Elementen, einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Interventionen sowie kognitivem Training und einer optionalen Angehörigenberatung zusammensetzt (Bechdorf et al., 2002, 2003). Die Kontrollgruppe erhält regelmäßige, stützende psychotherapeutische Gespräche. Patienten, die die Kriterien eines psychosenahen Prodromalzustandes erfüllen, erhalten eine engmaschige stützende psychotherapeutische Behandlung, die Krisenintervention, Familienberatung mit einschließt und auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingeht. In der Behandlungsgruppe erhalten die Patienten zusätzlich eine medikamentöse Behandlung mit Amisulprid (Ruhrmann et al., 2003a).

Zu den Studien im Rahmen des Kompetenznetzes liegen bislang noch keine umfangreichen Analysen vor. Erste Zwischenergebnisse weisen jedoch auf günstigere Verläufe bei den Interventionsgruppen hin (Ruhrmann et al., 2002).

Um das Ziel der erfolgreichen Etablierung eines Früherkennungs- und Frühinterventionszentrums in die psychiatrische Versorgung zu erreichen, ist es von fundamentaler Bedeutung, dass Personen mit einem möglichen erhöhten Psychoserisiko sich rechtzeitig an dieses entsprechende Angebot wenden. Insofern beinhaltet dies neben der Etablierung solcher Früherkennungszentren auch eine Veränderung der Wege in die – adäquate – Behandlung. Der aktuelle Forschungsstand zu diesen Wegen in die Behandlung (engl.: ‚pathways to care‘) wird im folgenden Kapitel referiert.

2.2 Wege in adäquate Behandlung

“If secondary prevention is to be useful, the people who need help must be trained to seek it.” (Langsley, 1985, p.1886)

In Kapitel 2.1 wurde der aktuelle Forschungsstand zum Frühverlauf sowie den Möglichkeiten einer Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen dargelegt. Dabei konnte herausgestellt werden, dass in der Regel Patienten mit einer erstmaligen schizophrenen Erkrankung durchschnittlich mehrere Jahre nach dem Auftreten unspezifischer und/oder negativer Symptome und ein bis zwei Jahre nach dem erstmaligen Erleben manifester psychotischer Symptome ambulant oder stationär adäquat diagnostiziert und antipsychotisch behandelt werden. Das folgende

Kapitel setzt sich mit der Frage auseinander, zu welchem Zeitpunkt sich Menschen mit einer beginnenden Schizophrenie im Frühverlauf ihrer Erkrankung an ein Hilfsangebot wenden und welche Faktoren zu einer verzögerten Inanspruchnahme professioneller Hilfe beitragen. Darüber hinaus werden diejenigen empirischen Befunde analysiert, die die Verzögerung vom Aufsuchen eines ersten professionellen Hilfsangebotes bis zum Einsetzen einer adäquaten Behandlung bei schizophrenen Ersterkrankten beschreiben.

Ein Verständnis der Wege in adäquate Behandlung von Patienten mit einer erstmaligen schizophrenen Erkrankung ist von besonderer Relevanz, da aktuell - wie in Kapitel 2.1 ausgeführt – umfangreiche Befunde vorliegen, die eine frühzeitige Behandlung mit einem günstigeren Krankheitsverlauf in Zusammenhang bringen. Kenntnisse über die Gründe von Verzögerungen bis zum Einsetzen einer adäquaten Behandlung ermöglichen es, durch gezielte Interventionen das in dieser Arbeit intendierte Ziel zu erreichen, raschere Zuweisungen in adäquate Behandlung zu etablieren. Die Analyse der Wege in adäquate Behandlung stellt somit die empirische Grundlage für die Implementierung von Maßnahmen zur Minimierung von Behandlungsverzögerungen dar.

2.2.1 Modellvorstellungen zum Weg in adäquate Behandlung

In den bisherigen Arbeiten zu Wegen in die Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung (engl.: 'pathways to mental health care') dominieren zwei Forschungsansätze (Rogler & Cortes, 1993). Dies ist zum einen eine vornehmlich hypothetische Herangehensweise, zum anderen eine empirische. Die hypothetische Verwendung des Hilfesuchverhaltens als Konstrukt zeigt sich in Diskussionen zu Forschungsarbeiten, in denen beispielsweise Alters- oder Geschlechtsunterschiede erklärt werden müssen. So lässt sich die deutlich höhere Inanspruchnahme von Frauen bei telefonischen Beratungsangeboten auf ein unterschiedliches Hilfesuchverhalten der beiden Geschlechter zurückführen. Im empirischen Forschungsansatz zum Hilfesuchverhalten werden Daten zum ‚pathways to care‘ bei Menschen mit psychisch Erkrankungen, bzw. spezifiziert auf schizophrene Psychosen, systematisch erhoben, die jedoch nicht in eine Modellvorstellung eingebettet sind. Im Folgenden soll daher die Darstellung der empirischen

Ergebnisse aus der Schizophrenieforschung zu den Wegen in adäquate Behandlung entlang einer stufenbezogenen Modellvorstellung der Wege in adäquate Behandlung erfolgen.

Der Begriff des ‚Hilfesuchverhaltens‘ beinhaltet die Perspektive des Betroffenen. In dieser Arbeit soll jedoch aufgezeigt werden, wie sich der gesamte Prozess des Hilfesuchens gestaltet. Insofern wird der in der Literatur verwandte Terminus des ‚Pathways to Care‘ als Wege in adäquate Behandlung in dieser Arbeit verwandt. Denn wie weiter unten gezeigt wird, ist die Etablierung adäquater Hilfe bei weitem nicht nur von der Hilfesuche des Betroffenen abhängig, sondern vielmehr auch von der Güte des und vom Umgang im Gesundheitssystem. Rogler & Cortes (1993) charakterisieren den Begriff ‚Pathways‘ wie folgt (p. 555):

“...we mean the sequence of contacts with individuals and organizations prompted by the distressed person’s efforts, and those of his or her significant others, to seek help as well as the help that is supplied in response to such efforts.”

Dabei betonen sie, dass unter Gesichtspunkten der mentalen Gesundheit all diejenigen Erkrankungen unter ‚distress‘ fallen, die mit der Achse I und II des jeweilig aktuellen Diagnosemanuals - derzeit DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) bzw. ICD-10 (World Health Organization, 1992) - verbunden sind. Der obige Terminus ‚Pathways‘ verdeutlicht bereits den prozessartigen Charakter der Wege in Behandlung und zeigt auf, welche Parteien Anteil an diesem Prozess haben.

Die Modelle zum Hilfesuchverhalten bzw. zu den Wegen in – adäquate - Behandlung (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1997; Goldberg & Huxley, 1980; Rogler & Cortes, 1993; Siegrist, 1995) dienen als Bezugsrahmen, um den Prozess vom Beginn der Erkrankung bis hin zur adäquaten Behandlung zu systematisieren. Gemeinsam ist diesen Modellvorstellungen ein mehrstufiger Prozess. So lassen sich den Modellen – neben zahlreichen Besonderheiten - drei charakteristische Phasen zuordnen, die mehr oder weniger in chronologischer Abfolge durchlaufen werden (Rogler & Cortes, 1993; Siegrist, 1995):

- (1) Phase vom Beginn der Symptomatik bis hin zur Wahrnehmung dieser Symptome als relevant für die eigene (psychische) Gesundheit,
- (2) Phase von der Symptomwahrnehmung als gesundheitlich relevant bis zum Aufsuchen erster professioneller Hilfe aufgrund dieser Beschwerden und

- (3) die Phase vom Aufsuchen erster professioneller Hilfe bis zur Etablierung einer adäquaten Behandlung der Symptome bzw. der Erkrankung.

Goldberg und Huxley (1980) sprechen in ihrem Modell von Filtern, die der Hilfesuchende durchläuft. Der erste Filter, *illness behavior*, ist der Schritt ins soziale Hilfssystem, gefolgt vom zweiten Filter, *ability to detect disorder*, hier wurde bereits eine Hilfe angenommen, die die Symptome als möglichen Ausdruck einer psychischen Erkrankung anerkennt und bei erfolgreicher Absolvierung des dritten Filters, *referral to mental illness services*, nimmt der Betroffene die angebotene adäquate psychiatrische Hilfe auch in Anspruch.

Das allgemeine Modell des Hilfesuchverhaltens von Siegrist (1995) charakterisiert die Entscheidungsstufen des Hilfesuchens wie folgt: Der Entscheidungsprozess der Selbsthilfe, der Selbstmedikation oder der Mitteilung an signifikant andere, der Inanspruchnahme des Laiensystems und schließlich die Entscheidung, ob eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden sollte. Das Modell kann als Rahmenkonzept für alle Krankheiten herangezogen werden und ist nicht ausschließlich für psychische Erkrankungen entwickelt worden. In Abbildung 5 wird dieses Modell in einer Erweiterung vom Autor (D. K.) wiedergegeben. Dabei ist eine zusätzliche Entscheidungsstufen angefügt, die Phase vom Aufsuchen professioneller Hilfe bis hin zur Etablierung einer adäquaten Behandlung. Warum diese Phase im Bereich der Früherkennung schizophrener Psychosen von besonderer Relevanz ist, wird weiter unten verdeutlicht. Eine weitere Modifikation erfolgt durch die Hinzunahme von Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Phasen. So kann eine erste Kontaktaufnahme mit dem professionellen Hilfssystem einen Rückzug ins Laiensystem bewirken. Mitchell (1989) schätzt die Abbruchrate nach einer ersten Psychotherapiesitzung auf 20% bis 57%, d.h. die Kontaktaufnahme mit dem professionellen Gesundheitssystem – der Bürokratie der Institutionen – kann bei negativer Erfahrung zu einer Rückkehr ins Laiensystem führen.

Das Modell zeigt die Entscheidungsstufen von selbst- und fremdinduzierten Wegen in die Behandlung auf. Das modifizierte Modell von Siegrist (1995) soll im Weiteren als Bezugsrahmen für die Ausführungen der Wege in adäquate Behandlung für Menschen mit einer beginnenden schizophrenen Psychose dienen.

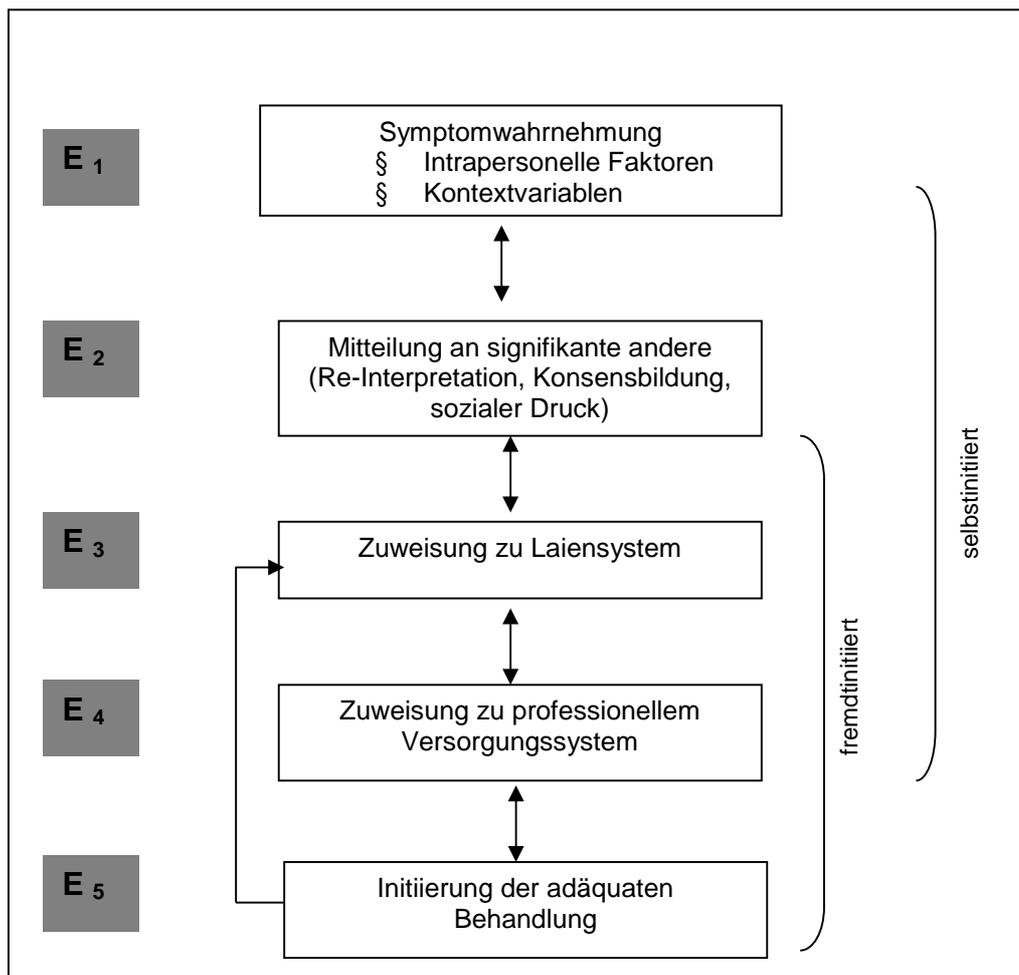


Abb. 5: Modell der Entscheidungsstufen (E) des Weges in adäquate Behandlung, modifiziert nach Siegrist (1995)

2.2.1.1 Symptomwahrnehmung

Der Prozess auf dem Weg in adäquate Behandlung beginnt mit dem Auftreten erster Beschwerden der Erkrankung – für schizophrene Psychosen demnach mit dem Einsetzen der ersten meist unspezifischen Prodromalsymptome (Häfner et al., 2002) - bis hin zur Wahrnehmung dieser Beschwerden vom Betroffenen als (körperlich bzw. psychisch) gesundheitlich relevant. Dabei handelt es sich um einen komplexen Informationsverarbeitungsprozess. Als eines der wenigen elaborierten Modelle zur Symptomwahrnehmung kann die „perception theory“ von Gijsbers van Wijk und Kolk (1997) angesehen werden (siehe Abbildung 6).

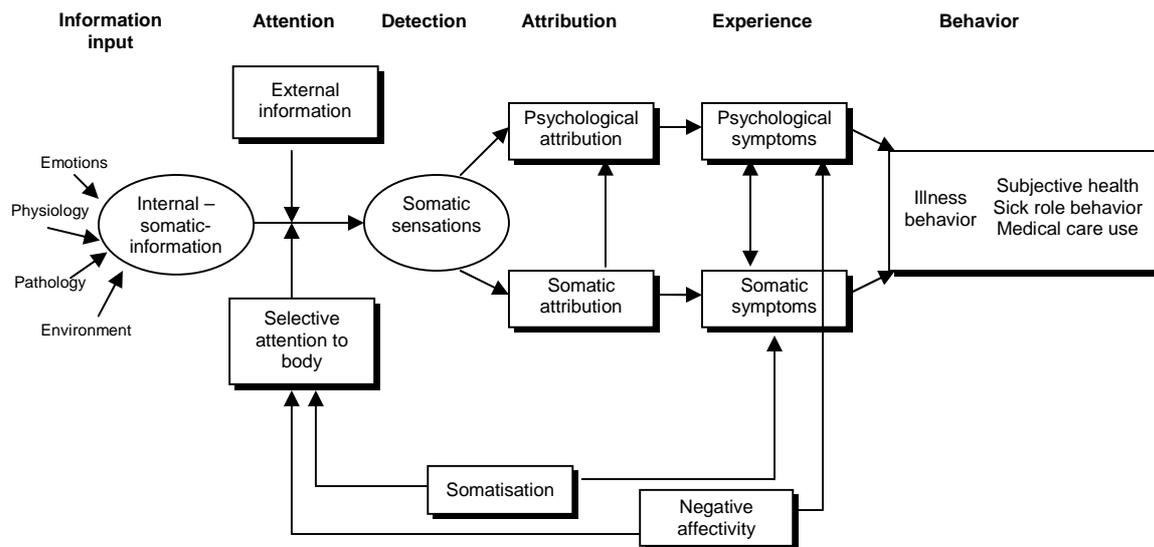


Abb. 6: Modell der Symptomwahrnehmung nach Gijsbers van Wijk & Kolk (1997)

Dabei legen die Autoren folgende Symptomdefinition zugrunde:

“We define a symptom as an aversively perceived internal state.” (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1997, p. 235)

Damit wird ein Symptom nicht notwendigerweise als Ergebnis eines somatischen bzw. psychopathologischen Prozesses angesehen, sondern vielmehr als Ergebnis eines Informationsverarbeitungsprozesses. Diesen Informationsverarbeitungsprozess beeinflussen sowohl interne als auch externe Variablen.

Interne Variablen

Skeate und Mitarbeiter (2002) konnten an 42 Patienten mit der erstmaligen Diagnose einer schizophrenen Störung nach ICD-10 (F29, F22, F23, F25) zeigen, dass ein vermeidendes Copingverhalten zu späterem Aufsuchen medizinischer Hilfe führt. Gleiches fanden die Autoren auch für das generelle Kontaktverhalten zu Hausärzten über einen Zeitraum von sechs Jahren. Diejenigen Patienten, die regelmäßig einen Hausarzt kontaktierten, taten dies auch frühzeitig in der prodromalen bzw. psychotischen Phase der schizophrenen Erstmanifestation.

In einer retrospektiven Untersuchung von Addington und Mitarbeiter (2002) gaben die erkrankten schizophrenen Patienten an, Symptome des sozialen Abstiegs und des Verlustes der sozialen Funktionsfähigkeit zwar wahrgenommen zu haben, dass aber diese sozialen Einbußen nicht zur Initiation von Hilfesuche geführt hätten.

Dies kann unter anderem mit unzutreffendem Krankheitswissen der Betroffenen erklärt werden. Das Krankheitswissen in der Bevölkerung über schizophrene Psychosen und ihre Symptome ist durch umfangreiche Vorurteile und Fehlinformationen gekennzeichnet (Gaebel et al., 2002; Holzinger et al., 1998; Angermeyer & Matschinger, 1997). In der von Gaebel und Mitarbeitern (2002) durchgeführten aktuellsten deutschen Bevölkerungsbefragung an 7.246 repräsentativ ausgewählten Menschen in städtischen Regionen gaben die Mehrheit (80%) der Befragten an, dass Schizophrenie „Persönlichkeitsspaltung“ sei. Lediglich ein Drittel der Befragten konnten Ursachen für schizophrene Erkrankungen nennen.

Gleichfalls zeigt die Untersuchung von Gaebel und Mitarbeitern (2002) die Problematik der Stigmatisierung an Schizophrenie erkrankter Menschen auf. Die meisten Befragten bewerteten die Stigmatisierung von schizophren erkrankten Menschen als hoch und mehr als zwei Drittel der Befragten waren der Auffassung, dass sich Frauen nicht mit Männern verabreden wollen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind. Für den Weg in adäquate Behandlung bedeutet dies, dass Patienten mit ersten Anzeichen einer Erkrankung auch aus Angst vor Stigmatisierung kein psychiatrisches Hilfsangebot aufsuchen. Dass die Stigmaerwartung insbesondere bei Betroffenen selbst höher ist, als diese die Stigmatisierung tatsächlich erfahren haben, konnten Holzinger und Mitarbeiter (2003) an einer Untersuchung von schizophren und depressiv Erkrankter aufzeigen. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Angst vor Stigmatisierung durch das Aufsuchen einer psychiatrischen Einrichtung und die Übernahme der Patientenrolle zu einer verspäteten Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Erkrankungen führt (Angermeyer, 2003; Fink & Tasman, 1993).

Externe Variablen

Einige Studien weisen darauf hin, dass soziale Kontextvariablen einen Einfluss auf den Zeitpunkt der Hilfesuche haben. So konnten Gater und Goldberger (1991) zeigen, dass Betroffene, die über einen Arbeitsplatz verfügten, zu einem späteren Zeitpunkt Hilfe aufsuchten als Betroffene ohne Arbeitsplatz. Frauen, die mit ihrem Mann und Kindern lebten, hatten insgesamt ein längeres Intervall vom Beginn der Symptomatik bis hin zum Kontakt zu einem psychiatrischen Hilfsangebot. Dies weist darauf hin, dass eine bessere soziale Einbindung und Unterstützung möglicherweise

das Aufsuchen professioneller Hilfe verzögert, da auftretende Einschränkungen noch kompensiert werden können. Jedoch liegen gleichfalls Befunde vor, die eine schlechtere soziale Anpassung mit einer längeren Dauer der unbehandelten Vorphase in Zusammenhang bringen (Larsen et al., 1998; Cougnard et al., 2004), so dass auch das Fehlen signifikant anderer zu Behandlungsverzögerungen beiträgt. Ältere Patienten zeigten in der Untersuchung von Gater und Goldberger (1991) kürzere Wege in psychiatrische Behandlung. Den Kontextfaktor der Geschlechterdifferenzen vor kulturellem Hintergrund konnte Kiliç und Mitarbeiter (1994) in einer türkischen Untersuchung nachweisen. Sie fanden deutlich längere Verzögerungen auf dem Weg in adäquate Behandlung bei den männlichen Patienten. Diese Geschlechterunterschiede spiegeln jedoch eher kulturelle Einflüsse wieder, in Deutschland ergaben sich keine Geschlechterdifferenzen hinsichtlich der Dauer der unbehandelten Erkrankung (Häfner et al., 1993).

Das Zusammenspiel der Faktoren interner Bewertungsprozesse unter Einfluss der externen Variablen entscheidet darüber, ob die betroffene Person die aufgetretenen Beschwerden als Ausdruck einer behandlungsbedürftigen somatischen oder psychischen Veränderung bzw. Störung ansieht oder ob diese als vorübergehend bewertet und somit bagatellisiert werden (Perkins et al., 1999).

Für die Prodromalphase der schizophrenen Psychose und die damit möglicherweise verbundene Inanspruchnahme professioneller Hilfe kommt nun im Gegensatz zu somatischen Prodromalphasen eine Besonderheit hinzu: Frühsymptome einer schizophrenen Psychose können auftreten und wieder rückläufig sein, sie führen nicht zwangsläufig in einem linearen Prozess zu einer Manifestation einer schizophrenen psychotischen Symptomatik. Diese von Huber (1979) formulierte Vorpostensymptomatik impliziert für den Betroffenen möglicherweise einen Lernprozess, dass die Symptomatik auch ohne Hilfe aus dem Laiensystem bzw. professionellen Hilfesystem einer für den Betroffenen günstigen Fluktuation unterliegt.

Der Prozess der Symptomwahrnehmung auf Seiten des Betroffenen ist eng verzahnt mit der Mitteilung der Beschwerden an signifikant andere. Diese werden in den Bewertungsprozess mit einbezogen, ihr Wissen kann der Betroffene zur

Entscheidung nutzen, ob er Kontakt mit dem professionellen Hilfesystem aufnimmt oder nicht. Insofern ist diese Phase nicht als eine neue Stufe zu verstehen, sondern vielmehr als Kontexterweiterung im Bewertungsprozess der wahrgenommenen oder lediglich aufgetretenen Beschwerden.

2.2.1.2 Einfluss signifikant anderer

“The whole process of seeking help involves a network of potential consultants, from the intimate and informal confines of the nuclear family through successively more select, distant, and authoritative laymen, until the professional is reached.” (Freidson, 1960, p. 377)

Das Laiensystem mit seinen für den Betroffenen signifikant anderen basiert auf einer Laienkultur, einem Laienwissen und einem Netzwerk an sozialen Kontakten, die der Betroffene bei seiner Suche nach angemessener Hilfe für seine Beschwerden in Anspruch nehmen kann bzw. die den Betroffenen beim Aufsuchen professioneller Hilfe unterstützen oder dies auch verhindern (Rogler & Cortes, 1993). Dieses Hilfesystem unterscheidet sich deutlich vom institutionalisierten, professionellen medizinischen Hilfssystem, das durch eine schulmedizinische Kultur und Organisation geprägt ist. Der Einfluss der signifikanten anderen wird beispielsweise bei gravierenden kulturellen Abweichungen zwischen dem Laiensystem und dem schulmedizinischen Hilfssystem relevant und kann zu markanten Verzögerungen auf dem Weg in adäquate Behandlung führen (Bhugra et al., 1997, 1999; Burnett et al., 1999; Kiliç et al., 1994; Morgan et al., 2004).

In der Prodromalphase und in der psychotischen Phase werden Veränderungen im Erleben und Verhalten des Betroffenen von seiner Umgebung wahrgenommen. Hinsichtlich der Übereinstimmung über Aussagen zum Frühverlauf von Betroffenen und signifikanten anderen geben Hambrecht und Häfner (1997) an, dass Angehörige Symptome zeitlich recht übereinstimmend mit den Betroffenen schildern können. Allerdings unterschied sich der Grad der Übereinstimmung in Abhängigkeit der Symptomatik: Hohe Übereinstimmung bestand bei Substanzmissbrauch, suizidalem Verhalten, väterlichen und mütterlichen Rollendefiziten und Verfolgungswahn. Niedrige Übereinstimmung fand sich hingegen für Wahrnehmungs- und formale

Denkstörungen sowie negative Übereinstimmungsraten für depressive, angstbezogene und ähnlich unspezifische Symptome.

Czuchta und McCay (2001) untersuchten 20 Eltern, deren Kinder aufgrund einer ersten Episode einer schizophrenen, schizophreniformen oder schizoaffektiven Erkrankung stationär behandelt wurden. Die durchschnittlich angegebene Dauer zwischen dem ersten von den Eltern wahrgenommenen Symptom und der ersten Hilfesuche bei einem nicht-professionellen Helfer, lag bei 4,89 Monaten, der erste professionelle psychiatrische Helfer wurde durchschnittlich nach 7,33 Monaten aufgesucht.

Prozesse, wie sie im vorangegangenen Kapitel besprochen wurden, die zu einer verzögerten Kontaktaufnahme mit professioneller Hilfe führen, lassen sich daher auch auf die signifikanten anderen übertragen: Aspekte der Sorge vor Stigmatisierung (Östman & Kjellin, 2002; Teschinsky, 2000), mangelndes Krankheitswissen, Vorurteile gegenüber dem psychiatrischen Versorgungssystem sowie die Tendenz der Bagatellisierung können ebenfalls wirksam werden auf Seiten der signifikant anderen und eine Kontaktaufnahme zum professionellen Hilfesystem verhindern bzw. verzögern (Czuchta & McCay, 2001). Unsicherheit hinsichtlich der Symptomatik und auch der Konsequenzen für eine psychiatrische Diagnose können die Kontaktaufnahme erschweren (Baier, 1995). Hinzu kommen weitere Hürden aus dem Gesundheitssystem. In der Northwick Park Studie von Johnstone und Mitarbeitern (1986) wurde der Weg in die stationäre Behandlung von schizophrenen Ersterkrankten aus der Angehörigenperspektive untersucht. Dabei gaben die Angehörigen an, dass die Hilfsangebote nicht zu erreichen waren, wenn man sie brauchte.

Wenn der erste Hilfskontakt von einem signifikant anderen initiiert wird, dann liegt meist eine schwerere Symptomatik der Patienten vor (Lincoln et al., 1998). Dies zeigte sich auch in einer Studie von Perkins und Mitarbeiter (1999): Es kam dann zu einem erfolgreichen Hilfs- und Behandlungskontakt, wenn ungewöhnliches Verhalten die Ursache dafür war, dass Angehörige einen Hilfskontakt initiierten.

Für eine unbekannte Anzahl an Patienten mit Symptomen einer schizophrenen Psychose endet hier bereits der Weg in adäquate Behandlung. Sie suchen oder gelangen nie an eine psychiatrische Hilfe (Amador et al., 1996; Helgason, 1990; Padmavathi et al., 1998). Möglicherweise sind es für diese Patienten neben der ablehnenden individuellen Einstellung gegenüber dem psychosozialen Hilffsystem auch die bürokratischen Hürden, die insbesondere bei einem bereits erfolgten ‚social drift‘ mit einhergehender Obdachlosigkeit die Aufnahme einer adäquate Behandlung verhindern.

2.2.1.3 Erster Hilfskontakt

In diesem Abschnitt werden die ersten Hilfskontakte mit dem professionellen Hilffsystem analysiert. Der Betroffene bzw. die signifikanten anderen haben die Symptome wahrgenommen und sehen sie als gesundheitlich relevant an. Dennoch vergeht in der Regel nennenswert Zeit, bis professionelle Hilfe aufgesucht wird. Dieser Schritt bedeutet den Übergang vom Laiensystem in das professionelle System, mit Wartezimmern und bürokratischen Regeln. Der Betroffene vollzieht einen Rollenwechsel – er begibt sich in die Patientenrolle.

In der einzigen nationalen deutschen Untersuchung von Fuchs und Steinert (2002) in einer ländlichen Region ergaben sich für den Zeitraum vom ersten unspezifischen Symptom bis hin zum ersten Hilffkontakt deutliche Variationen in Abhängigkeit davon, welches Hilfsangebot zuerst aufgesucht wurde. So vergingen im Median 31 Wochen, wenn ein Allgemeinarzt aufgesucht, jedoch 310 Wochen, falls zuerst ein Krankenhaus kontaktiert wurde. Allerdings sind die Fallzahlen der Studie mit 50 Ersterkrankten schizophrenen Patienten gering und es werden keine inferenzstatistischen Kennwerte für diese Unterschiede angegeben.

Dass diese Verzögerungen zwischen den Gesundheitssystemen variieren, belegen Ergebnisse aus zahlreichen anderen Gesundheitssystemen. So konnten in einer italienischen Untersuchung Balestrieri und Tansella (1994) für das Intervall zwischen dem ersten Auftreten eines Symptoms bis hin zur ersten Hilffsuche einen Medianwert von 8 Wochen für psychotisch erkrankte Menschen finden. Lincoln und Mitarbeiter (1998) geben in einer australischen Untersuchung für den Zeitraum von

der Symptomwahrnehmung bis hin zum ersten Hilfskontakt eine durchschnittliche Dauer von 16 Wochen an. Die vorliegenden Ergebnisse für das französische Gesundheitssystem (Cougnard et al., 2004) geben im Median einen Zeitraum von 9 Wochen an. Für Kanada fand sich ein durchschnittlicher Zeitraum vom ersten psychotischen Symptom bis zum Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes von 25,1 Wochen (Norman & Malla, 2004). Diese markanten Differenzen zu den deutschen Ergebnissen ergeben sich daraus, dass hier das erste psychotische Symptom als Beginn der Symptomatik angesehen wurde und nicht – wie in der Untersuchung von Fuchs und Steinert (2002) - der tatsächliche Erkrankungsbeginn erfasst wurde.

In einer methodisch sehr sorgfältig durchgeführten kanadischen Studie untersuchten Addington und Mitarbeiter (2002) an einem schizophrenen Erstepisodensample (n=86) diejenigen Beschwerden im Frühverlauf, die zur Initiierung eines erfolgreichen Behandlungskontaktes führten. Dabei wurden die Daten zum Weg in die Behandlung retrospektiv mittels Interview sowohl des Patienten als auch eines Angehörigen bzw. eines signifikanten anderen erhoben. Die Bestimmung der Dauer des Prodroms sowie der Dauer der unbehandelten Psychose erfolgte anhand einer narrativen Zusammenfassung der Frühwarnzeichen, des Zeitpunkts des Beginns der Psychose (operationalisiert durch das erstmalige Auftreten eines psychotischen Symptoms) sowie der weiteren Progression und aller weiteren Begleitumstände. Weitere Fragen wurden dem „Interview for the Retrospective Assessment for the Onset of Schizophrenia“ (IRAOS) (Häfner et al., 1999a) entnommen. Obwohl die große Mehrheit der Patienten (85%) bereits Beschwerden in der Prodromalphase und der psychotischen Vorphase erlebten, suchten lediglich 40% der Patienten bereits in der Prodromalphase ein Hilfsangebot auf. Bei Hilfskontakten, die zu einer erfolgreichen Behandlung führten, gaben die Patienten vornehmlich psychotische Symptome wie Wahn und Halluzinationen an, gefolgt von depressiven Symptomen und suizidalen Gedanken. In einer kürzlich publizierten gleichfalls kanadischen Studie von Norman & Malla (2004) konnten die Befunde bestätigt werden, dass sich lediglich ein gutes Drittel der Ersterkrankten bereits in der Prodromalphase an ein Hilfsangebot wendet. Dabei gaben diejenigen Patienten insbesondere Beschwerden wie Depression, Angst und Stress sowie kognitive Symptome als Grund für das Aufsuchen von Hilfe an. Zahlreiche Patienten, die bereits psychotische Symptome erlebten, gaben in

dieser Studie an, dass sie auch nach dem Einsetzen dieser psychotischen Symptomatik noch keinen Grund sahen, Hilfe aufzusuchen.

In einer türkischen Untersuchung von Kiliç und Kollegen (1994) an 582 Patienten, die psychiatrische Hilfe suchten, wandten sich im Gegensatz zu anderen europäischen Studien die Patienten mehrheitlich direkt an einen psychiatrischen Dienst. Lediglich 4% aller Patienten suchten im Vorfeld einen Allgemeinmediziner auf, 42% suchten hingegen direkt einen Krankenhausarzt auf und 535 der befragten Patienten wandte sich direkt an eine psychiatrische Versorgungseinrichtung. Die Autoren (Kiliç et al., 1994) geben an, dass Patienten, die irgendein Hilfsangebot aufgesucht haben im Median innerhalb eine Woche von einem psychiatrischen Dienst gesehen worden sind. Diese Studie untersuchte auch die Wege in psychiatrische Behandlung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für diese Stichprobe von 155 Kindern zwischen einem und 16 Jahren ergab sich ein durchschnittlicher Zeitraum zwischen dem Beginn der Beschwerden und dem Aufsuchen eines Mental health specialist von 150 Wochen, also nahezu drei Jahre. Diese Verzögerungen waren deutlich länger als dies für die untersuchte ältere Stichprobe der Fall war. Möglicherweise lässt sich dies mit den längeren anhaltenden Beschwerden bei Kindern erklären, die Probleme sind Langzeitprobleme, keine kurzfristigen. Für die Verzögerungen vom Auftreten der Symptomatik bis hin zum ersten Hilfesuchverhalten geben Kiliç und Mitarbeiter (1994) für Erwachsene sechs Monate an, für Kinder ein Jahr.

In der Untersuchung von Kiliç und Mitarbeitern (1994) gaben nur wenige Patienten an, einen religiösen Heiler kontaktiert zu haben. Wenn ein solcher Heiler aufgesucht wurde, dann kam es zu deutlichen Verzögerungen auf dem Weg in adäquate Behandlung. Auch hier zeigte sich, dass Patienten, die mit vornehmlich somatischen Symptomen sich an ein Hilfsangebot wandten, deutlich längere Wege in psychiatrische Behandlung aufwiesen. Einschränkend für diese Untersuchung ist ebenfalls die fehlende Aussage über die Behandlung der Patienten nach dem Kontakt mit einem psychiatrischen Hilfsangebot. Dass dies besonders für Patienten mit schizophrenen Psychosen notwendig ist, wird im nachfolgenden Abschnitt zur adäquaten Behandlung deutlich.

2.2.1.4 Adäquate Behandlung

Im Gegensatz zum Modell von Siegrist (1995) muss für die Hilfesuche von Patienten in der Prodromalphase einer schizophrenen Psychose sowie für schizophrene Ersterkrankte das Modell um eine Phase erweitert werden (siehe Abbildung 5). Diese Erweiterung betrifft die Verzögerung vom ersten Aufsuchen eines professionellen Hilfsangebotes bis zur Etablierung einer adäquaten antipsychotischen Behandlung. Ist es das Ziel, die Dauer der unbehandelten Psychose bzw. Erkrankung in einer Region zu verkürzen, so muss gewährleistet werden, dass die Verzögerungen vom ersten Hilfskontakt im Gesundheitssystem bis hin zur adäquaten Behandlung minimiert werden. Die Analyse dieser Verzögerungen bietet interessante Ansatzpunkte für eine Intervention. Der empirische Forschungsstand zu diesem Zeitabschnitt auf dem Weg in adäquate Behandlung wird in diesem Abschnitt vorgestellt.

Perkins und Mitarbeiter (1999) geben durchschnittlich 3,86 Kontaktversuche an, bis ein schizophrener Ersterkrankter eine adäquate antipsychotische Behandlung erhält. In der Untersuchung von Lincoln und Kollegen (1998) zu den Wegen in Behandlung fanden sich für die 62 untersuchten schizophrenen Ersterkrankten durchschnittlich 4,9 Kontakte im Vorfeld der antipsychotischen Behandlung mit einer Range von eins bis sieben Kontakten. Der in dieser Untersuchung gefundene Zeitraum zwischen der Wahrnehmung der Symptome und dem Einsetzen der adäquaten Behandlung betrug durchschnittlich 39 Wochen. In Italien variierte die Anzahl der Hilfskontakte vom erstmaligen Aufsuchen von Hilfe bis zum Einsetzen der adäquaten Behandlung zwischen einem (36% der Patienten), zwei (53% der Patienten) und drei bis vier (11% der Patienten) (Balestrieri et al., 1994). Cougnard und Mitarbeiter (2004) geben für ihre französische Untersuchung an 86 Ersterkrankten mit durchschnittlich zwei Hilfskontakten die geringste Anzahl im Vorfeld an. Die Autoren führen dies auf die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme zurück. Das französische Gesundheitssystem ist durch eine Behandlungsgarantie sowie durch die kostenfreie Behandlung von sozial benachteiligten Menschen gekennzeichnet.

In der einzigen für den deutschsprachigen Raum vorliegenden Studie fanden Fuchs und Steinert (2002) für die von ihnen retrospektiv untersuchten 50 Patienten mit einer schizophrenen Erstmanifestation, dass zwischen dem erstmaligen Aufsuchen eines

Hilfskontaktes aufgrund erster Anzeichen der Erkrankung und dem Einsetzen einer adäquaten Behandlung ungefähr fünf Monate vergehen. Dieser Zeitraum variierte in Abhängigkeit davon, welche Institution aufgesucht wurde. So war in dieser Untersuchung der Weg vom Hausarzt in die stationäre Behandlung mit 4 Wochen deutlich schneller, als dies für Wege über Beratungsstellen (68 Wochen) oder niedergelassene Psychiater bzw. Psychotherapeuten (40 Wochen) der Fall war.

Cougnard und Mitarbeiter (2004) geben für den Zeitraum vom ersten psychotischen Symptom und der ersten psychiatrischen Aufnahme einen Median von 52 Wochen an.

Für Kanada ergab sich bei der Analyse von N=110 Ersterkrankten psychotischen Patienten für den Zeitraum vom Auftreten eines ersten psychotischen Symptoms bis hin zum Beginn der adäquaten antipsychotischen Behandlung eine durchschnittliche Dauer von 69,9 Wochen (Median 27,7 Wochen) (Norman & Malla, 2004). Vom ersten Hilfskontakt bis hin zur adäquaten Behandlung geben die Autoren einen Zeitraum von 44,6 Wochen an. Im kanadischen Gesundheitssystem wandten sich diejenigen Patienten, die bereits in der Prodromalphase Hilfe aufsuchten, häufiger an einen Hausarzt, als dies Patienten taten, die erst in der psychotischen Vorphase eine Hilfseinrichtung kontaktierten (Addington et al., 2002).

Gater und Goldberger (1991) geben für ihre 250 untersuchten Patienten, die psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen, einen Median für den Zeitraum vom Beginn der Problematik bis hin zum ersten Hilfesuchverhalten von zehn Wochen an. Patienten, die sich zunächst an einen Hausarzt wandten, wurden im Median nach drei Wochen an ein psychiatrisches Hilfsangebot überwiesen. Dort wurden die Patienten durchschnittlich nach zwei Wochen gesehen. Überweisungen von Krankenhausärzten erfolgten innerhalb einer Woche. Hinsichtlich der Spezifikation nach Diagnosen fanden Gater und Goldberger (1991) das kürzeste Intervall für den Zeitraum vom Beginn der Symptomatik bis hin zum psychiatrischen Dienst für Psychosen und organische psychiatrische Erkrankungen. Dieses Intervall betrug vier bzw. sechs Wochen (Median). Für Diagnosen aus dem Bereich der neurotischen Persönlichkeitsstörungen und affektiven Erkrankungen fanden die Autoren einen Median für das Gesamtintervall von 20 bis 40 Wochen. Einschränkend für die Ergebnisse der Untersuchung von Gater und Goldberger (1991) ist, dass lediglich

Patienten untersucht wurden, die ein psychiatrisches Angebot aufgesucht haben. Der Beginn der Symptomatik wurde nicht detailliert erfasst, so dass die kurzen Intervalle bei den psychotischen Patienten wohl deutlich Unterschätzungen der wirklichen Situation darstellen. Darüber hinaus werden keine Angaben darüber gemacht, ob die Patienten, wenn sie einen psychiatrischen Dienst erreicht haben, auch adäquat behandelt wurden. Die unterschiedliche Schnelligkeit vom Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes bis zur Überweisung an einen psychiatrischen Dienst lässt sich mit der unterschiedlich präsentierten Symptomatik begründen. Patienten, die sich direkt an einen Krankenhausarzt wandten, zeigten akutere Symptome als dies bei der Vorstellung beim Allgemeinmediziner der Fall war. 60% aller Patienten wurden über einen Allgemeinarzt in die psychiatrische Klinik eingewiesen, etwa 30% über einen anderen Facharzt im Krankenhaus und nur etwa 2% über soziale Anlaufstellen. Zeitlich gesehen stellte sich der Weg über eine Krankenhausambulanz als der kürzeste dar. War der Hausarzt die erste Anlaufstelle, dann verzögerte sich der Beginn der psychiatrischen Behandlung um drei Wochen (Median). Diese Ergebnisse aus dem englischen Gesundheitssystem lassen sich sicherlich jedoch nicht auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen, in dem dem Hausarzt eine bedeutsamere Funktion zukommt.

Für das italienische Gesundheitssystem stellt sich das Intervall zwischen der ersten Anlaufstelle und der Einweisung in die psychiatrische Klinik als inhomogen dar, von einem Medianwert von 1 Woche beim Allgemeinmediziner, 1,5 Wochen beim Krankenhausarzt bis zu 10 Wochen von anderen psychiatrischen Einrichtungen. Interessant ist der Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild der Patienten und der Art des zuerst aufgesuchten Hilfskontakts. Patienten mit affektiven Syndromen und Depressionen suchten zu gleichen Teilen entweder den Allgemeinmediziner oder direkt den psychiatrischen Service als ersten Hilfskontakt auf, psychotische Patienten wandten sich dagegen deutlich mehr direkt an den psychiatrischen Service, weniger an den Allgemeinmediziner. In Italien wandten sich mehr als ein Drittel der Patienten direkt - ohne vorausgegangenen Hilfskontakt - an eine psychiatrische Einrichtung (Balestrieri & Tansella, 1994). Ein weiteres Drittel wandte sich zuerst an den Allgemeinarzt, kam aber dann ohne Zwischenkontakte zum psychiatrischen Dienst. Etwa 9% der Patienten konsultierten zuerst den

Allgemeinarzt und kamen dann über psychiatrische und nicht-psychiatrische medizinische Einrichtungen zum psychiatrischen Dienst.

Die Autoren der australischen Studie (Lincoln et al., 1998) betonen, dass zahlreiche Patienten ineffektive Behandlungen im Vorfeld aufwiesen. Insbesondere dem Hausarzt kam in dieser Studie eine Schlüsselrolle in der Erkennung der Erkrankung zu, da die Mehrzahl der initialen Hilfskontakte zum Hausarzt erfolgte. Die zentrale Rolle des Hausarztes bei der Erkennung erster psychotischer Episoden zeigte sich auch in anderen Studien (Norman & Malla, 2004; Larsen et al., 1998). Die Autoren gehen davon aus, dass diese Verzögerungen möglicherweise auf unzureichendes Wissen der Hausärzte über Symptome und Frühwarnzeichen schizophrener Psychosen zurückzuführen ist. Jedoch zeigte sich auch, dass die Symptomatik bei der späteren Vorstellung in der psychiatrischen Klinik sich verschlechtert hatte, also zum Zeitpunkt des Kontaktes zum Hausarzt möglicherweise die Diagnose auch schwerer zu stellen war bzw. keine akute Behandlungsbedürftigkeit vorlag.

