

Aus dem Zentrum für Neurologie und Psychiatrie der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. F. Jessen

**Dauer der unbehandelten Psychose und Hilfesuchverhalten bei jungen
Erwachsenen mit ersten psychotischen Episoden mit und ohne
Migrationshintergrund**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Miriam Bernhardt
aus Berlin

promoviert am 28. April 2023

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

2021

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachterin oder Gutachter: Professor Dr. med. A. Bechdorf
2. Gutachterin oder Gutachter: Universitätsprofessor Dr. med. Stephan Bender

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Herr Professor Dr. med. A. Bechdorf
Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt
Frau PD Dr. Karolina Leopold

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die Fragestellung, das Konzept und die Methodik der Arbeit ist in Absprache mit Herrn Prof. Dr. med. Andreas Bechdorf und Frau PD Dr. med. Karolina Leopold von mir selbst ausgearbeitet und weiterentwickelt worden.

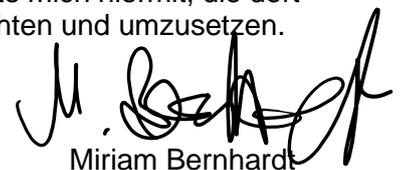
Teile dieser Arbeit zugrundeliegender Daten wurden ohne meine Mitarbeit am Vivantes Klinikum Am Urban, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Akademisches Lehrkrankenhaus Charité Universitätsmedizin Berlin, ermittelt.

Die statistische Auswertung erfolgte durch mich selbst in Absprache mit Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt und Frau PD Dr. Karolina Leopold.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Berlin, den 18.12.2021


Miriam Bernhardt

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. med. Bechdorf für die Inspiration und Vorarbeit im Hinblick auf innovative Versorgungsprojekte, die meine Arbeit erst möglich gemacht haben. Menschlich und fachlich denke ich gerne an die Zusammenarbeit im Rahmen der Entwicklung der Öffentlichkeitsarbeit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Am Urban, insbesondere des FRITZ am Urban zurück. Für die Möglichkeit des wissenschaftlichen Erfahrungsaustausches mit Kollegen und Gastwissenschaftlern, die er in Berlin vereint hat, bedanke ich mich.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt, die mich durch ihre beständige Begleitung und fachliche Navigation immer wieder motiviert hat weiterzumachen. Insbesondere bedanke ich mich auch für ihre realistische Offenheit und die beharrliche Anleitung in der Endphase meines Projekts. Frau PD Dr. med. Karolina Leopold danke ich für das Teilen ihrer Expertise auf meinem Forschungsgebiet. Ich danke ihr dafür sich immer wieder die Zeit genommen zu haben, mir Feedback und auf erfrischende Art fachlich zielführende Anregungen zu geben.

Herrn Dipl.-Psych. Stefan Siebert danke ich für die grandiose Gesamtbetreuung der übergeordneten Kohortenstudie und die Unterstützung bei fachspezifischen Fragen. Meinen Kollegen Dipl.-Psych. Sonja Laier, Dipl.-Psych. Anni Biester, Dipl.-Psych. Jörg Otto und Matthias Bohe danke ich für die Zusammenarbeit in der Entstehungsphase dieses Projekts.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS | 7 |
| 1. ZUSAMMENFASSUNG..... | 8 |
| 2. EINLEITUNG | 9 |
| 2.1 Hintergrund | 9 |
| 2.2 Psychotische Störungen | 10 |
| 2.3 Dauer der unbehandelten Psychose | 11 |
| 2.4 Psychotische Störungen und Frühintervention | 12 |
| 2.5 Inanspruchnahme – Verbesserung des Hilfesuchverhaltens | 13 |
| 2.6 Risikofaktor Migrationshintergrund | 14 |
| 2.7 Fragestellungen und Ziel der Arbeit | 15 |
| 3. MATERIAL UND METHODEN | 16 |
| 3.1 Studiendesign | 16 |
| 3.2 Behandlungssetting | 16 |
| 3.3 Erhebungsinstrumente | 18 |
| 3.4 Statistische Analyse..... | 20 |
| 4. ERGEBNISSE | 21 |
| 4.1 Migrationshintergrund, Muttersprache und soziodemografische Charakteristika | 21 |
| 4.2 Migrationshintergrund und DOI, DUP1, DUP3 | 22 |
| 4.3 Migrationshintergrund 1. Generation, 2. Generation und Patienten ohne Migrationshintergrund | 23 |
| 4.4 Migrationshintergrund und Muttersprache..... | 23 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4.5 | Inanspruchnahme..... | 23 |
| 5. | DISKUSSION | 25 |
| 6. | AUSBLICK | 31 |
| 7. | LITERATUR | 32 |
| 8. | ANHANG | 41 |
| 8.1 | Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen..... | 41 |
| 8.2 | Erhebungsinstrumente | 41 |
| 9. | LEBENS LAUF | 56 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|---|
| ANOVA | Analysis of Variance, dt. einfaktorielle Varianzanalyse |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde |
| DSM IV | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, vierte Version |
| DUP | Duration of Untreated Psychosis, dt. Dauer der unbehandelten Psychose |
| EPPIC | Early Psychosis Prevention and Intervention Center |
| FRITZ | Frühinterventions- und Therapiezentrum |
| ICD-10 | 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| IPS | Individual Placement and Support |
| NICE | The National Institute for Health and Care Excellence |
| MeG | Migrationshintergrund 1. Generation |
| MzG | Migrationshintergrund 2. Generation |
| NOS | Nottingham Onset Schedule |
| PANNSS | Positive and Negative Syndrome Scale |
| POM | Patienten ohne Migrationshintergrund |
| PsychKG | Psychisch-Kranken-Gesetz |
| SKID | Strukturiertes klinisches Interview (für DSM-IV) |

1. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, Patienten mit und ohne Migrationshintergrund des Frühinterventions- und Therapiezentrum (FRITZ) für junge Menschen mit frühen Psychosen in Bezug auf die Zugangswege zu einer adäquaten Behandlung zu vergleichen.

Methodisch handelt es sich um eine Kohortenstudie, in die stationäre Patienten des FRITZ mit frühen Psychosen von Dezember 2015 bis Mai 2018 konsekutiv eingeschlossen wurden (N=95). Patienten mit und ohne Migrationshintergrund wurden bzgl. der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) und bzgl. ihrer Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten verglichen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit und ohne Migrationshintergrund sich weder signifikant in der DUP (28 Tage) noch bzgl. Zahl und Art der Kontakte ins Hilfesystem unterscheiden. Patienten suchten im Median 3 Hilfsangebote ($x_{\min} = 1$, $x_{\max} = 5$) auf. Vergleichbar mit dem Anteil der gleichaltrigen Einwohner mit Migrationshintergrund im Versorgungssektor Friedrichshain-Kreuzberg betrug der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in unserer Studie 40,0 % (n=38).

Das FRITZ wird sowohl von Patienten mit als auch ohne Migrationshintergrund gleichermaßen mit wenig Verzögerung angenommen.

2. Einleitung

2.1 Hintergrund

Psychotische Störungen gehen in den meisten Fällen mit hohen persönlichen und gesellschaftlichen Kosten einher. Ein früher Erkrankungsbeginn und die hohen Chronifizierungsraten führen häufig zu massiven psychosozialen Folgen für Betroffene und Angehörige (DGPPN, 2019). Aus diesem Grund wurde in den letzten Jahrzehnten verstärkt das Augenmerk auf Patienten mit frühen Psychosen gerichtet, da diese besser auf die Behandlung ansprechen, weniger frustrane Behandlungsverläufe und funktionellen Abbau erlebt haben und der Behandlungsverlauf positiv beeinflussbar scheint (Siebert et al., 2021).

In der Literatur wird beschrieben, dass das Management des frühen Krankheitsverlaufs prädiktiv ist für den Langzeitverlauf in Bezug auf Symptomatik und Funktionalität (Birchwood, Todd & Jackson, 1998). Mehr noch ist der Zusammenhang zwischen kürzerer Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) bei ersten psychotischen Episoden und höherem Behandlungserfolg, höherer Lebensqualität, geringerer positiver und negativer Symptomatik und höherer kognitiver Leistungsfähigkeit empirisch belegt (Marshall et al., 2005; Murru & Carpiniello, 2018). Penttilä et al. (2014) fanden in ihrer Metaanalyse ebenso einen Zusammenhang zwischen längerer Dauer der unbehandelten Psychose und schlechterem langfristigen Behandlungsergebnis. Dieses Ergebnis bekräftigt die Bedeutung der bestehenden Bemühungen, die DUP möglichst zu verkürzen.

Studien zeigen ausgeprägte Unterschiede in Mittelwert, Median und Range der DUP (Marshall et al., 2005). Wenngleich eine kürzere DUP (weniger als 12 Wochen) (Boonstra et al., 2012; Bertolote & McGorry, 2005) mit einer besseren Prognose, d.h. niedrigeren Symptomschweregraden assoziiert ist, liegt sie sowohl in Deutschland (Leopold et al., 2020) als auch in aktuelleren internationalen Studien im Durchschnitt bei einem Jahr (Penttilä et al., 2014; Cotter et al., 2017; Dama et al., 2019; Addington et al., 2015).

Öffentlichkeitsmaßnahmen mit dem Ziel die DUP über das Wissen um die Störung und deren Behandlung zu verkürzen, d.h. Patienten mit ersten psychotischen Symptomen möglichst zeitnah eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen und Frühinterventionsbemühungen zu unterstützen, zeigen sich hier wirkungsvoll (Connor et al., 2016; Lloyd-Evans et al., 2011). Insbesondere zeigen sich solche Maßnahmen

als effektiv, die großflächig und intensiviert angelegt sind, die über die gängigen Medien (Werbung und Information über Massenmedien, Fernsehen, Radio, Zeitung) verbreitet werden, die allgemeine Öffentlichkeit sowie Professionelle direkt ansprechen und die außerdem versuchen zu Hilfesuchverhalten anzuregen, statt lediglich über das Störungsbild und Hilfsmöglichkeiten zu informieren (Connor et al., 2016; Lloyd-Evans et al., 2011). Ziel dabei ist auch, Menschen jeglicher Herkunft gleichermaßen anzusprechen.