Ursächliche Gründe für diese Verzögerungen vom Aufsuchen von Hilfsangeboten bis hin zu einer adäquaten Behandlung können sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch auf Seiten der professionellen Helfer zu finden sein (Norman & Malla, 2004). Für die Betroffenen können beispielsweise negative Erfahrungen dafür verantwortlich sein, dass kein weiterer Hilfskontakt initiiert wird.

Aber auch Faktoren auf Seiten der professionellen Helfer können sich auf die Kontaktaufnahme auswirken. Da wäre zum einen der mangelnde Kenntnisstand hinsichtlich Risikofaktoren, Frühwarnzeichen und psychotischer Symptome in den einzelnen Helfergruppen zu nennen (Lincoln & McGorry, 1995; Lincoln et al., 1998). Zum anderen trägt die oft unspezifische Prodromalsymptomatik zur Bagatellisierung der Beschwerden bei (Norman & Malla, 2004).

Wird das professionelle Hilffssystem aufgesucht, dann ist entscheidend, ob die berichtete Symptomatik auch als Prodromalsymptomatik bzw. als psychotische Symptomatik erkannt wird und die betroffene Person die angebotene Hilfe annehmen kann. Auch wenn professionelle Helfer geschult sind, psychische Beschwerden richtig einzuordnen, so werden einige psychotische Symptome dennoch nicht

erkennen, oder aber sie reagieren unangemessen auf die prodromal oder auch psychotische Symptomatik (Helgason et al., 1990; Johnstone et al., 1986; Norman & Malla, 2004). Dies mag auch darin begründet sein, dass die Frühsymptomatik schizophrener Psychosen ein diffuses Bild zeigt, das sich erst im Verlauf der Erkrankung deutlicher herauskristallisiert. Die meist unspezifischen und negativen Symptome in der Prodromalphase lassen sich leicht als Adoleszenzkrise bewerten. Hierbei unterliegt der professionelle Helfer ähnlichen Bagatellisierungstendenzen wie sie für den Betroffenen und dessen Umwelt bereits angesprochen wurden.

Da es zu den in diesem Kapitel referierten Verzögerungen in adäquate Behandlung kommt, ist es für eine Früherkennung und Frühbehandlungsprogrammatisierung von entscheidender Bedeutung, dass sich Risikopersonen frühzeitiger in Behandlung begeben und dort auf geeignete Hilfsangebote treffen. Dieses Ziel setzt eine geeignete Öffentlichkeitsarbeit zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen voraus. Mit Gesundheitskampagnen, deren Wirksamkeit und ihre Adaptation auf die Früherkennung schizophrener Psychosen befasst sich nachfolgendes Kapitel.

2.3 Öffentlichkeitskampagnen im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel wird zunächst ein Überblick zum derzeitigen Stand des Wissens über wirkungsvolle Kommunikation gesundheitsbezogener Themen gegeben. Danach folgt die Diskussion der dem Gegenstand der Früherkennung schizophrener Psychosen immanenten Besonderheiten. Dies geschieht unter Bezugnahme auf die Darstellung der Früherkennung und Frühbehandlung aus Kapitel 2.1.2 und den damit verknüpften ethischen Einschränkungen für die Vermittlung dieses Wissens. Die Konsequenzen für eine Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen werden erörtert. Das Kapitel schließt mit der Darstellung des aktuellen Stands der Literatur zur Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Früherkennung schizophrener Psychosen.

2.3.1 Gesundheitskommunikation und deren Wirksamkeit

In der englischsprachigen Literatur hat sich der Begriff ‚health communication‘ durchgesetzt, um jegliche Kommunikation von Gesundheitsthemen zu bezeichnen. In Deutschland etabliert sich zunehmend die Übersetzung des Terminus ‚Gesundheitskommunikation‘ (Hurrelmann & Leppin, 2001). Unter diesem Begriff wird die gesamte Breite möglicher Kommunikationswege im Gesundheitsbereich subsumiert, wie die nachfolgende Definition aufzeigt:

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient-Interaktion, oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch Medien vermittelt sein. Der Prozess kann dabei mehr oder weniger symmetrisch verlaufen, das heißt eher den Charakter einer Information von Sender zu Empfänger haben, wie zum Beispiel (noch) beim Medium Fernsehen oder bei Plakatkampagnen, oder genuinen Austausch und gemeinsame Sinnkonstruktion repräsentieren, wie dies idealerweise in einem anamnestischen oder therapeutischen Arzt-Patient-Gespräch der Fall ist.“ (Hurrelmann & Leppin, 2001, S.11)

Somit wird alles von der Arzt-Patient-Kommunikation bis hin zur Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen über Fernsehen, Zeitungen und Internet unter dem Begriff der Gesundheitskommunikation zusammengefasst. Gesundheitskommunikation bietet damit die Möglichkeit, breite Bevölkerungsschichten mit relevanten Informationen zu unterschiedlichsten Gesundheitsthemen auszustatten. Dabei wird das Ziel einer ‚gesünderen Bevölkerung‘ verfolgt. Gesundheitskommunikation möchte den Einzelnen überzeugen und motivieren, sein Gesundheitsverhalten positiv zu verändern. Dies gilt insbesondere für viele Präventionsmaßnahmen.

Dass Gesundheitsthemen heutzutage von besonderem gesellschaftlichen Interesse sind, dies bekunden nicht zuletzt zahlreiche mehr oder weniger informative TV-Formate in Form von Gesundheitsmagazinen, Talkshows oder Arztserien sowie Zeitschriften und Gesundheitsratgeber. Dies führt zu einer kontinuierlichen Informationsflut über Risikofaktoren, Warnzeichen, Symptome und Behandlungs-

möglichkeiten verschiedenster Erkrankungen. Gesundheitliche Aufklärung hat in Deutschland eine lange Tradition und reicht bis ins 18. Jahrhundert zurück, als damit begonnen wurde, naturwissenschaftliches und insbesondere medizinisches Wissen an breite Bevölkerungskreise zu vermitteln (Böning, 2000). Doch selten zuvor kam der Gesundheitsthematik so viel Bedeutung zu, wie dies zur Zeit der augenblicklichen Gesundheitsreformen in unserer aktuellen Mediengesellschaft (Merten, 1994) der Fall ist.

Neben unsystematischen Informationsangeboten in zahlreichen Medien gibt es bereits eine Vielzahl von gezielten, systematisch implementierten Gesundheitskampagnen (Hornik, 2002). Von diesen heutzutage oftmals kaum noch von traditioneller Werbung zu unterscheidenden Kampagnen von ganz unterschiedlicher Güte – man denke nur an die aktuelle Kampagne zum Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen unter dem Motto „Ene mene meck, der Speck ist weg“ oder an die Antidrogenkampagne „Keine Macht den Drogen“ – erhoffen sich die Experten eine Wirkung auf das Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung. Risikoverhalten wie Übergewicht, Rauchen, ungeschützter Geschlechtsverkehr sowie Drogenkonsum und auch Krankheiten wie Schlaganfall, chronische Darmerkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes und schließlich Depressionen (Hegerl et al., 2003) sollen im Sinne des klassisch primär- und sekundärpräventiven Ansatzes positiv beeinflusst werden, mit dem Ziel, die Inzidenzrate von Erkrankungen zu senken.

Besonders vielversprechend erscheint dabei der Einsatz moderner Massenkommunikationsmedien, insbesondere dann, wenn man – fälschlicherweise - ein einfaches Medienwirksamkeitsmodell zugrunde legt. Dies beinhaltet die Annahme, dass durch die Medien vermittelte Informationen direkt beim Rezipienten zu einer Einstellungsänderung führen, die dann in einem zweiten Schritt unmittelbar eine Verhaltensänderung mit sich bringt (Göpfert, 2001). Dieses einfache Modell der Wirkung von Gesundheitsinformationen widerlegen differenzierte Medienwirksamkeitsmodelle sowie zahlreiche erfolglose Gesundheitskampagnen. Das Wissen über Gesundheitsgefahren allein reicht bei weitem nicht aus, um gesundheitsschädliches Verhalten zu verändern – wie sich dies immer wieder eindrucksvoll bei der Bekämpfung des Rauchens zeigt. Nahezu alle Raucher wissen um die Gefahren des

Rauchens für Ihre Gesundheit und verändern dennoch nicht ihr Rauchverhalten – trotz Parolen wie „Rauchen kann tödlich sein“.

Um Gesundheitsverhalten zu verstehen und insbesondere um Gesundheitsverhalten zu verändern, wie es durch die Gesundheitskommunikation intendiert ist, kann auf zahlreiche Theorien der Verhaltensvorhersage zurückgegriffen werden:

- Theorie des ‚Planned behavior‘ (Ajzen, 1985, 1991)
- Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska et al., 1994)
- Health Belief Model (Becker, 1974, 1988; Rosenstock, 1974)
- Sozial Kognitive Theorie (Bandura, 1977)
- Theory of Reasoned Action (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975)

Derzeit betonen Verhaltensforscher eine zunehmende Übereinstimmung darüber, dass lediglich eine geringe Anzahl an Faktoren berücksichtigt werden müsse, um Verhalten vorherzusagen und zu verstehen (Fishbein, 2000). In ihrer 2002 erschienenen Publikation zur Gesundheitskommunikation haben die Mitglieder des ‚Committee on communication for behavior change in the 21st century‘ ein allgemeines Modell der Determinanten von Verhaltensänderungen vorgestellt (siehe Abbildung 7), das die Komponenten Intention, Fertigkeiten und Fähigkeiten, Umweltbeschränkungen sowie persönliche Kontrolle als unmittelbare Determinanten der Verhaltensänderung und die drei Komponenten Einstellungen („attitudes“), Normen („norms“) sowie Selbstwirksamkeit („self-efficacy“) als primäre Determinanten der Intention betrachtet. Diese drei Determinanten der Intention unterliegen wiederum Verhaltens-, Norm- und Wirksamkeitsüberzeugungen. Die Autoren verweisen nun darauf, dass eine Veränderung von Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung davon abhängt, ob es gelingt, Verhaltens-, Norm- und Wirksamkeitsüberzeugungen zu verändern.

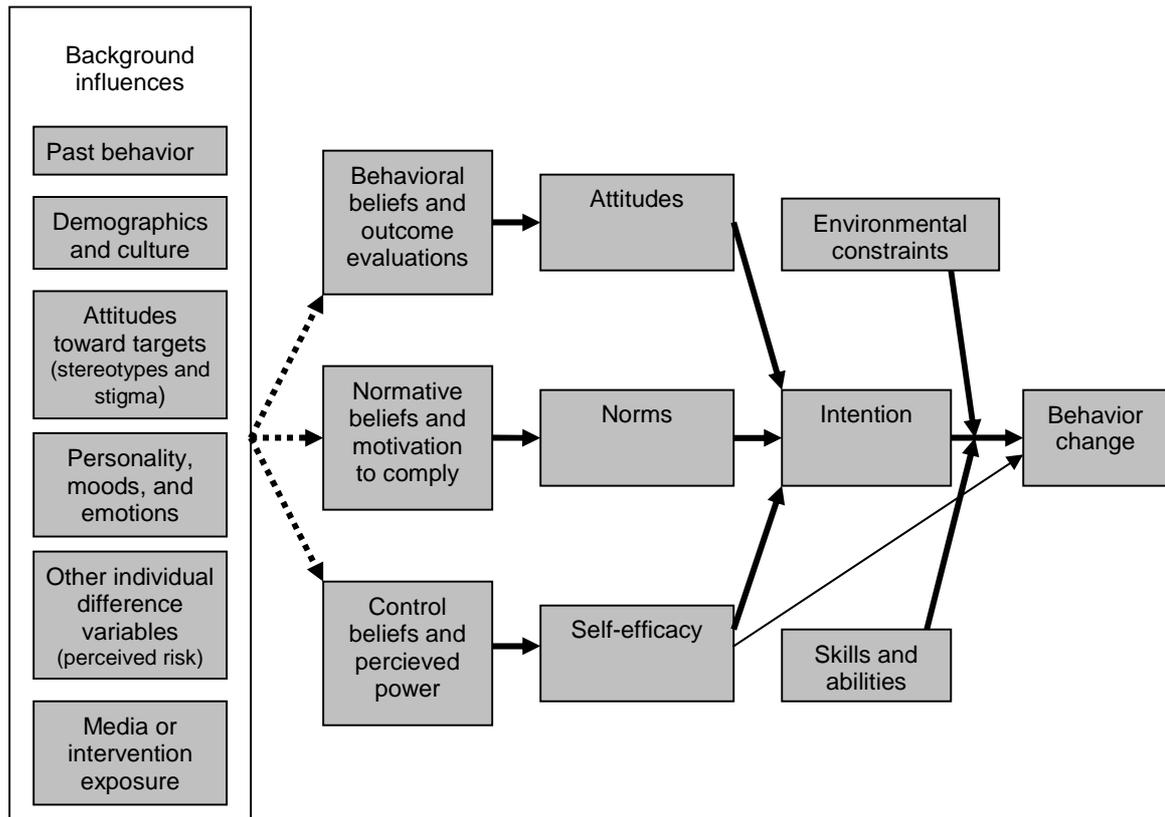


Abbildung 7: Ein allgemeines Modell der Determinanten von Verhaltensänderungen (Institute of Medicine, 2002)

Dennoch kommt auch in diesem Modell der modernen Massenkommunikation mittels TV, Zeitungen, Plakatkampagnen oder Internet eine bedeutsame Rolle bei der Versorgung der breiten Bevölkerung mit Gesundheits- und Krankheitsinformationen zu. Insbesondere primäre und sekundäre Präventionsmöglichkeiten können nur dann erfolgreich implementiert werden, wenn betroffenen Personen über diese Angebote informiert werden. Dabei schreibt Göpfert (2001) den Massenmedien ihre wesentliche Funktion auf dem Gebiet der Primärprävention zu. Für den Bereich der sekundären Prävention hingegen, bei der der gefährdete Einzelne gezielt angesprochen werden soll und eine Einstellungs- und Verhaltensänderung intendiert ist – dies trifft auch auf die indizierte Prävention schizophrener Psychosen zu (Mrazek & Haggerty, 1994) - sowie dem Risikopatienten Wissen über den Aufbau und die Funktionen verschiedener Gesundheitseinrichtungen des Gesundheitssystems vermittelt werden soll, um ihn in die Lage zu versetzen, selbständig bei vorhandenen Beschwerden ein Angebot auswählen zu können (Hurrelmann & Leppin, 2001), schätzt Göpfert (2001) es bei weitem schwieriger ein, dies durch den Einsatz von Massenmedien zu erreichen. Dies kann jedoch dann

erfolgreich etabliert werden, wenn für den Bereich der sekundären Prävention Informationen mit einem hohen emotionalen Anteil verbreitet werden und dem Rezipienten die Möglichkeit der Identifikation gegeben wird (Merten, 1994). So entsteht die Möglichkeit, dass der Rezipient das dargestellte Verhalten eines Betroffenen in den Medien als Modellverhalten auffasst und es so nicht nur zu einer Einstellungsänderung, sondern möglicherweise auch zu einer Verhaltensänderung kommen kann, die sich beispielsweise in der Aufnahme einer Therapie zeigt.

Für den Bereich der Primärprävention liegen zahlreiche Studien zur Evaluation von Gesundheitskampagnen zu Themen wie Rauchen, Drogenkonsum, AIDS, etc. vor. Dabei sind Kampagnen meist an Strategien der kommerziellen Werbung angelehnt, für diese Art der Gesundheitskommunikation hat sich der Begriff des ‚social marketings‘ etabliert (Andreasen, 1995, S.5):

„...die Anwendung kommerzieller Marketing-Techniken auf die Analyse, Planung Ausführung und Evaluation von Programmen, die darauf ausgerichtet sind, das freiwillige Verhalten von Zielgruppen zu beeinflussen, um deren persönliches Wohlergehen zu verbessern, ebenso wie die Situation der Gesellschaft, in der sie leben.“

Lettke und Mitarbeiter (1999) charakterisieren die meisten der bislang durchgeführten Präventionskampagnen wie folgt:

„...Aufklärungskampagnen, die meist in knapper Form bestimmte, wissenschaftlich gewonnene und als relevant angesehene Erkenntnisse verbreiten, denen sich in aller Regel griffig formulierte Statements anschließen. Solche eingängigen Aussagen sind als „lexikalisches Wissen“ zu charakterisieren, das zwar auf Nachfrage leicht reproduziert werden kann, das im Alltag jedoch nicht handlungsleitend ist. Zudem werden diese Informationen unspezifisch gestreut und richten sich nicht an bestimmte Zielgruppen.“ (Lettke et al., 1999, S. 41)

Den Erfolg dieser Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Primärprävention, beurteilen Lettke und Mitarbeiter (1999) kritisch, die meisten Kampagnen konnten keinen positiven Effekt aufweisen. So gelang es beispielsweise der Anti-AIDS-Kampagne zur Vermeidung der Übertragung des HIV-Virus nicht, den Gebrauch von Kondomen nachhaltig zu erhöhen. Hornik (2002) hingegen sieht die Frage der Wirksamkeit von Kampagnen im Public Health Bereich weniger pessimistisch.

Allerdings beurteilt er die empirische Datenlage solcher Kampagnen als ungünstig, bezieht man sich allein auf die oft ernüchternden Evaluationsergebnisse von Studien mit einem klassischen Kontrollgruppendesign, in diesem Fall Kontrollregionen. Hier ergeben sich meist nur geringe Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollregionen. Jedoch zeigte sich beispielsweise in der Reanalyse der Daten der COMMIT-Studie (COMMIT, 1995) - der „Community Intervention Trial for Smoking Cessation“ -, dass die Kontrollregionen nicht von Interventionen, wie sie in den Versuchsregionen durchgeführt werden, vollständig abgeschottet sind, sondern auch in den Kontrollregionen zahlreiche Interventionen erfolgen (Baumann et al., 1999). Daher kommt es nach Hornik (2002) fälschlicherweise zu einer Unterschätzung der Effekte medialer Gesundheitskampagnen.

Lettke und Mitarbeiter (1999) fassen die erfolglosen Aufklärungs- und Präventionskampagnen als Ausdruck einer fehlerhaften Kommunikation auf. Erfolgreiche Kommunikation im Bereich der Gesundheit und damit das Umsetzen präventiver Botschaften setzt eine Vermittlung der Informationen und Botschaften voraus, die auf das Denken, Wahrnehmen und Handeln der anvisierten Zielgruppen abgestimmt sind. Für gesundheitsrelevante Informationen bedeutet dies insbesondere, dass neue medizinische Erkenntnisse zu Früherkennung und Behandlung eine erfolgreiche Übersetzung von Expertenwissen in Laienwissen voraussetzt. Begreift man Kommunikation mit Luhmann (1990) als Einheit von Information, Mitteilung und Verstehen, dann wird deutlich, dass erfolgreiche Kommunikation eine gemeinsame Begriffs- und Sinnebene benötigt.

„Das bedeutet, dass alles auf Gesundheit und Krankheit gerichtete Denken und Handeln des einzelnen davon abhängt, ob jemand eine Information (z.B. eine Präventionsbotschaft) als an ihn gerichtete Mitteilung auffasst und wie er sie versteht.“
(Lettke et al., 1999, S.43)

Präventive Botschaften müssen sich demnach am Wissenstand, an den Werten und den Einstellungen der Zielgruppen orientieren. Dabei ist das Gesundheitswissen in der Bevölkerung nicht gleich verteilt. So haben Menschen mit höherem Bildungsgrad in der Regel auch bessere Kenntnisse über Gesundheitsthemen. Für die Wahrnehmung gesundheitlich relevanter Informationen bedeutet dies, dass die besser Informierten – die meist einer höheren Bildungsschicht angehören – auch mehr von den in den Medien angebotenen Informationen profitieren (Bonfadelli,

1994). Daneben spielen auch Werte und Einstellungen eine wichtige Rolle, ob gesundheitsrelevante Informationen aufgenommen werden oder nicht (Backer et al., 1992; Maibach & Parrot, 1995). Botschaften einer Kampagne müssen dabei die individuelle Risikoneigung und das Potenzial für Verhaltensänderungen berücksichtigen. Medienkampagnen können zwar die Aufmerksamkeit für ein Thema erhöhen (Culbertson & Stempel, 1984; Merten, 1994) im Sinne des „agenda settings“, jedoch führen sie nicht auf einem einfachen Wege zu einer Verhaltensänderung. Insofern ist zu diskutieren, inwieweit Medienkampagnen ein geeignetes Medium für die Etablierung einer Programmatik zur Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen sind.

Bei der Beurteilung von Kampagnen aber insbesondere bei der Planung von Öffentlichkeitskampagnen ist eine differentielle Sichtweise unumgänglich. Meist kann eine universelle Botschaft längst nicht alle Zielgruppen erreichen und möglicherweise auch noch zu einer Verhaltensänderung bewegen. Faktoren wie kulturelle Einflüsse, individuelle Überzeugungen, religiöse Bindungen, Lebenserfahrungen und Gruppenzugehörigkeiten werden bei der Rezeption von Gesundheitsbotschaften wirksam (Institut of Medicine, 2002; Brown & Einsiedel, 1990).

Evaluierte Kampagnen im Bereich der seelischen Gesundheit sind demgegenüber seltener, allerdings finden sich hier insbesondere primär- und sekundärpräventive Kampagnen zum Drogen- und Alkoholmissbrauch, neuerdings mit dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ auch eine umfangreiche sekundärpräventive Kampagne zur Behandlung von Depressionen und zur Verhinderung von Suiziden (Hegerl et al., 2003). Im Bereich des Erkrankungsbildes der Schizophrenie sind vornehmlich Kampagnen nicht im Umfeld von Prävention etabliert worden, hier fokussieren die Öffentlichkeitskampagnen seit Jahren und aktuell wieder zunehmend die Stigmatisierung von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung (Bock & Naber, 2003; Gaebel et al., 2002). Diese Fokussierung ist nicht zuletzt Ausdruck verstärkter internationaler Bemühungen von universitärer Seite aus – dem internationalen Antistigmaprogramm unter dem erstaunlicherweise psychiatriefeindlich anmutenden Titel ‚open the doors‘ – als auch ein Überbleibsel einer sozialpsychiatrischen Garde der 60iger Jahre (Finzen, 2001; Bock, 2000). Dabei werden die unterschiedlichen Aktivitäten zur Entstigmatisierung der ‚Schizophrenie‘ von den unterschiedlichsten

Institutionen durchgeführt, von Selbsthilfeinitiativen und Angehörigenverbänden, von den Berufsverbänden, Vereinen, von der Pharmaindustrie, um nur einige zu nennen. Ziel all dieser Kampagnen – die in Deutschland vornehmlich durch ein Gegeneinander gekennzeichnet sind (Bock & Naber, 2003) – ist der Abbau von Vorurteilen und Fehlinformationen in der Bevölkerung über schizophrene Erkrankungen. Auch wenn Bock & Naber (2003, S.407) davon ausgehen, dass durch „die direkte und persönliche Begegnung mit psychisch erkrankten und mit psychiatrisch tätigen Menschen ... die Schwelle gesenkt (wird), bei Bedarf auch für sich selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen“, ist diese Art der Kampagne sicherlich nur ein ergänzender Baustein zur Früherkennung schizophrener Psychosen. Möglicherweise tragen diese Programme langfristig zu einer früheren Kontaktaufnahme bei psychischen Problemen bei, sind allerdings in dieser Form nicht für eine Früherkennung schizophrener Psychosen geeignet.

Ob sich Medienkampagnen wirklich zur Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Früherkennung von Psychosen eignen, wird insbesondere dann fraglich, wenn man bedenkt, dass die Kommunikation von Gesundheitsthemen mittels der Massenmedien zu einer Simplifizierung der häufig sehr komplexen Themen im Bereich der Medizin führt (Merten, 1994). Wie und auf welchen Wegen kann nun aber die indizierte Präventionsbotschaft (Mrazek & Haggerty, 1994) der Früherkennung und Frühbehandlung kommuniziert werden? Wie lautet diese Botschaft? Wie kann angemessen die Vermittlung von Wissen über Risikofaktoren und Frühwarnzeichen schizophrener Psychosen sowie die Möglichkeiten einer Frühbehandlung in einem dafür spezialisierten Früherkennungszentrum kommuniziert werden? Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem noch recht eingeschränkten Forschungswissen auf dem Gebiet der Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen? Um diese Fragen beantworten zu können, werden im nächsten Abschnitt Besonderheiten diskutiert, die sich aus der Thematik der Früherkennung für eine möglichen Öffentlichkeitskampagne ergeben.

2.3.2 Einschränkungen für eine Öffentlichkeitsarbeit zur Früherkennung

In diesem Abschnitt werden zunächst vom Autor der vorliegenden Arbeit einzelne Thesen zum aktuellen Stand der Forschung im Bereich der Früherkennung und

Frühbehandlung von Psychosen vorgestellt, die sich aus den Ausführungen in Kapitel 2.2 ergeben. Diese Thesen werden dann auf ihre Auswirkungen auf Öffentlichkeitsarbeit zur Früherkennung diskutiert.

These 1: Die Früherkennung schizophrener Psychosen ist nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert.

In Kapitel 2.1.2.1, 2.1.2.2 und 2.1.2.3 wurde der derzeitige Forschungsstand zu Möglichkeiten einer Früherkennungsdiagnostik schizophrener Psychosen referiert. Dabei konnte gezeigt werden, dass zum derzeitigen Zeitpunkt hinsichtlich der Prädiktion schizophrener Psychosen nur bedingt empirisch fundierte Aussagen getroffen werden können. Es zeigte sich für Risikopersonen, die die Kriterien der derzeitigen internationalen Konsensdefinition eines Prodroms (Phillips et al., 2000; siehe Kapitel 2.1.2.2) erfüllen, eine Übergangsrate von 41% innerhalb eines Jahres (Phillips et al., 2000), so dass von einer Hochrisikopopulation durchaus auch aus empirischer Sicht berechtigterweise gesprochen werden kann. Anders hingegen verhält es sich mit der Psychoseprädiktion von so genannten psychosefernen Prodromen (Ruhmann et al., 2003a; siehe auch Kapitel 2.1.2.2). Diese Risikogruppe ist durch das Vorliegen eines prädiktiven Basissymptoms bzw. dem Vorliegen eines genetischen oder obstetrischen Risikos bei gleichzeitigem Abfall des sozialen Funktionsniveaus gekennzeichnet. Für die Basissymptomkonzeption als Risikogruppe liegt bislang lediglich eine prospektive Studie vor (Klosterkötter et al., 2001). In dieser Studie wurden Patienten untersucht, die sich bereits an ein psychiatrisches Hilfsangebot gewandt hatten und zu einer spezialisierten Diagnostik zur Abklärung eines Psychoseverdachts an die Poliklinik einer psychiatrischen Universitätsklinik überwiesen wurden. Damit handelt es sich um eine Inanspruchnahmepopulation. Dies ist bei der Aussagekraft hinsichtlich der prädiktiven Power der erhobenen Basissymptome zu beachten. Legt man dieses Basissymptomkriterium an eine nicht Inanspruchnahmepopulation – die allgemeine Bevölkerung - an, so ist die Gefahr einer falsch positiven Vorhersage besonders hoch (Warner, 2002), auch wenn Klosterkötter und Mitarbeiter (2001) hier eine optimistische Haltung einnehmen.

Aufgrund dieser empirischen Ausgangssituation muss eine verantwortungsvolle Aufklärungsarbeit zur Früherkennung sich insofern einschränken, als die Möglichkeiten der Psychoseprädiktion insbesondere im frühen Prodromalstadium derzeit als eher spekulativ angesehen werden müssen. Diese Differenziertheit sollte nicht durch eine einfache und optimistische Medienbotschaft, die an die allgemeine Bevölkerung gerichtet ist, simplifiziert werden. Dies betont die ethische Dimension und Verantwortlichkeit einer Aufklärungskampagne für die allgemeine Bevölkerung (Guttman, 2000). Legt man die medizinethischen Grundprinzipien des (1) ‚informed consent‘, (2) ‚beneficence/non-maleficence‘ und (3) ‚justice‘ zugrunde (Beauchamp & Childress, 1990; Thompson, 1987), so betrifft die mangelnde Vorhersagekraft der psychosefernen Prodromalsymptomatik und der damit möglichen hohen Anzahl ‚falsch Positiver‘ die Frage der Schädlichkeit dieser präventiven Vorgehensweise.

Öffentlichkeitsarbeit ist auch immer durch das Interesse des Absenders gekennzeichnet. So spielen insbesondere Pharmainteressen eine bedeutsame Rolle bei der Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Dies sollte bei der Durchführung der Kampagne beachtet werden. Das Interesse der Pharmaindustrie richtet sich in der Früherkennung schizophrener Psychosen auf die erweiterte Indikationsstellung neuroleptischer Medikation. Diesem Interesse sei bei der Etablierung eines Früherkennungszentrums nicht nach zu geben.

These 2: Es liegen keine evidenzbasierten Leitlinien zur Frühbehandlung schizophrener Psychosen vor.

Ausgehend von den in Kapitel 2.1.2.3 vorgestellten Ergebnissen zur Behandlung von Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko liegen derzeit nur einige wenige Studien vor (McGorry et al., 2002; Phillips et al., 2000; Woods et al., in press; Yung et al., 2003a), die zwar einen günstigen Effekt einer Frühbehandlung von Psychosen verzeichnen – unter Verwendung der internationalen Konsensdefinition –, jedoch zum einen über geringe Stichprobengrößen verfügen und zum anderen lediglich einen kurzen Katamnesezeitraum, maximal ein Jahr, aufweisen. Für Möglichkeiten und Effekte einer Behandlung psychoseferner Prodromalzustände liegen derzeit noch keine Ergebnisse vor. Insofern kann eine Behandlung sowohl in einem psychosenahen als auch psychosefernen Prodromalzustand nicht auf einer

evidenzgestützten Basis erfolgen. Dies bedeutet für die Konzeption einer ethisch vertretbaren Aufklärungsarbeit zur Frühbehandlung schizophrener Psychosen, dass nicht eine undifferenziert positive Botschaft vermittelt werden sollte. Wie in vielen anderen Bereichen der medizinischen Wissenschaftsentwicklung typisch, werden auch für die Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zeitlich auseinander fallen (Beck, 1996). Das Erkennen eines erhöhten Erkrankungsrisikos geht noch nicht mit dem Wissen über eine geeignete Intervention einher.

These 3: Früherkennungszentren sind nicht flächendeckend etabliert.

Wie in Kapitel 2.1.2.4 referiert, haben sich bislang in Deutschland nur wenige Früherkennungszentren - nahezu ausschließlich an psychiatrischen Universitätskliniken - etabliert, die überwiegend im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie entstanden sind. Diese Zentren verfügen über geringe personelle Kapazitäten und werden weitgehend aus Forschungsgeldern finanziert. Dies bedeutet für eine Aufklärungskampagne, dass eine flächendeckende Informationsvermittlung in Gesamtdeutschland nicht indiziert ist, da dies mit einer Frustration bei potentiellen Nutzern ohne Erreichbarkeit eines Früherkennungszentrums einhergehen würde. Da eine Frühbehandlung derzeit nur im Rahmen von Studien mit positivem Ethikvotum durchgeführt werden darf (Ruhrmann et al., 2003b), würde eine bundesweite Kampagne Heilserwartungen wecken, die derzeit nicht erfüllt werden können. Gleichzeitig beinhaltet die Forschungsfinanzierung der Früherkennungszentren, dass die potentiellen Prodromalpatienten sich im Rahmen von wissenschaftlichen Studien mit all ihren Begleiterscheinungen beteiligen müssen. Insofern ist es auch hier ethisch nicht vertretbar, Früherkennung und Frühbehandlung als eine derzeit evidenzbasierte und heilsbringende Neuerung im Bereich der Schizophreniebehandlung zu vermarkten.

Ausgehend von diesen Einschränkungen und Gesichtspunkten im Bereich der Früherkennung schizophrener Psychosen wird nun nachfolgend die einzig publizierte Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen aus der norwegischen Arbeitsgruppe um T.K. Larsen und J.O. Johannessen ausführlicher vorgestellt und diskutiert. Natürlich bemühen sich alle weiteren Zentren auf dem

Gebiet der Früherkennung ebenfalls „Werbung“ für ihre Institution zu etablieren. Einige dieser Ansätze werden gleichfalls berichtet, auch wenn dazu bislang lediglich Publikationen in Form von Kongressbeiträgen vorliegen.

2.3.3 Öffentlichkeitskampagnen zur Früherkennung schizophrener Psychosen

Im Bereich der Früherkennung schizophrener Psychosen sind Awareness-Kampagnen nicht unbekannt. An allen etablierten Früherkennungszentren weltweit werden Bemühungen unternommen, um Personen mit einem erhöhten Psychoserisiko frühzeitig zur Kontaktaufnahme mit einem adäquaten Hilfsangebot zu bewegen, um so eine weitere Progression der Erkrankung möglichst zu vermeiden. Dennoch liegt derzeit lediglich eine einzige international publizierte Arbeit vor, die detailliert die Evaluation einer solchen Kampagne beschreibt (Johannessen et al., 2001). Die norwegische Arbeitsgruppe überprüfte mit ihrer Untersuchung die Frage, ob sich durch eine Aufklärungskampagne der Zeitraum der unbehandelten Psychose signifikant verkürzen lässt.

Das TIPS Projekt

Die Untersuchung (Johannessen et al., 2001) wurde in der Region Rogaland County, Norwegen, - Einwohnerzahl von zirka 370 000 Einwohner - durchgeführt. Die Autoren implementierten in dieser Region eine Kampagne, die sich aus den Elementen eines mobilen Früherkennungsteams sowie eines Edukationsprogramms über frühe Psychosen und den aktuellen Behandlungsmöglichkeiten in den jeweiligen Früherkennungszentren zusammensetzte. Die im Rahmen dieses Projektes neu entstandenen Früherkennungsteams waren durch Mobilität gekennzeichnet und hatten zum Ziel, innerhalb von 24 Stunden jeden Patienten aufzusuchen, bei dem mittels vorhergehender telefonischer Rücksprache ein psychiatrisches Problem vorlag. Der Ort der Untersuchung konnte dabei flexibel gewählt werden, so wurden potentielle Patienten sowohl zu Hause als auch in der Schule oder beim niedergelassenen Allgemeinmediziner untersucht. Dabei erfolgte das Screening des Früherkennungsteams – sobald ein Verdacht auf eine beginnende Psychose vorlag - mittels der ‚Positiv and Negative Symptom Scale – PANSS‘ (Kay et al., 1987) sowie der ‚Global Assessment of Functioning Scale – GAF‘ (American Psychiatric Association, 1994). Konnte der Verdacht auf eine

Psychose nicht ausgeschlossen werden, wurde der Betroffene ins Früherkennungszentrum zu weiterer Diagnostik überwiesen.

Da Medienkampagnen allein nur geringe Auswirkungen auf gesundheitsrelevantes Verhalten haben (siehe Kapitel 2.3), gingen Johannessen und Mitarbeiter (2001) davon aus, dass neben der Medienarbeit die Modifikation im Bereich des Gesundheitswesens an sich besondere Bedeutung zukommt. Dabei betonen die Autoren die Notwendigkeit von Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen von Mitarbeitern im Gesundheitssystem. Die ausgewählten Zielgruppen der Edukationskampagne waren neben der allgemeinen Bevölkerung insbesondere in der Gesundheitsversorgung tätige Menschen, aber auch Schulen, und hier sowohl Lehrer als auch Schüler. Das Programm startete im Januar 1997. Das Aufklärungsprogramm sollte der Bevölkerung Wissen über psychiatrische Erkrankungen allgemein und speziell Frühwarnzeichen von psychotischen Erkrankungen vermitteln. Das Programm versuchte das Hilfesuchverhalten der Bevölkerung durch eine Fokussierung auf verfügbare Hilfsangebote positiv zu beeinflussen sowie die Reduzierung von Stigmatisierung zu erreichen.

Die Aufklärungsmaßnahmen für die Bevölkerung beinhalteten die Verbreitung einer Broschüre an über 110.000 Haushalte zu Beginn des Programms mit allgemeinen Informationen über das Projekt. Die Hauptaussage dabei war: Psychiatrische Erkrankungen haben schließlich eine Sache gemeinsam mit allen anderen Erkrankungen: Die Möglichkeit eines günstigen Verlaufs ist besser, wenn die Erkrankung so rasch wie möglich behandelt wird. Zusätzlich wurde das Früherkennungsteam vorgestellt. Die Informationen wurden in den Massenmedien unregelmäßig wiederholt, dabei wurde auch bezahlte Werbung platziert. Weitere Interventionen wie Postkarten, Anstecker und T-Shirts wurden in Umlauf gebracht.

Für die im Gesundheitswesen tätigen Personen wurden spezifische Informationen vermittelt und im Rahmen von Workshops die Diagnostik von Frühsymptomen eingeübt. Umfangreiche Aufklärung mittels Versand von Informationsbroschüren nach Ankündigung in den relevanten regionalen Zeitungen erhielten Lehrer und Schüler. Spezielles Training wurde für Beratungslehrer durchgeführt.

Die Ergebnisse der TIPS Studie zeigen, dass in den vier Jahren (1997-2000) insgesamt 1696 Anrufe an das Detection Team eingingen. Davon lag bei 678 Patienten der Verdacht vor, es könne sich um eine erste psychotische Episode handeln. Insgesamt konnten nach der Eingangsuntersuchung nur an 100 Patienten eine erste psychotische Episode diagnostiziert werden. Davon nahmen schließlich 54 Patienten an der TIPS Studie teil.

Die Verkürzung der DUP und ihre hoch signifikante Reduktion erfolgte durch einen Vergleich mit einer Stichprobe von Larsen und Mitarbeitern (1996), ein Zwei-Jahres-Sample von N=43 Patienten, die im Rahmen einer Erstepisodenstudie in den Jahren 1993-1994 untersucht wurden. Diese Daten wurden mit den ersten beiden Jahren des TIPS-Projektes verglichen (1997-1998, N=60) und es zeigte sich eine höchst signifikante Verkürzung von 114 Wochen (Median 26 Wochen) auf 26 Wochen (Median 5 Wochen).

EPPIC Kampagne, Australien

In Melbourne, Australien, wurde 1992 ein Erstepisoden-Zentrum eröffnet, um erstmalig an einer schizophrenen Psychose erkrankten Menschen so rasch wie möglich eine angemessene Behandlung zukommen zu lassen (Edwards et al., 1998; McGorry et al., 1996). Zusätzlich zu den Medienaktivitäten zur Früherkennung führte diese Arbeitsgruppe ein so genanntes „Early detection team“ ein, das rund um die Uhr erreichbar war, um potentielle Ersterkrankungen umgehend zu untersuchen und eine adäquate Behandlung anzubieten.

Die angewandte Öffentlichkeitsarbeitsstrategie um Risikopersonen in der ersten psychotischen Episode rechtzeitig in adäquate Behandlung zu bringen, ist unter der „Compass Strategy“ (Wright et al., 2002) vorgestellt worden. Dieses Programm beinhaltet eine Multimediakampagne, eine Internetseite, eine kostenlose telefonische Informationshotline sowie ein „Train the trainer dissemination package“ für Gruppenleiter (community leaders) und Eltern, um sicherzustellen, dass hoch Risikopatienten auch erreicht werden. Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Studienergebnisse publiziert worden.

PEPP Programm, Kanada

Scholten (2002) berichtet von einer zweistufigen Öffentlichkeitskampagne in London, Ontario, Kanada, im sogenannten PEPP Programm. In dieser Region mit 390 000 Einwohnern wurde in einem ersten Schritt ein Früherkennungssystem implementiert, das eine initiale Untersuchung innerhalb von 24-48 Stunden erlaubt, sowie eine Mailingaktion, die wichtige Informationen über das Früherkennungsprogramm an bereits etablierte, überweisende Institutionen transferierte. In einem zweiten Schritt wurde die Kampagne auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt, wobei Informationen über Frühwarnzeichen, die Möglichkeiten einer Frühbehandlung sowie geeignete Anlaufstellen vermittelt wurden. Strategisch wurden diese Informationen über Posterkampagnen in öffentlichen Einrichtungen und Plätzen sowie durch die Präsentation von Dias in Kinos und einem kurzen Werbespot im lokalen Fernsehen umgesetzt. Die positiven Effekte des Programms wurden vom Autor bislang lediglich auf der 3. Internationalen Early Psychosis Conference in Kopenhagen im Jahr 2002 vorgestellt, jedoch bislang nicht ausführlich publiziert. Der positive Effekt der Kampagne zeigte sich in einer Reduktion des Medians der Dauer der unbehandelten Psychose von 26,6 Wochen auf 11,6 Wochen innerhalb von zwei Jahren. Für die Folgejahre wurde jedoch wieder ein Ansteigen der Dauer der unbehandelten Psychose berichtet. Inferenzstatistische Angaben wurden nicht vorgestellt.

VIP Projekt, Niederlande

Ein weiteres bislang nicht publiziertes, aber sehr interessantes Projekt zur Früherkennung insbesondere bei kognitiven Defiziten wird von van Straten (2002) in den Niederlanden durchgeführt. Dieses Projekt zielt nicht direkt auf die Prävention schizophrener Psychosen ab, vielmehr werden junge Erwachsene angesprochen, die aufgrund kognitiver Symptome Leistungseinbußen in Schule, Berufsausbildung oder Beruf zeigen. Dieses Projekt arbeitet dabei sehr eng mit den ausbildenden Institutionen zusammen. Die Intervention zielt dabei nicht unbedingt auf die Prävention von Psychosen ab, sondern vornehmlich auf die Unterstützung der Überwindung der kognitiven Defizite, um einen drohenden sozialen Abstieg (Häfner et al., 1995) zu verhindern, gleichgültig ob dieser durch ein initiales Prodromalstadium oder sonstige Gründe bedingt ist. Zu diesem Projekt liegen bislang keine Evaluationsergebnisse vor.

2.4 Fragestellung

Auf der Basis der bisherigen Ausführung zur Frühphase schizophrener Psychosen, den Wegen in die Behandlung und zur Öffentlichkeitsarbeit werden in diesem Kapitel die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit abgeleitet und formuliert. Dabei lassen sich diese einteilen in Fragestellungen zu den Voraussetzungen einer Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen und in Fragestellungen zur Evaluation der Kampagne. Die Darstellung folgt dieser Zweiteilung.

2.4.1 Fragestellung zu den Voraussetzungen

Wie in den Kapiteln 2.1.2.1 und 2.1.2.2 aufgezeigt werden konnte, weisen Menschen mit einer erstmalig schizophrenen Erkrankung in der Regel eine mehrjährige Frühphase der Krankheitsentwicklung auf. Die durchschnittlichen Zeitangaben zur Dauer der unbehandelten Psychose variieren in den Studien mehrheitlich zwischen einem und zwei Jahren (Barnes et al., 2000; Beiser et al., 1993; Browne et al., 2000; Fuchs & Steinert, 2002; Haas & Sweeney, 1992; Häfner et al., 2002; Ho et al., 2000; Larsen et al., 1996; Liszen et al., 1998; Loebel et al., 1992; McGorry et al., 1996; Skeate et al., 2002; Szymanski et al., 1996; Yung et al., 2003b). Auch wenn einige Studien widersprüchliche Ergebnisse lieferten (Barnes et al., 2000; Craig et al., 2000; de Haan et al., 2000; Ho et al., 2000; Linszen et al., 1998), so bestätigen die in Kapitel 2.1.2.1 referierten Befunde mehrheitlich, dass die Dauer der unbehandelten Psychose mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf einhergeht (Addington & Addington, 1998; Addington et al., 1998; Birchwood & McMillan, 1993; Brown & Birtwistle, 1998; Edwards et al., 1998; Haas et al., 1998; Häfner et al., 1995a; Hambrecht & Häfner, 1996; Helgason, 1990; Humphreys et al., 1992; Jones et al., 1993; Johnstone et al., 1986; Koreen et al., 1993; Loebel et al., 1992, 1996; McGorry et al., 1996; Stirling et al., 1991, 1993; Strakowski et al., 1995; Szymanski et al., 1996; Wiersma et al., 1998).