Menschen mit Migrationshintergrund oder ethnische Minderheiten zeigen Unterschiede bezüglich Hilfesuchverhalten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, dieses ist auch abhängig von äußeren Faktoren wie dem Einzugsgebiet (Boonstra et al., 2012; Marshall et al., 2005). Sie haben auch ein größeres Risiko an Psychosen zu erkranken als die Mehrheitsbevölkerung (Bourque, van der Ven & Malla, 2011; Cantor-Graae & Selten, 2005). Migrationshintergrund ist nicht nur ein Risikofaktor für Psychosen, sondern auch mit einer längeren Dauer der unbehandelten Psychose assoziiert; Unterschiede in der Dauer der unbehandelten Psychose im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung sind jedoch nicht eindeutig (Boonstra et al., 2012; Morgan et al., 2006, Schoer, Huang & Anderson, 2019). In Deutschland lässt die spärliche Studienlage (Zarafonitis-Müller et al., 2019; Häfner, 1980) dazu bisher keine Rückschlüsse zu.

Eine Vereinfachung der Inanspruchnahme kann entscheidend zur Reduktion von Verzögerung auf dem Weg in die Behandlung beitragen (Schaffner et al., 2012). Internationale Studien sind aufgrund der Verschiedenheit der jeweiligen Gesundheitssysteme und dem Aufbau der Studien nur schwer vergleichbar (Schaffner et al., 2012).

2.2 Psychotische Störungen

Charakteristisch ist das Auftreten des Vollbildes der ersten Episode einer psychotischen Störung im frühen Erwachsenenalter (Schulze-Lutter et al., 2017). Entwicklungspsychologisch ungünstig, da sich in dieser Altersperiode die Persönlichkeit, die soziale Rolle sowie auch Bildung und Beruf entscheidend formieren (Patel et al., 2007; Redmond, Larkin & Harrop, 2010).

Psychotische Störungen sind als Symptomkomplex mit krankheitswertigen Veränderungen gekennzeichnet, die mit Beeinträchtigungen der Wahrnehmung und der Auffassung einhergehen. Die Störung äußert sich in unterschiedlichen Symptomen

wie Halluzinationen, Wahn, Ich-Störungen oder Realitätsverlust. Auch affektive Symptome finden in der Regel ihre Beteiligung (DGPPN, 2019).

Psychosen treten im Rahmen unterschiedlicher Diagnosen auf. Eine differentialdiagnostische Ausschlussdiagnostik zu organisch psychotischen Störungen mittels körperlicher Untersuchung, laborchemischer Analysen und Bildgebung sollte leitliniengerecht durchgeführt werden (DGPPN, 2019).

Ursächlich für sekundär psychotische Syndrome ist häufig eine substanzinduzierte Genese, vor allem beobachtet beim Konsum von Cannabis und Amphetaminen (DGPPN, 2019). Die 10. Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, 2020) kategorisiert eine substanzinduzierte Störung anhand einzelner Substanzen oder Mischkonsum. Die Störung tritt gewöhnlich innerhalb von 48 Stunden oder innerhalb von mehr als zwei Wochen (verzögert auftretende psychotische Störung) nach der Einnahme auf und klingt typischer Weise innerhalb eines Monats zumindest teilweise, nach sechs Monaten vollständig ab. Differenzialdiagnostisch kann eine andere psychische Störung durch den Substanzgebrauch verschlimmert oder ausgelöst werden. Eine sichere Abgrenzung ist bei Patienten mit kontinuierlichem Substanzgebrauch schwierig (Leopold, 2016).

Nichtorganische psychotische Störungen gliedern sich in der ICD-10 in Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20 bis F29) und affektive Psychosen, affektive Störungen (F30 bis F39) welche häufig mit psychotischer Symptomatik einhergehen. Differenzialdiagnostisch ist die Abgrenzung im Rahmen einer Erstmanifestation häufig schwierig. Je nach Zeitpunkt der ersten Untersuchung kann sich die Erstdiagnose im weiteren Verlauf ändern, da Dauer und Verlauf der Symptomatik - diese Kriterien sind für die Diagnostik entscheidend - nur retrospektiv abschließend beurteilbar sind (Leopold, 2016).

2.3 Dauer der unbehandelten Psychose

Die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) bezeichnet für gewöhnlich die Zeitspanne vom Erleben erster psychotischer Symptome bis zum Beginn einer angemessenen Behandlung, d.h. dem Beginn einer antipsychotischen Medikation in adäquater Dosierung mit regelmäßiger Einnahme (Murru, 2018, Marshall, 2005).

Die DUP ist ein vielfach untersuchter Prädiktor für das klinische Ergebnis und beeinflusst die Prognose des Patienten erheblich. Studien zeigen ausgeprägte Unterschiede in Mittelwert, Median und Range der DUP (Marshall et. al., 2005). Eine

kürzere DUP (weniger als drei Monate) (Boonstra et al., 2012) ist mit einer besseren Prognose assoziiert, dennoch liegt sie sowohl in Deutschland (Leopold et al., 2020) als auch in aktuelleren internationalen Studien im Durchschnitt bei einem Jahr (Penttilä et al., 2014; Cotter et al., 2017; Dama et al., 2019; Addington et al., 2015).

Eine lange DUP (länger als 3 bis 6 Monate) bedeutet eine schwerere Psychopathologie und längere Behandlungszeit im Krankenhaus (Edwards et al., 1998), ein vermindertes psychosoziales Funktionsvermögen, verminderte Lebensqualität, beeinträchtigtes kognitives Funktionsvermögen (Penttilä et al., 2014) und stärker ausgeprägte Negativsymptomatik. Außerdem erhöht ein früher Behandlungsbeginn die Ansprechraten auf Antipsychotika (Perkins et al., 2005).

Es scheint eine sensible Phase zu geben, in der biologische und psychosoziale Prozesse eine höhere Plastizität und somit eine bessere Ansprechbarkeit auf Interventionen aufweisen als im späteren Verlauf (Connor et al., 2016). Um dies für eine Verbesserung von Krankheitsverlauf und Genesung (Recovery) nutzen zu können, ist eine frühzeitige, adäquate und nachhaltige Therapie unbedingt notwendig. Daher gilt nach Leitlinienempfehlung (DGPPN, 2019) den Betroffenen einen schnellen und unkomplizierten Zugang zu spezifischen Früherkennungs- und Therapieprogrammen für Ersterkrankte zu ermöglichen. Die Kombination aus Aufklärungskampagnen zu Frühsymptomen bei Psychosen und frühzeitiger, zum Teil aufsuchender Diagnostik kann die Dauer der unbehandelten Psychose auf wenige Wochen reduzieren (Lloyd-Evans et al., 2011). Patienten mit Verkürzungen der DUP durch Frühintervention zeigen auch zehn Jahre nach der Erstbehandlung einen signifikant besseren Krankheitsverlauf als standardbehandelte Patienten (Hegelstad et al., 2012).

Die Gründe warum eine längere DUP mit einer schwerwiegenderen Beeinträchtigung einhergeht, sind bislang nicht hinreichend geklärt. In der Literatur werden vereinzelt z.B. Armut, Leben ohne Familie und stark ausgeprägte Negativsymptomatik für eine lange DUP beschrieben (Izquierdo et al., 2021). Andere Autoren schlagen vor die DUP eher als Indikator des Krankheitsstadiums statt als Prädiktor für den Krankheitsverlauf zu verstehen (Jonas et al., 2020). Grundsätzlich bleibt entscheidend: Je früher die Behandlung erfolgt, desto besser der Verlauf.

2.4 Psychotische Störungen und Frühintervention

Das Wissen um die oft mit großer Verzögerung unter erschwerten Bedingungen einsetzende Behandlung und die hohen Kosten einer psychotischen Erkrankung hat

in den letzten Jahrzehnten international zur Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle geführt, die eine optimierte Behandlung Ersterkrankter vorsehen (Leopold et al., 2015). Das Projekt EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Center, heute Orygen Youth Mental Health) in Melbourne, entstanden in den 90er Jahren, gilt als Modell für den Aufbau von Früherkennungszentren (McGorry, 2015). In Folge wurde eine größere Anzahl vergleichbarer Projekte in Europa, Nordamerika und Asien entwickelt. Generelles Ziel dieser Versorgungsform ist die Verkürzung der DUP und die intensivierete psychosoziale und medikamentöse Behandlung in den ersten drei bis fünf Jahren nach der Erstdiagnose (Lloyd-Evans et al., 2015, NICE, 2014). Studien konnten belegen, dass die spezialisierten Früherkennungsinitiativen gegenüber der herkömmlichen Behandlung reduzierte Rehospitalisierungs- und Rückfallraten, eine geringere Symptomschwere, einen besseren Behandlungszugang und eine höhere Behandlungssadhärenz (Bird et al., 2010; McGorry, 2015) aufweisen. Während in Ländern wie Australien, Großbritannien, die Niederlande, die USA und Kanada inzwischen eine Vielzahl an Frühinterventionsinitiativen etabliert ist (Zarafonitis-Müller et al., 2019), fehlt in Deutschland trotz der positiven Befundlage und entsprechender Empfehlungen der Leitlinie ein ausreichendes und flächendeckendes Angebot (DGPPN, 2019, Leopold et al., 2015). Auch gibt es noch kaum gemeinsame Standards bei Angeboten der Früherkennung (Leopold et al., 2015).