Gleiches wird für die Dauer der unbehandelten Erkrankung erwartet (McGlashan & Johannessen, 1996). Für diesen Zeitraum der Dauer der unbehandelten Erkrankung ergaben sich in den wenigen vorliegenden Studien Zeiträume von mehr als zwei Jahren bis hin zu sechs Jahren in der am aufwendigsten und sehr detailliert

durchgeführten retrospektiven Untersuchung, der Mannheimer ABC Studie (Häfner et al., 2002) - siehe auch Kapitel 2.1.2.2. In dieser Untersuchung zeigte sich für 75% der untersuchten Patienten eine Dauer der unbehandelten Erkrankung von durchschnittlich 6 Jahren, die Dauer der unbehandelten Psychose betrug 1,3 Jahre. Die Etablierung eines auf dem Konzept der indizierten Prävention basierenden Früherkennungszentrums sowie die Durchführung einer Öffentlichkeitskampagne zu Risikofaktoren und Frühwarnzeichen schizophrener Psychosen zielt darauf ab, diese Zeitspannen der Dauer der unbehandelten Psychose und der Dauer der unbehandelten Erkrankung nachhaltig zu verkürzen (Johannessen et al., 2001; McGlashan & Johannessen, 1996). Die Kenntnis über die zeitliche Ausprägung dieser Zeiträume kann als Grundlage für die Etablierung eines Früherkennungsnetzwerkes angesehen werden und soll daher in der vorliegenden Untersuchung erfasst werden. Als Referenzrahmen dienen die Ergebnisse der Mannheimer ‚Age Beginning Course of Schizophrenia Study‘ (Häfner et al., 2002). Damit ergeben sich die folgenden Unterschiedshypothesen:

Hypothese Ia: Der Zeitraum der Dauer der unbehandelten Psychose in der Kölner Region unterscheidet sich nicht von der Dauer der unbehandelten Psychose in der Mannheimer Region.

Hypothese Ib: Der Zeitraum der Dauer der unbehandelten Erkrankung in der Kölner Region unterscheidet sich nicht von der Dauer der unbehandelten Erkrankung in der Mannheimer Region.

Darüber hinaus soll überprüft werden, ob sich die signifikanten Geschlechterunterschiede hinsichtlich des Alters zu Beginn der Erkrankung sowie bei erstmaliger Aufnahme in eine psychiatrische Klinik auch für die Kölner Region finden lassen. In der Mannheimer ABC-Studie waren die männlichen Probanden mit 22,5 Jahren zum Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns signifikant jünger als die weiblichen Patienten mit 25,4 Jahren. Gleiches fand sich für die erstmalige Aufnahme in eine psychiatrische Klinik, die männlichen Patienten waren bei Aufnahme 28,2 Jahre alt, die weiblichen 32,2 Jahre (Häfner et al., 1993).

Hypothese Ic: Weibliche Patienten sind sowohl zum Beginn der Erkrankung als auch bei erstmaliger stationärer Aufnahme älter als männliche Patienten.

In Kapitel 2.2 wurde aufgezeigt, welche Verzögerungen auf dem Weg in adäquate Behandlung bei schizophrenen Ersterkrankten auftreten. Diese Verzögerungen betrafen einerseits die Initiierung eines Hilfskontaktes – also den Zeitraum vom Beginn der Erkrankung bis hin zum Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes – sowie andererseits Verzögerungen, die sich im sozialen Hilfesystem ergeben - dem Zeitraum vom Eintritt ins Hilfesystem bis hin zur adäquaten Behandlung, die meist mit der stationären Erstaufnahme gleichgesetzt wird. Dass diese Verzögerungen in allen Gesundheitssystemen auftreten, konnte in zahlreichen Untersuchungen belegt werden (Addington et al., 2002; Fuchs & Steinert, 2002; Gater & Goldberg, 1991; Lincoln et al., 1998). Diese Verzögerungen unterliegen regionalen und kulturellen Einflüssen (Kiliç et al., 1994). Insofern sind regionale Erhebungen notwendig, um die jeweiligen Bedingungen vor Ort abbilden zu können. Es liegt für das deutsche Gesundheitssystem lediglich eine Untersuchung zu den ‚pathways to care‘ vor, und zwar aus einer ländlichen Region (Fuchs & Steinert, 2002).

Dies macht es notwendig, die Behandlungswege vor Durchführung einer Kampagne zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen in der großstädtischen Kölner Region zu erfassen. Dies soll in der vorliegenden Untersuchung zunächst deskriptiv erfolgen.

In Abhängigkeit davon, welche Institution zunächst aufgesucht wird, kommt es zu unterschiedlich langen Verzögerungen auf dem Weg in die Behandlung (Fuchs & Steinert, 2002). Für den Aufbau eines Früherkennungsnetzwerkes ist es daher von besonderer Relevanz zu prüfen, welche Wege in die Behandlung mit einer besonders großen Verzögerung einhergehen.

Hypothese II: Wenn sich Personen mit einer beginnenden Schizophrenie an einen Psychiater oder Psychotherapeuten wenden, dann werden sie rascher in adäquate Behandlung gelangen, als wenn sich diese Personen an einen sonstigen Arzt oder an eine Beratungsstelle wenden oder ein anderweitiges Hilfsangebot aufsuchen.

Über diese konkrete Hypothese hinaus, soll eine weitere explorative Datenanalyse der Wege in die Behandlung durchgeführt werden.

2.4.2 Fragestellung zur Evaluation der Kampagne

In diesem Abschnitt werden die Fragestellungen expliziert, die sich auf die Überprüfung der Wirksamkeit der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung von schizophrenen Psychosen beziehen.

Mit der Kampagne soll eine Sensibilisierung insbesondere bei der Fachöffentlichkeit für Risikofaktoren und Frühwarnzeichen schizophrener Psychosen erreicht werden (siehe Kapitel 2.3). Der Erfolg einer Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen sollte sich darin zeigen, dass sich in Regionen mit einer systematischen Öffentlichkeitsarbeit mehr Menschen mit der Diagnose eines Prodromalstadiums einer schizophrenen Psychose an ein Früherkennungszentrum wenden, als dies vor der Kampagne der Fall war. Gleichzeitig sollte sich die Anzahl der Prodromalpatienten, die sich an ein Früherkennungszentrum wenden und nach dem derzeitigen ‚state of the art‘ im Rahmen von Studien behandelt werden, in der Region mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit signifikant von der Anzahl in Regionen ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit unterscheiden.

Hypothese III: In der Region Köln werden sich nach Durchführung der Öffentlichkeitskampagne mehr Menschen mit einem Prodrom einer schizophrenen Psychose an ein Früherkennungszentrum wenden als vorher. Im Gegensatz dazu erhöht sich die Anzahl der Zuweisungen in einem vergleichbaren Zeitraum in Regionen ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit (Düsseldorf, München) nicht.

Neben der Anzahl identifizierter Prodromalpatienten zielt eine indizierte Prävention der Schizophrenie darauf ab, die Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung zu verkürzen (McGlashan & Johannessen, 1996; siehe auch Kapitel 2.1.2). Dies kann erreicht werden, indem sich Patienten bereits im Prodromalstadium an ein Früherkennungszentrum wenden und eine adäquate psychotherapeutische bzw. medikamentöse Behandlung erhalten. Dies würde bei Auftreten psychotischer

Symptome zu einer direkten Implementierung einer adäquaten antipsychotischen Behandlung führen können und somit zu einer maximalen Reduzierung der Dauer der unbehandelten Psychose (Warner & McGorry, 2002). Für eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit würde dies bedeuten, dass sich nach einer solchen Sensibilisierung für Frühwarnzeichen und Risikofaktoren einer schizophrenen Psychose Patienten im Prodromalstadium bereits frühzeitiger an ein entsprechendes Zentrum zur Früherkennung und Frühbehandlung wenden und sich damit die Dauer des unbehandelten Prodromalzustandes verkürzt. Dies hätte – obwohl die Konzeption des Prodromalstadiums letztlich ein retrospektives Konzept darstellt – die Konsequenz einer substantiellen Verkürzung der Dauer der unbehandelten Erkrankung in der Versuchsregion. Daher soll in der vorliegenden Untersuchung die Frage beantwortet werden, ob Patienten in der Region mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit frühzeitiger nach Einsetzen der Prodromalsymptomatik ein Früherkennungszentrum aufsuchen.

Hypothese IV: Es wird erwartet, dass sich die Dauer des unbehandelten Prodroms bei den als prodromal diagnostizierten Patienten nach einer einjährigen systematischen Öffentlichkeitskampagne verkürzt (Region Köln) im Vergleich zur Zeit vor der Kampagne; dies wird für Regionen ohne Öffentlichkeitsarbeit (Düsseldorf, München) nicht erwartet.

Wie in Kapitel 2.3 aufgezeigt wurde, stellen die in der psychosozialen Versorgung tätigen Menschen die wichtigste Zielgruppe der Sensibilisierungsaktivitäten dar. Wenn die Kampagne erfolgreich diese Zielgruppe sensibilisieren konnte, dann sollte sich der Erfolg der Maßnahme in der vermehrten Zuweisung von Prodromalpatienten an das Früherkennungszentrum durch Träger der psychiatrischen bzw. der primären Versorgung zeigen.

Hypothese V: Patienten, die von Trägern der Psychiatrischen oder Primären Versorgung an das Früherkennungszentrum verwiesen werden, werden häufiger als prodromal diagnostiziert als Patienten, die auf anderen Wegen ins Früherkennungszentrum gelangen.

3. Methoden

Die Darstellung der im Rahmen des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit verwandten Methoden erfolgt in diesem Kapitel entlang ihrer chronologischen Verwendung. Dies sind somit zunächst die verwandten Methoden zur Analyse der Voraussetzungen für eine Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen, gefolgt von der Kampagne als Methode an sich und schließlich die Methoden zur Evaluation dieser Kampagne.

3.1 Methoden zur Analyse der Voraussetzungen

Die im vorangegangenen Kapitel 2.4 explizierten Fragestellungen zu den Voraussetzungen einer Öffentlichkeitsarbeit zur Früherkennung schizophrener Psychosen beinhalten die Erfassung des Frühverlaufs schizophrener Erkrankungen in der Kölner Region sowie die Wege in die Behandlung, die von den Patienten durchlaufen werden. Nachfolgend werden die Methoden zur Erfassung dieser Variablen vorgestellt.

3.1.1 Stichprobe

Um die Voraussetzungen für eine Kampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen zu erheben, wurden in einem definierten sechsmonatigen Zeitraum alle Patienten erfasst, die erstmalig mit der Diagnose einer schizophrenen oder akuten vorübergehenden psychotischen Störung nach ICD-10 (F 20, F 23) in der Kölner Region stationär aufgenommen und antipsychotisch behandelt wurden. Die Altersgrenzen waren auf 18-60 Jahren festgesetzt. Ausgeschlossen wurden Patienten mit organisch bedingten Psychosen, drogeninduzierten Psychosen (Kriterium: die psychotische Symptomatik klingt nach Beendigung des Drogenkonsums innerhalb von zwei Wochen ohne antipsychotische Medikation ab) und der Zusatzdiagnose einer geistigen Behinderung sowie Patienten, deren deutsche Sprachkenntnisse mangelhaft waren. Die untersuchte Region und das zugehörige städtische Versorgungsgebiet umfasst insgesamt ca. 1,9 Millionen Einwohner. In folgenden Kliniken wurden Patienten rekrutiert: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Rheinische Kliniken Köln Merheim, Tagesklinik Alteburger Straße, Alexianerkrankenhaus Köln, Rheinische Kliniken

Bonn sowie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Bonn. Das Zeitfenster wurde auf den Zeitraum vom 01.08.2000 bis zum 31.01.2001 für die Kölner Kliniken festgelegt, für die Bonner Kliniken lag das Zeitfenster zwei Monate später. Ein Meldesystem für die jeweilige Klinik wurde in Absprache mit dem jeweiligen Klinikdirektor etabliert, so dass davon ausgegangen werden kann, dass nahezu alle Patienten dem Autor der vorliegenden Arbeit mitgeteilt wurden. Entsprechend den obigen Diagnosen, wurde er vom jeweiligen Untersucher hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien befragt und bei Erfüllung dieser Kriterien über das Anliegen der Untersuchung aufgeklärt. Die Teilnahme setzte das schriftliche Einverständnis des Patienten voraus, dass jederzeit widerrufen werden konnte.

3.1.2 Untersuchungsablauf

Die Patienten wurden nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik über die Untersuchung aufgeklärt und in weitgehender Remission befragt. Dies fand in der Regel innerhalb der Klinik statt, in Ausnahmefällen wurden die Patienten auch zu Hause aufgesucht. In Abhängigkeit von der Verfassung des Patienten betrug die Untersuchungsdauer vier bis sechs Stunden. Die Untersuchung wurde je nach Belastbarkeit des Patienten auf mehrere Sitzungen verteilt. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich diese Pausen zwischen den Untersuchungsterminen auf die Gewinnung retrospektiver Daten zum Frühverlauf auswirken.

3.1.3 Untersuchungsinstrumente

3.1.3.1 IRAOS

Das ‚Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ (IRAOS) wurde von Häfner und Mitarbeitern (Häfner et al., 1999a) als retrospektives, semistrukturiertes Interview mit dem Ziel entwickelt, den Frühverlauf und den Beginn schizophrener Psychosen möglichst präzise und standardisiert erheben zu können. Das Instrument dient der retrospektiven Erhebung von Symptomen, von Beeinträchtigungen und der sozialen Entwicklung, um so detaillierte Aussagen zum Beginn der prodromal und psychotischen Symptomatik sowie zu möglichen sozialen und beruflichen Leistungseinbrüchen treffen zu können.

Das IRAOS besteht aus fünf Sektionen:

- I. Allgemeine Informationen
- II. Soziodemographische und anamnestische Angaben
- III. Episoden und Intervalle psychischer Störung
- IV. Indikatoren psychischer Erkrankung (Anzeichen)
- V. Beurteilung der Informationsquellen

In *Sektion I* werden allgemeine Informationen zum Interview, zum Patienten (u. a. Geburtsdatum, Geschlecht), zu möglichen Informanten sowie konsultierten Ärzten erhoben.

Sektion II enthält Fragen zu soziodemographischen und anamnestischen Daten. Es werden unter anderem Schul- und Berufsausbildung, Berufstätigkeit und Einkommensquellen, Partnerschaften und Familiendaten erfragt. Besonderer Wert wird auf die kontinuierliche chronologische Erfassung der Daten gelegt, um Einbußen im sozialen Funktionsniveau, die sich beispielsweise in Diskontinuitäten der Schul- oder Berufsausbildung niederschlagen, detailliert erfassen zu können. Diese kontinuierliche chronologische Erhebung der Biographie dient gleichzeitig der Erstellung eines genauen Zeitrasters, wobei die wichtigsten biographischen Daten als „Ankerreize“ dienen. Diese ‚Ankertechnik‘ erleichtert die retrospektive zeitliche Einordnung von Symptomen, die in *Sektion IV* vorgenommen wird.

Sektion III erhebt die bisherige Krankengeschichte in Form von Episoden und Intervallen psychischer Störung und einer jeweiligen Behandlung.

In *Sektion IV* erfolgt die retrospektive Erfassung des zeitlichen Verlaufs der Beschwerden im Frühverlauf. In der vorliegenden Arbeit wurde an Stelle des Anzeigenteils des IRAOS die im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie neu entwickelte Symptomliste des ‚Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ (ERIRAOS) von Maurer und Mitarbeitern (2000) verwendet.

Sektion V ermöglicht die Beurteilung der Qualität des Interviews bzw. der Informationsquellen.

3.1.3.2 Early Recognition Inventory

Das ‚Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ (ERlraos) (Maurer et al., 2000) ist eine Symptomliste, die als Erweiterung des oben beschriebenen IRAOS, Sektion IV, konzipiert wurde und zur Abschätzung des Psychoserisikos im Rahmen der Früherkennung eingesetzt wird. Der ERlraos wurde statt des Anzeichenteils des IRAOS (Sektion IV) durchgeführt, die Assoziation der beiden Instrumente spiegelt sich in der gemeinsamen Bezeichnung „Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia“ (ERlraos) wieder (Maurer et al., 2000).

Zur Konstruktion der Symptomliste wurde der Anzeichenteil des IRAOS auf der Grundlage empirischer Befunde zu Sensitivität und Spezifität einzelner IRAOS-Symptome (Häfner et al., 1996) und Basissymptome (Klosterkötter et al., 2001) überarbeitet und durch weitere Symptome aus anderen Instrumenten sowie der Literatur ergänzt. Dabei wurden nachfolgende Instrumente berücksichtigt, die bereits auf dem Gebiet der Früherkennung schizophrener Psychosen etabliert sind und die gewährleisten, dass in die ERlraos Symptomliste die wichtigsten Konzepte zur Früherkennung mit einfließen:

- Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) von Miller und Mitarbeitern (1999)
- Comprehensive Assessment of at Risk Mental States (CAARMS) von Yung & McGorry (1998)
- Early detection of schizophrenia and related psychoses (VOS) von Huis in't Veld & Sloof (1996)
- Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) von Gross und Mitarbeitern (1987)
- Prodromi der ANI-study von Gaebel und Mitarbeitern (1993)
- DSM-III-R Prodromalsymptome (American Psychiatric Association, 1987)
- Delusional Inventory (PDI-21) von Peters & Garety (1996)
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) von Overall & Gorham (1962)
- Psychological Impairments Rating Scale (PIRS) von Biehl und Mitarbeitern (1989a, 1989b)

Die ERraos Symptomliste umfasst insgesamt 110 Symptome, die in 12 Sektionen unterteilt sind:

- S01 Einleitende Fragen
- S02 Veränderungen der Grundstimmung, des Interesses und des Antriebs
- S03 Schlaf- und Appetitstörungen
- S04 Persönlichkeitsveränderungen
- S05 Verhaltensauffälligkeiten
- S06 Angst- und Zwangssymptomatik
- S07 Denkstörungen
- S08 Ich-Störungen und Wahn
- S09 Körper(-wahrnehmungs-)störungen
- S10 Wahrnehmungsstörungen
- S11 Motorische Störungen
- S12 Beobachtungselemente

Die Zuordnung der Symptome in die inhaltlichen Kategorien unspezifische Symptome, depressive, manische, negative Symptome, Symptome sozialer Behinderung, Basissymptome sowie attenuiert psychotische Symptome und schließlich psychotische Symptome kann im Anhang A eingesehen werden. Diese rein inhaltliche Zuordnung erfolgte nach Absprache mit der Mannheimer Arbeitsgruppe ‚Schizophrenieforschung‘ (Maurer et al., 2003, persönliche Mitteilung). Von einer Zuordnung von Symptomen zu Symptomgruppen auf Grundlage einer Faktorenanalyse wurde bereits beim IRAOS abgesehen, da bei einer sinnvollen Anzahl von Faktoren nur 25-30 % der Varianz aufgeklärt wurden.

Die Items 1-105 (S01-S11) werden im Interview mit dem Patienten anhand einer 4-stufigen Schweregradeinteilung eingeschätzt:

- 0 = nicht vorhanden
- 1 = Symptom in leichter Ausprägung aufgetreten
- 2 = Symptom in mittlerer Ausprägung aufgetreten
- 3 = Symptom in schwerer Ausprägung aufgetreten

Zusätzliche Kodierstufen:

- 5 = Symptom eindeutig vorhanden, jedoch keine Schweregradeinschätzung möglich
- 7 = Symptom schon immer vorhanden (evtl. Persönlichkeitsmerkmal)
- 9 = keine Information

In der vorliegenden Arbeit wurden die Symptome analog zur ursprünglichen Kodierung im IRAOS als nicht vorhanden (0) oder vorhanden (1) eingeschätzt. Dies ergab sich, da sich die mehrstufige Schweregradeinteilung lediglich auf das letzte Jahr bezieht und eine Kodierung für den Zeitraum vorher, auf die IRAOS Kodierung mit vorhanden/nicht vorhanden zurückgreift. Die Kodierungen 2, 3 und 5 entfielen

somit. Zusätzlich wurde der zeitliche Verlauf eines jeden Symptoms mittels Beginn, Ende und Verlauf festgehalten. Dabei kamen drei Kategorien zur Erfassung des Verlaufs zur Anwendung:

- 1 = eine Phase
- 2 = mehrere Phasen
- 3 = kontinuierlich

Die Verlaufskodierung ist für die Operationalisierung des Beginns der Erkrankung von Belang. Hierauf wird im Abschnitt zur Operationalisierung der Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose näher eingegangen. Ein Kodierbogen des ERlraos ist im Anhang B einzusehen.

Gütekriterien

Für das standardisierte Interviewverfahren des ‚Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ liegen bereits erste Ergebnisse zur Reliabilität vor (Maurer et al., 2002). Demnach ergaben sich zufrieden stellende Übereinstimmungen (73 - 85 %) für acht von zehn Interviewern, zu diesen Interviewern gehörte auch der Autor der vorliegenden Untersuchung sowie alle weiteren Interviewer, deren Daten in die vorliegende Arbeit mit eingeflossen sind.

Da es sich bei der ERlraos Symptomliste um eine Modifikation der IRAOS Symptomliste handelt und 77% der Items auf ein Symptom aus dem IRAOS Anzeichenteil (Sektion IV) zurückzuführen sind, können Untersuchungen zu den Gütekriterien des IRAOS auch für das ERlraos herangezogen werden. Eine für das IRAOS durchgeführte Inter-Rater-Reliabilitätsstudie (Häfner et al., 1990) kam mit Übereinstimmungswerten (Kappa) zwischen .73 und 1.00 für die Bestimmung des Symptombeginns insgesamt zu zufrieden stellenden Ergebnissen. Test-Retest-Reliabilitätsstudien sind aufgrund von Umfang des Instruments und Belastung der Patienten schwierig. Ergebnisse an einem kleinen Sample von 18 Patienten 7 bis 15 Monate nach dem Erstinterview erbrachten weitestgehend zufrieden stellende paarweise Übereinstimmungsraten (Häfner et al., 1999b).

Die inhaltliche Validität des IRAOS wird durch die zugrunde liegenden etablierten Instrumente sowie das Expertenrating im Rahmen der Konstruktion gestützt.

Weitere Hinweise auf die Validität lassen sich aus dem Vergleich der Resultate unterschiedlicher Informationsquellen ableiten. Maurer & Häfner (1995) fanden hohe Übereinstimmungen zwischen Angaben von Patienten und Bezugspersonen sowie zwischen den auf Krankenakten und auf Angaben des behandelnden Arztes beruhenden Daten. Die Patienten datierten den Beginn einzelner Symptome und Bereiche im Durchschnitt früher, was jedoch eher für die Validität des Patienteninterviews spricht, da es sich zu einem großen Teil um subjektiv erlebte Phänomene handelt, die von Außenstehenden meist erst verzögert oder in Form von Verhaltensauffälligkeiten registriert werden können.

Einschränkungen retrospektiver Daten

An dieser Stelle sollen einige Anmerkungen zu den Einschränkungen retrospektiver Datenerhebung gemacht werden. Auch wenn die oben dargestellten Befunde die Vorgehensweise des IRAOS stützen, sei dennoch auf mögliche Einschränkungen der Befunde aufgrund der retrospektiven Erhebungstechnik hingewiesen. Das menschliche Gedächtnis ist eine Fehlerquelle beim Abruf und der Rekonstruktion der Vergangenheit. Des Weiteren ist das Gedächtnis so eingerichtet, dass Erlebtes so eingeordnet wird, dass es zum Schema über die eigene Person passt (Singer & Salovey, 1993). Dies trifft besonders auf Ereignisse zu, die sehr lange zurückliegen. Für die Rekonstruktion von Krankheits-(vor)geschichten kommt erschwerend hinzu, dass sie beeinflusst werden von der Behandlung und dem Krankheitsverlauf (Haas & Sweeney, 1992). Dies trifft womöglich besonders für die eher unspektakuläre und oftmals schleichend sich entwickelnde Prodromalsymptomatik zu. Patienten wollen möglicherweise auch nicht zurückschauen. Um diesen fehlerhaften Einflüssen zu begegnen, setzt das ERiraos bei der zeitlichen retrospektiven Einordnung der Symptome auf die Unterstützung durch die Setzung von lebensgeschichtlichen Ankerreizen. Auch wenn diese Technik die Fehlerquellen nicht ausschaltet (Dawes, 1994; Loftus, 1993), so stellt dieses Verfahren doch die überzeugendste retrospektive Strategie dar, um ein möglichst der Wahrheit nahe kommendes Abbild der Wirklichkeit zu rekonstruieren.

3.1.3.3 Pathways to Care

Zur Erfassung der Wege in die Behandlung wurde eine modifizierte Form des in der WHO Studie eingesetzten Instrumentes „Pathways to Care“ verwendet (Gater & Goldberger, 1991). Dieses Instrument ermöglicht die halbstandardisierte Erfassung aller Hilfsangebote, die vom Patienten aufgrund der Beschwerden vor der stationären Aufnahme aufgesucht worden sind. Dabei wurden als Hilfskontakte auch semi-professionelle Hilfen angesehen, also nicht nur Kontakte mit Ärzten und Psychologen, sondern auch die mit Beratungsstellen, Heilpraktikern, schulpsychologischen Dienst oder der Polizei. Neben den Angaben des Zeitpunktes des Kontaktes werden Angaben zur Häufigkeit sowie zur durchgeführten Behandlung erhoben. Es wurden Auskünfte gesammelt darüber, wer den Kontakt initiierte und auf einer 4-stufigen Skala der Grad der Zufriedenheit mit dem Kontakt eingeschätzt. Die verwandte Version kann im Anhang C eingesehen werden.

Aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße wurden die aufgesuchten Hilfsangebote zur inferenzstatistischen Überprüfung zu folgenden vier inhaltlich begründbaren Kategorien zusammengefasst:

Kategorie I: Hausärzte und andere Fachärzte. Diese Zusammenfassung ergab sich aus der hohen Zahl von Internisten in der Gruppe der anderen Fachärzte, die gleichfalls die Funktion eines Hausarztes übernehmen.

Kategorie II: Psychiater und Psychotherapeuten. Die Kategorien der Psychiater und Psychotherapeuten ließen sich nicht aufgrund der retrospektiven Angaben der Patienten ausreichend differenzieren. Psychotherapeuten können gleichfalls Psychiater sein, insofern wurden diese zu einer Kategorie zusammengefasst. Für die Zusammenlegung dieser beiden Berufsgruppen sprach auch, dass die zur Kontaktaufnahme führenden Beschwerden als psychisch angesehen wurden.

Kategorie III: Krankenhausambulanz und Polizei. Patienten, die sich an die Polizei direkt wandten, suchten bis auf einen Patienten am gleichen oder darauf folgenden Tag eine psychiatrische Krankenhausambulanz auf.

Kategorie IV: sonstige. In diese Kategorie wurden alle weiteren Anlaufstellen zusammengefasst, dies sind neben Pfarrern, Heilpraktikern auch Beratungsstellen und Beratungslehrer.

3.1.4 Operationalisierung der DUI und der DUP

Zur Bestimmung der Dauer der unbehandelten Erkrankung und der Dauer der unbehandelten Psychose ist die Bestimmung von drei Zeitpunkten notwendig: der Beginn der Erkrankung, der Beginn der Psychose sowie der Beginn der adäquaten Behandlung.

In Anlehnung an die Mannheimer ABC-Studie (Häfner et al., 1993, 1996, 2002) wurde der *Beginn der Erkrankung* festgelegt durch das früheste Auftreten des

- (1) ersten unspezifischen Symptoms, das kontinuierlich bis zum Beginn der psychotischen Episode vorhanden war, dies entspricht einem Symptom der oben beschriebenen Symptomkategorien unspezifische Symptome, manische Symptome und Symptomen sozialer Behinderung.
- (2) ersten negativen Symptoms, Basissymptoms oder attenuierten Positivsymptoms, das kontinuierlich oder rezidivierend auftrat oder
- (3) ersten Positivsymptoms unabhängig von seiner Dauer oder Häufigkeit.

Der *Beginn der Psychose* wurde ebenfalls in Anlehnung an die Mannheimer Arbeitsgruppe definiert durch das erstmalige Auftreten eines der positiven Symptome im Frühverlauf überhaupt. Dabei spielte es keine Rolle, ob das Symptom kontinuierlich, rezidivierend oder einmalig aufgetreten ist.

Der *Beginn der adäquaten Behandlung* wurde mit dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme gleichgesetzt. Dies ergibt sich aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der Mannheimer ABC Studie. Häfner und Mitarbeiter (1996) berichten für die von Ihnen untersuchten 232 Patienten, dass lediglich in 20% der untersuchten Fälle bereits eine therapeutische Behandlung im Vorfeld erfolgte und für diese Behandlungen konnten keine Angaben über die Art und somit die Angemessenheit der Behandlung gemacht werden. Gleiches gilt für die Untersuchung von Fuchs & Steinert (2002). Daher wurde hier um eine Vergleichbarkeit der Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose zu gewährleisten, ebenfalls die Indexaufnahme als Operationalisierung des Beginn der adäquaten Behandlung herangezogen.

Somit ergaben sich folgende Operationalisierungen für die Zeitspanne der Dauer der unbehandelten Erkrankung und der Dauer der unbehandelten Psychose:

Die *Dauer der unbehandelten Erkrankung* (engl. Duration of Untreated Illness - DUI) wurde operationalisiert durch den Zeitraum vom Beginn der Erkrankung bis zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung. Die *Dauer der unbehandelten Psychose* (engl. Duration of Untreated Psychosis - DUP) wurde operationalisiert durch den Zeitraum vom erstmaligen Auftreten eines psychotischen Symptoms bis zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung.

3.1.5 Statistische Verfahren

Zur statistischen Auswertung wurde die Version 11.0 des ‚Statistical Package of Social Science‘ (SPSS) angewandt.

Der Vergleich von soziodemografischen Daten sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen der erhobenen Stichprobe der vorliegenden Untersuchung und den Daten der Mannheimer ABC Studie (Häfner et al., 1993, 1996, 2002) soll in Abhängigkeit des Datenniveaus mittels Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test oder dem t-Test erfolgen. Dies soll zweiseitig erfolgen mit einem an der Gesamtzahl der statistischen Tests adjustierten α -Niveau von 5%.

Zur Überprüfung der Normalverteilung der Zeiträume der Dauer der unbehandelten Erkrankung und der Dauer der unbehandelten Psychose wird der Kolmogorow-Smirnow-Test verwandt. In Abhängigkeit des Ergebnisses der Prüfung auf Normalverteilung soll dann mittels des t-Testes bzw. des parameterfreien Mann-Whitney-U-Testes der Vergleich zwischen den Zeiträumen in den beiden Regionen erfolgen.

Für die Wege in die Behandlung wird zunächst die deskriptive Darstellung der Verzögerungen vom Beginn der Symptomatik bis hin zum ersten Hilfskontakt sowie von diesem bis zur stationären Aufnahme erfolgen. Die stationäre Aufnahme stellt dabei die verwandte Operationalisierung des Beginns der adäquaten Behandlung dar. Die Wege in adäquate Behandlung sollen insgesamt deskriptiv in Anlehnung an Gater und Mitarbeitern (1991) mittels eines Pfaddiagramms abgebildet werden. Dabei soll die Pfeildicke den prozentualen Anteil derjenigen Patienten wiedergeben, die den jeweiligen ‚pathway‘ gegangen sind. Um die Übersichtlichkeit zu gewährleisten, sollen lediglich die Schritte mit eingehen, die von mehr als fünf Prozent der untersuchten Patienten gegangen worden sind.

Um zu überprüfen, ob sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der zeitlichen Verzögerungen vom Beginn der Symptomatik bis zum ersten Hilfskontakt und vom ersten Hilfskontakt bis hin zur adäquaten Behandlung in Abhängigkeit des ersten aufgesuchten Hilfsangebotes ergeben, soll der Kruskal-Wallis Test für non-parametrische Daten angewandt werden. Aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße sollen die im Abschnitt 3.1.3.3 inhaltlich zusammengefassten 4 Kategorien der Hilfskontakte in die Analyse eingehen. Weitere post-hoc Analysen werden mit dem Mann-Whitney-U-Test erfolgen.

3.2 Öffentlichkeitskampagne

Dieses Kapitel befasst sich mit der Spezifizierung der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen. Dabei werden in Anlehnung an die Konzeptionstechnik von PR-Kampagnen (Dörrbecker & Fissenewert-Goßmann, 1996) zunächst die strategischen Überlegungen wie Ziele, Dialoggruppen, Botschaften und Ressourcen bestimmt. Daran schließt sich die konkrete Maßnahmenplanung an. Dabei greift die Darstellung auf die Ausführungen zur Öffentlichkeitskampagnen im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 2.3) und dabei insbesondere auf die in diesem Kapitel ausgeführten Besonderheiten zurück, die dem Forschungsgegenstand der Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen immanent sind. Der Begriff der Öffentlichkeitsarbeit wird beibehalten, obwohl aus der Spezifizierung deutlich werden wird, dass die allgemeine Öffentlichkeit nicht explizit zu den Dialoggruppen der Kampagne zählt.

Ziele der Kampagne

Die Implementierung einer Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen zielt darauf ab, die Anzahl an im Früherkennungszentrum Hilfe suchenden Personen zu erhöhen. Es soll erreicht werden, dass sich insbesondere Personen an das Früherkennungszentrum wenden, die sich möglicherweise in einem initialen Prodromalstadium einer schizophrenen Psychose befinden. Die Anzahl der so genannten ‚falsch Positiven‘ soll dabei möglichst gering gehalten werden. Gleichzeitig zielt die Kampagne auf die

Verkürzung der Zeitspanne der Dauer der unbehandelten Erkrankung sowie der Dauer der unbehandelten Psychose hin ab (siehe auch Kapitel 2.1.2). Dies soll erreicht werden, in dem die Wege in adäquate Behandlung von Patienten mit einem möglichen erhöhten Psychoserisiko, also in der initialen Prodromalphase bzw. in der unbehandelten psychotischen Phase, positiv beeinflusst werden. Die Kampagne soll ein positives Image des Früherkennungszentrums vermitteln.

Dialoggruppen

Die nachfolgend dargestellte Kampagne zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen richtete sich insbesondere an die Fachöffentlichkeit in der Kölner Region. Dass die allgemeine Öffentlichkeit nicht in den Hauptfokus der Kampagne gerückt wurde, ergibt sich daraus, dass sich die Möglichkeiten einer Früherkennung und Frühbehandlung derzeit noch im wissenschaftlichen Evaluationsstadium befinden (siehe dazu auch Kapitel 2.3.2). So sind die Kriterien für ein psychosefernes Prodrom (Ruhrmann et al., 2003a) derzeit lediglich prospektiv in einer Studie (Klosterkötter et al., 2001) hinsichtlich ihrer diagnostischen Vorhersagekraft nachgewiesen worden. Diese Studie und die damit einhergehenden Angaben zur Sensitivität und Spezifität sind anhand einer Population errechnet worden, die von niedergelassenen Fachärzten an eine psychiatrische Universitätsklinik zur differentialdiagnostischen Abklärung überwiesen worden sind. Demnach treffen die berichteten Kennwerte auch nur auf eine solche Inanspruchnahmepopulation zu (Warner, 2002). Um die Anzahl der ‚falsch Positiven‘ möglichst gering zu halten und somit auch eine ethisch vertretbare Kampagne durchzuführen, wurde die allgemeine Bevölkerung nicht explizit als Dialoggruppe aufgenommen. Der Begriff der Dialoggruppe wird in Anlehnung an Nickel (1985) verwandt, da er deutlich besser zum Ausdruck bringt, dass die hier durchgeführte Kampagne nur dann erfolgreich sein kann, wenn die Kommunikation mit den Dialoggruppen nicht nur einseitig erfolgt.

Für die Sensibilisierungskampagne zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen ergaben sich folgende Dialoggruppen:

- (1) Träger der psychiatrischen Versorgung
- (2) Träger der Primärversorgung
- (3) Familien an Schizophrenie erkrankter Menschen

- (4) Schulen, Fachhochschulen und Universitäten
- (5) Interessierte Öffentlichkeit

Zu den Trägern der psychiatrischen Versorgung zählen sowohl die psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen als auch die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten. Unter den Trägern der Primärversorgung sind neben den niedergelassenen Allgemeinmedizинern alle nicht psychiatrischen Fachärzte und Beratungsstellen für jegliche psychosozialen Inhalte subsumiert. Die Familien an Schizophrenie erkrankter Menschen wurden angesprochen, da hier von einer erhöhten genetischen Vulnerabilität ausgegangen werden kann (siehe Kapitel 2.1.1). Die Dialoggruppe der Schulen, Fachhochschulen und Universitäten ergibt sich einerseits aus dem durchschnittlichen Alter der Erstmanifestationen schizophrener Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter (Häfner et al., 2002). Gleichzeitig werden diese Dialoggruppen angesprochen, da sich hier insbesondere die kognitiven Störungen sowie Leistungseinbrüche und sozialer Rückzug zeigen (Häfner et al., 1995a). Diese Institutionen wurden über die jeweils vorhandene psychosoziale Unterstützungsstruktur ins Kölner Früherkennungsnetzwerk integriert: die Schulen über Schulpsychologen bzw. über die Ausbildung der Beratungslehrer, die Hochschulen über die Kooperation und Wissensvermittlung der dort ansässigen psychosozialen Beratungen.

Alle Dialoggruppen aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung wurden zu einem Früherkennungsnetzwerk zusammengefasst. Dieses Netzwerk ist in Abbildung 8 wiedergegeben. Dabei machen die Pfeile in beide Richtungen deutlich, dass dieses Früherkennungsnetzwerk den Austausch zwischen dem Sender der Informationen, dem Früherkennungszentrum, und den Netzwerkpartnern voraussetzt.

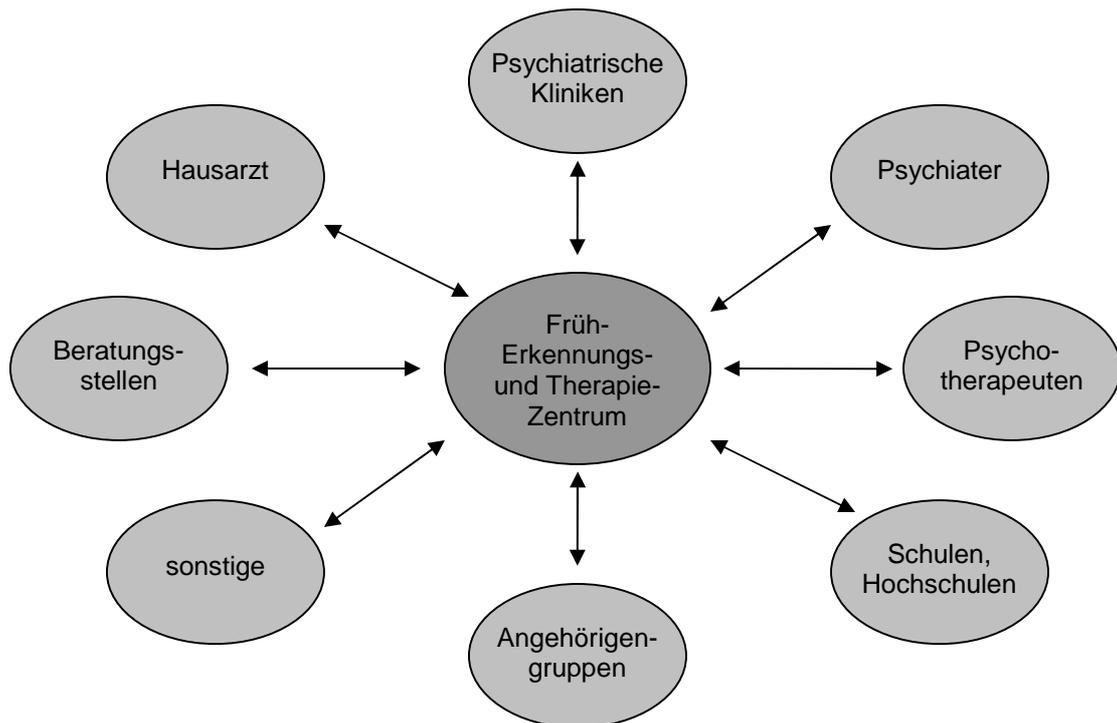


Abb. 8: Teilnehmer des Früh-Erkennungsnetzwerks

Dieses Früh-Erkennungsnetzwerk, das vom Autor der Arbeit aufgebaut wurde, umfasste bis Ende 2003 mehr als 500 Kooperationspartner.

Die Kampagne wurde regional durchgeführt, da die Angebote einer Früh-Erkennung und Früh-Behandlung bislang nur in den etablierten Früh-Erkennungscentren erfolgen und eine Früh-Behandlung nur im Rahmen von durch Ethikvoten abgesicherten Studien durchgeführt werden kann (vgl. Kapitel 2.1.2.4). Diese regionale Ausrichtung trägt somit auch der Überlegungen der vorhandenen Kapazität und Erreichbarkeit der Früh-Erkennungscentren Rechnung (siehe auch Kapitel 2.3.2).

Botschaften

Die zentralen Botschaften der Kampagne werden im folgenden formuliert und leiten sich aus dem aktuellen Forschungsstand zur Früh-Erkennung und Früh-Behandlung schizophrener Psychosen (siehe Kapitel 2.1) sowie den in Kapitel 2.3.2 referierten Einschränkungen für eine Öffentlichkeitsarbeit auf diesem Gebiet ab:

- § Schizophrene Psychosen treten erstmalig in der Regel im jungen Erwachsenenalter, also im Alter von 16 bis 40 Jahren, auf.

- § Schizophrene Psychosen sind nichts plötzliches, in der Regel treten bereits Jahre vorher erste Veränderungen im Erleben und Verhalten auf.
- § Folgende Veränderungen sollten zu einer Kontaktaufnahme zum Früherkennungszentrum führen: (1) unspezifische Symptome wie bspw. Depressivität, (2) Veränderungen im Denken, (3) sozialer Rückzug, (4) erhöhtes Misstrauen, (5) psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahnerleben. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein erhöhtes genetisches Risiko vorliegt oder ein deutlicher Abfall des sozialen Funktionsniveaus vorliegt.
- § Früherkennungszentren können nach dem derzeitigen Forschungsstand ein erhöhtes Psychoseisiko überprüfen.
- § Früherkennungszentren können auf Grundlage des derzeitigen Forschungsstandes bereits in der möglichen initialen Prodromalphase eine Frühbehandlung im Rahmen von Studien mit Ethikvotum anbieten.

Diese Inhalte wurden an die oben explizierten Dialoggruppen mittels der weiter unten angegebenen Maßnahmen vermittelt.

Ressourcen

Die für die Kampagne zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen bezogen sich auf je eine halbe Stelle BAT IIa, die durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie (www.kompetenznetz-schizophrenie.de) sowie der GEW-Stiftung Köln (www.gewstiftung.de) über einen Zeitraum von 5 bzw. 3 Jahren gefördert wurden.

Maßnahmen der Kampagne

Nachfolgend wird referiert, welche Methoden eingesetzt wurden, um die Inhalte der Kampagne den Dialoggruppen zu vermitteln, im Sinne von Dörrbecker und Fissenewert-Goßmann (1996) die Taktik einer Kampagnenkonzeption.

Alle potentiellen Netzwerkpartner erhielten zu Beginn der Kampagne ein Mailing, welches Basisinformationen zum Früherkennungsprogramm beinhaltete und das Früherkennungszentrum bekannt machen sollte. Mit dem Mailing wurde eine

Faxrückantwort versandt, die bei einer Teilnahme am Früherkennungsnetzwerk dem Früherkennungszentrum zugesandt werden konnte.

Der kontinuierliche Kontakt zu den Netzwerkteilnehmern wurde durch die Versendung regelmäßiger Newsletter an das gesamte Früherkennungsnetzwerk mit einer Auflage zwischen 600-1200 Exemplaren, die darüber gleichfalls auf der Internetpräsenz eingesehen werden können (www.fetz.org), etabliert. Alle Netzwerkteilnehmer, interessierten Institutionen und Privatpersonen erhielten neu entwickelte, professionell gestaltete Informationsmaterialien des Kölner Früherkennungszentrums, diese sind teilweise im Anhang einzusehen. Zu diesen Materialien gehören ein Flyer, eine Früherkennungsbroschüre, ein Ratgeber für Angehörige an Schizophrenie erkrankter Menschen sowie Plakat- und Postkartenmotive. Da die Gefahr bei Verwendung eines Screening Instrumentes, wie es die Early Recognition Checkliste der Mannheimer Arbeitsgruppe darstellt (Maurer et al., 2000), bei dem heutigen Stand der Forschung eher zu einer falschen Risikodiagnose führt, als dass sie eine richtige treffen (Jablensky, 2000), wurde im Flyer des Kölner Früherkennungszentrums bewusst auf eine solche Checkliste verzichtet. An deren Stelle traten kurze Fallbeispiele, um eine mögliche Identifikation des Lesers mit der beschriebenen Symptomatik zu erreichen. Der Flyer kann im Anhang E eingesehen werden. Die 46 Seiten umfassende Früherkennungsbroschüre „Früh Erkennen. Früh behandeln. Neue Chancen für Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko.“ (unter www.fetz.org als pdf-file einsehbar) gibt einen allgemeinverständlichen Überblick über die Früherkennungs- und Frühbehandlungsthematik und wurde in einem ersten Schritt mit einer Auflage von 15.000 Stück mit freundlicher Unterstützung von Janssen-Cilag in Umlauf gebracht. Die Dialoggruppe der Familien an Schizophrenie erkrankter Menschen ergibt sich aus dem erhöhten genetischen Risiko für diese Zielgruppe (siehe Kapitel 2.1) und sollte aufgrund der damit verbundenen erhöhten Vulnerabilität besonders in den Fokus der Öffentlichkeitskampagne gestellt werden. Für diese Zielgruppe ergab sich mit Beteiligung der Angehörigeninitiative psychisch Kranker in Köln (Rat & Tat e.V.) die Herausgabe eines Ratgebers für Angehörige schizophrener Erkrankter.

Die vier professionell erstellten Plakatmotive veranschaulichen jeweils Frühsymptome. Dabei wurde jedoch keine Plakataktion für die allgemeine

Bevölkerung durchgeführt, sondern die Plakate wurden insbesondere als Reminder an Praxen und Institutionen versandt. Die Plakatmotive sind ebenfalls im Anhang E einzusehen.

Vierteljährliche Früherkennungsseminare wurden für die Träger der psychiatrischen (Dialoggruppe I) sowie der primären Versorgung (Dialoggruppe II) zur Implementierung des diagnostischen Wissens über Früherkennung schizophrener Psychosen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln durchgeführt. Diese vierteljährlich stattfindenden zweistündigen Veranstaltungen gaben einerseits Informationen über das Früherkennungszentrum, die Zuweisungswege sowie die wichtigsten diagnostischen Kriterien eines Prodromalzustandes und deren Erfassung. Dabei wurden auch Kooperationsmöglichkeiten besprochen und informelle Kontakte etabliert. Darüber hinaus wurden für diese Dialoggruppen Vortragsveranstaltungen organisiert und durchgeführt, Versendung von Mailings und Materialien sowie - bei Interesse einer kleineren Gruppe - umfangreichere Diagnostikworkshops angeboten.

Für die Dialoggruppe der Familien an Schizophrenie erkrankter Menschen (Dialoggruppe III) erfolgte zusätzlich noch ein informeller Austausch. Die Teilnahme und Präsentation am Psychoseforum – eine dialogische Auseinandersetzung mit psychischen und insbesondere psychotischen Erkrankungen - sowie die Verteilung der oben erwähnten Angehörigenbroschüre ergänzen die Interventionen für diese Dialoggruppe.

Für die Dialoggruppe IV, die Schulen, Fachhochschulen und Universitäten, wurden insbesondere Seminare für Medizinstudenten, Psychologiestudenten sowie Studenten der Fachhochschule Köln durchgeführt. In den Schulen konnten modellhaft ebenfalls Veranstaltungen mit Schülern und Lehrern durchgeführt werden. Der Hauptfokus lag jedoch bei der Vermittlung der obig explizierten Botschaften zur Früherkennung an die bestehenden Beratungsstrukturen, d.h. in der Vermittlung von theoretischem und diagnostischem Wissen an Beratungslehrer, schulpsychologische Dienste sowie die psychosozialen Beratungsstellen der Hochschulen.

Darüber hinaus wurden Veranstaltungen für alle Dialoggruppen sowie für die interessierte allgemeine Öffentlichkeit (Dialoggruppe V) durchgeführt. Dazu gehören die Früherkennungstage 2002 in Kooperation mit der AOK Rheinland und dem Filmhaus Köln (Programmheft siehe Anhang E) sowie die Teilnahme an Messeveranstaltungen, wie dies der Weltgesundheitstag in Köln 2001, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiierte „Science Street“ im Herbst 2001 darstellten. Bei dieser „Science Street“ im Kölner Gürzenich konnte sich das Früherkennungszentrum mit einem umfangreichen Exponat über einen Zeitraum von zehn Tagen, mit einer sich überwiegend aus Schülern zusammensetzenden Besucherzahl von mehr als 15.000 präsentieren.

Das Früherkennungszentrum ist im Internet unter www.fetz.org vertreten und die Homepage zählt seit Januar 2001 mehr als 29.000 Besucher. Zahlreiche Presseartikel über die Arbeit des Früherkennungszentrums sind in regionalen und nationalen Zeitschriften und Magazinen erschienen.

Die zeitliche Dimension der durchgeführten Maßnahmen der Kampagne in den Jahren 2001, 2002 und 2003 sind in Tabelle 3 geordnet für die jeweilige Dialoggruppe wiedergegeben. Die Maßnahmen in der Kölner Region wurden nahezu ausschließlich vom Autor der Arbeit durchgeführt.

Tab. 3a: Maßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitskampagne im Jahr 2001

| Dialoggruppe | Intervention | Jan | Feb | Mär | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez |
|---------------------------------------|----------------------------|-----|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|
| Träger der psychiatrischen Versorgung | Vortrag | | X ^a | X X | X | XXX | | | | | | | |
| | Workshop | X | X | X | | | | | X | | | X | |
| | Mailing ¹ | X | | | | | X | | | | | | X |
| | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | X | | | |
| | Veranstaltung ² | | | | X | | | | | | | | |
| Fachpresse ³ | X | XX | | | X | X | | | X | X | | | |
| Träger der primär Versorgung | Vortrag | | | | | | | XX | XX | XXX X | | | |
| | Workshop | X | | X | | | | | X | XX | | X | |
| | Mailing ¹ | X | | | | | X | | | | | | X |
| | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | X | | | |
| | Veranstaltung ² | | | | X | | | | | | | | |
| Fachpresse ³ | X | XX | | | X | X | | | X | X | | | |
| Familien Erkrankter | Vortrag | | | X | | | | | | | X | | |
| | Mailing ¹ | | | | | | | | | | | | X |
| | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | X | | | |
| Schulen Fachhochschulen Universitäten | Veranstaltung ⁴ | | | | X | | | | | | | | |
| | Vortrag | | | | | XX | | | | | | | |
| | Workshop | | | X | | X | | | X | X | | | X |
| | Mailing | | | | | | | | | | | | X |
| Interessierte Öffentlichkeit | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | X | | | |
| | Veranstaltung ⁴ | | | | X | | | | | | X | XX | |
| | Zeitungsbericht | | | | | X | XX | XX | | | | | |
| | Radiobeitrag | | XX | | | XX | | | | | | | |
| | Fernsehbeitrag | | | | | X | | | | | | XX | |

¹ Aussendungen von Informationen zum Früherkennungsnetzwerk, Einladungen, Informationsmaterialien, Netzwerkbefragung

² Veranstaltungen: Symposien, Gesundheitstage, Kolloquium

³ Beitrag in medizinischer Fachpresse

⁴ Veranstaltungen: Filmveranstaltung, Früherkennungstage, Tag der offenen Tür, Gesundheitstage, 'Science Street'

^a jedes x steht für eine Intervention

Tab. 3b: Maßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitskampagne im Jahr 2002

| Dialoggruppe | Intervention | Jan | Feb | Mär | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez |
|---------------------------------------|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| Träger der psychiatrischen Versorgung | Vortrag | | | | | | | | | | X | | |
| | Workshop | X | | | X | | | X | | X | | X | |
| | Mailing ¹ | | | X | | | | | X | | | X | |
| | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | | | | |
| | Veranstaltung ² | | | | | | | | | | X | | X |
| Fachpresse ³ | | | | | | | | | | | X | X | |
| Träger der primär Versorgung | Vortrag | | | | | | | | | | | | |
| | Workshop | X | X | | X | | | X | | X | X | XX | |
| | Mailing ¹ | | X | X | X | | | | X | | | X | |
| | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | | | | |
| | Veranstaltung ² | | | | | | | | | | X | | X |
| Fachpresse ³ | | | | | | | | | | | X | X | |
| Familien Erkrankter | Vortrag | | | | | | | | | | | | |
| | Mailing ¹ | | | X | X | | | | | | | X | |
| | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | | | | |
| Veranstaltung ⁴ | | | | | | | | | | X | | X | |
| Schulen Fachhochschulen Universitäten | Vortrag | | | | | | | | | | | | |
| | Workshop | X | X | | | | X | | X | | | | |
| | Mailing | | | X | X | | | | | | | X | |
| | Netzwerkbrief | | | X | | | | | | | | | |
| | Veranstaltung ⁴ | | X | | X | | X | | | | | | X |
| Interessierte Öffentlichkeit | Vortrag | | | | | | | X | | | | X | |
| | Veranstaltung ⁴ | | | | | X | | | | | XX | X | X |
| | Zeitungsbericht | | X | | | | X | | | | XXX | | XXX XX |
| | Radiobeitrag | X | | | | | | | | | | | XX |
| | Fernsehbeitrag | | | | | | | | X | | | | |

¹ Aussendungen von Informationen zum Früherkennungsnetzwerk, Einladungen, Informationsmaterialien, Netzwerkbefragung

² Veranstaltungen: Symposien, Gesundheitstage, Kolloquium

³ Beitrag in medizinischer Fachpresse

⁴ Veranstaltungen: Filmveranstaltung, Früherkennungstage, Tag der offenen Tür, Gesundheitstage, 'Science Street'

Tab. 3c: Maßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitskampagne im Jahr 2003

| Dialoggruppe | Intervention | Jan | Feb | Mär | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez |
|---------------------------------------|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Träger der psychiatrischen Versorgung | Vortrag | | | | | | | | | | | | |
| | Workshop | | X | X | | X | | XX | | XX | X | X | |
| | Mailing ¹ | X | | X | X | | | | X | | | X | |
| | Netzwerkbrief | X | | | | X | | | | X | | | |
| | Veranstaltung ² | | X | | | | | | | | X | | |
| Fachpresse ³ | | | | | | | | | | | | | |
| Träger der primär Versorgung | Vortrag | | | | | | | | | | | | |
| | Workshop | | X | X | | X | | XX | | XX | X | X | |
| | Mailing ¹ | | | X | X | | | | X | | | X | |
| | Netzwerkbrief | X | | | | X | | | | X | | | |
| | Veranstaltung ² | | X | | | | | | | | X | | |
| Fachpresse ³ | | | | | | | | | | | | | |
| Familien Erkrankter | Vortrag | | X | | | | | | | | | | |
| | Mailing ¹ | | | X | X | | | | X | | | X | |
| | Netzwerkbrief | X | | | | X | | | | X | | | |
| Veranstaltung ⁴ | | X | | | | | | | | X | | X | |
| Schulen Fachhochschulen Universitäten | Vortrag | | | | | X | X | | | | | | |
| | Workshop | | | | | X | X | | | X | X | | |
| | Mailing | | | X | X | | | | X | | | X | |
| | Netzwerkbrief | X | | | | X | | | | X | | | |
| | Veranstaltung ⁴ | | | | | | | | | | X | | |
| Interessierte Öffentlichkeit | Vortrag | | | | | | X | | | | | | |
| | Veranstaltung ⁴ | | | | | | X | | | | X | | X |
| | Zeitungsbericht | X | | X | XX | | | X | X | | X | | |
| | Radiobeitrag | | | | X | | | | XX | | | | |
| | Fernsehbeitrag | | | | | | | | | | | | |

¹ Aussendungen von Informationen zum Früherkennungsnetzwerk, Einladungen, Informationsmaterialien, Netzwerkbefragung

² Veranstaltungen: Symposien, Gesundheitstage, Kolloquium

³ Beitrag in medizinischer Fachpresse

⁴ Veranstaltungen: Filmveranstaltung, Früherkennungstage, Tag der offenen Tür, Gesundheitstage, 'Science Street'

3.3 Methoden zur Evaluation der Kampagne

Dieses Kapitel stellt die Methoden zur Evaluation der im vorangegangenen Kapitel referierten Aktivitäten zur Sensibilisierung insbesondere der Fachöffentlichkeit zur Früherkennung schizophrener Psychosen dar. Dabei erfolgt die Evaluation anhand zweier unterschiedlicher Evaluationsparameter. Der erste Ansatz basiert auf dem Vergleich der Prodromalpatienten und deren Frühverläufen zwischen den Früherkennungszentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit. Die systematische Öffentlichkeitsarbeit wurde in den Regionen Köln und Bonn

durchgeführt, keine systematische Öffentlichkeitsarbeit erfolgte in den Regionen Düsseldorf und München. Ein zweiter methodischer Ansatz der Evaluation bezieht sich auf die telefonische Inanspruchnahme des Beratungstelefon des Kölner Früherkennungszentrums. Im Folgenden werden diese beiden Evaluationsansätze hinsichtlich ihrer Methodik nacheinander vorgestellt.

3.3.1 Methoden Zentrumsvergleich

3.3.1.1 Stichprobe

In die Analyse zum Vergleich zwischen den Zentren gingen alle Patienten ein, die sich in den Jahren 2000, 2001, 2002 an eines der Früherkennungszentren im Kompetenznetz Schizophrenie - Bonn, Düsseldorf, Köln und München – wandten und die Kriterien für ein Prodromalstadium einer schizophrenen Psychose erfüllten und an den Interventionsstudien der jeweiligen Früherkennungszentren teilnahmen. Die Definition der zugrunde gelegten Kriterien eines Prodromalzustandes erfolgte nach der im Kompetenznetz Schizophrenie verwandten Differenzierung in psychosenahen und psychosefernen Prodrome (Ruhrmann et al., 2003a, siehe auch Kapitel 2.1.2.4). Diese Kriterien sind in Tabelle 4a und 4b wiedergegeben. Die Altersgrenzen wurden in Anlehnung an das epidemiologische Wissen (siehe Kapitel 2.1) über das Alter bei Erstmanifestationen schizophrener Psychosen auf 16-40 Jahre festgelegt.

Tab. 4a: Kriterien eines **psychosefernen** Prodroms

Prodromalsymptome:

- a. Mindestens eines der folgenden 10 Symptome:
- | Gedankeninterferenz
 - | Zwangähnliches Perseverieren bestimmter Bewußtseinsinhalte
 - | Gedankendrängen, Gedankenjagen
 - | Gedankenblockierung
 - | Störung der rezeptiven Sprache
 - | Störung der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen
 - | Eigenbeziehungstendenz ("Subjektzentrismus")
 - | Derealisation
 - | Optische Wahrnehmungsstörungen
 - | Akustische Wahrnehmungsstörungen
- b. Mehrfaches Auftreten über einen Zeitraum von mindestens einer Woche
-

und/oder

Psychischer Funktionsverlust und Risikofaktoren:

- a. Reduktion des GAF-M-Scores (Global Assessment of Functioning gemäß DSM-IV) um mindestens 30 Punkte über mindestens einen Monat
- plus**
- b. Mindestens ein erstgradiger Angehöriger mit Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie *oder* prä- und perinatale Komplikationen
-

Tab. 4b: Kriterien eines psychosenahen Prodroms:

Attenuierte psychotische Symptome:

-
- a. Vorliegen von mindestens einem der folgenden Symptome mit einem Score von 2 (Early Recognition Inventory):
- | Beziehungsideen
 - | Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken
 - | Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
 - | Eigenartige Denk- und Sprechweise
 - | Paranoide Ideen
- b. Mehrfaches Auftreten über einen Zeitraum von mindestens einer Woche
-

Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS):

- a. Dauer der BLIPS weniger als 7 Tage und nicht häufiger als 2 mal pro Woche in 1 Monat
- b. Spontane Remission
- c. Mindestens 1 der folgenden Symptome:
- | Halluzinationen (PANSS P3 \geq 4)
 - | Wahn (PANSS P1, P5 oder P6 \geq 4)
 - | Formale Denkstörungen (PANSS P2 \geq 4)
-

Die Teilnahme an einer Interventionsstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie wird zur Operationalisierung der adäquaten Behandlung eines Prodromalzustandes verwandt. Dies ergibt sich einerseits aus dem derzeitigen Wissen zur Frühbehandlung schizophrener Psychosen (siehe Kapitel 2.1.2.3), andererseits resultiert dies aus der derzeitigen rechtlichen Behandlungssituation. Eine Behandlung im Prodromalstadium ist derzeit lediglich im Rahmen von durch Ethikvoten abgesicherten Studien erlaubt (Ruhrmann et al., 2003b) und kann somit ausschließlich in einem Früherkennungszentrum durchgeführt werden.

3.3.1.2 Untersuchungsablauf

Personen, die sich zur diagnostischen Abklärung eines erhöhten Psychoserisikos an eines der vier Früherkennungszentren wenden, werden dort in der Eingangsdagnostik hinsichtlich der in Kapitel 3.3.1.1 explizierten Kriterien eines Prodroms mit der ‚Inclusion Criteria Checklist‘ untersucht. Diese Checkliste beinhaltet die in Tabelle 5 aufgeführten Kriterien eines Prodromalzustandes, die sich aus einer Zusammenstellung von Items aus der ‚Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen‘ (Groß et al., 1987), der ‚Scale of Prodromal Symptoms‘ (Miller et al., 1999) sowie des ‚Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV‘ (Wittchen et al., 1997) ergeben. Erfüllen die Patienten diese Kriterien, werden ihnen die Behandlungsvorschläge bei einem psychosenahen und psychosefernen Prodromalzustand vermittelt. Im Sinne des ‚informed consent‘ (Beauchamp & Childress, 1994) erfolgt nach ausführlicher Aufklärung der Patienten über die Intervention ein schriftliches Einverständnis von Seiten des Patienten.

3.3.1.3 Untersuchungsinstrumente

IRAOS

Alle Patienten werden mit dem in Kapitel 3.1.3.1 beschriebenen ‚Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia - IRAOS‘ (Häfner et al., 1999a) hinsichtlich ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung hin ausführlich untersucht. Weitere Angaben zu diesem Instrument können aus Kapitel 3.1.3.1 entnommen werden.

Early Recognition Inventory

Das ‚Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ (Maurer et al., 2000) der Mannheimer Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung wurde in Kapitel 3.1.3.2 detailliert beschrieben. Die Untersuchung der Prodromalpatienten erfolgte analog der Durchführung der in Kapitel 3.1.3 referierten Durchführung der Ersterkranktenstichprobe.

3.3.1.4 Dauer des unbehandelten Prodroms

Die Bestimmung des Zeitpunkts des Beginns der Prodromalphase - der Schritt aus der prä-morbiden Phase in die Prodromalphase (vgl. Kapitel 2.1.2, Abbildung 1) - erfolgte anhand einer zweistufigen Vorgehensweise: Zunächst wurden für die einzelnen psychopathologischen Symptomgruppen Kriterien festgelegt, nach denen sie zur Bestimmung des Beginns der Prodromalphase herangezogen wurden. In einem zweiten Schritt wurde dann der Beginn der Prodromalphase anhand der Kriterien eines psychosefernen bzw. psychosenahen Prodromalzustandes unter Berücksichtigung psychopathologischer Merkmale und Risikofaktoren festgelegt.

In Anlehnung an die Definition der Dauer der unbehandelten Erkrankung und der Dauer der unbehandelten Psychose durch die Mannheimer Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung (Häfner et al., 1993, 1996, 2002) erfolgte die Bestimmung des Erkrankungsbeginns unter Berücksichtigung von drei Verlaufstypen, die bei der retrospektiven Einordnung der Items des ‚Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ erfasst wurden. Die retrospektiv erfassten Symptome im Frühverlauf wurden dabei durch folgende drei Verlaufstypen charakterisiert: (1) Dem einmaligen Auftreten eines

Symptoms, (2) dem rezidivierenden Auftreten eines Symptoms und (3) dem kontinuierlichen Vorhandensein eines Symptoms. In Abhängigkeit der Symptomgruppe ergaben sich folgende Definitionen für die Festlegung des Erkrankungsbeginns in Anlehnung an Häfner und Mitarbeiter (1993, 1996, 2002):

1. Symptomgruppe I

Zu dieser Symptomgruppe wurden folgende Symptombereiche zusammengefasst: Unspezifische Symptome sowie Anzeichen sozialer Behinderung. Eine detaillierte Aufstellung der zu den einzelnen Symptomgruppen gehörigen Symptome des „Early Recognition Inventory based on the Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia – ERIRAOS“ (Maurer et al., 2000) ist im Anhang einzusehen. Symptome aus der Symptomgruppe I wurden dann zur Berechnung des Erkrankungsbeginns herangezogen, wenn sie vom Auftreten bis zum Zeitpunkt der Erhebung *kontinuierlich* vorhanden waren.

Der Beginn der unspezifischen Symptomatik bzw. der sozialen Behinderung stellt jeweils das Minimum über die, das Kontinuitätskriterium erfüllenden Symptome, dar.

2. Symptomgruppe II

Zu dieser Symptomgruppe gehören Symptome aus den Bereichen der negativen Symptome, depressiven Symptome, manischen Symptome, Basissymptome und attenuierten Positivsymptome. Diese Symptome wurden dann zur Bestimmung des Erkrankungsbeginns herangezogen, wenn Sie entweder *kontinuierlich* oder *rezidivierend* auftraten. Die Berechnung erfolgte dabei nach folgendem Algorithmus: Zuerst wurde überprüft, ob der Gesamtverlauf mit 2 (mehrere Phasen) oder mit 3 (kontinuierlich) kodiert war, dann wurden alle Zeitkodierungen überprüft, die ebenfalls mit 2 oder 3 im Verlauf kodiert waren. Das Minimum dieser Zeitangaben wurde dann mit dem Beginn der Symptomgruppe II gleichgesetzt. So lässt sich auch der Beginn der einzelnen Symptomgruppen bestimmen. Die Symptome dieser Symptomgruppe sind ebenfalls im Anhang einzusehen.

3. Symptomgruppe III

Zu dieser Symptomgruppe gehören alle Positivsymptome. Diese sind im Sinne von BLIPS anzusehen (Brief Limited and Intermittent Psychotic Symptoms, McGorry et al., 1996; siehe auch Kapitel 2.1.2.1 und 2.1.2.3), d.h. das Auftreten dieser Symptome hielt nie länger als eine Woche an und die Symptome klangen ohne medikamentöse Behandlung spontan wieder ab. Für diese Symptomgruppe ergab sich der Beginn der Erkrankung/des Prodroms mit dem erstmaligen Auftreten eines dieser Positivsymptome, dabei konnte dieses Symptom entweder kontinuierlich, rezidivierend oder einmalig aufgetreten sein.

Nachfolgende Tabelle 5 gibt einen Überblick an die Verlaufsanforderungen für die einzelnen Symptomgruppen.

Tab. 5: Anforderungen an die Symptomgruppen, um für die Bestimmung des Erkrankungsbeginns herangezogen zu werden

| | Kontinuitätskriterium | Rezidiv-Kriterium | Einmaliges Auftreten |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| Unspezifische Symptome | + | - | - |
| Symptome Sozialer Behinderung | + | - | - |
| Manische Symptome | + | + | - |
| Depressive Symptome | + | + | - |
| Negative Symptome | + | + | - |
| Basissymptome | + | + | - |
| Attenuierte Positivsymptome | + | + | - |
| Positivsymptome | + | + | + |

+ Kriterium gefordert zur Bestimmung des Beginns der Erkrankung
 - Kriterium nicht ausreichend

War bei einem Symptom nur die Jahresangabe vorhanden, so wurde das Datum auf den 01. Juli des angegebenen Jahres gesetzt. Damit wurde den Kriterien der Stichprobengleichverteilung Rechnung getragen und mögliche Fehlerquellen minimiert.

Beginn des Prodroms

Zur Festlegung des Beginns des Prodroms wurden die im Kapitel 3.3.1.1 referierten Kriterien eines psychosenahen und psychosefernen Prodroms sowie die internationale Konsensdefinition eines Prodroms (siehe Kapitel 2.1.2.2) verwandt. Die Operationalisierung für die Bestimmung des Beginns der Prodromalphase

erfolgte anhand der nachfolgenden Symptomkategorien und Kriterien des Early Recognition Inventory:

- Erstmaliges Auftreten eines Positivsymptoms im Sinne der BLIPS
- Einmaliges Auftreten von attenuierten Positivsymptomen in einem Zeitraum von einem Monat und mehr
- Auftreten von Basissymptomen:
 Auftreten eines der folgenden prädiktiven Basissymptome, die sich in der prospektiven Kölner Früherkennungsstudie von Klosterkötter und Mitarbeitern (2001) als prognostisch relevant gezeigt haben:
 - 055 Zwangähnliches Perseverieren zurückliegender Vorgänge
 - 056 Gedankendrängen, Gedankenjagen
 - 057 Gedankenblockierung
 - 058 Störung der rezeptiven Sprache
 - 065 Störung der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmung bzw. Phantasie und Erinnerung
 - 066 Eigenbeziehungstendenzen (Subjektzentrismus)
 - 076 Derealisation (wird unter attenuierte Positivsymptomatik aufgefasst)

Für alle weiteren Basissymptome wurde gefordert, dass neben den Basissymptomen auch ein genetisches Risiko besteht sowie das gleichzeitige Auftreten eines Symptoms aus dem Bereich sozialer Behinderung. Die genetische Belastung wurde mittels des IRAOS erfasst, Kriterium war das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung oder schizophrenen Spektrumserkrankung bei einem nahe stehenden Blutsverwandten.

- Depressives Symptom:
 Vorliegen eines kontinuierlichen depressiven Symptoms und zusätzlich:
 - § Psychotische Erkrankung in der Familie oder peri- bzw. postnataler Risikofaktor und
 - § Gleichzeitiges Auftreten eines Symptoms aus dem Bereich soziale Behinderung
- Negative Symptome:
 Vorliegen eines kontinuierlichen negativen Symptoms und zusätzlich:
 - § Psychotische Erkrankung in der Familie oder peri- bzw. postnataler Risikofaktor und
 - § Gleichzeitiges Auftreten eines Symptoms aus dem Bereich soziale Behinderung
- Unspezifische Symptome:
 - Psychotische Erkrankung in der Familie oder peri- bzw. postnataler Risikofaktor und
 - Gleichzeitiges Auftreten eines Symptoms aus dem Bereich soziale Behinderung
- Genetische Belastung

Die genetische Belastung wird operationalisiert über das Vorliegen einer der folgenden Störungen beim leiblichen Vater, bei der leiblichen Mutter oder leiblichen Bruder bzw. leiblicher Schwester:

- sicher Schizophrenie
- wahrscheinlich Schizophrenie
- schizoaffektive Störung
- Schizotypie

Peri- oder perinataler Risikofaktor

- Sauerstoffmangel
- Geburtskomplikationen

Der Beginn des Prodroms wurde nun mit dem Zeitpunkt definiert, an dem zum ersten Mal eines der obigen Kriterien erfüllt war.

Beginn der adäquaten Behandlung

Wie bereits weiter oben referiert und begründet wurde, stellt die Erkennung der Beschwerden als Prodromalsymptomatik im Früherkennungszentrum und die Teilnahme an einer der im Rahmen des Kompetenznetzes durchgeführten Studie in den Früherkennungszentren den Beginn der adäquaten Behandlung dar.

Operationalisierung der Dauer des unbehandelten Prodroms

Die Dauer des unbehandelten Prodroms ergab sich als Differenz aus dem Zeitpunkt des Beginns der Prodromalsymptomatik und dem Zeitpunkt des Einsetzens der adäquaten Behandlung.

3.3.1.5 Statistische Verfahren

Die statistische Analyse erfolgt mittels SPSS für Windows, Version 11.0.

Gruppenunterschiede in den soziodemografischen Daten sollen in Abhängigkeit des Datenniveaus mittels Chi-Quadrat-Test, dem Mann-Whitney-U-Test oder dem t-Test überprüft werden. Der Vergleich der Einschlusszahlen über die Jahre hinweg zwischen den Zentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit soll mittels Chi-Quadrat-Test erfolgen. Für alle inferenzstatistischen Berechnungen wird ein an der Anzahl der Gesamttest adjustiertes α -Niveau von 5% festgelegt.

Die Überprüfung der Verteilung des Zeitraumes der Dauer des unbehandelten Prodroms soll mittels des Kolmogorow-Smirnow Testes erfolgen. Der Vergleich der Dauer des unbehandelten Prodromalstadiums wird dann in Abhängigkeit der Verteilung mittels t-Test bzw. mittels Mann-Whitney-U-Test durchgeführt werden. Zur Berechnung der Effektgröße ‚d‘ wird die Formel nach Bortz (1999, S.120) verwandt. Der inferenzstatistische Vergleich zwischen den Zeitraum der Dauer der Symptomatik im Vorfeld der adäquaten Behandlung zwischen den beiden Gruppen soll mittels Mann-Whitney-U-Test erfolgen.

Zur inferenzstatistischen Prüfung des Vergleichs des Symptombeginns zwischen den Regionen soll eine 2-faktorielle Varianzanalyse durchgeführt werden. Dabei sollen als feste Faktoren die dichotomisierte Zentrumsvariable (Regionen mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit vs. Regionen ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit) sowie die zweigestufte Jahresvariable mit den Ausprägungen 2001 und 2002 mit eingehen. Abhängige Variablen sind die jeweiligen Symptomgruppen (unspezifische Symptome, depressive Symptome, negative Symptome, nicht prädiktive Basissymptome, prädiktive Basissymptome und attenuierte Positivsymptome).

3.3.2 Methoden Erfassung telefonischer Inanspruchnahme

Im Folgenden werden die Methoden referiert, wie die Kampagne anhand der telefonischen Inanspruchnahme des Kölner Früherkennungszentrums evaluiert wurde. Das Beratungstelefon des Kölner Früherkennungszentrums ist unter der Telefonnummer 0221-478 4042 zu erreichen. Dabei ist immer ein Anrufbeantworter geschaltet, der den Anrufer auffordert, Name und Telefonnummer zu hinterlassen, so dass ein Mitarbeiter des Früherkennungszentrums ohne zeitlichen Druck zurückrufen kann. Dieser Rückruf erfolgt in der Regel innerhalb von 24 Stunden. Die Rufnummer des Beratungstelefon ist im Rahmen der Öffentlichkeitskampagne (siehe Kapitel 3.2) bekannt gemacht worden.

3.3.2.1 Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus allen telefonischen Anrufen zusammen, die in einem Zwei-Jahres-Zeitraum auf dem Beratungstelefon des Kölner Früherkennungs-

zentrums eingingen. Dieser Zeitraum lag zwischen dem 01.03.2002 bis zum 28.02.2004.

3.3.2.2 Dokumentation telefonischer Anfragen

Jeder Anruf auf dem Beratungstelefon wurde hinsichtlich Tag und Uhrzeit dokumentiert. Darüber hinaus wurden während des Rückrufes folgende Angaben erfasst:

- *Art der Anfrage.* Diese wurde in drei Kategorien unterteilt: (1) Beratungsanfragen, (2) Informationsanfrage und (3) Mitteilung. Unter Beratungsanfragen wurden alle Anrufe subsumiert, bei denen ein psychisches Problem einer Person dargestellt wurde mit der Bitte um Rat und Hilfe. Informationsanfragen sind gekennzeichnet durch Informationen zum Früherkennungszentrum, zum Angebot des Früherkennungszentrums oder Bitten um Informationsmaterialien. Mitteilungen umfassen Terminabsagen oder sonstige Mitteilungen.
- *Charakteristik des Anrufers.* Die anrufende Person wurde soziodemografisch hinsichtlich ihres Geschlechts, des Ortes ihres Anrufes sowie der Beziehung zum Anrufer charakterisiert. Die Beziehung zum Anrufer erfolgte anhand der Einordnung in die Kategorien Betroffener selbst, Angehöriger oder psychosozialer Helfer.
- *Charakteristik der Indexperson.* Die Person, auf die sich das Beratungsgespräch bezieht, wurde charakterisiert anhand der soziodemografischen Daten Geschlecht, Alter und Wohnort.
- *Ergebnis des Anrufs.* Das Ergebnis des jeweiligen Beratungsanrufes wurde anhand folgender Kategorien erfasst: (1) Termin im Früherkennungszentrum, (2) Termin in der Poliklinik der Kölner Psychiatrischen Universitätsklinik, (3) Weitervermittlung an niedergelassene professionelle Helfer, (4) Rat, (5) Rückvermittlung an derzeitigen niedergelassenen bzw. stationären Behandler und (6) eine Restkategorie für alle weiteren möglichen Ergebnisse des Anrufes.
- *Aufmerksamkeit.* Hierbei wurde anhand folgender Kategorien erfasst, wie der Anrufer auf das Angebot des Früherkennungszentrums aufmerksam geworden ist: (1) Internet, (2) Medien, (3) Arzt/Psychotherapeut, (4) Freund/Lehrer, (5) sonstige.

- *Kriterien für ein Erstgespräch.* Jede Beratungsanfrage beinhaltete die Entscheidung, ob eine Vorstellung im Früherkennungszentrum erfolgen sollte oder nicht. Die dazu verwandten Auswahlkriterien waren angelehnt an die von der Mannheimer Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung entwickelte 17 Items umfassende Checkliste des „Early Recognition Inventory based on the Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (ERIRAOS)“ (Maurer et al., 2000). Die Kriterien der Checkliste wurden angemessen modifiziert oder vereinfacht, so dass auch Angehörige und Professionelle als kontaktaufnehmende Personen Aussagen zu relevanten Symptomen des Betroffenen machen konnten. Somit ergaben sich folgende Kriterien, die zu einem Erstgespräch im Früherkennungszentrum führten:
Alter zwischen 17 und 40 Jahren sowie das Vorhandensein eines der folgenden Symptome: Depressivität, Konzentrations-, Gedächtnisstörungen, psychoseähnliche Erlebensweisen, Leistungsknick in Schule, Ausbildung oder Beruf. Ausschlusskriterium waren frühere psychotische Erkrankungen, schwerwiegende somatische Erkrankungen, polyvalenter Drogenkonsum und fehlende deutsche Sprachkenntnisse.

Der verwandte Dokumentationsbogen ist im Anhang D einzusehen.

Diagnose eines Prodroms

Die Diagnose eines Prodromalzustandes wurde zum Zeitpunkt des Erstgespräch im Früherkennungszentrum anhand der in Kapitel 3.3.1.1 explizierten Kriterien eines psychosefernen bzw. eines psychosenahen Prodromalzustandes gestellt (Ruhrmann et al., 2003a).

3.3.2.3 Statistische Verfahren

Die Analyse erfolgt unter Verwendung von SPSS für Windows, Version 11.0.

Gruppenunterschiede zwischen den beiden untersuchten Jahreszeiträumen werden in Abhängigkeit des Datenniveaus mittels Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test oder t-Test ermittelt. Das Signifikanzniveau wird auf ein an der Gesamtzahl der durchgeführten statistischen Tests adjustierten α -Niveaus von 5% festgesetzt.

Bei der Berechnung der Unterschiede aufgrund der Art des Mediums, das zu einer Kontaktaufnahme mit dem Früherkennungszentrum führte, werden folgende Kategorien in Anlehnung an die im Kapitel 3.2. aufgeführten Dialoggruppen der Öffentlichkeitskampagne gebildet:

- (1) Medien: regionale und überregionale Zeitungen, Radio und TV, Internet
- (2) Träger der Psychiatrischen Versorgung: niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Kliniken, niedergelassene Psychotherapeuten
- (3) Träger der Primärversorgung: Hausärzte, Beratungsstellen, nicht-psychiatrische Fachärzte, nicht-psychiatrische Kliniken
- (4) Angehörige, Freunde, (Beratungs-)Lehrer
- (5) Informationsmaterial und –veranstaltungen des Kölner Früherkennungszentrums
- (6) sonstige

Um festzustellen, welche Prädiktoren die Gruppendiskrimination (Prodromalstadium ja/nein) signifikant vorhersagen, soll eine binäre logistische Regression verwandt werden mit schrittweiser Vorwärtsselektion nach der Wald-Methode. Aus Plausibilitätsgründen sollen dabei folgende Variablen in die Regressionsrechnung aufgenommen werden: (1) Alter der Indexperson, (2) Geschlecht der Indexperson, (3) Initiierung des Kontaktes (siehe obige 6 Kategorien).

4. Ergebnisse

4.1 Ergebnisse zu den Voraussetzungen

4.1.1 Stichprobe

Insgesamt konnten 83 Patienten in einem Halbjahreszeitraum in der Region Köln erfasst werden mit der Diagnose einer Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose bzw. einer akuten psychotischen Störung (ICD-10: F20, F23).

Drei der erkrankten Patienten lehnten es ab, an der Untersuchung teilzunehmen. Damit konnten Datensätze von 80 Patienten für die weitere Analyse verwendet werden, auf die sich nun alle nachfolgenden Ergebnisse beziehen.

Die Patienten waren im Mittel bei Aufnahme 29,8 Jahre (+/-8,31, range=18-54) alt, zu 71% männlich und zu 29% weiblich. Die männlichen Patienten waren bei Aufnahme mit durchschnittlich 28,5 Jahren signifikant jünger als die weiblichen Patienten mit 32,9 Jahren ($t= 2,17$; $p=0,033$). Die Mehrheit der Patienten war ledig (80,8%), 11,5% waren verheiratet, 5,1% geschieden und 2,6% verwitwet.

Tabelle 6 gibt die wichtigsten Stichprobencharakteristika anhand des Vergleiches der weiblichen mit den männlichen Patienten wider.

Tabelle 6: Stichprobencharakteristik der Ersterkrankten in der Region Köln

| | | männlich n= 57 | weiblich n= 23 | gesamt n= 80 | P |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------|
| Alter bei stationärer Aufnahme | Mittels | 28,5 | 32,9 | 29,8 | 0,003 |
| | s | 7,66 | 9,19 | 8,31 | |
| | Min-Max | 18-54 | 18-51 | 18-54 | |
| gegenwärtige Partnerschaft | ja (in %) | 17,9% | 36,4% | 20,1% | 0,081 |
| | nein (in %) | 82,1% | 63,6% | 79,9% | |
| Schulabschluss | Hauptschule ohne Abschluss | 5,5% | 4,5% | 5,2% | n.s |
| | Hauptschule mit Abschluss | 25,5% | 31,8% | 27,3% | |
| | Realschule | 14,5% | 18,2% | 15,6% | |
| | Fachhochschulabschluss | 5,5% | 9,1% | 6,5% | |
| | Abitur | 47,3% | 36,4% | 44,2% | |
| | noch in Schule | 1,8% | 0% | 1,3% | |
| Berufsausbildung | keine/angelern | 35,2% | 31,8% | 34,2% | 0,056 |
| | abgeschlossene Ausbildung | 38,9% | 63,6% | 46,1% | |
| | noch in Ausbildung | 25,9% | 4,5% | 19,7% | |

Die männlichen Patienten hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung tendenziell seltener eine Partnerschaft als die weiblichen Patienten ($\chi^2=3,047$; $p=0,081$). Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht bezogen auf die Schulausbildung. Hinsichtlich der Berufsausbildung ergab sich ein tendenzieller Unterschied zwischen den männlichen und weiblichen Patienten ($\chi^2=5,75$; $p=0,056$). Dieser Unterschied ergibt sich aus den sich häufiger in Ausbildung befindlichen männlichen Patienten. Bei Reduzierung des Vergleiches auf die Kategorien keine Ausbildung/angelernt versus abgeschlossene Ausbildung ergibt sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. 80,0% der untersuchten Patienten waren deutscher Staatsangehörigkeit, 6,7% türkischer und 13,3% hatten eine andere Staatsangehörigkeit.

4.1.2 Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose

Tabelle 7 gibt die Dauer der unbehandelten Erkrankung (DUI) und die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) wieder. Die Prüfung auf Normalverteilung der Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung mittels des Kolmogorow-Smirnow-Testes fiel negativ aus, so dass der parameterfreie MannWhitney-U-Test verwendet wurde. Die männlichen Patienten waren zum Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung ($t=2,69$; $p=0,009$) sowie zu Beginn der Psychose hoch signifikant jünger als die weiblichen Patienten ($t=2,73$; $p=0,008$). Hinsichtlich der Dauer der unbehandelten Erkrankung (DUI) und der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) ergaben sich zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede.

Damit kann die statistische Nullhypothese der Hypothese Ic beibehalten werden. Dies spricht für die Annahme, dass die weiblichen Patienten sowohl zum Beginn der Erkrankung als auch bei erstmaliger stationärer Aufnahme älter sind als die männlichen Patienten.

Tabelle 7: Frühverlauf schizophrener Psychosen in Köln, Geschlechtervergleich

| | | männlich n= 57 | weiblich n= 23 | gesamt n= 80 | p |
|--------------------------------------|---------|-------------------|-------------------|-----------------|----------|
| Alter zu Beginn der Erkrankung | Mittel | 22,74*** | 28,56*** | 24,35 | 0,009*** |
| | s | 7,66 | 10,27 | 8,79 | |
| | Median | 21,35 | 28,44 | 22,15 | |
| Alter zu Beginn der Psychose | Mittel | 26,83*** | 33,04*** | 28,55 | 0,008*** |
| | s | 8,24 | 9,61 | 9,02 | |
| | Min-Max | 15-53 | 15-51 | 15-53 | |
| DUI (in Wochen) | Median | 214,55 | 132,07 | 211,70 | n.s. |
| | Mittel | 288,64 | 251,56 | 278,39 | |
| | s | 257,17 | 283,86 | 263,41 | |
| | Min-Max | 8-1372 | 5-859 | 5-1372 | |
| DUP (in Wochen) | Median | 27,85 | 10,33 | 17,88 | n.s. |
| | Mittel | 83,34 | 53,91 | 75,17 | |
| | s | 136,49 | 92,20 | 125,83 | |
| | Min-Max | 3-722 | 3-367 | 3-722 | |

4.1.3 Vergleich mit ABC-Studie

Im nachfolgenden werden die Ergebnisse aus den in Köln erhobenen Daten zur Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose mit den Ergebnissen der in Mannheim durchgeführten ABC-Studie (Age-Beginning-Course of schizophrenia study) von Häfner und Mitarbeitern (Häfner et al., 1993, 1996, 2002) verglichen.

Die Stichprobe der Mannheimer ABC-Studie besteht aus den konsekutiven Erstaufnahmen eines Zwei-Jahres-Zeitraums, von 1987-1989. Es wurden alle Patienten mit einer weit gefassten Schizophrenie Diagnose (ICD-9: 295, 297, 298.3/4) im Alter von größer elf bis 65 Jahre in die Studie aufgenommen, die erstmalig aufgrund dieser Diagnose in eines von zehn psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen für Erwachsene und Kinder in der Rhein-Neckar-Region aufgenommen wurden. Diese halb städtische, halb ländliche Region umfasst ca. 1,5 Millionen Einwohner. Insgesamt wurden 276 Erstaufnahmefälle erfasst, von denen 232 (84%) in diesem Zeitraum ihre erste psychotische Episode erlebten. Die nachfolgenden Vergleiche mit den Daten aus der Kölner Region beziehen sich auf diese 232 Patienten.