2.5 Inanspruchnahme – Verbesserung des Hilfesuchverhaltens

Viele Betroffene suchen selbst bei vollentwickelter Psychose keine ärztliche Hilfe auf (Fuchs u. Steinert, 2002; Niedersteberg et al., 2007; Schaffner et al. 2012). Als Gründe für das verzögerte Hilfesuchverhalten werden mangelnde Kenntnisse oder Missinterpretationen der Prodromalsymptome, aber auch der frühen psychotischen Symptome genannt. Auch die falsche Überzeugung es gäbe für psychische Krankheiten keine wirksame Therapie und die Angst vor Stigmatisierung durch eine psychiatrische Diagnose ist dem Hilfesuchverhalten abträglich. Zudem werden bis zum Beginn einer adäquaten Behandlung im Schnitt drei Hilfsversuche mit Individuen und Institutionen unternommen (von Reventlow, HG. et al., 2014; Schaffner et al., 2012; Köhn et al., 2004), wodurch die DUP weiter prolongiert wird. Der Beginn zur Früherkennung des Psychose Risikos und das Aufsuchen fachlicher Hilfe sollte deshalb durch das Wissen über psychische Krankheiten und ihre Symptome vorbereitet werden. Die Betroffenen und auch ihre Bezugspersonen müssen in die

Lage versetzt werden, die Zeichen von Krankheit als Signal der Notwendigkeit fachlicher Klärung wahrzunehmen – idealer Weise bereits im Prodromalstadium. Informationskampagnen sollten über Psychosen aufklären, die Bereitschaft fördern, adäquate Hilfe aufzusuchen und das auf der Krankheit, dem Kranken und den Behandlungseinrichtungen lastende sozial negative Stigma zu reduzieren (Häfner et al., 2012). Insbesondere zeigen sich solche Maßnahmen als effektiv, die großflächig und intensiviert angelegt sind, die über die gängigen Medien (Werbung und Information über Massenmedien, Fernsehen, Radio, Zeitung) verbreitet werden, die allgemeine Öffentlichkeit sowie Professionelle direkt ansprechen und die außerdem versuchen zu Hilfesuchverhalten anzuregen, statt lediglich über das Störungsbild und Hilfsmöglichkeiten zu informieren (Connor et al., 2016; Lloyd-Evans et al., 2011). Ziel dabei ist auch, Menschen jeglicher Herkunft gleichermaßen anzusprechen.

2.6 Risikofaktor Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund oder ethnische Minderheiten zeigen Unterschiede bezüglich Hilfesuchverhalten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, dieses ist auch abhängig von äußeren Faktoren wie dem Einzugsgebiet (Boonstra et al., 2012; Marshall et al., 2005). Sie haben auch ein größeres Risiko an Psychosen zu erkranken als die Mehrheitsbevölkerung (Bourque, van der Ven & Malla, 2011; Cantor-Graae & Selten, 2005). Eine aktuellere Studie von van der Ven und Selten (2016) deutet darauf hin, dass es eine Interaktion zwischen sozialem Status und Migrationshintergrund in Bezug auf das erhöhte Erkrankungsrisiko bei Migranten gibt. Migrationshintergrund ist nicht nur ein Risikofaktor für Psychosen, sondern auch mit einer längeren Dauer der unbehandelten Psychose assoziiert; Unterschiede in der Dauer der unbehandelten Psychose im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung sind jedoch nicht eindeutig (Boonstra et al., 2012; Morgan et al., 2006, Schoer, Huang & Anderson, 2019). Nerhus et al. (2015) fanden einen Trend in Richtung verlängerter DUP bei Patienten mit Migrationshintergrund und die Migration nach einem Alter von sechs Jahren zeigte eine signifikante Assoziation in Richtung längerer DUP als die Mehrheitsbevölkerung. In Deutschland lässt die spärliche Studienlage (Häfner, 1980, Zarafonitis-Müller et al., 2019) dazu bisher keine Rückschlüsse zu. Es wird deutlich, dass weitere Untersuchungen notwendig sind, um ein umfassenderes Verständnis für die beobachteten Unterschiede in der Inanspruchnahme von ethnischen Minderheiten zu gewinnen (Anderson, McKenzie & Kurdyak, 2017).

2.7 Fragestellungen und Ziel der Arbeit

Aufgrund der uneinheitlichen Erkenntnisse aus bisherigen Studien und um zu explorieren, ob die breit angelegten Frühinterventionsbemühungen des in Berlin Kreuzberg im Jahr 2013 neu gegründeten Frühinterventions- und Therapiezentrums auch Menschen mit Migrationshintergrund erreichen, hat die vorliegende Studie das Ziel die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund zu untersuchen. Des Weiteren sollte untersucht werden, ob sich Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in ihrem initialen Hilfesuchverhalten unterscheiden. Im Rahmen dieser Studie lag der Fokus dabei auf der Frage, wie viele Hilfsversuche unternommen wurden, welche erste Anlaufstelle im Vorfeld der stationären (adäquaten) Behandlung in Anspruch genommen wurde und der Zeitspanne vom Beginn der „psychischen Probleme“ bis zum Aufsuchen des ersten Hilfskontaktes.