In der nachfolgenden Tabelle 8 werden die Daten der Kölner Stichprobe den Mannheimer Daten gegenübergestellt.

Tabelle 8: Vergleich des Frühverlaufs zwischen der Kölner und der Mannheimer Region

| | | Kölner Stichprobe n= 80 | Mannheimer Stichprobe n= 232 | P |
|--------------------------------|----------|----------------------------|---------------------------------|--------------|
| Geschlecht | männlich | 57 (71,3%) | 108 (46,6%) | 0,001 |
| | weiblich | 23 (28,7%) | 124 (53,4%) | |
| Alter zu Beginn der Erkrankung | Mittel | 24,35 | 24,03 | 0,751 |
| | S | 8,79 | 10,47 | |
| Alter zu Beginn der Psychose | Mittel | 28,55 | 28,95 | 0,708 |
| | S | 9,02 | 9,96 | |
| Alter bei stationärer Aufnahme | Mittel | 29,80 | 30,32 | 0,545 |
| | S | 8,31 | 9,58 | |
| DUI (in Wochen) | Mittel | 278,39 | 327,08 | 0,111 |
| | S | 263,41 | 355,68 | |
| DUP (in Wochen) | Mittel | 75,17 | 70,72 | 0,765 |
| | S | 125,83 | 162,24 | |

Die beiden Stichproben unterscheiden sich hoch signifikant hinsichtlich ihrer Geschlechterverteilung ($\chi^2 = 14,56$; $p < 0,001$). In der Stichprobe der Mannheimer ABC-Studie wurden mehr Frauen untersucht als in der Kölner Stichprobe. Der Vergleich der Dauer der unbehandelten Erkrankung sowie der Dauer der unbehandelten Psychose ergab keine Unterschiede zwischen den beiden Stichproben. Damit können die statistischen Nullhypothesen der Hypothesen Ia und Ib beibehalten werden. Dies spricht für die inhaltliche Annahme, dass sich die Dauer der unbehandelten Psychose sowie der Dauer der unbehandelten Erkrankung zwischen den Regionen Köln und Mannheim nicht unterscheiden.

Abbildung 9 veranschaulicht die wichtigsten Kennwerte des Frühverlaufes zwischen den Kölner und Mannheimer Ersterkranktenstichproben.

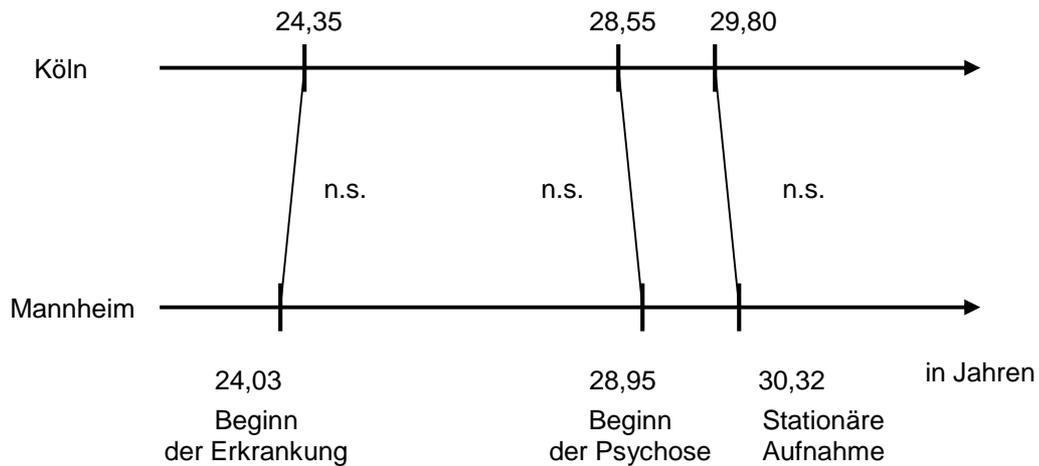


Abb. 9: Frühverlauf in der Kölner vs. Mannheimer Region

In der Kölner Stichprobe (Mannheimer ABC-Studie) gaben 24,1% (18%, n.s.) der untersuchten Patienten an, die Episode habe sich akut, d.h. innerhalb einer Woche entwickelt, 13,0% (15%, n.s.) gaben an, die Episode sei subakut, d.h. mit einer Vorphase von maximal einem Monat entstanden und 63,0% (68%, n.s.) gaben an, die Episode habe sich über einen Zeitraum länger als einen Monat entwickelt.

4.1.4 Pathways to Care

Insgesamt lagen von den 80 untersuchten Patienten vollständige Daten zum Weg in die Behandlung von 72 Patienten vor. Für acht Patienten konnten keine Angaben über die Wege in Behandlung gemacht werden. Alle weiteren Analysen zum Weg in die Behandlung beziehen sich auf diese Stichprobe.

Die Patienten nahmen im Median drei Kontakte bis zur stationären Aufnahme wahr. Das Minimum lag bei einem Kontakt, das Maximum bei acht Kontakten, bis die stationäre Aufnahme erfolgte. Abbildung 10 gibt wider, welches Hilfsangebot zuerst aufgesucht wurde, und welcher Zeitraum zwischen dem Aufsuchen des ersten Hilfsangebotes und der stationären Behandlung verging. Die Initiative für einen Kontakt zum Hilffssystem ging in den meisten Fällen primär vom Patienten selbst aus (43,5%), 37,6% der ersten Kontakte wurden von den Eltern oder Geschwistern initiiert, 4,3% von den Partnern, 14,6% von Freunden, Arbeitskollegen oder anderen.

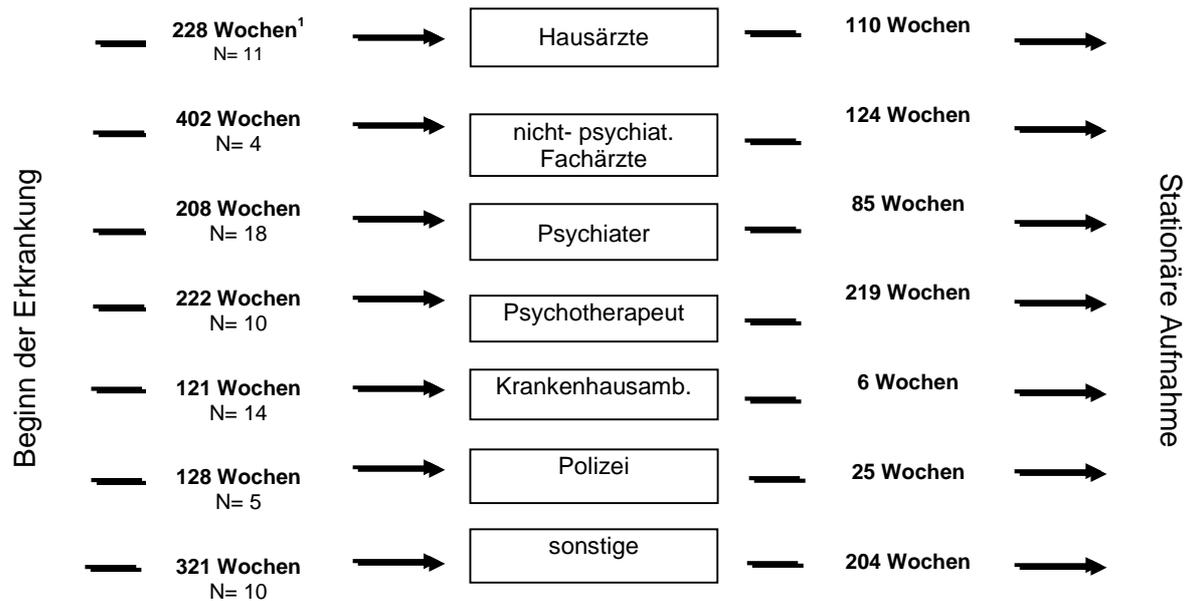


Abb. 10: Verzögerungen auf dem Weg in stationäre Behandlung [¹: Mittelwerte]

Im Mittel vergingen vom Beginn der Erkrankung bis zum ersten Hilfskontakt 219 Wochen (4,2 Jahre; sd= 271 Wochen), der Median lag bei 126 Wochen (2,4 Jahre). Vom Datum des ersten Hilfskontaktes bis zur stationären psychiatrischen Aufnahme vergingen im Mittel 107 Wochen (2,1 Jahre; sd= 207 Wochen), der Median lag bei 21 Wochen (0,4 Jahre).

Um die Verzögerungen auf dem Weg in eine stationäre Behandlung zu analysieren, wurde die Zeitspanne vom Beginn der Erkrankung bis zum Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes sowie die Zeitspanne vom Aufsuchen des ersten Kontaktes bis zur stationären Aufnahme in Abhängigkeit vom ersten Hilfskontakt untersucht (siehe Tabelle 9).

Die vier gebildeten Kategorien von Hilfskontakten (siehe statistische Verfahren) unterschieden sich dabei im Hinblick auf den Zeitraum vom Beginn der Erkrankung bis hin zum Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes nicht signifikant voneinander (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2=3,70$; df=3; p=0,296). Im Hinblick auf die Zeitspanne vom Aufsuchen des ersten Kontaktes bis hin zur stationären Aufnahme ergeben sich hoch signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Art des ersten aufgesuchten Hilfskontaktes (Kruskal-Wallis-Test; $\chi^2=28,70$; df=3; p<0,001).

Tab. 9: Verzögerungen auf dem Weg in stationäre Behandlung in Abhängigkeit des ersten Hilfskontaktes

| Erster Hilfskontakt zu | Zeitspanne I ^a Mittelwert (SD) | Zeitspanne II ^b Mittelwert (SD) |
|---|---|--|
| Kategorie I Hausärzte/ nicht psychiatrische Fachärzte | 274,03 (251,37) | 114,08 (179,90) |
| Kategorie II Psychiater und Psychotherapeuten | 213,40 (333,51) | 133,20 (223,59) |
| Kategorie III Krankenhausambulanz/ Polizei | 123,11 (121,63) | 11,14 (30,64) |
| Kategorie IV Sonstige | 321,94 (281,95) | 204,01 (320,14) |

^aZeitspanne I: Beginn der Erkrankung – erster Hilfskontakt

^bZeitspanne II: Erster Hilfskontakt - stationäre Behandlung

Bei dem Vergleich der einzelnen Kategorien zeigte sich, dass die hoch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf den Zeitraum vom Aufsuchen des ersten Hilfsangebotes bis hin zur stationären Aufnahme primär auf die im Vergleich zu anderen Hilfskontakten kurze Dauer zwischen dem Aufsuchen einer Krankenhausambulanz bzw. der Polizei und der stationären Aufnahme zurückzuführen waren (Hausarzt/nicht-psychiatrischer Facharzt vs. Krankenhausambulanz: $U=42$; $p<0,001$; Psychiater/Psychotherapeut vs. Krankenhausambulanz: $U=41$, $p<0,001$; sonstige vs. Krankenhausambulanz: $U=16$, $p<0,001$). Zwischen allen anderen Hilfsangeboten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich dieses Zeitraumes. Damit muss die statistische Nullhypothese der Hypothese II verworfen werden. Dies spricht dafür, dass Patienten, die sich mit einer beginnenden schizophrenen Erkrankung an einen Psychiater oder Psychotherapeuten wenden, nicht rascher in adäquate Behandlung gelangen, als wenn sich diese Personen zunächst an einen sonstigen Arzt, eine Beratungsstelle oder ein anderweitiges Hilfsangebot wenden.

Im Folgenden wird nun analysiert, welche Wege die Betroffenen vom ersten Hilfskontakt bis hin zur stationären Aufnahme beschritten.

Abbildung 11 gibt die Wege in stationäre psychiatrische Behandlung wieder. Dabei wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur diejenigen Kontakte angegeben, die von mehr als 5% der Patienten wahrgenommen wurden. Insgesamt suchten 27,8%

der Patienten nur einen Hilfskontakt auf, 19,4% zwei Hilfskontakte, 26,4% drei, 12,5% vier Hilfskontakte und 13,9% suchten fünf und mehr Hilfskontakte auf. Das Maximum waren acht Hilfskontakte, die ein Patient der untersuchten Stichprobe im Vorfeld aufsuchte.

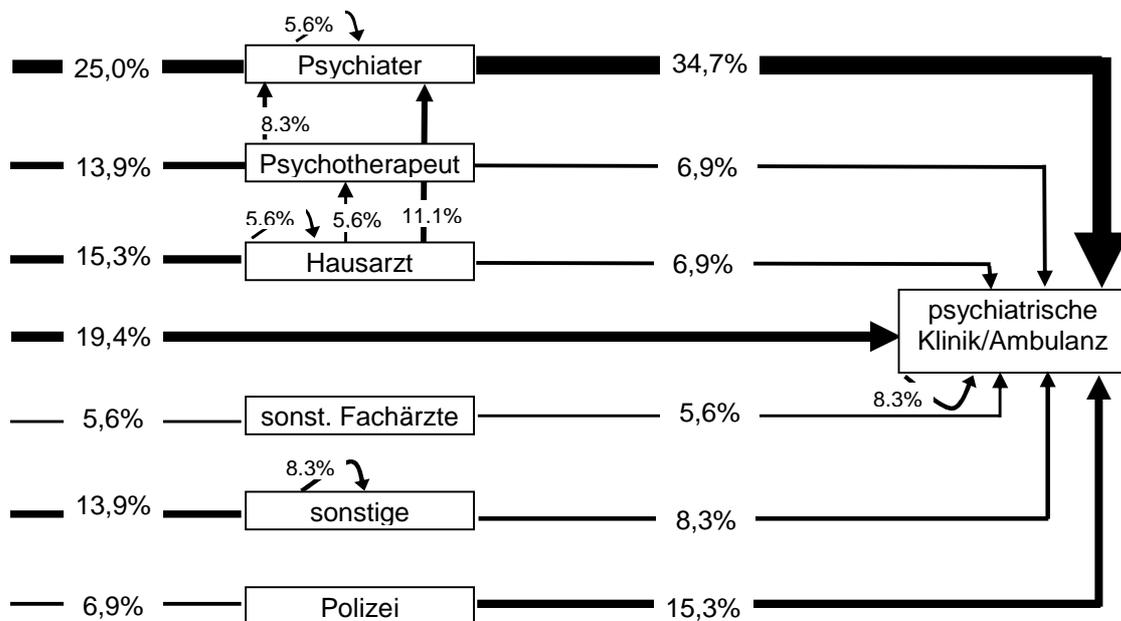


Abb. 11: Wege in die Behandlung, Kontaktwege, die von mehr als 5% der Patienten wahrgenommen wurden [Pfeildicke stellt den prozentualen Anteil derjenigen Patienten dar, die den jeweiligen ‚Pathways‘ gegangen sind]

Patienten, die einen Psychiater oder Psychotherapeuten im Vorfeld der stationären Aufnahme aufsuchten, gaben an, diesen signifikant häufiger kontaktiert zu haben, als wenn ein anderes Hilfsangebot aufgesucht wurde ($U=332,50$; $p=0,002$). 52,0% derjenigen Patienten, die zunächst einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufsuchten, erhielten dort bereits eine medikamentöse, 36,0% eine psychotherapeutische Behandlung.

Um zu überprüfen, ob sich die Patienten hinsichtlich soziodemographischer Daten sowie der Symptomatik zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme unterscheiden, sind in der nachfolgenden Tabelle wichtige Kennwerte zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme zwischen den vier Kategorien, die als erste Anlaufstelle aufgesucht wurden, angegeben.

Tab. 10: Vergleich soziodemografischer und symptomatischer Patientendaten in Abhängigkeit des ersten Hilfskontaktes

| Erster Hilfskontakt zu ... | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| | Kategorie I ¹ | Kategorie I ² | Kategorie I ³ | Kategorie I ⁴ | p |
| Alter bei Kontaktaufnahme | | | | | |
| Mittelwert | 29,81 | 27,09 | 28,64 | 26,72 | n.s. |
| SD | 10,30 | 11,36 | 7,20 | 9,72 | |
| Geschlecht | | | | | |
| männlich | 10 | 21 | 14 | 7 | n.s. |
| weiblich | 5 | 7 | 5 | 3 | |
| Familienstand | | | | | |
| ledig | 78,6% | 77,8% | 89,5% | 70,0% | |
| verheiratet | 7,1% | 11,1% | 5,3% | 30,0% | n.s. |
| geschieden | 7,1% | 7,4% | 5,3% | 0% | |
| verwitwet | 7,1% | 3,7% | 0% | 0% | |
| Schulbildung | | | | | |
| Hauptschule (o. Abschl.) | 7,1% | 3,8% | 10,5% | 0% | |
| Hauptschule | 14,3% | 34,6% | 26,3% | 20,0% | |
| Realschule | 7,1% | 19,2% | 5,3% | 40,0% | n.s. |
| Fachoberschule | 14,3% | 7,7% | 5,3% | 0% | |
| Abitur | 57,1% | 30,8% | 52,6% | 40,0% | |
| anderer Abschluss | 0% | 3,8% | 0% | 0% | |
| Berufsausbildung | | | | | |
| keine/ angelernt Abschluss/in Ausbildung | 21,4% | 29,6% | 61,1% | 22,2% | 0,058* |
| | 78,6% | 70,4% | 38,9% | 77,8% | |
| Anzahl Symptome zum Zeitpunkt des ersten Hilfskontaktes | | | | | |
| unspezifische Symptome | 7,07 | 6,17 | 7,58 | 5,20 | n.s. |
| Basissymptome | 5,43 | 3,58 | 5,50 | 2,70 | n.s. |
| attenuierte Symptome | 2,43 | 1,83 | 3,83 | 2,80 | n.s. |
| psychotische Symptome | 2,93 | 1,38 | 4,08 | 1,80 | 0,054* |

¹Kategorie I: Hausärzte/ nicht psychiatrische Fachärzte

²Kategorie II: Psychiater und Psychotherapeuten

³Kategorie III: Krankenhausambulanz/ Polizei

⁴Kategorie IV: sonstige

*p<0,1

Tabelle 10 gibt den Vergleich der Patienten in Abhängigkeit des zuerst aufgesuchten Hilfskontaktes wieder. Hinsichtlich der soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Familienstand und Schulbildung unterscheiden sich die Patientengruppen nicht. Patienten, die eine Krankenhausambulanz oder die Polizei kontaktierten, wiesen tendentiell ein geringeres Niveau der Berufsausbildung auf ($\chi^2=7,49$; $df=3$; $p=0,058$).

Die Patienten unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Anzahl an unspezifischen Symptomen, Basisymptomen oder attenuiert positiven Symptomen in Abhängigkeit

davon, an welches Hilfsangebot sie sich zunächst wendeten. Allerdings zeigten die Patienten, die zuerst eine Krankenhausambulanz oder die Polizei kontaktierten, tendenziell mehr Positivsymptome auf. Weiterführende post-hoc Analysen führen diese Unterschiede auf die hohe Anzahl an attenuierten und Positivsymptomen bei den Patienten zurück, die direkt eine Krankenhausambulanz oder die Polizei aufsuchten, im Vergleich zu denen, die zunächst einen Psychiater oder Psychotherapeuten kontaktierten (Mann-Whitney-U=70,5; $p=0,012$).

4.2. Ergebnisse der Evaluation der Kampagne

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluation der Kampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen referiert. Dabei werden zunächst die soziodemographischen Charakteristiken der Patienten in den Früherkennungszentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit miteinander verglichen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse zum Prodromverlauf in den jeweiligen Zentren vorgestellt.

4.2.1 Stichprobenvergleich

Insgesamt wurden in den Jahren 2000, 2001 und 2002 $N=121$ Patienten mit den Kriterien eines Prodroms in die Früherkennungsstudien eingeschlossen. In der nachstehenden Tabelle sind die wichtigsten soziodemographischen Daten wiedergegeben. Dabei werden die Patienten aus den Regionen mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit denjenigen aus Früherkennungszentren ohne systematische Aufklärungskampagnen gegenübergestellt.

Die Stichproben aus den unterschiedlichen Regionen mit und ohne systematischer Aufklärungskampagne unterschieden sich nicht hinsichtlich der soziodemographischen Variablen Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, derzeitige Partnerschaft, Schulausbildung, Berufsausbildung sowie dem Beschäftigungsverhältnis zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit dem jeweiligen Früherkennungszentrum.

Tab. 11: Stichprobencharakteristik der Prodromalpatienten in Köln/Bonn vs. Düsseldorf/München (alle eingeschlossenen Patienten der Jahre 2000, 2001, 2002)

| | | Köln/ Bonn n= 96 | Düsseldorf/ München n= 25 | gesamt n= 121 | p |
|---|-----------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------|------|
| Alter bei Erkennung des Prodromal- zustands | Mittel | 26,47 | 24,87 | 26,14 | n.s. |
| | s | 6,44 | 4,66 | 6,13 | |
| | Min-Max | 17-41 | 18-36 | 17-41 | |
| Geschlecht | männlich | 61,5% | 64,0% | 62,0% | n.s. |
| | weiblich | 38,5% | 36,0% | 38,0% | |
| Staatsangehörigkeit | deutsch | 87,4% | 88,0% | 87,5% | n.s. |
| | nicht deutsch | 12,6% | 12,0% | 12,5% | |
| Familienstand | ledig | 90,5% | 84,0% | 89,2% | n.s. |
| | verheiratet | 7,4% | 8,0% | 7,5% | |
| | getrennt lebend | 1,1% | 4,0% | 1,7% | |
| | geschieden | 1,1% | 4,0% | 1,7% | |
| | verwitwet | 0% | 0% | 0% | |
| Partnerschaft | keine Partnerschaft | 61,6% | 64,5% | 62,2% | n.s. |
| | verheiratet | 7,1% | 12,9% | 8,4% | |
| | eheähnliche Gemeinschaft | 8,9% | 9,7% | 9,1% | |
| | feste Partnerschaft | 22,3% | 12,9% | 20,3% | |
| Schulbildung | ohne | | | | n.s. |
| | Abschluss/Sonderschule | 1,1% | 4,0% | 1,7% | |
| | Hauptschule | 7,4% | 8,0% | 7,6% | |
| | Realschule | 19,1% | 28,0% | 21,0% | |
| | Fachhochschule | 12,8% | 8,0% | 11,8% | |
| | Abitur | 48,9% | 48,0% | 48,7% | |
| Berufsausbildung | Noch in der Schule | 10,6% | 4,0% | 9,2% | n.s. |
| | keine | 13,7% | 20,0% | 15,0% | |
| | angelernt | 2,1% | 8,0% | 3,3% | |
| | Lehre/Handelsschule | 28,4% | 24,0% | 27,5% | |
| | Meister/Fachschule | 1,1% | 0,0% | 0,8% | |
| | Fachhochschule/ Berufsakademie | 1,1%, 9,5% | 8,0%, 8,0% | 2,5%, 9,2% | |
| | Hochschule/Universität | 1,1% | 4,0% | 1,7% | |
| | andere | | | | |
| | noch in Ausbildung | 43,2% | 28,0% | 40,0% | |
| Derzeitiges Beschäftigungs- verhältnis | keine Arbeit | 32,6% | 20,0% | 30,0% | n.s. |
| | regulärer Arbeitsplatz | 56,8% | 60,0% | 57,5% | |
| | andere | 4,2% | 8,0% | 5,0% | |
| | keine Information | 6,4% | 12,0% | 7,5% | |

Wie viele Patienten in den Zentren mit und ohne systematischer Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Interventionsstudien des Kompetenznetzes Schizophrenie nach dem augenblicklichen Stand der Forschung im Sinne der ‚state of the art‘-Behandlung in den Jahren 2000 bis Mai 2003 behandelt wurden, ist in untenstehender Abbildung veranschaulicht.

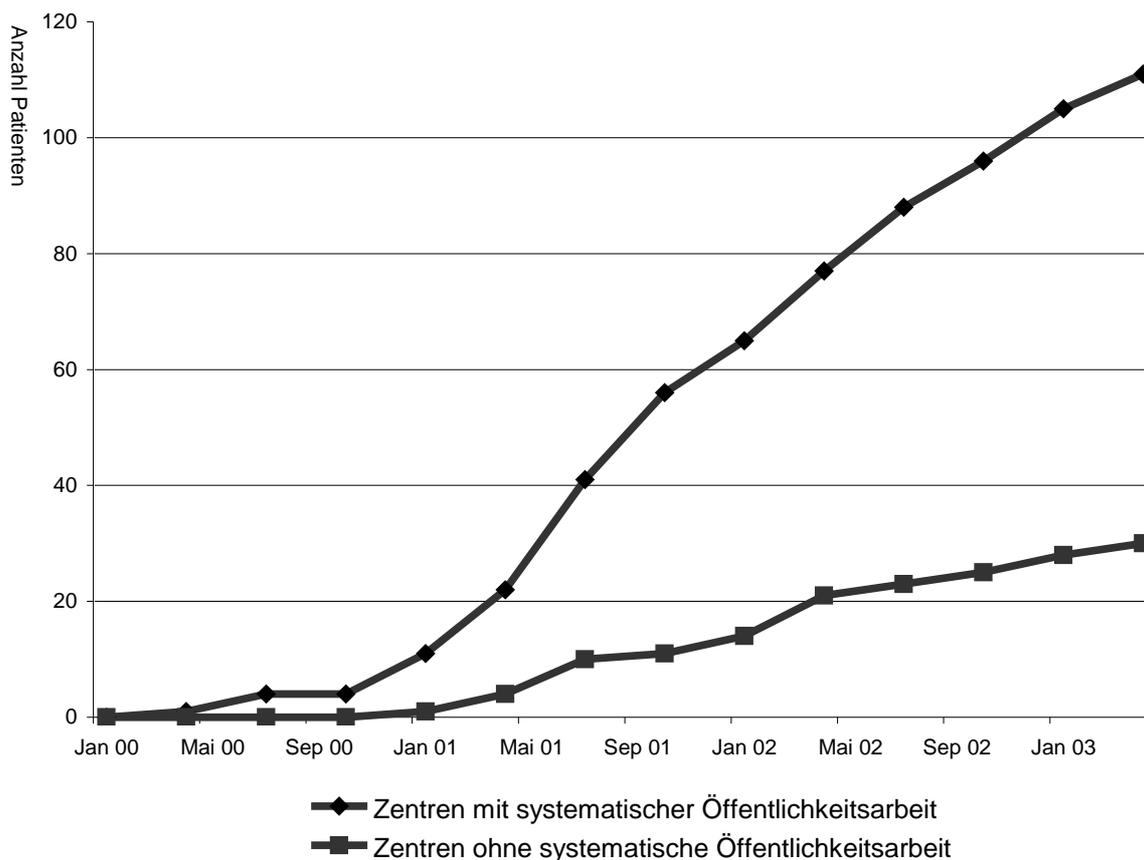


Abb. 12: Vergleich der Patienteneinschlüsse in Zentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit.

Es zeigt sich, dass in den Zentren mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit hoch signifikant mehr Patienten einer adäquaten Behandlung zugeführt werden konnten, als in den Zentren ohne Öffentlichkeitsarbeit. Dies kann mit den inferenzstatistischen Kennwerten in der nachfolgenden Tabelle belegt werden.

Tab. 12: Vergleich der Einschlüsse in den Zentren mit und ohne systematischer Öffentlichkeitsarbeit über einen 3 Jahres-Zeitraum

| | Zentren mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit | Zentren ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit | gesamt | χ^2 | P |
|-----------|--|--|--------|----------|---------|
| Jahr 2000 | 4 | 0 | 4 | -- | -- |
| Jahr 2001 | 52 | 11 | 63 | 26,68 | < 0,001 |
| Jahr 2002 | 40 | 14 | 54 | 12,52 | < 0,001 |
| 2000-2002 | 96 | 25 | 121 | 41,66 | < 0,001 |

Bezogen auf die statistischen Nullhypothese von Hypothese III kann diese beibehalten werden. Dies spricht für die Annahme, dass eine systematische

Öffentlichkeitsarbeit zu einer Zunahme von Personen in einem Prodromalstadium führt, die an einem Früherkennungszentrum Hilfe aufsuchen.

4.2.2 Analyse der Dauer des unbehandelten Prodroms

In der nachfolgenden Tabelle wird die Dauer des unbehandelten Prodroms in den Zentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass die durchschnittliche Dauer des unbehandelten Prodroms über alle Zentren hinweg bei nahezu 5 Jahren liegt. Zwischen den Zentren gibt es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Dauer des unbehandelten Prodroms. Die Prüfung auf Normalverteilung des Zeitraums der Dauer des unbehandelten Prodroms mittels des Komogorow-Smirnow-Testes fiel negativ aus, so dass der parameterfreie Mann-Whitney-U-Test angewandt wurde.

Tab. 13: Vergleich der Dauer des unbehandelten Prodroms in den Zentren mit und ohne systematischer Öffentlichkeitsarbeit ab 2001

| Zeitraum | | Zentren B/K ¹ | Zentren D/M ² | alle Zentren | Mann-Whitney U | p |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------|------|
| Jahr 2001 | x _a | 4,68 | 5,06 | 4,75 | 203,00 | n.s. |
| | sd | 4,58 | 5,74 | 4,77 | | |
| | N | 41 | 10 | 51 | | |
| Jahr 2002 | x | 4,57 | 7,44 | 5,25 | 149,00 | n.s. |
| | sd | 4,73 | 11,18 | 6,78 | | |
| | N | 32 | 10 | 42 | | |
| Jahr 2003 (bis 5-03) | x | 4,66 | 6,35 | 5,11 | 24,00 | n.s. |
| | sd | 4,61 | 5,01 | 4,64 | | |
| | N | 14 | 5 | 19 | | |
| 2000-2003 (bis 5-03) | x | 4,74 | 6,27 | 5,07 | 1114,00 | n.s. |
| | sd | 4,72 | 8,04 | 5,60 | | |
| | N | 91 | 25 | 116 | | |

¹ Zentren mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit, Bonn und Köln

² Zentren ohne systematischer Öffentlichkeitsarbeit, Düsseldorf und München
a in Jahren

Für die Mittelwertsunterschiede der Dauer des unbehandelten Prodroms ergibt sich eine standardisierte Effektgröße von $d=0,24$. Dies weist auf einen schwachen Effekt hin. Für das Jahr 2003 zeigt sich ein Effekt von $d=0,35$.

4.2.3 Vergleich des Prodromverlaufes zwischen den Regionen

Um zu überprüfen, inwieweit die Kampagne einen Einfluss auf das Aufsuchen von Hilfe in unterschiedlichen Stadien der Prodromalphase hat, werden in der nachfolgenden Tabelle überprüft, ob sich die Symptomatik zwischen den Zentren mit und ohne Öffentlichkeitsarbeit unterscheidet.

In nachfolgender Tabelle werden die Häufigkeiten der Patienten wiedergegeben, die im Frühverlauf angaben, Positivsymptome im Sinne von BLIPS erlebt zu haben, attenuierte Positivsymptome und/oder prädiktive Basissymptome. Dabei zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied (χ^2 -Test) zwischen den Zentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit.

Tabelle 14: Häufigkeit der Patienten, bei denen im Frühverlauf positiv, attenuierte Symptome bzw. prädiktive Basissymptome auftraten in den Zentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit über den Gesamtzeitraum

| Symptomatik | | Zentren B/K ¹ | Zentren D/M ² | alle Zentren | p |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|------|
| Psychotische Symptome | aufgetreten | 34 | 5 | 39 | n.s. |
| | nicht aufgetreten | 80 | 26 | 106 | |
| Attenuierte Positivsymptome | aufgetreten | 79 | 22 | 101 | n.s. |
| | nicht aufgetreten | 35 | 9 | 44 | |
| Prädiktive Basissymptome | aufgetreten | 77 | 21 | 98 | n.s. |
| | nicht aufgetreten | 37 | 10 | 47 | |

¹ Zentren mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit, Bonn und Köln

² Zentren ohne systematischer Öffentlichkeitsarbeit, Düsseldorf und München

In Tabelle 15 sind die Auftretenszeiträume der jeweiligen Symptomatik im Vorfeld der Behandlung im Früherkennungszentrum aufgezeigt. Dabei zeigt sich im Zentrumsvergleich keine signifikante Veränderung zwischen den Zentren über den Gesamtzeitraum hinweg. Die Positivsymptomatik im Sinne der BLIPS ist in die Berechnung nicht eingeflossen, da lediglich ein Drittel aller Patienten diese im Vorfeld angaben. Erstaunlicherweise lag das Auftreten der BLIPS bei diesen Patienten durchschnittlich mehr als 4 Jahre im Vorfeld der Aufnahme ins Früherkennungszentrum.

Tab. 15: Vergleich der Zentren hinsichtlich der Dauer der Symptome im Vorfeld des Beginns der Behandlung im Früherkennungszentrum (Mann-Whitney-U-Test)

| Symptombereich | | Zentren B/K ^a | Zentren D/M ^b | alle Zentren | p |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|------|
| Depressive Symptomatik | Mittelwert ¹ | 5,88 | 5,30 | 5,75 | n.s. |
| | SD | 6,47 | 4,72 | 6,10 | |
| | Median ¹ | 3,70 | 4,40 | 4,03 | |
| | N ² | 89 | 26 | 115 | |
| | Min-Max ¹ | 0-32 | 0-16 | 0-32 | |
| Unspezifische Symptomatik | Mittelwert | 5,85 | 6,89 | 6,08 | n.s. |
| | SD | 6,39 | 5,67 | 6,24 | |
| | Median | 3,06 | 6,12 | 3,31 | |
| | N | 100 | 28 | 128 | |
| | Min-Max | 0-24 | 0-16 | 0-24 | |
| Negativ Symptomatik | Mittelwert | 3,72 | 3,15 | 3,60 | n.s. |
| | SD | 4,54 | 3,80 | 4,38 | |
| | Median | 1,88 | 1,81 | 1,83 | |
| | N | 93 | 26 | 119 | |
| | Min-Max | 0-20 | 0-13 | 0-20 | |
| Nicht prädiktive Basissymptome | Mittelwert | 4,65 | 5,74 | 4,88 | n.s. |
| | SD | 4,82 | 6,20 | 5,13 | |
| | Median | 2,26 | 4,38 | 2,58 | |
| | N | 100 | 26 | 126 | |
| | Min-Max | 0-21 | 0-26 | 0-26 | |
| Prädiktive Basissymptome | Mittelwert | 2,73 | 3,63 | 2,92 | n.s. |
| | SD | 3,63 | 4,73 | 3,88 | |
| | Median | 1,24 | 1,04 | 1,21 | |
| | N | 75 | 20 | 95 | |
| | Min-Max | 0-17 | 0-14 | 0-17 | |
| Attenuierte Positivsymptomatik | Mittelwert | 4,29 | 4,38 | 4,31 | n.s. |
| | SD | 4,33 | 6,23 | 4,77 | |
| | Median | 2,60 | 2,29 | 2,52 | |
| | N | 77 | 21 | 98 | |
| | Min-Max | 0-18 | 0-23 | 0-23 | |
| BLIPS | Mittelwert | 4,03 | 12,06 | 4,88 | n.s. |
| | SD | 4,11 | 14,88 | 6,26 | |
| | Median | 2,90 | 8,06 | 2,90 | |
| | N | 34 | 4 | 38 | |
| | Min-Max | 0-15 | 0-31 | 0-31 | |

^a Zentren mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit, Bonn und Köln

^b Zentren ohne systematischer Öffentlichkeitsarbeit, Düsseldorf und München

¹ = in Jahren ² = Häufigkeiten

4.2.4 Vergleich des Symptombeginns über die Jahre

Nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse der Varianzanalyse dar, in die als feste Faktoren die dichotomisierte Zentrumsvariable in den Ausprägungen Regionen mit vs ohne systematischer Öffentlichkeitsarbeit sowie die Jahresvariable in der Ausprägung 2001 und 2002 eingegangen sind. Abhängige Variablen sind die Dauern

der Symptomgruppen (unspezifische Symptome, depressive Symptome, negative Symptome, nicht prädiktive Basissymptome, prädiktive Basissymptome und attenuierte Positivsymptome).

Tab. 16: Varianzanalyse der unbehandelten Symptombauern über die Zentren und die Jahre 2001/ 2002 hinweg

| | | Mittelwert | Sd | N | p _{HEZ} | p _{HEJ} | p _{WW} |
|---------------------------------------|------|------------|------|----|-------------------|------------------|-------------------|
| unspezifische Symptomatik | | | | | | | |
| Köln/Bonn | 2001 | 5,35 | 5,87 | 48 | n.s. | n.s. | n.s. |
| | 2002 | 6,35 | 7,27 | 35 | | | |
| Düsseldorf/München | 2001 | 8,12 | 7,29 | 10 | | | |
| | 2002 | 5,54 | 4,90 | 13 | | | |
| Negativsymptomatik | | | | | | | |
| Köln/Bonn | 2001 | 4,16 | 4,31 | 44 | 0,086 (F=3,01) | n.s. | n.s. |
| | 2002 | 3,53 | 5,09 | 33 | | | |
| Düsseldorf/München | 2001 | 1,99 | 2,02 | 10 | | | |
| | 2002 | 2,06 | 1,70 | 11 | | | |
| depressive Symptomatik | | | | | | | |
| Köln/Bonn | 2001 | 5,37 | 5,42 | 42 | n.s. | n.s. | n.s. |
| | 2002 | 7,04 | 8,17 | 30 | | | |
| Düsseldorf/München | 2001 | 3,83 | 4,78 | 10 | | | |
| | 2002 | 6,68 | 4,41 | 12 | | | |
| Nicht prädiktive Basissymptome | | | | | | | |
| Köln/Bonn | 2001 | 4,75 | 4,84 | 50 | n.s. | n.s. | n.s. |
| | 2002 | 4,30 | 4,81 | 32 | | | |
| Düsseldorf/München | 2001 | 5,31 | 8,04 | 10 | | | |
| | 2002 | 5,51 | 5,39 | 11 | | | |
| Prädiktive Basissymptome | | | | | | | |
| Köln/Bonn | 2001 | 2,88 | 3,02 | 32 | n.s. | n.s. | n.s. |
| | 2002 | 2,67 | 3,86 | 27 | | | |
| Düsseldorf/München | 2001 | 2,16 | 4,58 | 9 | | | |
| | 2002 | 4,52 | 4,61 | 7 | | | |
| Attenuierte Positivsymptomatik | | | | | | | |
| Köln/Bonn | 2001 | 4,37 | 4,50 | 37 | n.s. | n.s. | 0,099 (F=2,79) |
| | 2002 | 4,34 | 4,45 | 25 | | | |
| Düsseldorf/München | 2001 | 2,49 | 2,86 | 9 | | | |
| | 2002 | 7,06 | 9,35 | 8 | | | |
| BLIPS | | | | | | | |
| Köln/Bonn | 2001 | 4,06 | 4,85 | 18 | -- | -- | -- |
| | 2002 | 4,03 | 3,26 | 10 | | | |
| Düsseldorf/München | 2001 | 15,08 | -- | 1 | | | |
| | 2002 | 31,90 | -- | 1 | | | |

p_{HEZ} = Haupteffekt Zentrum

p_{HEJ} = Haupteffekt Jahr

p_{WW} = Wechselwirkung Zentrum/Jahr

Wie der oben stehenden Tabelle 16 zu entnehmen ist, zeigen sich lediglich Tendenzen im Haupteffekt der Zentrumsvariable hinsichtlich der Negativsymptomatik und in der Wechselwirkung zwischen Jahr und Zentrum in der Variable ‚Attenuierte Positivsymptomatik‘. Für alle weiteren Variablen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Jahren 2001 und 2002 nachweisen.

Nachfolgende Abbildung veranschaulicht den Frühverlauf in den Zentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit. Dabei wird in der Darstellung zwischen den einzelnen Symptomgruppen differenziert.

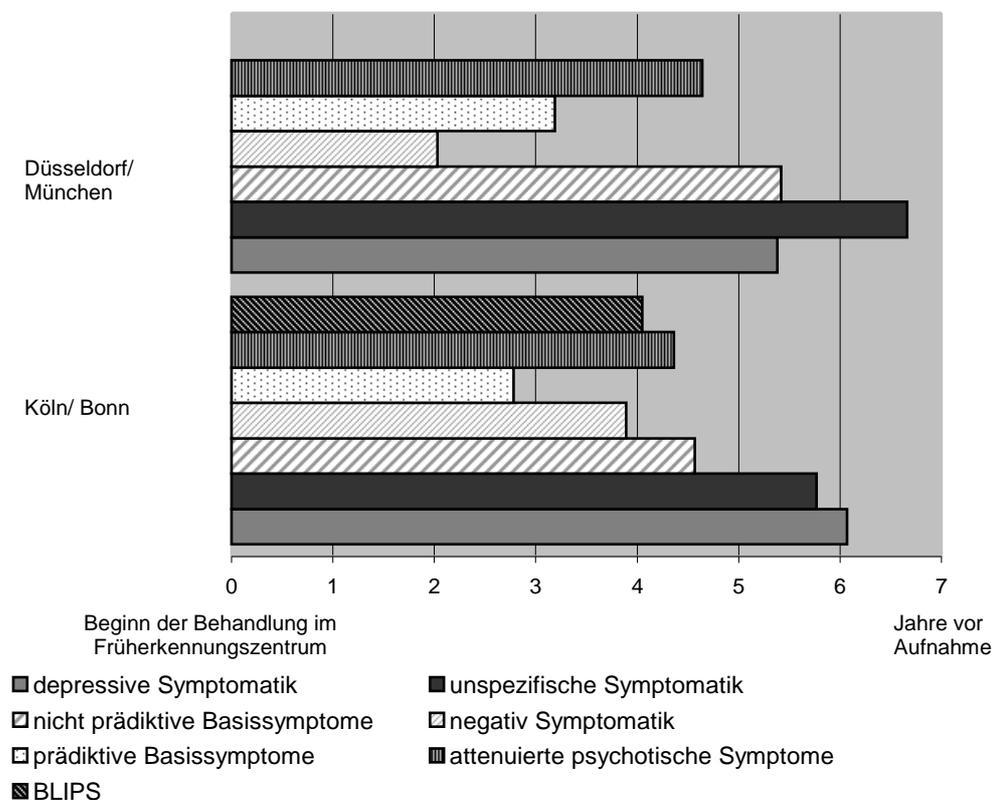


Abb. 13: Symptomatik im Frühverlauf, Vergleich zwischen den Zentren mit und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit

4.2.5 Ergebnisse zur Analyse telefonischer Anfragen

Insgesamt gingen in dem erfassten Zwei-Jahres-Zeitraum 1229 telefonische Anfragen über das Beratungstelefon des Kölner Früherkennungszentrums ein. Davon bezogen sich 778 (63,3%) Anfragen auf eine Beratung bei psychischen Problemen. 17,5% der Anrufe waren Informationsanfragen, 13,9% Mitteilung und

5,3% der Anfragen konnten nicht hinsichtlich der Art der Anfrage spezifiziert werden. In Tabelle 17 sind alle Anrufe für die beiden Jahreszeiträume gegenübergestellt.

Tab. 17: Charakteristik der telefonischen Anfragen an das Kölner Früherkennungszentrum

| | Anfragen Zeitraum I ^a (n=645) | Anfragen Zeitraum II ^b (n=584) | gesamt (n=1229) | P |
|-------------------------|---|--|--------------------|----------------------|
| Art der Anfrage | | | | |
| Beratungsanfrage | 67,1% | 59,1% | 63,3% | 0,032 ⁽¹⁾ |
| Informationsanfrage | 15,7% | 19,5% | 17,5% | |
| Mitteilung | 12,7% | 15,2% | 13,9% | |
| keine Information | 4,5% | 6,2% | 5,3% | |
| Wer ruft an | | | | |
| Betroffener | 45,9% | 42,9% | 44,6% | n.s. |
| Angehöriger | 29,5% | 28,3% | 29,0% | |
| Professioneller | 24,7% | 28,8% | 26,4% | |
| Geschlecht des Anrufers | | | | |
| männlich | 31,5% | 39,7% | 35,4% | 0,003 ⁽¹⁾ |
| weiblich | 68,5% | 60,3% | 64,6% | |
| Wohnort des Anrufers | | | | |
| Köln | 45,7% | 45,4% | 45,6% | 0,001 ⁽¹⁾ |
| ca. 100 km um Köln | 26,8% | 20,9% | 24,0% | |
| >100 km um Köln | 5,6% | 11,1% | 8,2% | |
| unbekannt | 21,9% | 22,9% | 22,2% | |

¹ χ^2 -Test

^aZeitraum I: 01.03.2002-28.02.2003

^bZeitraum II: 01.03.2003-28.02.2004

Im Zeitraum I vom 01.03.2002 bis 28.02.2003 gingen tendenziell mehr Anfragen ein als im Zeitraum II vom 01.03.2003 bis 28.02.2004 ($\chi^2=3,028$; $p=0,082$). Für die Gesamtstichprobe zeigte sich, dass nahezu zwei Drittel aller Anrufer weiblich waren, ein Drittel männlich. Im zweiten erfassten Jahreszeitraum riefen hoch signifikant mehr Männer an als dies für den Jahreszeitraum davor der Fall war ($\chi^2=9,130$; $p=0,003$).

In Tabelle 18 werden die soziodemografischen Charakteristiken der 778 Beratungsanfragen zwischen den beiden erhobenen Jahreszeiträumen miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, dass die betroffene Indexperson im Zeitraum II signifikant häufiger männlich war als im Jahr zuvor ($\chi^2=5,782$; $p=0,016$). Die Indexperson, für die im Telefonat eine Beratung erfolgte, war durchschnittlich 30,0 Jahre alt. Dabei waren die männlichen Personen in der Gesamtstichprobe höchst signifikant jünger als die weiblichen (28,24 vs 32,16 Jahre; $t=3,54$; $p<0,001$).

Der größte Teil derjenigen Anrufer mit einem Beratungsanliegen an das Früherkennungszentrum wurden mittels Zeitungs-, Radio- und Fernsehbeiträgen auf das Kölner Früherkennungszentrum aufmerksam (26,6%), gefolgt von Beratungsstellen (13,1%), Psychiatern (11,3%), Psychotherapeuten (10,7%) und dem Internet (10,3%).

Abbildung 15 gibt die Anzahl an Beratungsanfragen wider, die auf die jeweilige, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit angesprochene Dialoggruppe zurückgeführt werden können. So sind die aufgrund von Informationen aus den Medien und dem Internet sich an das Früherkennungszentrum wendende Personen explizit aufgeführt sowie die Dialoggruppen der psychiatrischen Versorgung und der primären Versorgung. Weitere Gruppen bilden die Angehörigen, Freunde und Lehrer sowie Informationsmaterialien und -veranstaltungen. Dabei beinhaltet die Abbildung gleichzeitig die aus der Anzahl der Anfragen des jeweiligen Mediums hervorgegangenen Erstgespräche und die Anzahl derjenigen vorstellig gewordenen Patienten, die die Kriterien eines psychosenahen bzw. psychosefernen Prodromalzustandes erfüllten.

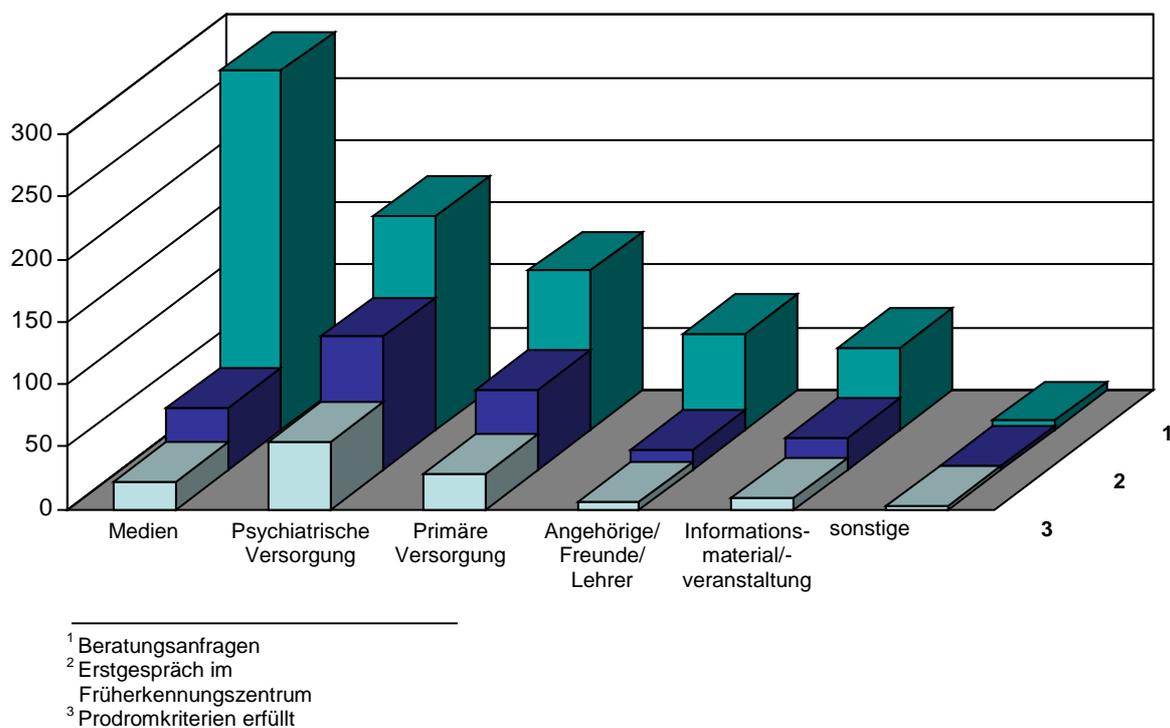


Abb. 15: Telefonische Beratungsanfragen, Erstgespräche sowie Prodromdiagnose in Abhängigkeit des Mediums, das zur Kontaktaufnahme führte, N=732 gültige Fälle

Insgesamt gelangten von den 778 Beratungsanfragen, von denen in 263 Fällen ein Termin im Früherkennungszentrum als Ergebnis des Telefonates aufgrund der Erfüllung der Screeningkriterien vorlag, 208 Patienten (79,1%) zu einer persönlichen Vorstellung ins Früherkennungszentrum. In Abbildung 16 wird für diese Patienten wiedergegeben, welche Diagnose im Früherkennungszentrum gestellt wurde. Die Häufigkeiten der gestellten Diagnosen zwischen den beiden Jahreszeiträumen I und II unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

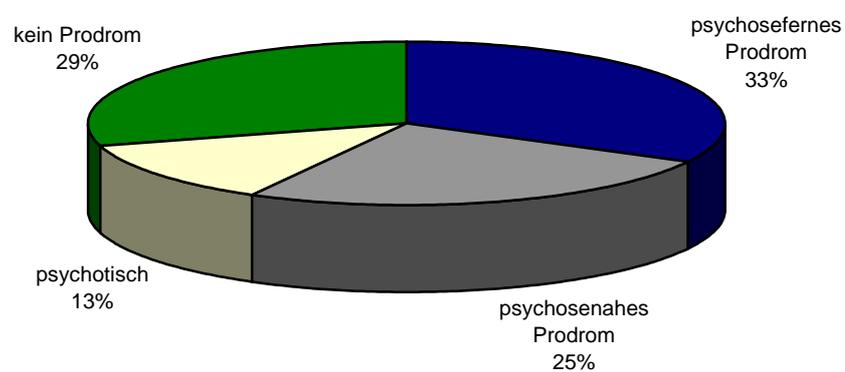


Abb. 16: Diagnosen der über das telefonische Beratungsangebot im Früherkennungszentrum vorstellig gewordenen Patienten, n=208

Um zu prüfen, über welches Medium welche Anzahl an Anfragen kommen müssen, um einen Prodromalpatienten zu identifizieren, wird in Tabelle 19 die Anzahl an Beratungsanfragen wiedergegeben, die in Abhängigkeit des jeweiligen Mediums notwendig sind, um einen Menschen zu erkennen, der die Kriterien eines psychosenahen bzw. psychosefernen Prodromalzustandes erfüllt. Zur genaueren Differenzierung der Medien wurde das Internet als gesonderte Kategorie aufgeführt. Dabei erfolgt die Darstellung mittels des Vergleiches zwischen den beiden Jahreszeiträumen.

Dabei zeigt sich deskriptiv, dass von 19 Anfragen über die Medien ein Patient die Kriterien eines Prodromalstadiums erfüllt, hingegen jeder dritte Patient, der über die Träger der psychiatrischen Versorgung im Früherkennungszentrum vorstellig wird.

Tabelle 19: Anzahl an Anfragen, um einen Prodromalpatienten zu identifizieren

| Medium | Anzahl an Anfragen, um einen Prodromalpatienten zu identifizieren | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------|----------------|
| | Zeitraum I ^a | Zeitraum II ^b | Gesamtzeitraum |
| Internet | 6 | 9 | 7 |
| Medien | 16 | 32 | 19 |
| Psychiatrische Versorgung | 3 | 3 | 3 |
| Primäre Versorgung | 4 | 5 | 4 |
| Angehörige/Freunde/Lehrer | 9 | 32 | 13 |
| Informationsmaterial/-veranstaltungen | 16 | 6 | 7 |
| Sonstige | 4 | 3 | 4 |

^aZeitraum I: 01.03.2002-28.02.2003

^bZeitraum II: 01.03.2003-28.02.2004

Zur statistischen Überprüfung der Vorhersage, ob die Charakteristik eines Beratungsanrufes mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergeht, dass die betroffene Indexperson die Kriterien eines psychosenahen oder psychosefernen Prodromalstadiums erfüllt, wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt. In die Berechnung gingen die Charakteristiken des Alters und Geschlechts der Indexperson sowie die Kategorie der Initiation des Kontaktes ein. Das Ergebnis der binären logistischen Regression ist in Tabelle 20 wiedergegeben.

Tabelle 20: Charakteristiken des Anrufes und ihre Vorhersagewahrscheinlichkeit für die Erfüllung der Prodromalkriterien, binäre logistische Regression, UV: Prodromalkriterien erfüllt ja/nein

| | Regressionskoeffizient B | Wald | P |
|--|--------------------------|--------|------------------|
| Alter der Indexperson | -0,055 | 19,105 | >0,001 |
| Initiation | | | |
| Initiation Internet | 1,855 | 3,038 | 0,081 |
| Initiation Medien | 1,215 | 1,314 | 0,252 |
| Initiation Psychiatrische Versorgung | 2,843 | 7,667 | 0,006 |
| Initiation Primäre Versorgung | 2,192 | 4,458 | 0,035 |
| Initiation Angehörige, Freunde, Lehrer | 1,132 | 1,055 | 0,304 |
| Initiation Informationsmaterial/-veranstaltung | 1,681 | 2,412 | 0,120 |
| Initiation sonstige | RG ¹ | - | - |
| Konstante | -2,231 | 4,352 | 0,037 |

N= 779

Pseudo R²= 0,184

¹RG: Referenzgröße

Das Alter der Indexperson hat einen statistisch signifikanten Zusammenhang damit, ob eine Indexperson eines telefonischen Beratungsgesprächs die Kriterien eines Prodromalstadiums erfüllt. Je jünger die Indexperson war, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, dass die Kriterien für ein psychosefernes bzw. psychosenahes

Prodromalstadium erfüllt waren. Darüber hinaus hat das Medium der Initiation des Kontaktes dahingehend einen Einfluss, dass die Wahrscheinlichkeit für die Erfüllung der Kriterien eines Prodromalstadiums durch die Indexperson signifikant erhöht ist, wenn die Kontaktaufnahme durch einen Träger der psychiatrischen Versorgung initiiert wurde und signifikant höher, wenn die Kontaktaufnahme durch einen Träger der Primärversorgung initiiert wurde. Der Faktor Geschlecht leistete keinen signifikanten Beitrag und wurde im ersten Iterationsschritt ausgeschlossen.

5. Diskussion

Umfangreiche nationale und internationale Studien haben in der Vergangenheit den oftmals jahrelangen symptomatischen Frühverlauf schizophrener Psychosen belegt. Im Rahmen der ‚first episode‘ Forschung - der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit schizophrenen Ersterkrankten - konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass eine kürzere unbehandelte psychotische Vorphase mit günstigeren Krankheitsverläufen in Zusammenhang steht (Norman & Malla, 2001). Gleiches wird für die Dauer der unbehandelten Erkrankung erwartet (McGlashan & Johannessen, 1996). Da mittlerweile erste empirische Ergebnisse die Möglichkeit einer prospektiven Diagnostik stützen (Klosterkötter et al., 2001; McGorry et al., 2002) und erste längsschnittlich angelegte Verlaufsstudien für die psychotherapeutische und medikamentöse Frühbehandlung einen günstigen Effekt nachweisen konnten (Yung et al., 1998, McGorry et al., 2002), kann dieser empirische Forschungsstand auf dem Gebiet der Früherkennung die Implementierung von so genannten Früherkennungszentren rechtfertigen. Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung schizophrener Psychosen verspricht somit die Chance, Menschen mit einem erhöhten Risiko, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, vor dem Ausbruch einer manifesten psychotischen Erkrankung zu bewahren oder zumindest den Verlauf einer möglichen Erkrankung günstig zu beeinflussen (McGlashan & Johannessen, 1996).

Das erste nationale Früherkennungszentrum etablierte sich an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln, weitere entstanden im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie (Ruhrmann et al., 2003a), einer von bislang 18 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiierten Forschungsverbänden in der Medizin (www.kompetenznetze-medizin.de). In diesen Früherkennungszentren werden neben einer Früherkennungsdagnostik auch – in Abhängigkeit der Höhe des Erkrankungsrisikos – im Rahmen von durch Ethikvoten abgesicherten und kontrollierten Studien psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen angeboten. Auch wenn der empirische Wissenstand und insbesondere der mögliche Zeitpunkt einer Frühintervention bislang immer wieder kritisch diskutiert werden (Warner, 2002), so ist all diesen Bemühungen einer indizierten Prävention schizophrener Erkrankungen (Mrazek &

Haggerty, 1994) eigen, dass sie nur dann von wissenschaftlichem und auch klinischem Erfolg gekrönt seien werden, wenn es gelingt, potentielle Risikopersonen zu einer Kontaktaufnahme mit einem Früherkennungszentrum zu bewegen.

Die vorliegende Arbeit analysierte daher zunächst die Voraussetzungen für eine Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen anhand der retrospektiven Erfassung der Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung in der Region Köln sowie der Analyse der Wege in adäquate Behandlung bei schizophrenen Ersterkrankten. Im Anschluss daran wurde eine Öffentlichkeitskampagne konzipiert und implementiert.

Zur Evaluation der in dieser Arbeit implementierten Öffentlichkeitskampagne über Risikofaktoren, Frühwarnzeichen und die Möglichkeiten einer Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen wurde überprüft, ob die Implementierung einer systematischen Öffentlichkeitsarbeit zu einer vermehrten Inanspruchnahme eines Früherkennungszentrums durch insbesondere junge Erwachsene mit einem möglichen erhöhten Psychoserisiko führte. Da bereits zahlreiche Befunde die Annahme stützen, dass der Verlauf einer schizophrenen Erkrankung durch die Dauer der unbehandelten Psychose mitbestimmt wird (Norman & Malla, 2001) und gleiches für die Dauer der unbehandelten Erkrankung angenommen wird (McGlashan & Johannessen, 1996), sollte in der vorliegenden Arbeit überprüft werden, ob die Dauer des unbehandelten Prodroms – also der Zeitraum, der zwischen dem Auftreten erster Prodromalsymptome und dem Beginn einer adäquaten Frühbehandlung liegt - in einer Region mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit im Vergleich zu Regionen ohne solche Aktivitäten signifikant verkürzt werden kann. Diese mögliche Verkürzung würde langfristig mit einer substanziellen Reduktion der Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung einhergehen. Schließlich wurden die Zuweisungswege der im Früherkennungszentrum vorstellig gewordenen ‚Prodromalpatienten‘ anhand der telefonischen Inanspruchnahme des Beratungstelefon des Kölner Früherkennungszentrums analysiert.

Die nachfolgende Diskussion der im vorausgegangenen Kapitel dargestellten Ergebnisse erfolgt zunächst entlang dieser Struktur – Voraussetzungen,

Öffentlichkeitskampagne, Evaluation – bevor die Ergebnisse im Gesamtzusammenhang diskutiert werden.

5.1 Diskussion der Voraussetzungen der Öffentlichkeitskampagne

5.1.1 Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung

Um die Ausgangssituation für eine Kampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen in der Kölner Region zu erfassen, wurde in dieser Region die Dauer der unbehandelten Psychose sowie die Dauer der unbehandelten Erkrankung anhand retrospektiver Daten von schizophrenen Ersterkrankten erfasst. Dazu wurden in der vorliegenden Untersuchung in einem definierten Sechs-Monats-Zeitraum in der Kölner Region alle erstmalig an einer schizophrenen Psychose erkrankten Menschen angesprochen und hinsichtlich ihres Frühverlaufs der Erkrankung retrospektiv befragt. Somit konnte eine repräsentative Stichprobe gewonnen werden. Für die 80 untersuchten Patienten ergab sich eine Dauer der unbehandelten Psychose von durchschnittlich 75 Wochen, im Median eine Dauer von 18 Wochen. Die Dauer der unbehandelten Erkrankung lag bei durchschnittlich 278 Wochen (5,4 Jahre), im Median bei 212 Wochen (4,0 Jahre).

Damit unterscheiden sich die gefundenen Zeiträume der unbehandelten Psychose und Erkrankung nicht von den Ergebnissen aus der Mannheimer ABC Studie (vgl. Hypothese Ia, Ib, S. 66). Insofern kann die vorliegende Untersuchung als Replikation der Ergebnisse aus der Mannheimer ‚Age Beginning Course of Schizophrenia Study‘ (ABC-Studie) (Häfner et al., 1993, 1996, 2002) angesehen werden. Dies deutet darauf hin, dass sich die Verzögerungen auf dem Weg in adäquate Behandlung in den zurückliegenden gut 15 Jahren nicht signifikant verkürzt haben und die Ergebnisse einer sich aus ländlichen und städtischen Gebieten gemischten Bevölkerungsstruktur in Deutschland nicht unterscheiden. Allerdings sind in der Kölner Stichprobe signifikant mehr männliche als weibliche Patienten untersucht worden, als dies für die repräsentative Mannheimer Stichprobe zutrif.

In der untersuchten Kölner Stichprobe bestätigte sich der Unterschied im Beginn der Erkrankung zwischen den Geschlechtern (vgl. Hypothese Ic, S.67), die untersuchten weiblichen Patienten erkrankten durchschnittlich hoch signifikant später mit 28,56

Jahren als die männlichen Patienten im Alter von 22,74 Jahren. Zum Zeitpunkt der ersten stationären Aufnahme waren die weiblichen Patienten gleichfalls hoch signifikant älter als die männlichen Patienten. Das spätere Manifestationsalter bei den weiblichen Patienten wird auf die protektive Wirkung des Östrogens zurückgeführt (Häfner et al., 1996) und geht damit einher, dass die weiblichen Patienten häufiger sozial und beruflich besser eingebunden sind als dies für die männlichen Patienten zutrifft (Häfner et al., 1993, 1996). Dies könnte auch das veränderte Geschlechterverhältnis in der untersuchten Kölner Stichprobe erklären. Die weiblichen Patienten werden möglicherweise eher ambulant behandelt, da sie über ein besseres soziales Unterstützungssystem verfügen. Da die Mannheimer Stichprobe Ende der achtziger Jahre erhoben worden ist, spiegelt sich eventuell die bessere ambulante Behandlung in der Art wider, dass die besser integrierten Patientinnen mehrheitlich adäquat ambulant behandelt werden können. Dieser Trend hin zu einem deutlich höheren Anteil männlicher Patienten in Erstepisodensamplern zeigt sich auch international (Browne et al., 2000; Larsen et al., 1996; Norman & Malla, 2004).

Die gefundene Dauer der unbehandelten Psychose von 75 Wochen stimmt mit den derzeit vorliegenden internationalen Studien gut überein, die mehrheitlich eine Dauer der unbehandelten Psychose von ein bis zwei Jahren angeben (Barnes et al., 2000; Beiser et al., 1993; Browne et al., 2000; Fuchs & Steinert, 2002; Haas & Sweeney, 1992; Häfner et al., 2002; Ho et al., 2000; Larsen et al., 1996, 1998; Linszen et al., 1998; Loebel et al., 1992; McGorry et al., 1996; Skeate et al., 2002; Szymanski et al., 1996; Yung et al., 2003b).

Die Dauer der unbehandelten Erkrankung von durchschnittlich sechs Jahren unterscheidet sich nicht von den Ergebnissen der beiden vorliegenden deutschen Studien (Fuchs & Steinert, 2002; Häfner et al., 2002), allerdings sind diese Werte im internationalen Vergleich relativ lang. So geben Beiser und Mitarbeiter (1993) mit 171 Wochen die kürzeste durchschnittliche Dauer der unbehandelten Erkrankung an, Barnes und Mitarbeiter (2000) fanden eine durchschnittliche Dauer der unbehandelten Erkrankung von 173 Wochen. Diese kürzeren Zeiträume der Dauer der unbehandelten Erkrankung in den internationalen Studien könnten Ausdruck unterschiedlicher Erhebungsmethoden sein. So verwendet das in den deutschen

Studien zur Bestimmung der Dauer der unbehandelten Erkrankung eingesetzte ‚Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ (Häfner et al., 1999a) zur besseren retrospektiven Einordnung erinnerter Symptome eine biographische Ankertechnik, bei der zunächst auf Basis des Lebenslaufes gemeinsam mit dem Probanden ein individuelles Zeitraster erstellt wird, in das dann die erfragten Symptome mit Bezug zu markanten biographischen Punkten eingeordnet werden. Es wird davon ausgegangen, dass so auch länger zurückliegende Erstmanifestationen von Symptomen dem zutreffenden Zeitraum zugeordnet werden können, was insbesondere dann relevant ist, wenn sich diese - wie im Falle der Prodromalsymptome - eher schleichend und unspezifisch entwickeln. Der Umstand, dass in den angeführten internationalen Studien solche Techniken nicht eingesetzt wurden, mag zu einer weniger guten Retrospektion geführt haben.

Mit der Frage ambulanter und stationärer Behandlung wird eine wichtige Einschränkung der vorliegenden Untersuchung deutlich: Die Dauer der unbehandelten Psychose und die Dauer der unbehandelten Erkrankung wird operationalisiert über die erstmalige stationäre Einweisung. Allerdings kann eine adäquate Behandlung bereits früher beginnen, beispielsweise beim niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie oder eventuell sogar beim Allgemeinmediziner. Insofern führt die Operationalisierung mittels stationärer Aufnahme zu einer Überschätzung der wirklichen Dauer der unbehandelten Psychose bzw. Dauer der unbehandelten Erkrankung. Dies trifft auch zu, obwohl nur wenige Patienten in den Studien von Häfner und Mitarbeitern (1996) und auch Fuchs und Steinert (2002) eine ausreichende Dosis antipsychotischer Medikamente über einen ausreichenden Zeitraum verabreicht bekommen haben. Die Tatsache, dass die durchgeführte Untersuchung nur stationäre Patienten eingeschlossen hat, führt dazu, dass insbesondere die Patienten mit leichteren Verläufen und die möglicherweise auch frühzeitig medizinische Hilfe aufsuchten, nicht in die Untersuchung mit aufgenommen wurden. Insofern spiegelt die Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung hier eine Überschätzung der tatsächlichen Situation wieder. Für Deutschland liegen zu der Anzahl ausschließlich ambulant behandelter schizophrener Patienten keine Angaben vor. Dies wäre ein notwendiger weiterer

Forschungsschritt, um eine präzisere Aussage über den Zeitraum der unbehandelten Psychose und Erkrankung treffen zu können.

Ebenfalls zu einer Überschätzung dieser Zeiträume führt auch die Operationalisierung des Beginns der Erkrankung und somit auch der Dauer der unbehandelten Erkrankung über das Auftreten eines unspezifischen Symptoms, das kontinuierlich bis zur stationären Aufnahme auftritt. Diese Operationalisierung führt dazu, dass keine Aussagen getroffen werden, ob das Symptom zu diesem Zeitpunkt krankheitswertig ist, da keine Schweregradeinschätzung erfolgt. Die Bewertung erfolgt lediglich über ‚vorhanden‘, ‚nicht vorhanden‘. Insofern müssen die Angaben zur Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose gleichfalls als Überschätzungen angesehen werden. Dies mag auch erklären, warum die Werte der Dauer der unbehandelten Erkrankung in den Untersuchungen, die mit dem IRAOS erhoben wurden, im internationalen Vergleich deutlich länger sind. Doch auch wenn diese Werte überschätzt werden, so stellt die retrospektive Untersuchungstechnik des IRAOS die derzeit beste Möglichkeit dar, den Frühverlauf zu erfassen.

Hinsichtlich der retrospektiven Strategie ist einschränkend anzumerken, dass bei ihr die Festlegung des Beginns der Erkrankung mit dem Auftreten des ersten positiven Symptoms erfolgte, wie in der Mannheimer ABC-Studie (Häfner et al., 2002) ebenfalls operationalisiert wurde. Geht man jedoch von den derzeitigen Diagnosekriterien des DSM-IV und des ICD-10 aus, so ist neben der Symptomebene für die Diagnose immer auch die zeitliche Dimension bedeutsam, je nach Diagnosemanual vier Wochen bzw. sechs Monate. Insofern kann hier ebenfalls von einer Überschätzung der Dauer der unbehandelten Psychose ausgegangen werden, zumal die Definition lediglich voraussetzt, dass die Symptome einmalig aufgetreten sind, also keine Aussage über die quantitative und zeitliche Ausprägung der Symptome zur Festlegung des Beginns der Psychose herangezogen wurde. Darüber hinaus beinhaltet die retrospektive Strategie und Erfassung der Prodromalsymptomatik, dass lediglich diejenigen Patienten in die Untersuchung eingehen, bei denen es zum Ausbruch einer Psychose auch wirklich kommt. Insofern lassen sich prospektive Parameter wie die prospektive prädiktive Power nicht aus den retrospektiven Daten bestimmen (McGorry, 1999). Diese für eine Früherkennung unzureichende methodische Güte retrospektiver Studien wird gleichfalls deutlich in

Übersichtsarbeiten zu retrospektiv angegebenen Symptomen im Frühverlauf (McGorry et al., 1995; Yung & McGorry, 1996b): Diese sind weitestgehend unspezifische Symptome, die für eine Prädiktion nur bedingt geeignet sind.

Auch wenn all diese Einschränkungen zu einer Überschätzung der Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose führen, so ändert dies doch nichts an der Brisanz und der Implikationen für eine Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen. Die mögliche Überschätzung bedeutet lediglich, dass die mit fünf Jahren für Deutschland im internationalen Vergleich langen Prodromalphasen eine Überschätzung darstellen. Hingegen stellt die Überschätzung nicht die daraus ableitbare Hauptaussage in Frage. Es gibt einen durchschnittlich mehrjährigen Frühverlauf schizophrener Psychosen, der geeignet ist, eine Früherkennung zu ermöglichen und Maßnahmen einer indizierten Prävention schizophrener Psychosen zu implementieren.

5.1.2 Wege in die Behandlung

Wenn eine frühzeitige adäquate Behandlung mit einer günstigeren Prognose einhergeht, dann ist es von besonderem Interesse zu prüfen, welche Verzögerungen auf dem Weg in die Behandlung bei schizophrenen Ersterkrankten in der jeweiligen Region bestehen. Dies kann dann als empirische Grundlage für die Implementierung einer regionalen Strategie zur Verkürzung der Behandlungswege herangezogen werden. Daher wurden in der vorliegenden Arbeit die Wege in die Behandlung von erstmals stationär aufgenommenen schizophrenen Ersterkrankten analysiert. Dies erfolgte erstmalig in Deutschland anhand einer repräsentativen Stichprobe aus einer großstädtischen Region, der Region Köln. Gleichfalls in einem Sechs-Monats-Zeitraum wurden an den oben bereits beschriebenen Patienten mit einer schizophrenen Ersterkrankung und bei erstmaliger stationärer psychiatrischer Aufnahme die Schritte vom Beginn der Erkrankung bis hin zur stationären Aufnahme – der Operationalisierung der adäquaten Behandlung - retrospektiv erfasst.

Die Patienten suchten durchschnittlich drei Kontakte auf, bis sie in stationäre Behandlung gelangten. Dies entspricht Ergebnissen aus dem englischsprachigen Raum (Lincoln et al., 1998; Gater & Goldberger, 1991), andere Gesundheitssysteme wie beispielsweise in der Türkei (Kiliç et al., 1994) fanden weniger Zwischenstationen auf dem Weg zum ersten stationären Klinikaufenthalt. Mehrheitlich suchten die

Patienten zunächst Hilfe bei einem niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten, bei einem Hausarzt oder sie begaben sich direkt in eine Krankenhausambulanz. Allerdings wurden die Hilfsangebote erst lange nach Beginn der Erkrankung aufgesucht. Dies gilt insbesondere für die Hilfesuche beim Hausarzt, der durchschnittlich erst über fünf Jahren nach Beginn der Erkrankung kontaktiert wurde. Das ist insofern erstaunlich, als sich die Patienten in der Untersuchung von Fuchs und Steinert (2002) bereits nach 31 Wochen an den Hausarzt wandten. Möglicherweise spiegelt die verzögerte Inanspruchnahme von Hilfsangeboten auch die Anonymität des untersuchten großstädtischen Einzugsgebietes wider. Hier existiert eine langfristige, auch familiäre Bindung zum Hausarzt eher selten. Allerdings muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Stichprobe der Untersuchung von Fuchs und Steinert (2002) lediglich auf einer Patientenzahl von $n=50$ beruhte. Damit konnten die Autoren keine prüfstatistische Absicherung der unterschiedlichen Zeiträume zwischen dem Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes und der stationären Aufnahme belegen. Insofern kann auch keine fundierte Aussage über die raschen Wege in die stationäre Behandlung gemacht werden, wenn zunächst der Hausarzt aufgesucht wurde. Dies trifft jedoch für die vorliegende Arbeit zu. So konnte prüfstatistisch gezeigt werden, dass sich für den Zeitraum vom Beginn der Erkrankung bis hin zum ersten Hilfskontakt kein signifikanter Unterschied ergab in Abhängigkeit davon, ob zunächst ein Hausarzt, ein Psychiater/Psychotherapeut oder eine Krankenhausambulanz bzw. die Polizei oder ein sonstiges Hilfsangebot kontaktiert wurden. Patienten, die zunächst einen Psychiater aufsuchten, wiesen keine kürzere Verzögerung in stationäre Behandlung auf, als wenn zuerst ein Hausarzt oder ein sonstiges Hilfsangebot kontaktiert wurde (vgl. Hypothese II, S.67). Allerdings gelangten Patienten, die zuerst mit einer Krankenhausambulanz oder der Polizei in Kontakt kamen, signifikant früher in stationäre Behandlung, als wenn ein anderes Hilfsangebot aufgesucht wurde. Da diese Patienten auch tendenziell mehr Positivsymptome aufwiesen, kann davon ausgegangen werden, dass diese Patienten bereits zum Zeitpunkt der Vorstellung eine floride psychotische Symptomatik zeigten.

In der vorliegenden Untersuchung war es nicht möglich zu eruieren, welche Diagnosen vergeben und welche Behandlungen in den ambulanten Praxen angeboten und durchgeführt worden sind, so dass die Angemessenheit der

Behandlung nicht direkt beurteilt werden konnte. Vor allem die höhere Besuchsfrequenz kann jedoch als Hinweis darauf aufgefasst werden, dass beim Psychiater bzw. Psychotherapeuten bereits eine adäquate ambulante Behandlung angeboten wurde. Die für 52% dieser Patienten angebotene medikamentöse Behandlung konnte nicht weiter spezifiziert werden, so dass die Annahme einer ambulanten adäquaten antipsychotischen Behandlung spekulativ bleibt. Ebenfalls zeigte sich, dass Patienten, die sich an ein Hilfsangebot eines niedergelassenen Arztes oder Psychotherapeuten wandten, deskriptiv eine geringere Schwere der Symptomatik aufwiesen. Dies spricht ebenfalls dafür, dass die Patienten erst dann in stationäre Behandlung gelangen, wenn sich die Symptomatik zuspitzt oder es zu einer ernsthaften Krise kommt. Insofern wäre es von besonderem Interesse zu prüfen, welcher Anteil an erstmalig schizophren Erkrankten Menschen ausschließlich im Rahmen eines ambulanten Settings adäquat behandelt wird, ohne dass es zu einem stationären Klinikaufenthalt kommt. Für Deutschland liegen dazu keine Daten vor. Nimmt man an, dass insbesondere die günstigeren Verläufe ambulant behandelt werden, so führt dies auch wieder zu einer Überschätzung der Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung, wenn – wie beispielsweise in der Mannheimer ABC-Studie (Häfner et al., 1993, 1996, 2002) – der Beginn der adäquaten Behandlung durch das Datum der stationären Aufnahme operationalisiert wird. Darüber hinaus würde dies für einen systematischen Stichprobenfehler sprechen, da die günstigen und möglicherweise weniger schweren Verläufe nicht in die Untersuchung der ‚pathways to care‘ eingegangen sind.

Diese Befunde belegen eindrücklich die Verzögerungen auf dem Weg in eine adäquate Behandlung bei Patienten mit einer schizophrenen Erstmanifestation. Relevante Verzögerungen ergeben sich sowohl vom Beginn der Symptomatik bis zum erstmaligen Aufsuchen eines Hilfskontaktes sowie vom ersten Hilfskontakt bis hin zu einer adäquaten antipsychotischen Behandlung. Die daraus ableitbaren Konsequenzen für die Gestaltung effizienterer Hilfesuchwege sind insofern auch nur durch den Einsatz multipler Veränderungen möglich. Zum einen kann die Veränderung auf der Wissensebene ansetzen, einerseits für Betroffene und Angehörige in der Form, dass Wissen über mögliche Frühwarnzeichen an die Bevölkerung vermittelt wird, andererseits aber auch bei professionellen Helfern, die oftmals die prodromalen oder auch psychotischen Anzeichen nicht als solche

diagnostizieren. Das alleine verspricht aber auch noch keinen Erfolg, da zahlreiche weitere Faktoren das Hilfesuchen beeinflussen. So ist eine veränderte Struktur der Gesundheitsversorgung notwendig, die Implementierung von Früherkennungsnetzwerken stellt eine solche veränderte Struktur dar, die durch Niederschwelligkeit, rasche Terminvergabe und eine möglichst entstigmatisierende Arbeitsweise und Transparenz die Zugänge in adäquate Behandlung erleichtern kann.

Aus diesen Ergebnissen folgen Konsequenzen für eine Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen. Ist das Ziel einer solchen Kampagne, die Dauer der unbehandelten Erkrankung und Psychose zu verkürzen, dann lassen sich zwei Strategien ableiten. Zum einen ist dies die Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere junger Erwachsener, über Risikofaktoren, Prodromalsymptome, Möglichkeiten der Behandlung sowie Anlaufstellen in der Region. So kann versucht werden, den langen Zeitraum zwischen dem Beginn der Erkrankung und dem ersten Aufsuchen eines Hilfskontaktes zu verringern. Zum anderen gibt es neben der Aufklärung der Bevölkerung noch einen zweiten, Erfolg versprechenden Ansatz, nämlich die Zeit zwischen dem Aufsuchen eines ersten Hilfsangebotes und dem Einsetzen der adäquaten Behandlung zu verkürzen. Dies bedeutet für eine Kampagne zur Früherkennung, dass professionelle und auch semiprofessionelle Helfer hinsichtlich Risikofaktoren und Frühsymptomen einer schizophrenen Erkrankung sensibilisiert werden müssen. Dies gilt auch für die Symptome einer akuten Psychose sowie Möglichkeiten der Frühbehandlung. Erreicht werden kann dies durch den Aufbau und die Pflege eines Früherkennungsnetzwerkes.

Betrachtet man die beiden Möglichkeiten unter dem Gesichtspunkt des aktuellen Forschungsstandes zur Früherkennung schizophrener Psychosen, so wird deutlich, dass der Versuch, den Zeitraum zwischen dem Auftreten der ersten prodromalen Anzeichen und dem Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes zu verkürzen, eine Öffentlichkeitskampagne voraussetzen würde, die sich an die gesamte Bevölkerung im Alter zwischen zirka 16 und 40 Jahren wendet. Da jedoch die derzeitigen Möglichkeiten einer Prädiktion der Schizophrenie insbesondere im frühen Prodromalstadium auf einer Inanspruchnahmepopulation beruhen (Klosterkötter et al., 2001), ist eine solche Kampagne ethisch nur schwer zu vertreten, da diese eine hohe Anzahl ‚falsch Positiver‘ mit sich bringen würde (Warner, 2002). Insofern

weisen die Befunde darauf hin, dass eine Öffentlichkeitskampagne derzeit am ehesten etabliert werden kann, die sich auf die Verkürzung des Zeitraumes zwischen dem Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes und dem Einsetzen der adäquaten Behandlung bezieht. Dies wiederum würde die Etablierung eines Früherkennungsnetzwerkes nach sich ziehen, in dem alle im psychosozialen Bereich tätige Menschen sensibilisiert werden hinsichtlich Risikofaktoren und Frühwarnzeichen schizophrener Psychosen.

Eine solche Kampagne wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Dabei sind die Dialoggruppen der Träger der primären Versorgung, der psychiatrischen Versorgung sowie Familien schizophrener Erkrankter, Schulen, Fachhochschulen, Universitäten und die interessierte Öffentlichkeit über einen drei Jahreszeitraum mit umfangreichen Informationen und Interventionen über die Möglichkeiten einer Früherkennung aufgeklärt worden. Die Diskussion der Ergebnisse der Evaluation dieser Öffentlichkeitskampagne erfolgt nun.

5.2 Diskussion der Evaluation der Öffentlichkeitskampagne

Die Evaluation der durchgeführten Öffentlichkeitskampagne über Risikofaktoren und Frühwarnzeichen schizophrener Psychosen mit den Dialoggruppen der Träger der psychiatrischen Versorgung, der Träger der primären Versorgung, den Angehörigen psychotisch Erkrankter sowie Schulen, Fachhochschulen und Universitäten und mit Einschränkungen der interessierten Öffentlichkeit erfolgte in der vorliegenden Arbeit anhand zweier Evaluationsparameter. Dies war zum einen der Vergleich hinsichtlich der Dauer des unbehandelten Prodroms in Regionen mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit - Köln und Bonn – und ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit – den Regionen Düsseldorf und München. Zum anderen erfolgte die Evaluation anhand der Analyse der Inanspruchnahme des telefonischen Beratungsangebotes des Kölner Früherkennungszentrums unter Berücksichtigung der Initiatoren der Kontaktaufnahme.

5.2.1 Dauer des unbehandelten Prodroms

Für den Vergleich der Dauer des unbehandelten Prodroms zwischen den Zentren mit und ohne systematischer Öffentlichkeitskampagne und zwischen den Jahren über

einen Dreijahreszeitraum hinweg setzte sich die Stichprobe aus all denjenigen Patienten zusammen, die in einem definierten Zeitraum die Kriterien eines psychosenahen bzw. psychosefernen Prodromalstadiums (Ruhrmann et al. 2003a) erfüllten und an einer der multizentrischen Interventionsstudien des Kompetenznetzes Schizophrenie teilnahmen.

Die in die Untersuchung aufgenommenen 121 Patienten waren durchschnittlich 26 Jahre alt. Vergleicht man dieses Alter mit der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Ersterkrankenstichprobe aus der Analyse der Voraussetzungen bei stationärer Aufnahme (siehe vorangehenden Abschnitt der Diskussion), so sind die Prodromalpatienten nahezu vier Jahre jünger. Dass die Prodromalpatienten jünger sind, entspricht bei Berücksichtigung eines mehrjährigen Prodromalstadiums (Häfner et al., 1993) – wie es gleichfalls auch in der vorliegenden Arbeit mit gut vier Jahren gefunden wurde – den Erwartungen. Fast zwei Drittel der untersuchten Patienten waren männlich, ein Drittel weiblich. Dieser signifikant größere Anteil an Männern unter den Prodromalpatienten findet sich auch – wie bereits oben erwähnt - in zahlreichen Ersterkrankenstudien (z.B. Addington et al., 2002; Larsen et al., 1998; Skeate et al., 2002).

Die bereits in anderen Studien belegte geringe soziale Integration von Menschen im Prodromalstadium (Häfner et al., 1995a; Jones et al., 1993), wird in den soziodemografischen Daten ersichtlich. Neunzig Prozent der untersuchten Patienten waren ledig und zwei Drittel der Patienten hatten keine Partnerschaft zum Zeitpunkt des Einschusses in die Studie. 30% der untersuchten Patienten hatten zu diesem Zeitpunkt keinen festen Job. Diese Befunde verdeutlichen den häufig schon in der Prodromalphase stattfindenden sozialen Abstieg beziehungsweise spiegeln die grundsätzlich unzureichend ausgebildeten sozialen Kompetenzen dieser Patienten wider.

Die Dauer des unerkannten und unbehandelten Prodroms lag für die Gesamtstichprobe bei nahezu fünf Jahren. Dies entspricht dem Wert, der für die Ersterkranken schizophrenen Patienten für die Prodromalphase gefunden wurde und auch den Ergebnissen aus der Mannheimer ABC-Studie (Häfner et al., 1993, 1996, 2002). Dies ist insofern erstaunlich, da in die untersuchte Stichprobe ja sowohl psychosenahe als auch psychoseferne Prodrome eingeschlossen wurden und man

davon ausgehen müsste, dass die Dauer des unerkannten Prodroms deutlich kürzer als die Prodromdauer bei erstmalig stationär aufgenommenen schizophrenen Patienten sei. Mögliche Ursachen für diesen Befund lassen sich dazu in der Erhebungsmethodik finden. Die retrospektive Einordnung, insbesondere von unspezifischen Symptomen, beinhaltet trotz der mit großer Sorgfalt eingesetzten Erhebungsmethodik mittels des speziell für diese Fragestellung entwickelten ‚Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ (Häfner et al., 1999a) bzw. des ‚Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ (Maurer et al., 2000) die Gefahr einer fehlerhaften Einschätzung. Dies mag insbesondere für die schleichende und unspezifische Symptomatik zutreffen, die gleichfalls für die Ermittlung des Erkrankungsbeginns herangezogen wird. Dies verdeutlicht eine Einschränkung bei der Bewertung aller retrospektiven Ergebnisse zum Frühverlauf und relativiert die Aussagekraft dieser Ergebnisse. Erst eine prospektive Herangehensweise könnte zu präziseren Schätzungen dieser Zeiträume führen, was jedoch mit immensem finanziellen und personellen Aufwand verbunden wäre (Häfner & Maurer, 1995; Jones, 1999). Allerdings machen die gefundenen mehrjährigen Phasen des unbehandelten Prodroms auch deutlich, dass die Prodromalpatienten bereits über einen langen Zeitraum behandlungsbedürftige Beschwerden aufweisen. Bei aller Einschränkung einer möglichen Psychoseprädiktion anhand der derzeitigen Prodromalkriterien (siehe auch Kapitel 2.1.2.2) - insbesondere für psychoseferne Prodromalstadien - ist eine frühzeitige Vermittlung in Behandlung bei den vorliegenden Beschwerden der jungen Erwachsenen ein bedeutsames Anliegen, das mit der Institution eines Früherkennungszentrums erreicht werden soll.