Folgende Hypothesen werden untersucht:

1. Es gibt einen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund bezüglich der Dauer der unbehandelten Psychose. Patienten mit Migrationshintergrund haben eine längere Dauer der unbehandelten Psychose.
 - 1a. Explorative Analyse:
Patienten mit Migrationshintergrund 1. und 2. Generation unterscheiden sich von Patienten ohne Migrationshintergrund bezüglich der Dauer der unbehandelten Psychose.
 - 1b. Explorative Analyse:
Patienten mit Migrationshintergrund mit Deutsch als Muttersprache, Deutsch und andere Muttersprache (bilingual), andere Muttersprache unterscheiden sich bezüglich der Dauer der unbehandelten Psychose.
2. Es gibt einen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund bezüglich der initialen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Patienten mit Migrationshintergrund haben mehr Kontakte ins Hilfesystem bis zur adäquaten Behandlung. Es gibt einen Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und Profession des ersten kontaktierten Hilfsangebotes. Es gibt einen Unterschied bezüglich der Zeitspanne der Erkrankung bis zum Aufsuchen des ersten Hilfsangebotes.

3. Material und Methoden

Die vorliegende Erhebung fand im Rahmen einer umfassenden Evaluation des FRITZ statt (Siebert et al., 2021). Das positive Ethikvotum zur Studie wurde am 24.02.2015 durch die Ethikkommission der Charité Campus Benjamin Franklin erteilt (Antragsnummer EA4/026/15). Die Patienten wurden während der Aufnahme auf die Station über die Studie aufgeklärt und bei Interesse ihre Einwilligung eingeholt.

3.1 Studiendesign

Die Teilnehmer wurden von Dezember 2015 bis Mai 2018 konsekutiv rekrutiert. In die Studie eingeschlossen wurden Patienten mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung laut DSM-IV (Saß, Houben, 1998). Dieses umfasst nach der 10. Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, 2020) folgende Diagnosen: Substanzinduzierte psychotische Störungen F1x.5, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F2x, Manische Episoden mit psychotischen Symptomen F30.2, Bipolare affektive Störungen mit psychotischen Symptomen F31.2/F31.5/F31.6 und schwere depressive Episoden mit psychotischen Symptomen F32.3/F33.3. In die Studie eingeschlossen wurden Patienten mit frühen Psychosen. Im Rahmen unserer Definition der frühen Psychose („early psychosis“) nach Bird et al. (2010) als klinisch diagnostizierte Psychose, durfte deren Erstmanifestation nicht länger als 5 Jahre zurückliegen oder die erste Vorstellung bei einer medizinischen Versorgungseinrichtung für psychische Erkrankungen nicht länger als 5 Jahre zurückliegen.

Bedingung für die Studienteilnahme waren die Teilnahme am FRITZ Therapieprogramm, ausreichende intellektuelle und deutsch-sprachige Fähigkeiten sowie die schriftliche Einwilligung des Patienten nach Aufklärung. Die Daten wurden von unabhängigen wissenschaftlichen Mitarbeitern und FRITZ Behandlern (Ärzten, Psychotherapeuten) erhoben.

3.2 Behandlungssetting

Das Frühinterventions- und Therapiezentrum (FRITZ)

Das Frühinterventions- und Therapiezentrum der psychiatrischen Klinik des Berliner Vivantes Klinikum Am Urban (FRITZ), akademisches Lehrkrankenhaus der Charité im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg wurde im November 2013 eröffnet (www.fritz-am-urban.de). Im Einklang mit weltweiten Bemühungen zur Frühintervention und -behandlung richtet es sich an junge Menschen zwischen 18 und 35 Jahren mit frühen

Psychosen, d.h., Menschen in den ersten fünf Jahren ihrer Erkrankung (auch bei Rezidiven). Die FRITZ Behandlungsmöglichkeiten beinhalten spezialisierte, bedarfsgerechte ambulante, teilstationäre, stationsäquivalente aufsuchende und stationäre Angebote. Dabei wird ein multiprofessionelles, evidenzbasiertes und leitlinienorientiertes Therapiekonzept, welches Pharmakotherapie, Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting sowie Soziotherapie und Individuell Placement and Support (IPS) angeboten.

In Übereinstimmung mit internationalen Befunden (Connor et al., 2016; Lloyd-Evans et al., 2011), ist das Konzept des FRITZ darauf ausgerichtet, durch intensive Öffentlichkeitsarbeit Patienten und ihr Umfeld möglichst früh zu erreichen, Berührungspunkte abzubauen und eine Behandlungsmotivation aufzubauen, um die Dauer der unbehandelten Psychose zu verkürzen. Erstgespräche können unverbindlich und anonym stattfinden, eine Überweisung vom niedergelassenen Arzt ist nicht nötig, die Ambulanz und Station sind direkt zugänglich.