Um eine möglichst präzise Einschätzung des Prodrombeginns zu erreichen, wurde in der vorliegenden Untersuchung eine Operationalisierung des Beginns des Prodromalzustandes gewählt, die sich auf die internationale Konsensdefinition eines Prodroms stützt (Yung & McGorry, 1996a). So wurde versucht, eine Überschätzung der Dauer des unbehandelten Prodroms zu vermeiden. Dass es dennoch zu diesen langen Zeiträumen kam, kann Ausdruck davon sein, dass es bisher nur gelingen konnte, Klienten zu erreichen, die bereits unter einem langen symptomatischen, subpsychotischen Krankheitsverlauf leiden. Klienten mit kurzen Symptomverläufen erreichen noch nicht die Institution eines Früherkennungszentrums.

In den Regionen mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit konnten signifikant mehr Patienten in einem psychosenahen und psychosefernen Prodromalstadium erkannt werden als in den Regionen ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Hypothese III, S.68). Dies zeigt einerseits die Akzeptanz der Früherkennungszentren, die durch die Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden konnte. Andererseits wird deutlich, dass es in den Interventionsregionen gelang, die Personen bzw. relevante Multiplikatoren auch zu erreichen und so zu einer Kontaktaufnahme mit dem regionalen Früherkennungszentrum zu bewegen.

Zwischen den Regionen mit bzw. ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit unterschied sich die Dauer des unerkannten und unbehandelten Prodroms nicht signifikant voneinander (vgl. Hypothese IV, S.69). Allerdings lässt sich ein schwacher Effekt (für den Gesamtzeitraum $d=0,24$; für die ersten fünf Monate des Jahres 2003 sogar $d=0,35$) nachweisen, der sich jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße prüfstatisch als nicht signifikant erweist. Dies deutet darauf hin, dass eine Veränderung des Parameters des unbehandelten Prodroms eine langsame Veränderung ist, die sich erst nach mehreren Jahren der Implementierung einer neuen Versorgungsstruktur, gepaart mit einer systematischen Öffentlichkeitsarbeit, positiv modifizieren lässt.

Es konnten keine Unterschiede zwischen den Regionen hinsichtlich einzelner Symptomgruppen identifiziert werden. Lediglich für die Negativsymptomatik ergab sich über die Jahre und Zentren hinweg eine Tendenz, dass die Betroffenen in den Regionen mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit frühzeitiger eine Behandlung aufsuchten. Ob sich diese Effekte über einen längeren Zeitraum deutlicher abbilden lassen, kann erst zu einem späteren Zeitpunkt analysiert werden.

37 Prozent der Prodromalpatienten berichteten bereits von erlebten Positivsymptomen im Sinne von ‚Brief limited and intermittend psychotic symptoms‘, BLIPS (Phillips et al., 2000), im Frühverlauf. Diese sind durchschnittlich fast fünf Jahre vor Beginn der Behandlung im Früherkennungszentrum aufgetreten. Dies macht deutlich, dass für diese Gruppe der psychosenahen Prodrome eine gezielte Aufklärungsarbeit eine frühzeitigere Behandlungsaufnahme im Früherkennungszentrum erreichen sollte. Dies gilt insbesondere deshalb, da für diese psychosenahe

Risikogruppe bereits eine ausreichende empirische Grundlage vorliegt, die eine fundierte Risikoabschätzung erlaubt, und erste Interventionsstudien für diese Hochrisikogruppe positive Befunde einer Frühbehandlung mittels antipsychotischer Medikation zeigen (McGorry et al., 2002, Yung et al., 1998). Für eine Öffentlichkeitskampagne bedeutet dies, dass die Vermittlung des Wissens über Positivsymptome noch mehr in den Vordergrund rücken sollte und vor allem auch beim derzeitigen Wissensstand ethisch vertreten werden kann (Warner & McGorry, 2002).

Dass sich keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich des intendierten Parameters der Dauer des unbehandelten Prodroms zwischen den Regionen in einem kontrollierten Design aufzeigen ließen, kann durch das so genannte ‚Hintergrundrauschen‘ einer solchen Kampagne zustande kommen. So sind Berichte in den Medien zu den Früherkennungszentren einerseits bundesweit erschienen, zum anderen wurden Fachkollegen auch im gesamten Bundesgebiet mit Informationen über die Möglichkeiten einer Früherkennung und Frühbehandlung versorgt. Hornby (2002) argumentiert, dass durch einen Vergleich von Intervention- und Kontrollregionen die positiven Effekte einer solchen Kampagne durch das ‚Hintergrundrauschen‘ in den Kontrollregionen unterschätzt werden.

Die gefundenen und prüfstatisch nicht abzusichernden schwachen Effekte legen die Notwendigkeit nahe, dass eine Etablierung eines neuen Versorgungsangebotes eine langfristige Strategie der Öffentlichkeitsarbeit zugrunde gelegt werden muss. Dies entspricht auch den Forderungen, die der ehemalige Präsident der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, Professor Sartorius, für alle Aktivitäten auf dem Gebiet der psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit auf der II. Internationalen Antistigmakonferenz 2003 in Kingston, Kanada, forderte: Öffentlichkeitsarbeit darf nicht in Form von zeitlich befristeten, punktuellen Kampagnen durchgeführt werden, sondern muss langfristig angelegt sein. Nur so können positive Effekte wirksam werden und die Etablierung von Früherkennungszentren zu einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung von potentiellen Prodromalpatienten führen. Demnach wäre die Weiterführung der im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Kampagne ein notwendiger Folgeschritt. Dabei können sich die Kampagnen weg von einer wissenschaftlichen Evaluierung bewegen hin zu einer für die Versorgung

anwendbaren und umsetzbaren handlichen Öffentlichkeitsarbeit zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Psychosen. Dies setzt jedoch die weitere Überprüfung der Kompetenzen einer Früherkennung und einer Frühbehandlung von Personen mit einem erhöhten Risiko voraus. Dies kann zum aktuellen Zeitpunkt aus Sicht des Autors ethisch noch nicht vertreten werden.

5.2.2 Telefonische Inanspruchnahme

Pro Jahr gingen im Kölner Früherkennungszentrum durchschnittlich mehr als 600 Anfragen ein, davon waren die Mehrzahl Anfragen aufgrund einer psychischen Problematik, die restlichen Anfragen bezogen sich auf reine Informationsanfragen und ein geringer Prozentsatz auf Mitteilungen. Vergleicht man dies mit den Ergebnissen der norwegischen Studie (Johannessen et al., 2001), die in einem Zeitraum von vier Jahren 1696 Anrufe erhielten, zeigt sich die gute Rezeption des telefonischen Beratungsangebotes in Köln. Lediglich in 40 Prozent der Fälle war der Anrufer direkt die betroffene Person, in mehr als die Hälfte der Fälle wandten sich Angehörige oder professionelle Helfer an das Früherkennungszentrum. Die hohe Anzahl der professionellen Helfer, die den Kontakt zum Früherkennungszentrum suchten, widerlegt die Kritik, dass Früherkennungszentren von Seiten der professionellen Helfer als Konkurrenz angesehen werden.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigte sich, dass das telefonische Beratungsangebot von nahezu zwei Dritteln weiblicher Personen in Anspruch genommen wurde. Dass Frauen sich insgesamt häufiger hilfesuchend an das Früherkennungszentrum wandten als Männer, entspricht den Erfahrungen anderer geschlechtsunspezifischer Beratungsangebote (Grabe et al., 1999; Potenza et al., 2001). Jedoch ist das Geschlechterverhältnis hinsichtlich der Indexpersonen, also derjenigen, die Beschwerden zeigen, ausgeglichen. Dies entspricht auch dem Geschlechterverhältnis der Personen, die im Früherkennungszentrum vorstellig werden und der Geschlechterverteilung bei Erstmanifestationen einer schizophrenen Psychose (Häfner et al., 1993, Loranger, 1984). Das Alter der Indexpersonen liegt mit 30 Jahren und einer Streuung von dreizehn Jahren präzise in dem Altersbereich, den das Früherkennungszentrum mit seinem Angebot erreichen möchte und auf den die Öffentlichkeitsarbeit ausgerichtet war. Die wenigen deutlich jüngeren oder älteren Anrufer sind Einzelfälle. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die

Kampagnebotschaft hinsichtlich der altersbezogenen Zielpopulation zwischen 16 und 40 Jahren erfolgreich vermittelt werden konnte. Die über zwei Jahre stabile Anzahl der Inanspruchnahme des Beratungstelefon des Kölner Früherkennungszentrums belegt – auch wenn keine Ausgangswerte vorliegen – dass sich das Angebot in die psychosoziale Versorgung der Region Köln etabliert hat.

Wenn das Ergebnis der Beratungsanfrage die Kontaktaufnahme zum Früherkennungszentrum nach sich zog, dann nahmen 80 Prozent der Indexpersonen dieses Angebot auch wahr. Dieser hohe Prozentsatz spricht für eine gute Rezeption des ersten Kontaktes mit dem Kölner Früherkennungszentrum. Von den insgesamt 208 Patienten, die im Früherkennungszentrum innerhalb des untersuchten Zwei-Jahres-Zeitraumes über das Beratungstelefon vorstellig wurden, erfüllten 13% die Kriterien einer manifesten Psychose in der Art, dass sie Positivsymptome aufwiesen, die länger als eine Woche anhielten. Ein Drittel der untersuchten Fälle erfüllten die Kriterien eines psychosefernen Prodromalstadiums und ein Viertel die Kriterien eines psychosenahen Prodroms. Für 29% ergab die Früherkennungsdiagnostik keine Prodromdiagnose. Dieses Ergebnis kann nun auf zwei verschiedene Arten interpretiert werden. Zum einen, dass es mittels der durchgeführten Öffentlichkeitskampagne gelungen ist, die Zielgruppe sehr präzise anzusprechen und gleichzeitig das telefonische Screening anhand einer modifizierten Fassung der Mannheimer ERlraos Checkliste (Maurer et al., 2000) eine erfolgreiche Auswahl trifft. Zum anderen weisen diese Ergebnisse eine besondere Gefahr auf. Wenn sich eine Person im Früherkennungszentrum vorstellt, dann erhält sie zu mehr als 50 Prozent die Diagnose eines Prodroms. Nimmt man die psychotischen Erstmanifestationen hinzu, so kann man sogar von mehr als zwei Drittel ‚Treffern‘ ausgehen. In der norwegischen Studie traf dies – unter Verwendung anderer, psychosenaherer bzw. psychotischer Kriterien – für lediglich 27% zu. Ursächlich für diese hohen Werte in Köln können die niederschweligen Kriterien eines psychosenahen Prodroms angesehen werden. Bereits das Vorliegen eines der Basissymptome, die sich in der einzigen längsschnittlich angelegten Studie zur prospektiven Validität von Basissymptomen (Klosterkötter et al., 2001) sich als prädiktiv erwiesen haben, reicht aus, um ein Prodromalstadium zu diagnostizieren. Ob und wie viele dieser so charakterisierten Patienten jemals eine manifeste schizophrene Psychose erleben, ist derzeit nicht zu beantworten. Allerdings muss betont werden, dass immerhin

nahezu 40 Prozent der vorstellig gewordenen Patienten die Kriterien für ein durch markante psychoseähnliche Symptome eines psychosenahen Prodromalzustandes bzw. sogar die für eine manifeste psychotische Erkrankung erfüllten. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass es gelungen ist, die Spezifität des Angebotes des Früherkennungszentrums für psychotische Erkrankungen den angesprochenen Dialoggruppen zu vermitteln.

Um zu überprüfen, über welche Medien die meisten Patienten ins Früherkennungszentrum gelangten, die die Kriterien eines psychosefernen oder psychosenahen Prodromalstadiums erfüllen, zeigte sich deskriptiv, dass durchschnittlich 19 Beratungsanfragen über die Medien notwendig waren, um schließlich einen Prodromalpatienten zu identifizieren. Dem gegenüber erfüllte jeder Dritte Patient die Prodromkriterien, wenn die Initiation des Kontaktes über einen Träger der psychiatrischen Versorgung erfolgte. Mittels Durchführung einer binären logistischen Regression konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit einer Prodromdiagnose höchst signifikant größer wurde, je jünger das Alter der Indexperson war und die Initiation des Kontaktes auf einen Träger der Psychiatrischen Versorgung zurückzuführen war, eine signifikante Erhöhung der Wahrscheinlichkeit ergab sich bei der Kontaktinitiation durch einen Träger der Primärversorgung (vgl. Hypothese V, S. 69).

Diese Befunde weisen darauf hin, dass es im Rahmen der implementierten Öffentlichkeitskampagne gelungen ist, die Träger der Psychiatrischen und der Primären Versorgung hinsichtlich der Wahrnehmung von Frühwarnzeichen psychotischer Erkrankungen zu sensibilisieren und das Angebot des Früherkennungszentrums bekannt zu machen. Für die Zuweisung insbesondere über die Medien, trifft dies nicht zu. In der Mehrzahl der Fälle konnten die komplexen Inhalte nicht deutlich genug vermittelt werden. Beachtet man darüber hinaus nun auch, dass die gestellte Diagnose eines Prodroms lediglich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit angibt und insbesondere im Falle eines psychosefernen Prodromalzustandes bislang lediglich nahezu spekulative Aussagen getroffen werden können hinsichtlich einer Übergangswahrscheinlichkeit in eine schizophrene Psychose (Ruhrmann et al., 2003a), so bleibt der Schluss, dass ein verantwortungsvoller Umgang mit der Diagnose eines erhöhten Psychoserisikos

derzeit eine breitgestreute Vermittlung von insbesondere psychosefernen Prodromalsymptomen nicht indiziert erscheinen lässt. Dies gilt insbesondere für eine Population, die nicht bereits im Vorfeld Hilfe bei einem Träger der Psychiatrischen oder Primären Versorgung aufgesucht hat (Warner, 2002).

Dies zeigt, dass sich die komplexen Botschaften der Früherkennung, nämlich die der Frühsymptome und der Risikofaktoren, über die Medien nur unzureichend an den Empfänger vermitteln lassen. Insbesondere unter Berücksichtigung ethischer Aspekte einer Kampagne und der Gefahr der hohen Anzahl an ‚falsch Positiven‘ ist es nicht vertretbar, die Botschaft der Früherkennung flächendeckend über die Medien zu vermitteln. Vielmehr ist die differenzierte und langfristige Aufklärungsarbeit im psychosozialen Hilfesystem aktuell die einzige Erfolg versprechende Form einer Öffentlichkeitsarbeit zur Früherkennung schizophrener Psychosen. Dies wird in Anbetracht der derzeitigen noch spekulativen Forschungserkenntnisse untermauert. Erst wenn die Möglichkeiten einer Prädiktion sich deutlich verbessern und solide Befunde zu einer erfolgreichen Frühintervention vorliegen, kann an eine Öffentlichkeitskampagne im umfangreicheren Sinne gedacht werden. Die vorliegende Arbeit macht deutlich, dass aber eine sowohl für die Patienten als auch für die Forscher sinnvolle Aufklärungsarbeit bereits durchgeführt werden kann, in dem die psychosozialen Strukturen über die Möglichkeiten einer Früherkennung und Frühbehandlung aufgeklärt werden.

Um die Dauer der unbehandelten Psychose zu verkürzen, die nach umfangreich vorliegenden Befunden mit zunehmender Dauer mit einem ungünstigen Verlauf einhergeht, sollten, wie dies bereits in der Studie von Johannessen und Mitarbeitern (2001) geschehen ist, die Dialoggruppen der Schüler etc. und der allgemeinen Bevölkerung wegen der Stigmagefahr mit großer Sorgfalt angesprochen werden.

Aus den Ergebnissen zu den Voraussetzungen der Kampagne, insbesondere zur Dauer der unbehandelten Psychose, ergeben sich jedoch für eine massenmediale Aufklärungskampagne ein klares Anliegen und eine klare Botschaft. Da die Dauer der unbehandelten Psychose – wie in zahlreichen Studien belegt (Norman & Malla, 2001) – mit einem ungünstigeren Verlauf der Erkrankung einhergeht, kann man sich im Rahmen einer groß angelegten Aufklärungskampagne an die Dialoggruppen der

Schüler, Auszubildenden, Studenten und auch der allgemeinen Bevölkerung wenden mit der Vermittlung von psychotischen Symptomen und den Möglichkeiten einer Behandlung dieser Symptome. Denn für die bereits an einer schizophrenen Psychose erkrankten Patienten liegen zum einen ausreichende diagnostische Klarheit vor und zum anderen können diese Symptome flächendeckend in Deutschland in allen Regionen durch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie oder psychiatrischen Kliniken erkannt und adäquat behandelt werden.

Beim derzeitigen Forschungsstand zur Früherkennung schizophrener Psychosen erscheint nach den im Rahmen dieser Arbeit erfassten Inanspruchnahmeverhalten die komplexe Botschaft und Symptome der Frühphase nicht über Massenmedien vermittelbar. Um die Gefahr einer hohen Anzahl ‚falsch Positiver‘ zu vermeiden und eine damit einhergehende unnötige Stigmatisierung der betroffenen Personen, sollte sich eine Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung im Prodromalstadium durch die Etablierung eines lokalen Früherkennungsnetzwerkes auszeichnen, wie es erfolgreich im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt werden konnte. Allerdings belegt die vorliegende Arbeit auch den Bedarf an spezieller Beratung von jungen Erwachsenen mit psychischen Problemen. Mögliche Perspektive für eine veränderte Strategie der Früherkennung richtet sich auf ein Angebot, das über die Früherkennung schizophrener Psychosen hinaus geht und sich an junge Erwachsene mit kognitiven Störungen und sozialen Defiziten wendet.

Dabei konnten die Patienten allerdings noch nicht dazu gebracht werden, frühzeitig Hilfe aufzusuchen. Dies kann möglicherweise erst durch eine weitere Nachhaltigkeit der Informationsvermittlung erreicht werden.

5.3 Ausblick

Bei der Diskussion der Ergebnisse wurde an verschiedener Stelle bereits auf die wichtigsten Einschränkungen der Untersuchung hingewiesen, zu denen insbesondere die Retrospektivität der Datenerhebung gehört. Insofern stellt die Durchführung weiterer umfangreicher prospektiver Studien eine Notwendigkeit für die weitere Etablierung und Verstetigung von Früherkennungs- und Frühbehandlungsmaßnahmen bei schizophrenen Psychosen dar. Wie in dieser Untersuchung gezeigt werden konnte, führen die retrospektiven Schätzungen zu deutlichen Verzerrungen der Abbildung der Realität.

Eine großflächige Verbreitung der Früherkennung schizophrener Psychosen, die mit einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit einhergeht, benötigt insbesondere für die Erkennung in der Prodromalphase umfassenderes und empirisch besser abgesichertes Wissen, um die Anzahl der ‚falsch Positiven‘ möglichst gering zu halten. Denn zum jetzigen Zeitpunkt ist es fraglich, ob eine Früherkennung in der Prodromalphase den als prodromal diagnostizierten Patienten mehr Gutes oder mehr Schlechtes durch eine frühzeitige Intervention antut (Harvey, 2003; Verdoux, 2001; Warner, 2002). Diese berechtigte Kritik wird insbesondere durch die Euphorie der Konzeption einer Früherkennung in der psychosefernen Prodromalphase (Klosterkötter et al., 2001; Ruhrmann et al., 2003a) meist ohne fundierte Argumentation zurückgewiesen. Für die nahe Zukunft bleibt daher abzuwarten, inwieweit weitere neuropsychologische, neurophysiologische und auch genetische Marker zur verbesserten prospektiven Vorhersage schizophrener Psychosen beitragen können. Derzeit dienen sie lediglich als Annahmen in einer Vulnerabilitätskonzeption bzw. im Rahmen des ‚neurodevelopmental model of schizophrenia‘ (Cornblatt et al., 2003). Dies bedeutet für die weitere Durchführung von Öffentlichkeitskampagnen zur Früherkennung schizophrener Psychosen, dass eine flächendeckende und die Massenmedien nutzende Öffentlichkeitsarbeit nicht die Möglichkeiten einer Früherkennung bereits in der frühen Prodromalphase unkritisch und unzureichend komplex vermitteln sollte. Dies ist ethisch nicht vertretbar. Vielmehr sollten die Möglichkeiten und Risiken einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung in ihrer ganzen Komplexität den Trägern der psychiatrischen und der primären Versorgung vermittelt werden. Eine flächendeckende und die Bevölkerung erreichende Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung schizophrener Psychosen bereits in der Prodromalphase liegt aus ethischer Sicht somit noch in weiter Ferne.

Derzeit scheint die beste Vorhersage einer Psychose durch das Auftreten psychotischer Symptome gegeben zu sein (Yung et al., 1998; Phillips et al.; 2000). Damit die bisherigen fundierten Erkenntnisse insbesondere aus der psychotischen Vorphase und der psychosenahen Prodromalphase den zukünftigen Patienten auch wirklich zu Gute kommen, ist eine weitere Verstärkung des Früherkennungsnetzwerkes notwendig. Die flächendeckende Anwendung dieses Wissens in der breiten vorhandenen psychiatrischen Versorgungsstruktur scheint

dabei ein Erfolg versprechenderes Vorgehen zu sein, als sich allein auf die Behandlung und die damit notwendige Zuweisung an ein Früherkennungszentrum zu beschränken. Jedoch erlauben die spezialisierten Früherkennungszentren durch ihre Niederschwelligkeit und Ausrichtung auf eine Zielpopulation im jungen Erwachsenenalter, Personen anzusprechen, die sonst womöglich nicht in adäquate Behandlung gelangen würden.

Eine weitere Gefahr der Euphorie der Optionen einer Früherkennung besteht in der Vernachlässigung der Forschungsaufgaben und der Etablierung der Behandlungsangebote für Patienten mit einer chronischen schizophrenen Erkrankung. Denn obwohl umfangreiche medikamentöse und erfolgreich evaluierte psychotherapeutische Strategien für diese Zielgruppen bereits vorhanden sind, werden diese Interventionen nicht flächendeckend eingesetzt (Lakotta, 2002). Durch die Assoziierung der Früherkennungszentren an den Psychiatrischen Universitätskliniken in Deutschland und deren bislang ausschließliche Förderung aus Forschungsmitteln, besteht die Gefahr, dass lediglich Patienten mit günstigeren intellektuellen und sozialen Voraussetzungen erreicht werden. Der hohe Anteil an Abiturienten und Hochschulabsolventen in der im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Stichprobe weist auf diesen Trend hin. So besteht die Gefahr, dass neben den chronischen Patienten die sozial schwächeren und intellektuell weniger begünstigten Personen von diesem Angebot ausgeschlossen werden.

Die Idee einer Früherkennung und Frühbehandlung innerhalb der Psychiatrie beschränkt sich nicht mehr auf schizophrene Psychosen allein. Für Krankheitsbilder wie Alzheimer, Depression, Suchterkrankungen, Essstörungen liegen ebenfalls umfassende Befunde zu einem längeren Frühverlauf vor, der sich in Risikofaktoren und Frühwarnzeichen (Prodromalsymptomen) ausdrückt und auch hier lassen sich gleichfalls gute Argumente für eine Früherkennung und Frühbehandlung finden. Diese Möglichkeiten werden jedoch erst dann erfolgreich umzusetzen sein, wenn sich das Bild der Psychiatrie in der deutschen Gesellschaft nachhaltig wandelt. Denn Prävention in der Psychiatrie setzt die Inanspruchnahme der Hilfsangebote durch mögliche Risikopatienten voraus. Insofern muss es das Anliegen aller in der psychiatrischen Versorgung tätigen Menschen sein, das Bild der Psychiatrie in der Bevölkerung nachhaltig positiver zu gestalten. Die Lösung dieser Aufgabe setzt eine

Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten einer effizienten und wirksamen Öffentlichkeitsarbeit voraus.

6. Zusammenfassung

Die Aufnahme von Früherkennungs- und Frühbehandlungszentren in die psychiatrische Versorgung verspricht, Menschen mit einem erhöhten Psychoserisiko frühzeitig zu erkennen und durch eine präventive Behandlung den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern oder zumindest den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen zu können. Eine solche indizierte Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, potentielle Risikopersonen zur Kontaktaufnahme mit einem dieser spezialisierten Früherkennungscentren zu bewegen. Daher wurden in der vorliegenden Arbeit die Voraussetzungen für eine Öffentlichkeitskampagne zur Früherkennung analysiert, eine Kampagne implementiert und evaluiert.

Die Voraussetzungen wurden anhand der retrospektiven Analyse der Dauer der unbehandelten Psychose und Erkrankung sowie der Wege in adäquate Behandlung von 80 erstmalig stationär aufgenommenen schizophrenen Patienten in der Kölner Region erhoben. Dabei ergab sich eine Dauer der unbehandelten Psychose von 75 Wochen und Dauer der unbehandelten Erkrankung von 5,4 Jahren. Die untersuchten männlichen Patienten waren in Übereinstimmung mit der Literatur signifikant jünger zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme als die weiblichen. Diese Ergebnisse können als gelungene Replikation der Mannheimer ‚Age Beginning of Schizophrenia Study‘ angesehen werden. Die im internationalen Vergleich sehr lange Dauer der unbehandelten Erkrankung lässt sich einerseits auf die methodisch detaillierte Erfassung mittels des ‚Early Recognition Inventory based on the Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia‘ zurückführen. Andererseits stellen die Zeiträume durch die Operationalisierung des Erkrankungsbeginns mittels des ersten unspezifischen Symptoms und der Operationalisierung der adäquaten Behandlung mittels der ersten stationären Aufnahme eine Überschätzung dar.

Die Patienten suchten durchschnittlich erst 4,2 Jahre nach Beginn der Erkrankung ein Hilfsangebot auf. Dabei unterschieden sich die Patienten nicht in Abhängigkeit davon, welches Hilfsangebot sie zunächst aufsuchten. Patienten, die sich zuerst an eine Krankenhausambulanz oder die Polizei wandten, gelangten hoch signifikant schneller in stationäre Behandlung. Diese Patienten wiesen auch tendenziell mehr Positivsymptome auf. Patienten, die sich an einen Psychiater oder Psychotherapeuten wandten, erhielten dort signifikant häufiger eine medikamentöse

Behandlung. Die Wege in die Behandlung weisen auf relevante Verzögerungen hin, die sich durch eine Öffentlichkeitskampagne möglicherweise beeinflussen lassen.

Demnach richtete sich die durchgeführte dreijährige Öffentlichkeitskampagne an die Dialoggruppen der Träger der Psychiatrischen und Primären Versorgung, an Angehörige schizophrener Erkrankter sowie an Schulen, Fachhochschulen, Universitäten und die interessierte Öffentlichkeit. Neben der Vermittlung von Frühwarnzeichen und Risikofaktoren schizophrener Psychosen beinhaltete die Botschaft die Möglichkeiten einer präventiven Behandlung sowie ein positives Image des Früherkennungszentrums.

Die Stichprobe zur Evaluation der Kampagne setzte sich aus 121 Patienten zusammen, die sich in einem Drei-Jahres-Zeitraum in vier Früherkennungszentren vorstellten und dort die Kriterien eines psychosefernen oder psychosenahen Prodroms erfüllten. Dabei erfolgte der Vergleich hinsichtlich der Dauer des unbehandelten Prodroms zwischen den Zentren mit (Köln, Bonn) und ohne (Düsseldorf, München) systematischer Öffentlichkeitskampagne und über den Dreijahreszeitraum hinweg. In den Versuchsregionen konnten signifikant mehr Prodromalpatienten identifiziert werden. Es konnte ein schwacher Effekt für die Versuchsregionen hinsichtlich der Verkürzung der Dauer des unbehandelten Prodroms nachgewiesen werden, für den sich jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Signifikanz ergab. Diese Befunde belegen, dass es positive Effekte gibt, die jedoch, um nachhaltig zu wirken, eine langfristige, mehrjährige Kampagne benötigen.

Die telefonische Inanspruchnahme des Beratungstelefonats des Kölner Früherkennungszentrums durch jährlich über 600 Anrufer belegt die Etablierung und den Bedarf einer solchen Institution in der psychiatrischen Versorgung. Die durchschnittlich 30 Jahre alten Indexpersonen entsprachen der durch die Kampagne angesprochenen Zielpopulation. Von den - als Konsequenz des Telefonates 208 im Früherkennungszentrum vorstelligen Personen - erfüllten über 50% die Kriterien für ein psychosenahes bzw. psychofernes Prodromalstadium. Diejenigen Patienten, die über die Träger der psychiatrischen und primären Versorgung ins Früherkennungszentrum gelangten, hatten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, die

Kriterien eines Prodroms zu erfüllen. Ging die telefonische Beratungsanfrage auf die Medien zurück, so erfüllte lediglich jede zwanzigste Anfrage diese Kriterien.

Die Befunde belegen, dass die durchgeführte Kampagne einen positiven Effekt hatte. Allerdings wurde deutlich, dass eine Kampagne zur Früherkennung nach dem heutigen Wissenstand nur ethisch vertreten werden kann, wenn sich diese der mangelhaften empirischen Basis einer Früherkennung und Frühbehandlung bewusst ist. Insofern ist die Botschaft einer solchen Kampagne komplex. Die Ergebnisse der telefonischen Inanspruchnahme und die geringe Anzahl an Personen, die sich aufgrund von Presseberichten an das Früherkennungszentrum wandten und die Kriterien für ein Prodrom erfüllten, belegen, dass die komplexe Früherkennungsbotschaft nicht über die Medien vermittelt werden kann und im medizinethischen Sinne eher schädlich ist. Insofern sollte sich eine Kampagne zunächst auf die Dialoggruppen der psychosozialen Versorgung beschränken und aussagekräftige Studien zur Prädiktion und zur Frühbehandlung schizophrener Psychosen abwarten, damit die Anzahl an ‚falsch Positiven‘ und somit an möglichen ungünstigen Einflüssen durch Nebenwirkungen und Stigmatisierung minimiert werden kann.

Anderes gilt für die unbehandelte psychotische Vorphase. Eine flächendeckende Kampagne ist möglich, da hier bereits mit dem Wissen zur Behandlung schizophrener Ersterkrankter umfangreiche und gesicherte Ergebnisse zur Erkennung und Behandlung vorliegen.

7. Literatur

- Addington, J. & Addington, D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, 134-136.
- Addington, D., Addington, J. & Patten, S. (1998). Depression in people with first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-92.
- Addington, J., van Mastrigt, S., Hutchinson, J. & Addington, D. (2002). Pathways to care: help seeking behavior in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 358-364.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Bechmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (p.11-39). New York: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50,179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Amador, X.F., Friedman, J.H., Kasapis, C., Yale, S.A., Flaum, M. & Gorman, J.M. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1185-1188.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual III -Revised*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual IV, 4th edn*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen, A.R. (1995). *Marketing social change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Angermeyer, M.C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – ein Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 30, 358-366.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534.
- Backer, T.E., Rogers, E.M. & Sopory, P. (Eds.) (1992). *Designing health communication campaigns: What works?* Newbury Park: Sage Publications.**
- Baier, M. (1995). Uncertainty in illness for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 201-212.
- Balestrieri, M., Bon, M.G., Rodriguez-Sacristan, A. & Tansella, M. (1994). Pathways to psychiatric care in South-Verona, Italy. *Psychological Medicine*, 24, 641-649.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84,191-215
- Barnes, T.R.E., Hutton, S.B., Chapman, M.J., Mutsatsa, S., Puri, B.K. & Joyce, E.M. (2000). West London first-episode study of schizophrenia – Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 207-211.
- Baumann, K.E., Suchindran, C.M. & Murray, D.M. (1999). The paucity of effects in community trials: Is secular trend the culprit? *Preventive Medicine*, 28, 426-429.

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Bebbington, P., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B. & Lewis, S. (1993). Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 72-79.
- Bechdorf, A., Wagner, M. & Hambrecht, H. (2002). Psychological intervention in the pre-psychotic phase: preliminary results of a multicentre trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 41.
- Bechdorf, A., Maier, S., Knost, B., Wagner, M. & Hambrecht, M. (2003). Psychologisches Frühinterventionsprogramm bei psychosefernen Prodromen. Ein Fallbericht. *Der Nervenarzt*, 74, 436-439.
- Beck, U. (1996). Das Zeitalter der Nebenfolgen und die Politisierung der Moderne. In U. Beck, A. Giddens & S. Lash (Hrsg.), *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse* (S.19-112). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Becker, M.H. (1988). AIDS and behaviour change. *Public Health Reviews*, 16, 1-11.
- Beiser, M., Erickson, D., Fleming, J.A. & Iacono, W.G. (1993). Establishing the onset of psychotic illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1349-54.
- Bhugra, D., Leff, J., Mallett, R., Der, G., Corridan, B. & Rudge, S. (1997). Incidence and outcome of schizophrenia in whites, african-caribbeans and asians in London. *Psychological Medicine*, 27, 791-798.
- Bhugra, D., Corridan, B., Rudge, S., Leff, J. & Mallett, R. (1999). Early manifestations, personality traits and pathways into care for asian and white first-onset cases of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 595-599.
- Biehl, H., Maurer, K., Cooper, J.E. & Tomov, T. (1989a). The WHO Psychological Impairments Rating Schedule (WHO/PIRS). I. Introducing a new instrument for rating observed behaviour and the rationale of the psychological impairment concept. *British Journal of Psychiatry*, 155, 68-70.
- Biehl, H., Maurer, K., Jung, E. & Krumm, B. (1989b). The WHO Psychological Impairments Rating Schedule (WHO/PIRS). II. Impairments in schizophrenics in cross-sectional and longitudinal perspective – the Mannheim experience in two independent samples. *British Journal of Psychiatry*, 155, 71-77.
- Birchwood, M. & Macmillan, J.F. (1993). Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 374-378.
- Bleuler, M. (1972). *Die schizophrener Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart: Thieme.
- Bock, T. (2000). Gemeinsam gegen Vorurteile – zur Auseinandersetzung um eine Antistigmakampagne. *Soziale Psychiatrie*, 24, 16ff.
- Bock, T. & Naber, D. (2003). Antistigmakampagne von unten – an Schulen. Erfahrungen der Initiative „Irre menschlich Hamburg“. *Psychiatrische Praxis*, 30, 402-408.
- Bonfadelli, H. (1994). *Die Wissenskluff-Perspektive. Massenmedien und gesellschaftliche Information*. Konstanz: UVK, Ölschläger.

- Böning, H. (2000). Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung und die medizinische Volksaufklärung des 18. und 19. Jahrhunderts. Zur Aktualität einer historischen Bürgerinitiative. In D. Jazbinsek (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bottlender, R., Strauß, A. & Möller H.J. (2000). Impact of duration of symptoms prior to first hospitalization on acute outcome in 998 schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 44, 145-150.
- Bottlender, R., Sato, T., Jager, M., Wegener, U., Wittmann, J., Strauss, A. & Möller H.J. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1, 37-44.
- Bradbury, T.N. & Miller, G.A. (1985). Season of birth in schizophrenia: a review of the evidence, methodology and etiology. *Psychological Bulletin*, 98, 569-594.
- Brown, J.D. & Einsiedel, E.F. (1990). Public health campaigns: Mass media strategies. In E.B. Ray & L. Donohew (Eds.), *Communication and health: systems and applications* (p.153-170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown, S. & Birtwistle, J. (1998). People with schizophrenia and their families. *British Journal of Psychiatry*, 173, 139-144.
- Browne, S., Clakre, M., Gervin, M., Waddington, J.L., Larkin, C.L. & O`Cailaghan, E. (2000). Determant of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Burnett, R., Mallett, R., Bhugra, D., Hutchinson, G., Der, G. & Leff, J. (1999). The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multi-ethnic population. *Psychological Medicine*, 29, 475-483.
- Bustillo, J., Buchanan, R.W. & Carpenter, W.T. (1995). Prodromal symptoms vs early warning signs and clinical action in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 553-559.
- Cameron, D.E. (1938). Early schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 95, 567-578.
- Caplan, G. (1964). *The principles of preventive psychiatry*. Basic Books: New York.
- Carpenter, W.T. jun. & Buchanan, R.W. (1994). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 330, 681-690.
- Ciampi, L. & Müller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeituntersuchung bis ins Senium*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) (1995). I. Cohort Results from a four year intervention. *American Journal of Public Health*, 85, 183-192.
- Conrad, R. (1958). *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Stuttgart: Thieme.
- Cornblatt, B.A., Lencz, T., Smith, C.W., Correll, C.U., Auther, A.M. & Nakayama, E. (2003). The Schizophrenia Prodrome Revisited: A Neurodevelopmental Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 633-651.

- Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D., Abalan, F., Brun-Rousseau, H., Salmi, L.R. & Verdoux, H. (2004). Pathways to care of first-admitted subjects with psychosis in South-Western France. *Psychological Medicine*, 34, 267-276.
- Craig, T.J., Bromet, E.J., Fenning, S., Tanenberg-Karant, M., Lavelle, J. & Galambos, N. (2000). Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *American Journal of Psychiatry*, 157, 60-66.
- Culbertson, H.M. & Stempel, G.H. (1984). Possible barriers to agenda setting in medical news. *Newspaper Research Journal*, 5, 53-60.
- Czuchta, D.M. & McCay, E. (2001). Help-Seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 159-170.
- Dauncey, K., Giggs, J., Baker, K. & Harrison, G. (1993). Schizophrenia in Nottingham: lifelong residential mobility of a cohort. *British Journal of Psychiatry*, 163, 613-619.
- Dawes, R.M. (1994). *House of Cards. Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York: The Free Press.
- de Haan, L., van der Gaag, M. & Wolthaus, J. (2000). Duration of untreated psychosis and the long-term course of schizophrenia. *European Psychiatry*, 15, 264-267.
- Dörrbecker, K. & Fissenewert-Goßmann, R. (1996). *Wie Profis PR-Konzeptionen entwickeln. Das Buch zur Konzeptionstechnik*. Frankfurt am Main: IMK.
- Drake, R.J., Haley, C.J., Akthar, S. & Lewis, S.W. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 511-515.
- Edwards, J., Maude, D., McGorry, P.D., Harrigan, S.M. & Cocks, J.T. (1998). Prolonged recovery in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 107-116.
- Erlenmeyer-Kimling, L. & Cornblatt, B. (1987). High-Risk research in schizophrenia: A summary of what has been learned. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 401-411.
- Falloon, I.R. (1992). Early intervention for first episode of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-15.
- Fannon, D., Chitnis, X., Doku, V., Tennakoon, I., O'Ceallaigh, S., Soni, W., Sumich, A., Lowe, J., Santamaria, M. & Sharma, T. (2000). Features of structural brain abnormality detected in first-episode psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1829-1834.
- Fink, P.J. & Tasman, A. (Eds.) (1993). *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Finzen, A. (2001). *Psychose und Stigma – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12, 273-278.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Freidson, E. (1960). Client control and medical practise. *American Journal of Sociology*, 65, 374-382.

- Fuchs, J. & Steinert, T. (2002). Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Einweisungswege und Dauer der unbehandelten Psychose bei erstmals stationär aufgenommenen Patienten. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 70, 40-45.
- Gaebel, W., Frick, W., Köpcke, W., Linden, M., Müller, P., Müller-Spahn, F., Pietzcker, A. & Tegeler, J. (1993). Early neuroleptic intervention in schizophrenia: are prodromal symptoms valid predictors of relapse? *British Journal of Psychiatry*, 163, 8-12.
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, M. & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 278-287.
- Gater, R. & Goldberg, D. (1991). Pathways to psychiatric care in South Manchester. *British Journal of Psychiatry*, 159, 90-96.
- Geddes, J.R., Verdoux, H., Takei, N., Lawrie, S.M., Bovet, P., Eagles, J.M., Heun, R., McCreadie, R.G., McNeil, T.F., O'Callaghan, E., Stoher, G., Willinger, U. & Murray, R.M. (1999). Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual-patient data meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 413-423.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45, 231-246.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: The pathways to psychiatric care*. London: Tavistock.
- Göpfert, W. (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S.131-141). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Grabe, H.J., Freyberger, H.J., Holzer, E. & Kernpeiß, R. (1999). Aufbau einer Telefonberatung für psychosoziale Notfälle. *Psychiatrische Praxis*, 26, 29-31.
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J. & Linz, M (1987). *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms)*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Guttman, N. (2000). *Public health communication interventions: Values and ethical dilemmas*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Haas, G.L. & Sweeney, J.A. (1992). Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 373-386.
- Haas, G.L., Garratt, L.S. & Sweeney, J.A. (1998). Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 151-159.
- Häfner, H. (2000). *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Beck.
- Häfner, H., Riecher, A., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., Fätkenheuer, B., Löffler, W. & an der Heiden, W. (1990). Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (Instrument for the Retrospective Assessment of

- the Onset of Schizophrenia – „IRAOS“) – Entwicklung und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 230-255.
- Häfner, H., Maurer, K. & Loeffler, W. (1993). The influence of age and sex on the onset of early course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 80-86.
- Häfner, H., Nowotny, B., Löffler, W., an der Heiden, W. & Maurer, K. (1995a). When and how does schizophrenia produce social deficits? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246, 17-28.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Bustamante, S., an der Heiden, W., Reicher-Rössler, A. & Nowotny, B. (1995b). Onset and early course of schizophrenia. In H. Häfner & W.F. Gattaz (Eds.), *Search for the Causes of Schizophrenia* (Vol. 3, p. 43-66). New York: Springer.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W. & Nowotny, B. (1996). Frühverlauf der Schizophrenie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1, 22-31.
- Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Reicher-Rössler, A. & Stein, A. (1999a). *IRAOS – Interview für die retrospektive Erfassung des Erkrankungsbeginns und –verlaufs bei Schizophrenie und anderen Psychosen*. Bern: Huber.
- Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & van der Heiden, W. (1999b). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 105-118.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., an der Heiden, W., Könnecke, R. & Hambrecht, H. (2002). The early course of schizophrenia. In H. Häfner (Ed.), *Risk and protective factors in schizophrenia – towards a conceptual model of the disease process* (p. 207-228). Darmstadt: Steinkopff.
- Hambrecht, M. & Häfner, H. (1993). „Trema, Apophänie, Apokalypse“ – Ist Conrads Phasenmodell empirisch begründbar? *Fortschritte für Neurologie, Psychiatrie*, 65, 145-153.
- Hambrecht, M. & Häfner, H. (1996). Führen Alkohol und Drogenmissbrauch zu Schizophrenie? *Der Nervenarzt*, 67, 36-45.
- Hambrecht, M. & Häfner, H. (1997). Sensitivity and specificity of relatives' reports on the early course of schizophrenia. *Psychopathology*, 30, 12-19.
- Harding, C., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. & Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: I. Methodology, study sample and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-726.
- Harding, C., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. & Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study: II. Long-term outcome of subjects who once met the criteria for DSM-III schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Harvey, P.D. (2003). Commentary: Chickens and eggs; carts and horses: An outsider's perspective on the study of the early stages and potential prevention of psychosis and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 845-849.
- Helgason, L. (1990). Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 231-235.

- Ho, B.C., Andreasen, N.C., Flaum, M., Nopoulos, P. & Miller, D. (2000). Untreated initial psychosis: is there relation to quality of life and symptom remission in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 808-815.
- Hoff, A.L., Sakuma, M., Razi, K., Heydebrand, G., Csernansky, J.G. & De Lisi, L.E. (2000). Lack of association between duration of untreated illness and severity of cognitive and structural brain deficits at the first episode of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1824-1828.
- Holzinger, A., Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1998). Was fällt Ihnen zum Wort Schizophrenie ein? *Psychiatrische Praxis*, 25, 9-13.
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S. & Angermeyer, M.C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus Sicht schizophoren und depressive Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 30, 395-401.
- Hornik, R.C. (2002). Public Health Communication: Making Sense of Contradictory Evidence. In R.C. Hornik (Ed.), *Public health communication: evidence for behaviour change* (p.1-19). Mahway: Erlbaum.
- Huber, G. (1966). Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 34, 409-426.
- Huber, G. (1986). Psychiatrische Aspekte des Basisstörungskonzepts. In L. Süllwold, G. Huber (Hrsg.), *Schizophrene Basisstörungen* (S. 39-143). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Huber, G., Gross, G. & Schüttler, R. (1979). *Schizophrenie. Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945-1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Huis in't Veld, M. & Sloof, C.J. (1996). Early detection of schizophrenia and related psychosis. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Humphreys, M.S., Johnstone E.C., Macmillan, J.F. & Taylor, P.J. (1992). Dangerous behaviour preceding first admission for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 501-505.
- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001). Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 9-21). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Communication for Behavior Change in the 21st Century: Improving the Health of Diverse Populations. (2002). *Speaking of health: assessing health communication strategies for diverse populations*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jablensky, A.S. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, S26-S34.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J.E., Day, R. & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different

- cultures. A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine* (monograph suppl. 20). Cambridge: University Press.
- Jackson, H.J., McGorry, P.D. & McKenzie, D. (1994). The reliability of DSM-III prodromal symptoms in first-episode psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 375-378.
- Jackson, H.J., McGorry, P.D. & Dudgeon, P. (1995). Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode psychosis: prevalence and specificity. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 241-250.
- Johannessen, J.O., McGlashan, T.H., Larsen, T.K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., Kvebaek, R., Friis, S., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Ulrik, H. & Vaglum, P. (2001). Early detection strategies for untreated first psychosis. *Schizophrenia Research*, 51, 39-46.
- Johnstone, E.C., Crow, T.J., Johnson, A.L. & McMillan, J.F. (1986). The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *British Journal of Psychiatry*, 148, 115-120.
- Jones, P.B. (1999). Longitudinal approaches to the search for the causes of schizophrenia: Past, present and future. In W.F. Gattaz & H. Häfner (Eds), *Search for the causes of schizophrenia* (Vol. 4, p.91-119). Darmstadt: Steinkopff & Berlin: Springer.
- Jones, P.B., Bebbington, P., Foerster, A., Lewis, S.W., Murray, R.M., Russell, A., Sham, P.C., Toone, B.K. & Wilkins, S. (1993). Premorbid social underachievement in schizophrenia: results of the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 65-71.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-269.
- Keshavan, M.S. & Schooler, N.R. (1992). First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterization. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 491-513.
- Kiliç, C., Rezaki, M., Üstün, T.B., Gater, R.A. (1994). Pathways to psychiatric care in Ankara. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 131-136.
- Kissling, W., Hoffler, J., Seemann, U., Müller, P., Ruther, E., Trenckmann, U., Uber, A., Graf von der Schulenburg, J.M., Glaser, P., Glaser, T., Mast, O. & Schmidt, D. (1999). Direkte und indirekte Kosten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 67, 29-36.
- Klosterkötter, J. (1998). Von der Krankheitsbekämpfung zur Krankheitsverhütung - Ist ein solcher Paradigmenwandel auch für schizophrene Störungen möglich? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 66, 366-377.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E.M. & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 158-164.
- Koreen, A.R., Siris, S.G., Chakos, M., Alvir, J., Mayerhoff, D. & Lieberman, J. (1993). Depression in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1643-1648.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. (5.Aufl.). Leipzig: Barth.

- Kremen, W.S., Seidman, L.J., Pepple, J.R., Lyons, M.J., Tsuang, M.T. & Faraone, S.V. (1994). Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: A review of family studies. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 103-119.
- Lakotta, B. (2002). Abschied vom Kettenhemd. *Der Spiegel*, 52, 132-133.
- Langsley, D.G. (1985). Prevention in psychiatry. In H.J. Kaplan, B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (p.1885-1888). 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H. & Moe, L.C. (1996). First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 241-256.
- Larsen, T.K., Johannessen, J.O. & Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 45-52.
- Leff, J. (1987). A model of schizophrenic vulnerability to environmental factors. In: H. Häfner, W.F. Gattaz, W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia* (p.317-330). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Lettker, F., Eirmbter, W.H., Hahn, A., Hennes, C. & Jacob, R. (1999). *Krankheit und Gesellschaft: zur Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für die Prävention*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.
- Lewis, G., David, A., Andreasson, S. & Allebeck, P. (1992). Schizophrenia and city life. *Lancet*, 340, 137-140.
- Lieberman, J.A. (1999). Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- Lieberman, J.A. & Fenton, W.S. (2000). Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1727-1730.
- Lincoln, C. & McGorry, P.D. (1995). Who cares ? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatric Services*, 46, 1166-1171.
- Lincoln, C., Harrigan, S. & McGorry, P.D. (1998). Understanding the topography of the early psychosis pathways. An opportunity to reduce delays in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 21-25.
- Linszen, D., Lenior, M., DeHaan, L., Dingemans, P. & Gersons, B. (1998). Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 84-89.
- Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir, J.M., Mayerhoff, D.I., Geisler, S.H. & Szymanski S.R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- Loranger, A.W. (1984). Sex Difference in Age at Onset of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 41, 157-161.
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Maibach, E. & Parrott, R. (Hrsg.) (1995). *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health*. Thousand Oaks: London.
- Malla, A., Cortese, L., Shaw, T.S. & Ginsberg, B. (1990). Life events and relapse in schizophrenia: a one year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 221-224.
- Marcelis, M., Navarro-Mateu, F., Murray, R., Selten, J.P. & van Os, J. (1998). Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 28, 871-879.
- Maurer, K. & Häfner, H. (1995). Methodological aspects of the onset assessment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 15, 265-276.
- Maurer, K., Könnecke, R., Schultze-Lutter, F., Weber, D. & Häfner, H. (2000). ERlraos - Early Recognition Inventory / Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia - Früherkennungsinventar für psychotische Erkrankungen. unveröffentlichtes Manual.
- Maurer, K., Hörrmann, F., Trendler, G., Schmidt, M. & Häfner, H. (2002). Screening und Frühdiagnostik mit dem Early Recognition Inventory (ERlraos): erste Ergebnisse zur prodromalen Symptomatik und zu Risikofaktoren einer Schizophrenie. *Der Nervenarzt, Suppl 1*, 8.
- McGlashan, T.H. (1998). Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 3-6.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or deterrent of course? *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- McGlashan, T.H. (2001). Psychosis treatment prior to psychosis onset: ethical issues. *Schizophrenia Research*, 51, 47-54.
- McGlashan, T.H. & Johannessen, J.O. (1996). Early detection and intervention in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-222.
- McGorry, P.D. (1999). 'A stitch in time'... The scope for the preventive strategies in early psychosis. In P.D. McGorry & H.J. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis. A preventive approach* (p.3-23). Cambridge: University Press.
- McGorry, P.D. (2000). The Scope for Preventive Strategies in Early Psychosis: Logic, Evidence and Momentum. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (p.3-27). Chichester: John Wiley & Sons, LTD.
- McGorry, P.D. & Edwards, J. (1997). *Early psychosis training pack*. Victoria Mill / Australia, Gardiner-Caldwell Communications.
- McGorry, P.D. & Killackey, E.J. (2002). Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 237-247.
- McGorry, P.D., McFarlane, C., Patton, G., Bell, R., Jackson, H., Hibbert, M. & Bowes, G. (1995). The prevalence of prodromal symptoms of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 241-249.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. & Jackson, H.J. (1996). The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.

- McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Francey, S., Cosgrave, E.M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S. & Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928.
- McGrath, J.J., Feron, F.P., Burne, T.H., Mackay-Sim, A. & Eyles, D.W. (2003). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: a review of recent developments. *Annals of Medicine*, 35, 86-93.
- Merten, K. (1994). Wirkungen von Kommunikation. In K. Merten, S.J. Schmidt & S. Weischenberg (Hrsg.), *Die Wirklichkeit der Medien* (S. 291-328). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Miller, T.J., McGlashan, T.H., Woods, S.W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C.M., Hoffmann, R. & Davidson, L. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70, 273-287.
- Mitchell, M.E. (1989). The relationship between social network variables and the utilization of mental health services. *American Journal of Community Psychology*, 17, 258-266.
- Mojtabai, R., Malaspina, D. & Susser, E. (2003). Concepts of population prevention: Application to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 703-715.
- Moldin, S.O. & Erlenmeyer-Kimling, L. (1994). Measuring liability to schizophrenia: progress report 1994: Editors introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 25-29.
- Morgan, C., Mallett, R., Hutchinson, G. & Leff, J. (2004). Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Social Science and Medicine*, 58, 739-752.
- Mortensen, P., Pedersen, C., Westergaard, T., Wohlfahrt, J., Ewald, H., Mors, O., Andersen, P.K. & Melbye, M. (1999). Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 340, 603-608.
- Moscarelli, M., Cpri, S., Neri, L. (1991). Cost evaluation of chronic schizophrenic patients during the first 3 years after first contact. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 421-426.
- Murray R.M. & Lewis S.W. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *British Medical Journal*, 295, 681-682.
- Murray C.J. & Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Boston, MA: Harvard School of Public Health.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). *Reducing Risks for mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press: Washington DC.
- Nickel, V. (1985). *Informieren muß man können*. Landsberg am Lech: 1985.
- Norman, R.M.G. & Malla, A.K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31, 381-400.
- Norman, R.M.G., Malla, A.K. (2004). Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 34, 255-266.
- Norman, R.M.G., Townsend, L., Malla, A.K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first episode patients. *British Journal of Psychiatry*, 179, 340-345.

- Nuechterlein, K.H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. In: H. Häfner, W.F. Gattaz & W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia* (p. 297-316). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability / stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Nuechterlein, K.H. & Zaucha, K.M. (1990). Similarities between information-processing abnormalities of actively symptomatic schizophrenic patients and high-risk children. In E.R. Straube & K. Hahlweg (Eds.), *Schizophrenia. Concepts, vulnerability, and intervention* (p. 77-96). Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M.J., Snyder, K.S., Yee, C.M. & Mintz, J. (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders: Longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 387-425.
- Östman, M. & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181:494-498.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Padmavathi, R., Rajkumar, S. & Srinivasan, T.N. (1998). Schizophrenic patients who were never treated – a study in an Indian urban community. *Psychological Medicine*, 28, 1113-1117.
- Peen, J. & Dekker, J. (1997). Admission rates for schizophrenia in the netherlands: an urban/rural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 301-305.
- Perkins, D.O., Nieri, J.M., Bell, K. & Lieberman, J.A. (1999). Factors that contribute to delay in the initial treatment of psychosis. *Schizophrenia Research*, 36, 52.
- Peters, E.R., Joseph, S.A. & Garety, S.A. (1996). Measurement of delusional ideation in normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusional Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Phillips, L.J., Yung, A.R. & McGorry, P.D. (2000). Identification of young people at risk of psychosis: validation of personal assessment and crisis evaluation clinic intake criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, S164-S169.
- Potenza, M.N., Steinberg, M.A., McLaughlin, S.D., Wu, R., Rounsaville, B.J. & O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1500-1505.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). The transtheoretical approach. In J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (p. 300-334). New York: Basic Books, Inc.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., Harlow, L.L., Rossi, J.S. & Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21, 471-486.
- Rogler, L.H. & Cortes, D.E. (1993). Help-seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 554-561.

- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Ruhrmann, S., Kühn, K.U., Streit, M., Bottlender, R., Maier, W. & Klosterkötter J. (2002). Pharmakologische und psychologische Frühintervention bei Risikopersonen mit psychosenahen Prodromen: erste Ergebnisse einer kontrollierten Studie. *Der Nervenarzt, Suppl 1*, 9.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F. & Klosterkötter, J. (2003a). Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 36, S162-167.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F. & Klosterkötter, J. (2003b). Schizophrenie früh erkennen. Der Hausarzt stellt die Weichen! *Der Allgemeinarzt*, 17, 1294-1299.
- Schaffner, K.F. & McGorry, P.D. (2001). Preventing severe mental illnesses – new prospects and ethical challenges. *Schizophrenia Research*, 51, 3-15.
- Schneider, K. (1946). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Scholten, D.J. (2002). A novel approach to early case detection and its effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143, 38.
- Schultze-Lutter, F. Prediction of psychosis is necessary and possible. In C. McDonald, K. Schulze, R. Murray & P. Wrigth (Eds.), *Schizophrenia: challenging the orthodox Martin Dunitz*. (in press).
- Siegrist, J. (1995). *Medizinische Soziologie*. (5. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Singer, J.A. & Salovey, P. (1993). *The remembered self: Emotion and memory in personality*. New York: Free Press.
- Skeate, A., Jackson, C., Birchwood, M. & Jones, C. (2002). Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 181, s73-s77.
- Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N. & Rowe, S. (1991). Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one year follow-up. *Psychological Medicine*, 21, 675-685.
- Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N. & Rowe, S. (1993). Expressed emotion and schizophrenia: the ontogeny of EE during an 18-month follow-up. *Psychological Medicine*, 23, 771-778.
- Strakowski, S.M., Keck, P.E., McElroy, S.L., Lonczak, H.S. & West, S.A. (1995). Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 106-112.
- Süllwold, L. (1977). *Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen*. Heidelberg, New York: Springer.
- Szymanski, S.R., Cannon, T.D., Gallacher, F., Erwin, R.J. & Gurr, R.E. (1996). Course of treatment response in first episode and chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 519-525.
- Tarrant, J. & Jones, P.B. (1999). Precursors to schizophrenia: do biological markers for schizophrenia have specificity? *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 335-349.

- Teschinsky, U. (2000). Living with schizophrenia: the family illness experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 387-396.
- Thompson, I.E. (1987). Fundamental ethical principles in health care. *British Medical Journal*, 295, 1461-1465.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K.E., Ronkkot Pohjola, J. & Moring, J. (1985). The Finnish Adoption Family Study of Schizophrenia. *Journal of Biological Medicine*, 58, 227-237.
- Torrey, E.F., Miller, J., Rawlings, R. & Yolken, R.H. (1997). Seasonality of birth in schizophrenia and bipolar disorder: a review. *Schizophrenia Research*, 28, 1-38.
- Tsuang, M., Woolson, R. & Fleming, J. (1979). Long-term outcome of major psychosis: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1295-1301.
- Tsuang, M. (2000). Schizophrenia: genes and environment. *Biological Psychiatry*, 47, 210-220.
- Tsuang, M., Stone, W.S. & Faraone, S.V. (2002). Understanding predisposition to schizophrenia: Toward intervention and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 518-526.
- van Straten, K. (2002). Early detection of cognitive risk-symptoms on students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 413, S54.
- Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Lukoff, D. & Hardesty, J.P. (1989). A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 407-411.
- Verdoux, H. (2001). Have the times come for early intervention in psychosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 321-322.
- Warner R (2001). The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 551-562.
- Warner, R. (2002). Early intervention in schizophrenia: a critique. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 248-255.
- Warner, R. & McGorry, P.D. (2002). Early intervention in schizophrenia: points of agreement. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 256-257.
- Weinberger, D.R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 660-669.
- Wiersma, D., Nienhuls, F.J., Sloof, C.J. & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15 year follow-up of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.
- Wing, J.K. (1976). A technique for study psychiatric morbidity in in-patient and out-patient series and in general population samples. *Psychological Medicine*, 6, 665-671.
- Wing, J.K. (1978). Clinical concepts of schizophrenia. In J.K. Wing (Eds.), *Schizophrenia: toward a new synthesis* (p.1-30). London: Academic.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

- Woods, S.W., Breier, A., Zipursky, R.B., Perkins, D.O., Addington, J., Miller, T.J., Hawkins, K.A., Marquez, E., Lindborg, S.R., Tohen, M. & McGlashan, T.H. Randomized trial of olanzapine vs placebo in the symptomatic acute treatment of the schizophrenic prodrome. *Biological Psychiatry*, (in press).
- World Health Organization (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Vol. 1. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1992). *Manual of International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 10th edn*. Geneva: World Health Organization.
- World Psychiatric Association (1998). *Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia*. New York: World Psychiatric Association.
- Wyatt, R.J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 325-351.
- Wyatt, R.J., Green, M.F. & Tuma, A.H. (1997). Long-term morbidity associated with delayed treatment of first admission schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 27, 261-268.
- Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996a). The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.
- Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996b). Initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 587-599.
- Yung, A.R., Phillips, L., McGorry, P.D., McFarlane, C.A., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G. & Jackson, H.J. (1998). Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 14-20.
- Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Francey, S.M., McFarlane, C.A., Hallgren, M. & McGorry, P.D. (2003a). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research*, 60, 21-32.
- Yung, A.R., Organ, B.A. & Harris, M.G. (2003b). Management of early psychosis in a generic adult mental health service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 429-436.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

8. Anhang

Anhang A: Symptomzuordnung ERiraos

Zuordnung der ERiraos-Symptome zu Symptomgruppen

| Item-Nummer | Symptom | Symptomgruppe |
|---|--|---------------------------|
| S01 Einleitende Fragen | | |
| ERiraos001 | Sorgen | unspezifisch ¹ |
| ERiraos002 | Sorgen über psychische/mentale Funktionen | unspezifisch |
| S02 Veränderung der Grundstimmung, des Interesses und des Antriebs | | |
| ERiraos003 | Anspannung, Unruhe, Nervosität | unspezifisch |
| ERiraos004 | Innerer Druck | unspezifisch |
| ERiraos005 | Depressive Stimmung | depressiv ² |
| ERiraos006 | Interessenverlust | negativ ³ |
| ERiraos007 | Freudeverlust | depressiv |
| ERiraos008 | Unlustgefühl | depressiv |
| ERiraos009 | Abgeflachter Affekt | Negativ |
| ERiraos010 | Suizidalität | depressiv |
| ERiraos011 | Andere Affektauffälligkeiten | unspezifisch |
| ERiraos012 | Hyperaktivität | Manisch ⁴ |
| ERiraos013 | Gesteigertes sexuelles Interesse | Manisch |
| ERiraos014 | Reduziertes sexuelles Interesse | unspezifisch |
| ERiraos015 | Ehe (und analoge Lebensverhältnisse) – Gefühlsbeziehungen | sozial ⁵ |
| ERiraos016 | Interesse an einer sexuellen Beziehung/Gefühlsbeziehung | Sozial |
| ERiraos017 | Arbeitsverhalten | Sozial |
| ERiraos018 | Interesse an einem Arbeitsplatz | Sozial |
| ERiraos019 | Unentschlossenheit | unspezifisch |
| ERiraos020 | Ziellosigkeit/Vermindertes Zielbewusstsein | Negativ |
| ERiraos021 | Verminderte Stresstoleranz | Basissymptom ⁶ |
| ERiraos022 | Energieverlust | Negativ |
| S03 Schlaf-und Appetitstörungen | | |
| ERiraos023 | Gesteigerte Ermüdbarkeit, erhöhtes Schlafbedürfnis | unspezifisch |
| ERiraos024 | Vermindertes Schlafbedürfnis | unspezifisch |
| ERiraos025 | Schlaflosigkeit, nächtliches Erwachen | unspezifisch |
| ERiraos026 | Einschlafstörungen | unspezifisch |
| ERiraos027 | Früherwachen | unspezifisch |
| ERiraos028 | Appetitsteigerung | unspezifisch |
| ERiraos029 | Appetitverlust | unspezifisch |
| S04 Persönlichkeitsveränderungen | | |
| ERiraos030 | Verlust des Selbstvertrauens, Schüchternheit, Befangenheit | unspezifisch |
| ERiraos031 | Verlust des Selbstwertgefühls | depressiv |
| ERiraos032 | Verletzbarkeit/Hypersensibilität | Basissymptom |
| ERiraos033 | Schuldgefühle | depressiv |
| ERiraos034 | Misstrauen | attenuiert ⁷ |
| ERiraos035 | Gereiztheit | unspezifisch |
| S05 Verhaltensauffälligkeiten | | |
| ERiraos036 | Sozialer Rückzug | Negativ |
| ERiraos037 | Störung der Kontaktfähigkeit | Basissymptom |
| ERiraos038 | Sorge um Selbstdarstellung | unspezifisch |
| ERiraos039 | Situationsinadäquates "unsinniges" Verhalten | attenuiert |
| ERiraos040 | Absonderliches Verhalten | attenuiert |
| ERiraos041 | Inadäquater Affekt | attenuiert |

| S06 Angst- und Zwangssymptomatik | | |
|--|---|--------------------------|
| ERlraos042 | Freiflottierende Angst | unspezifisch |
| ERlraos043 | Panik | unspezifisch |
| ERlraos044 | Soziale Angst | unspezifisch |
| ERlraos045 | Phobien | unspezifisch |
| ERlraos046 | Zwangshandlungen (Kontroll-, Wasch-, Sauberkeits- o. Ordnungszwang) | unspezifisch |
| ERlraos047 | Grübeln (ohne inneren Widerstand) | attenuiert |
| ERlraos048 | Zwangsgedanken, Zwangsgrübeln | unspezifisch |
| S07 Denkstörungen | | |
| ERlraos049 | Gedächtnisprobleme | Basissymptom |
| ERlraos050 | Konzentrationsstörungen | Basissymptom |
| ERlraos051 | Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu spalten | Basissymptom |
| ERlraos052 | Fesselung (Bannung) durch Wahrnehmungsdetails | Basissymptom |
| ERlraos053 | Sensorische Überwachtheit | Basissymptom |
| ERlraos054 | Gedankeninterferenz | Basissymptom |
| ERlraos055 | Zwangähnliches Perseverieren zurückliegender Vorgänge | Basissymptom |
| ERlraos056 | Gedankendrängen, Gedankenjagen | Basissymptom |
| ERlraos057 | Gedankenblockierung | Basissymptom |
| ERlraos058 | Störung der rezeptiven Sprache | Basissymptom |
| ERlraos059 | Störung der expressiven Sprache | Basissymptom |
| ERlraos060 | Störung der Symbolerfassung | Basissymptom |
| ERlraos061 | Gedankenentzug | psychotisch |
| ERlraos062 | Gedankenlesen | psychotisch |
| ERlraos063 | Gedankenlautwerden und Gedankenausbreitung | psychotisch |
| ERlraos064 | Gemachte Gedanken | psychotisch |
| S08 Ich-Störungen und Wahn | | |
| ERlraos065 | Störung der Diskriminierung von Vorstellung und Wahrnehmung bzw. Phantasie und Erinnerung | Basissymptom |
| ERlraos066 | Eigenbeziehungstendenz (Subjektzentrismus) | Basissymptom |
| ERlraos067 | Beziehungsideen | attenuiert |
| ERlraos068 | Wahnhaftes Beziehungssetzungen | psychotisch ⁸ |
| ERlraos069 | Wahnwahrnehmung, wahnhaftes Verkennen | psychotisch |
| ERlraos070 | Depersonalisation | attenuiert |
| ERlraos071 | Wahnhaftes Störungen des Ich-Erlebens/Gefühl des Gemachten | psychotisch |
| ERlraos072 | Beschäftigung mit geheimnisvollen Dingen/ungewöhnlichen Denkinhalten | attenuiert |
| ERlraos073 | Überwertige Idee | attenuiert |
| ERlraos074 | Überzogene Selbsteinschätzung | attenuiert |
| ERlraos075 | Größenwahn | psychotisch |
| ERlraos076 | Derealisation | attenuiert |
| ERlraos077 | Wahnstimmung | attenuiert |
| ERlraos078 | Wahnvorstellungen mit religiösen Inhalten | psychotisch |
| ERlraos079 | Wahnvorstellungen mit schuldbezogenen Inhalten | psychotisch |
| ERlraos080 | Wahnvorstellungen mit Bezug zu Eifersucht | psychotisch |
| ERlraos081 | Verfolgungswahn | psychotisch |
| ERlraos082 | Wahnvorstellungen mit nihilistischen Inhalten | psychotisch |
| ERlraos083 | Wahnvorstellungen mit hypochondrischen Inhalten | psychotisch |
| S09 Körper(-wahrnehmungs-)störungen | | |
| ERlraos084 | Beeinträchtigung autonomer Funktionen | Basissymptom |
| ERlraos085 | Umschriebene Schmerzempfindungen | Basissymptom |
| ERlraos086 | Körperwahrnehmungsveränderungen, -störungen (Coenästhesien) | Basissymptom |
| ERlraos087 | Körperbezogene Illusionen | attenuiert |

| | | |
|----------------------------------|---|--------------|
| ERlraos088 | Somatische, taktile Halluzinationen | psychotisch |
| S10 Wahrnehmungsstörungen | | |
| ERlraos089 | Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse | attenuiert |
| ERlraos090 | Lichtüberempfindlichkeit, Empfindlichkeit gegenüber visuellen Reizen | Basissymptom |
| ERlraos091 | Optische Wahrnehmungsveränderungen, -störungen | Basissymptom |
| ERlraos092 | Optische Halluzinationen – ungeformt | psychotisch |
| ERlraos093 | Optische Halluzinationen – geformt | psychotisch |
| ERlraos094 | Geräuschüberempfindlichkeit, Überempfindlichkeit gegenüber akustischen Reizen | Basissymptom |
| ERlraos095 | Akustische Wahrnehmungsveränderungen, -störungen | Basissymptom |
| ERlraos096 | Akustische Halluzinationen - Geräusche | psychotisch |
| ERlraos097 | Akustische Halluzinationen – Stimmen | psychotisch |
| ERlraos098 | Olfaktorische, gustatorische, sensible Wahrnehmungsveränderungen, -störungen | Basissymptom |
| ERlraos099 | Olfaktorische, gustatorische Halluzinationen | psychotisch |
| S11 Motorische Störungen | | |
| ERlraos100 | Subjektives Gefühl der Verlangsamung | Basissymptom |
| ERlraos101 | Verlust automatisierter Fertigkeiten (Automatismenverlust) | Basissymptom |
| ERlraos102 | Auffälligkeiten im motorischen Bereich - Veränderungen gewohnter Bewegungen | unspezifisch |
| ERlraos103 | Auffälligkeiten im motorischen Bereich - neue Bewegungen/Posen | unspezifisch |
| ERlraos104 | Katatone Symptome (Hypo- oder Akinese) | unspezifisch |
| ERlraos105 | Katatone Symptome (Hyperkinese) | unspezifisch |

- ¹unspezifisch: unspezifische Symptome
²depressiv: depressive Symptome
³negativ: negative Symptome
⁴manisch: manische Symptome
⁵sozial: Symptome sozialer Behinderung
⁶Basissymptome: Basissymptome
⁷attenuiert: attenuierte Positivsymptome
⁸positiv: Positivsymptome

Anhang B: Kodierblatt ERlraos

Kodierblatt des 'Early Recognition Inventory based on the Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia' (Maurer et al, 2000)

Kodierblatt ERlraos PbNr.: _____

ERl₂₀₀ - Symptom Nr.:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 0 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> |
| | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | |

aktuelle Belastung (0 = keine B.; 1 = gering; 2 = mittel; 3= hoch)

| | Beginn | | | Ende | | | Verlauf |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Woche | Monat | Jahr | Woche | Monat | Jahr | |
| 1. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> |
| Gesamtverlauf | | | | | | | <input type="checkbox"/> |

ERl₂₀₀ - Symptom Nr.:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 0 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> |
| | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | |

aktuelle Belastung (0 = keine B.; 1 = gering; 2 = mittel; 3= hoch)

| | Beginn | | | Ende | | | Verlauf |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Woche | Monat | Jahr | Woche | Monat | Jahr | |
| 1. | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> |
| Gesamtverlauf | | | | | | | <input type="checkbox"/> |

Anhang C: Pathways to Care

Pathways to Care Fragebogen

PATHWAYS TO CARE – KÖLNER VERSION**Sektion A: Umstände der Erhebung**

- (1) Krankenhaus/Ambulanz:
- | | |
|--------------------------------|---|
| Uniklinik | 1 |
| Rhein. Kliniken Merheim | 2 |
| Alexianer Krankenhaus | 3 |
| Tagesklinik Alteburger Strasse | 4 |
| Sonstige | 9 |

- (2) Untersucher:
(1= Wieneke, 2= Güls, 3= Pickert, 4= Köhn)

(3) Datum:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---|--|
| | | | | 2 | 0 | 0 | |
|--|--|--|--|---|---|---|--|

Sektion B: Basisdemographische Daten

1. Patienten-Code:

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|---|---|--|
| 0 | 1 | | | | 4 | 2 | 1 | |
|---|---|--|--|--|---|---|---|--|

2. Geburtsdatum:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Geschlecht: männlich 1 weiblich 2

4. Familienstand: ledig 1

verheiratet 2

geschieden 3

verwitwet 4

5. Wohnort Köln 1

Außerhalb 2

6. Staatsangehörigkeit: deutsch 1

türkisch 2

andere 3

Sektion C:**Erster hilfesuchender Kontakt**

- | | | | |
|----|-----------------------------|----|-------------------------|
| 1. | Wer wurde aufgesucht? | 1 | Hausarzt |
| | | 2 | Neurologe |
| | | 3 | Psychiater |
| | | 4 | anderer Facharzt |
| | | 5 | Psychotherapeut |
| | | 6 | anderer Heilberufler |
| | | 7 | Krankenhausambulanz |
| | | 8 | Sozialpsychiatr. Dienst |
| | | 9 | anderer Sozialarbeiter |
| | | 10 | Schulpsychologe |
| | | 11 | Lehrer |
| | | 12 | Erziehungsber.-Stelle |
| | | 13 | and. psych. Ber.-Stelle |
| | | 14 | Pfarrer/Priester |
| | | 15 | Polizei |
| | | 16 | Rechtsanwalt |
| | | 17 | Presse |
| | | 18 | Telefonseelsorge |
| | | 19 | Sonstige |
| | | | |
| 2. | Datum des 1. Kontaktes: | | |
| 3. | Häufigkeit: | | |
| | | 1 | einmalig |
| | | 2 | 1 – 5 Mal |
| | | 3 | 5-10 Mal |
| | | 4 | ≥ 10 Mal |
| 4. | Wer veranlaßte den Kontakt? | 1 | Patient selbst |
| | | 2 | Eltern |
| | | 3 | Geschwister |
| | | 4 | Partner/in |
| | | 5 | Kinder |
| | | 6 | Freunde |
| | | 7 | Nachbarn |
| | | 8 | Arbeitgeb. o. Kollegen |
| | | 9 | sonstige |

5. Was war die Hauptbeschwerde?
(Kodierung nach ERlraos Anzeichenteil) _____

6. Wie lange bestand diese Beschwerde (in Wochen)? _____
7. Welche Hilfe/Behandl. wurde angeboten?
- | | |
|-----------|-------------------------|
| 1 | Informationsvermittlung |
| 2 | Rat |
| 3 | Trost |
| 4 | med. Behandlung |
| 5 | psychother. Behandlung |
| 51 | Verhaltenstherapie |
| 52 | Tiefenpsychologie |
| 53 | Sonstige PT |
| 54 | Unbekannt |
| 6 | Weitervermittlung |
| 7 | keine Hilfe |
| 8 | sonstige |
8. Wie wurde die Hilfe empfunden?
- | | |
|---|-----------------|
| 1 | sehr hilfreich |
| 2 | hilfreich |
| 3 | nicht hilfreich |
| 4 | schädlich |
9. Wurde die Hilfe angenommen?
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | angenommen/befolgt |
| 2 | teilweise ang./befolgt |
| 3 | nicht ang./befolgt |

Anhang D: Dokumentationsbogen telefonischer Anfragen

Anruf am: _____ um: _____ Uhr

Rückruf: _____ m erreicht m nicht erreicht, am _____

Information zum Anrufer/in

Name: _____

Geschlecht: 1 männlich 2 weiblich

Alter: _____ Jahre

Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Art der Anfrage: 1 Beratung 2 Infoanfrage 3 Mitteilung

Beziehung zum Anrufer

1 Betroffener selbst 2 Familienangehöriger 3 Professioneller Helfer

Angaben zum Betroffenen o siehe oben

Name: _____

Geschlecht: 1 männlich 2 weiblich

Alter: _____ Jahre

Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Anliegen

Ergebnis 1 Termin im FETZ, bei _____

2 Termin in Poliklinik

3 Weitervermittlung m Psychiater m Psychotherapeut
m Angehörigengruppe

präzisiere: _____

4 Zusendung Infomaterial 5 Rückvermittlung 6 Rat 9 sonstiges

Kontaktaufnahme durch

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1 Internet | 11 Angehörigeninitiative |
| 2 regionale Zeitung | 12 Freund/ Bekannter |
| 3 überregionale Zeitung | 13 Telefonseelsorge |
| 4 Fernsehen/ Radiobeitrag | 14 kirchliche Stellen |
| 5 niedergelassene Psychiater | 15 psychiatrische Klinik |
| 6 niedergelassener Psychotherapeut | 16 nicht psychiatrische Klinik |
| 7 Beratungsstelle | 17 Lehrer |
| 8 sonstiger Facharzt | 18 Krankenkasse |
| 9 Hausarzt | 19 Infomaterial FETZ |
| 10 Betreuer | 20 sonstige, präzisiere: |

Einbestellungskriterien (Mehrfachnennungen möglich):

- 1 Leistungsknick in Schule, Ausbildung, Studium, Beruf etc.
- 2 Probleme im sozialen Umfeld, sozialer Rückzug
- 3 Konzentrationsstörungen
- 4 Wahrnehmungsveränderungen
- 5 Stimmungsschwankungen, Veränderung der Grundstimmung
- 6 psychoseähnliche Erlebensweise
- 7 familiäre Belastung, präzisiere:
- 8 Schwangerschaftskomplikationen
- 9 Geburtskomplikationen

Checkliste positiv 0 ja 0 nein

ICC positiv 0 ja 0 nein

erledigt m

Anhang E: Materialien Öffentlichkeitsarbeit



SUSANNE, 26 JAHRE, STUDENTIN

»Ich bin eine Einzelgängerin. Seit meinem Abitur habe ich keine richtigen Freunde mehr, davor war das anders. Vielleicht bin ich ja zu misstrauisch gegenüber meinen Mitmenschen, aber ich habe immer das Gefühl, die wollen mir nichts Gutes. Mit meinem Studium geht es auch nicht mehr so richtig voran, seit zwei Semestern habe ich keine Klausur mehr mitgeschrieben. Das macht mich alles sehr traurig. Und dann nervt mich vor allem der Lärm in meiner Wohnung, das ist mir früher nie aufgefallen.«

KENNEN SIE DAS AUCH?
Dann vereinbaren Sie ein Beratungsgespräch.

DAS FETZ

Das Kölner Früherkennungszentrum wurde 1997 als erstes seiner Art in Deutschland gegründet. Unser Team setzt sich aus erfahrenen Ärzten und Psychologen zusammen. Sie finden uns auf dem Gelände der Uniklinik (siehe Plan).

Das Bundesforschungsministerium fördert dieses Modellprogramm, bei dem Universitätsinstitute und Beratungseinrichtungen zusammenwirken.
Gestaltung: Miriam Farnung und Kirsten Lenz, Grafik-Design

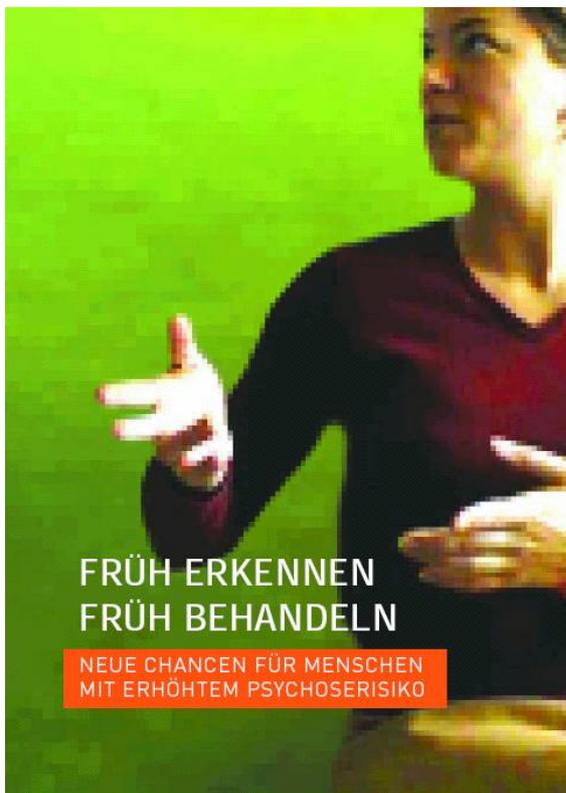
SO FINDEN SIE UNS

FETZ
Früh-Erkennungs- & Therapie-Zentrum für psychische Krisen
Universitätsklinikum Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9, Haus 27
D-50924 Köln (Lindenthal)
Telefon: +49 (0)221 - 4 78-40 42
Telefax: +49 (0)221 - 4 78-74 90
Falls der Anrufbeantworter eingeschaltet ist, hinterlassen Sie bitte eine Nachricht, wir rufen Sie zurück.
E-Mail: beratung@fetz.org
Internet: www.fetz.org

FETZ
EIN SPEZIELLES BERATUNGSANGEBOT FÜR JUNGE ERWACHSENE

Herausgegeben vom Früh-Erkennungs- & Therapie-Zentrum für psychische Krisen des Universitätsklinikums Köln

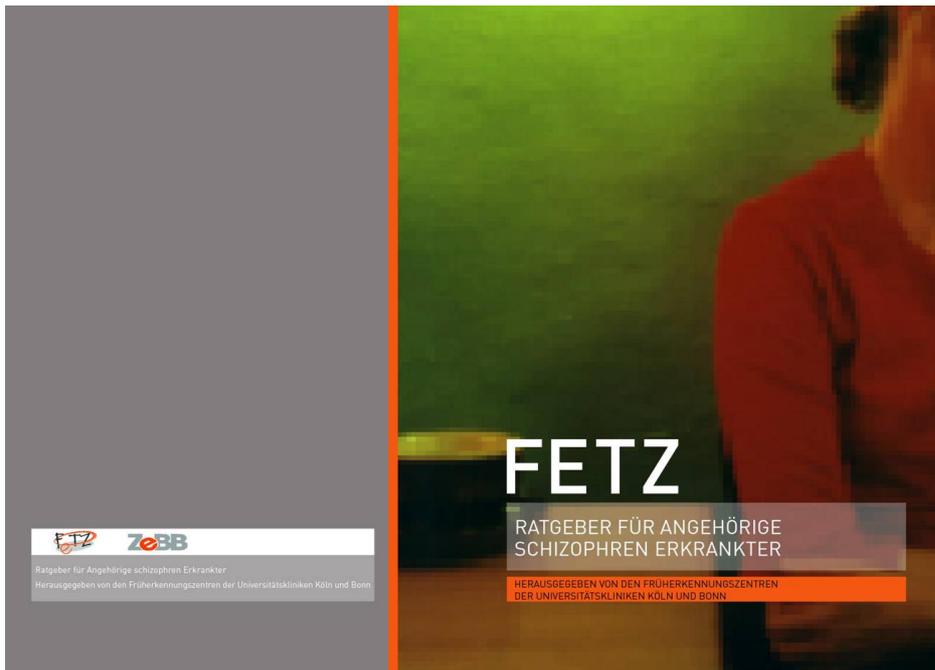
Flyer des Kölner Früherkennungszentrums



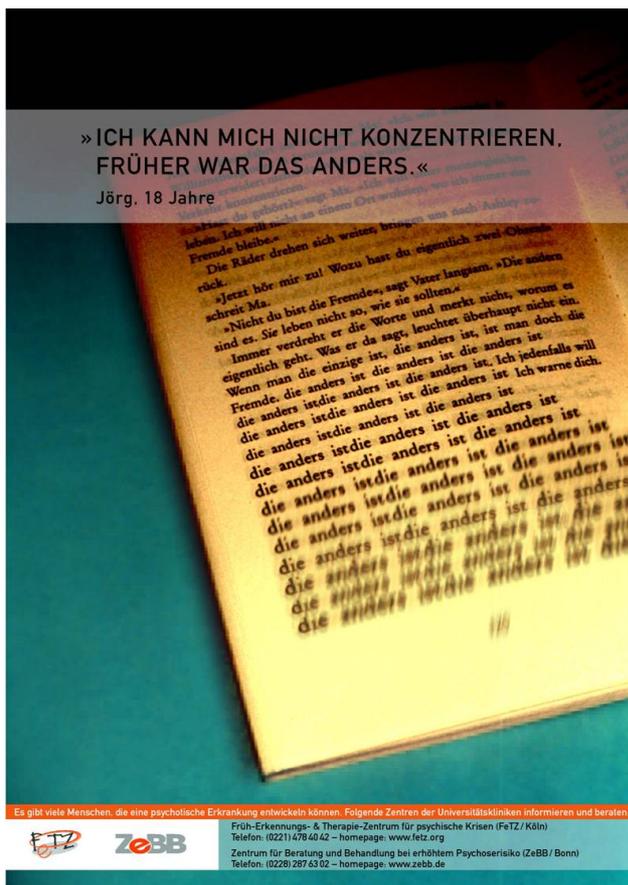
**FRÜH ERKENNEN
FRÜH BEHANDELN**

**NEUE CHANCEN FÜR MENSCHEN
MIT ERHÖHTEM PSYCHOSERISIKO**

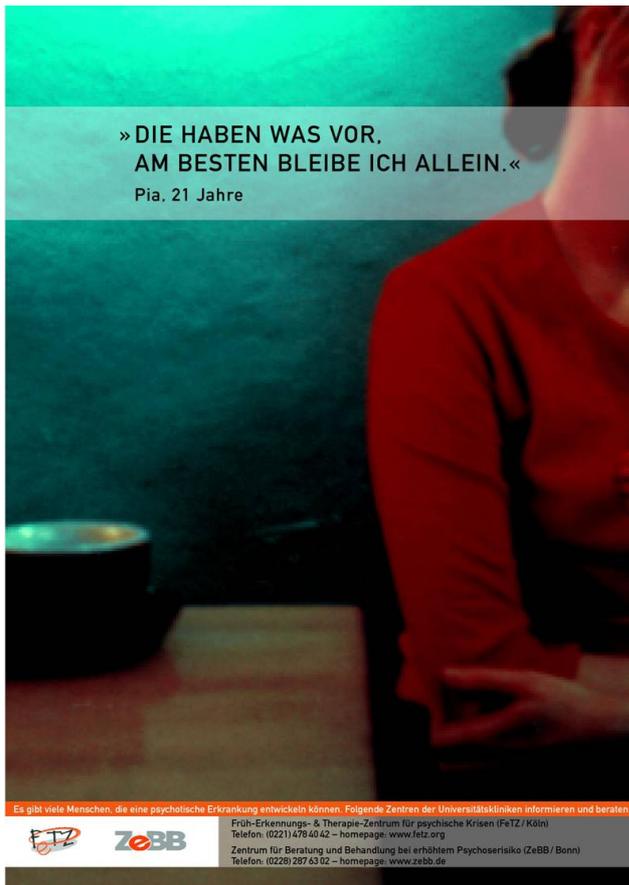
Titelblatt der Früherkennungsbroschüre



Titelseite der Angehörigenbroschüre



Postermotiv kognitive Defizite



Postermotiv sozialer Rückzug und erhöhtes Misstrauen



Postermotiv wahnhafte Beziehungssetzung

EINLADUNG

**FRÜHERKENNUNGSTAGE
2002**

Depression - Psychosen - Essstörungen - Zwang

2. bis 5. Dezember 2002 in Köln

AOK Rheinland - Clarimedis-Haus
Domstraße 49-53 - 50668 Köln
weitere Information unter ☎ (02 21) 4 78 - 39 87

Eine Initiative des FETZ (www.fetz.org) in Kooperation mit der
AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse - und dem Filmhaus Köln

FETZ **AOK** **kölner
film
haus**

Titelseite des Programms der Kölner Früherkennungstage 2002

Anhang F: Lebenslauf

| | |
|------------------------|---|
| geboren: | 21.07.1973 in Wiesbaden |
| Staatsangehörigkeit: | deutsch |
| Schulische Ausbildung: | 1979 Grundschule am Lutherpark in Duisburg 1982 Grundschule am Schillerpark in Brühl/Baden 1984 Hebelgymnasium in Schwetzingen 1989 Mollgymnasium in Mannheim 1993 Erlangung des Abiturs |
| Berufliche Ausbildung | 1993 Zivildienst im Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim 1994 Studium der Psychologie in Leipzig mit den Schwerpunkten Klinische und Pädagogische Psychologie 2000 Diplom in Psychologie |
| Beruflicher Werdegang | 2000 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Schwerpunkt: Früherkennung schizophrener Psychosen |