Die öffentliche Repräsentation von FRITZ ist niedrigschwellig angelegt und versucht alle wesentlichen Lebensräume der potenziellen Zielgruppe aufzusuchen. Um den Zugangsweg in die Behandlung zu erleichtern, wurde eine eigene Website (www.fritz-am-urban.de) für FRITZ entwickelt, die sich durch ein ansprechendes Design, ausgelegt auf junge Erwachsene mit eingängigen, leicht verständlichen Texten in zuversichtlicher Grundhaltung darstellt. „FRITZ on tour“ – eine weitere Öffentlichkeitsmaßnahme - richtet sich vor allem an Schüler ab dem 17. Lebensjahr und Lehrer – und stellt das Angebot der psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung für junge Erwachsene vor. Es gibt regelmäßige Treffen mit Kontaktlehrern der weiterführenden Schulen des Bezirks, in denen Lehrkräfte geschult werden auf Frühsymptome aufmerksam zu werden und in denen sie das Behandlungsangebot des FRITZ kennenlernen. Ähnliche Kontakte mit demselben Bemühen bestehen zum Jobcenter, dem Berliner Krisendienst, dem Sozialpsychiatrischer Dienst und anderen psychosozialen Beratungsstellen. Des Weiteren werden zahlreiche Maßnahmen zur externen Kommunikation unternommen, darunter, wie die Website auch, auf junge Erwachsene zugeschnittenes Werbematerial, Pressearbeit und regelmäßige Kinoveranstaltungen zum Thema, bei denen jeweils Professionelle, Betroffene, Angehörige sowie die allgemeine Öffentlichkeit, im Anschluss an die Veranstaltung jeweils über eine Podiumsdiskussion ins Gespräch kommen.

3.3 Erhebungsinstrumente

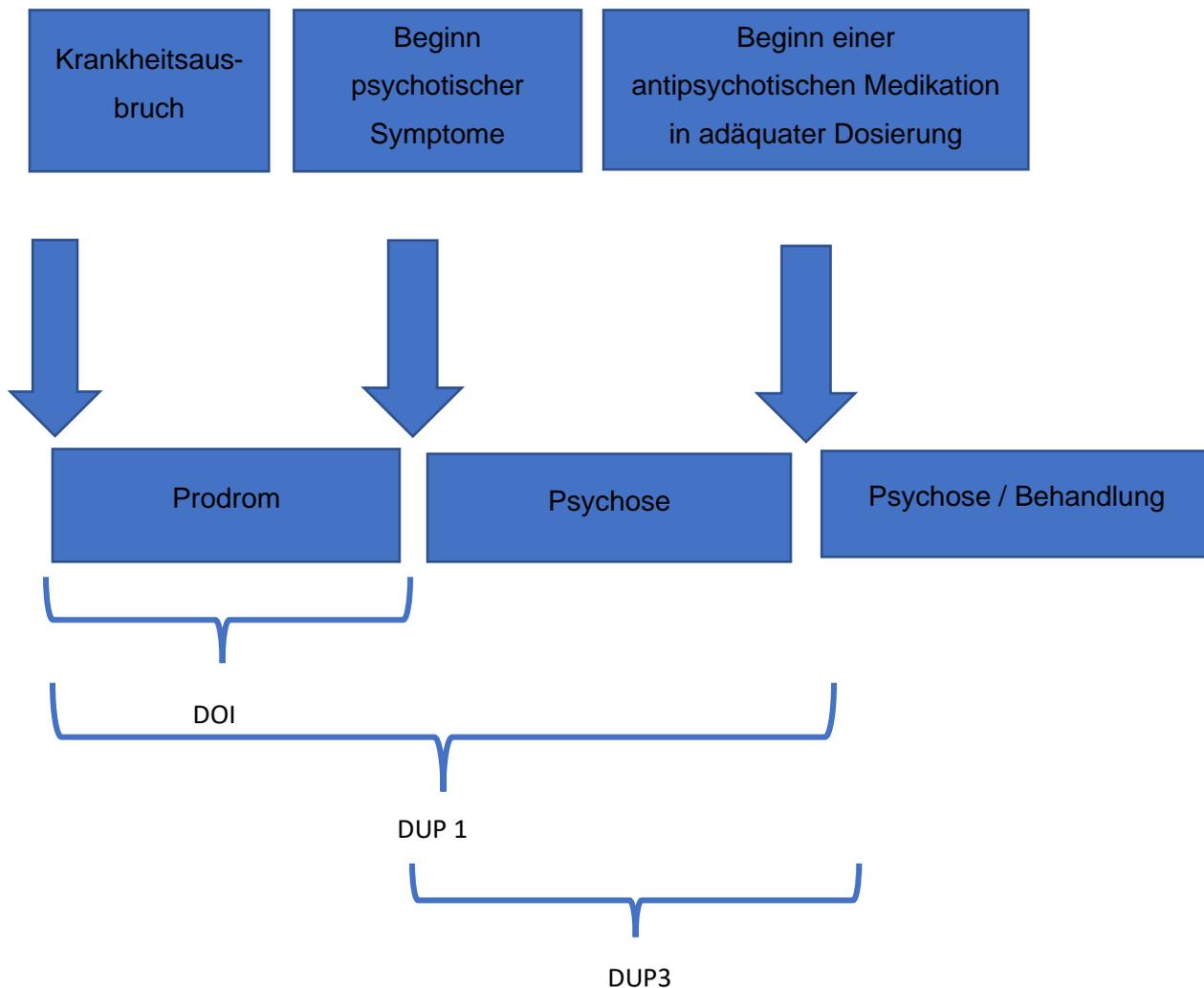
Der Migrationsstatus wurde mittels eines selbstentwickelten Fragebogens erfasst, in dem der Geburtsort, das Alter zum Zeitpunkt der Migration, die Muttersprache sowie jeweils Geburtsort von Mutter und Vater systematisch erfragt wurden. Wir definierten alle Probanden als solche mit Migrationshintergrund, die entweder im Ausland geboren wurden und selbst nach Deutschland zugezogen sind (Migrationshintergrund 1. Generation, MeG) und alle in Deutschland Geborenen mit zumindest einem zugewanderten Elternteil (Migrationshintergrund 2. Generation, MzG) (Statistisches Bundesamt, 2010).

Die Diagnosen wurden unter Zuhilfenahme des strukturierten klinischen Interviews (SKID, Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T., 1997), nach DSM-IV gestellt. Die Dauer der unbehandelten Psychose wurde mit der deutschen Übersetzung des gekürzten und angepassten Nottingham Onset Schedule (NOS) nach Singh et al. (2005) operationalisiert, in drei Variablen gemessen, d.h. im Interview exploriert und in „Tagen“ erfasst.

In Anlehnung an Singh et al. (2005) definierten wir die Krankheitsdauer (DOI)/ Dauer des Prodroms als Zeitspanne von Beginn des Prodroms (unspezifische Symptome) bis Beginn der manifesten/eindeutigen Psychose (erfüllt Diagnosekriterien). Die Dauer der unbehandelten Psychose/inklusive Prodrom (DUP1) definierten wir als Zeitspanne von Beginn des Prodroms (unspezifische Symptome) bis Beginn einer antipsychotischen Medikation in adäquater Dosierung mit regelmäßiger Einnahme. Die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP3) /manifeste Psychose definierten wir als Zeitspanne zwischen dem Erleben erster psychotischer Symptome (erfüllt Diagnosekriterien) und Beginn einer antipsychotischen Medikation in adäquater Dosierung mit regelmäßiger Einnahme (angemessene Behandlung).

Im Original des Nottingham Onset Schedule wurde zusätzlich unterschieden zwischen „Entstehung der Psychose (DUP2)“, definiert als Zeitspanne von ersten psychotischen Symptomen bis zum Beginn einer adäquaten Behandlung, und „Manifeste Psychose (DUP3)“, definiert als Zeitspanne von Diagnose bis zum Beginn einer adäquaten Behandlung. Im Rahmen der Adaptation der Skala für unsere Studie verzichteten wir auf diese weitere Unterteilung.

Abbildung 1: Dauer der unbehandelten Psychose – Detaildarstellung



Zur Erfassung der Wege in die Behandlung wurde eine für das deutsche Gesundheitssystem modifizierte Version des Instruments „Pathways to Care“ verwandt (Gater & Goldberg, 1991; von Reventlow et al., 2014). In diesem wird jede Entscheidung Hilfe zu suchen, die von den Patienten aufgrund der Beschwerden unternommen wurde, mittels verschiedener Variablen erfasst. Dabei werden pro Inanspruchnahme die aufgesuchten Kontakte erfragt; Kontakte zu Ärzten, zum psychiatrisch-psychotherapeutischen System, aber auch zu nichtmedizinischen professionellen Hilfen z.B. Sozialarbeiter, Beratungsstellen, Lehrer. Die Schwere psychotischer Symptome wurde mit der Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS) (Kay, Opler & Lindenmayer, 1989) erfasst. Die PANSS besteht aus der Positivskala (7 Items), Negativskala (7 Items) und der Skala der allgemeinen

Psychopathologie (16 Items). Die Skalenwerte ergeben sich aus der Summierung der Itemrohwerte (1 bis 7) pro Skala.

3.4 Statistische Analyse

Die Rekrutierung richtete sich nach der Stichprobenkalkulation zum primären Outcome in der Kohortenstudie (Siebert et al., 2021).

Im Rahmen der statistischen Analyse wurden zunächst die Voraussetzungen zur Auswahl eines angemessenen Verfahrens zur Auswertung geprüft. Mittels Shapiro-Wilk Test wurde auf Normalverteilung geprüft (Bortz, 1999) Im Folgenden wurden zwei verschiedene Verfahren zur Hypothesenprüfung eingesetzt; der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test und Chi-Quadrat-Tests (zweiseitig) bzw. exakte Tests nach Fischer (erwartete Häufigkeiten kleiner 5 (Bortz, 1999; Bortz & Lienert, 2003). In der letzteren Analyse mit kategorisierten Variablen wurden die angegebenen Tage bei DOI, DUP1, DUP3 in Gruppen (Zeitspannen a) < 6 Monate, b) 6 Monate bis < 1 Jahr, c) 1 Jahr bis < 2 Jahre, d) ≥ 2 Jahre) aufgeteilt, um Effekte durch Ausreißer ausschließen und noch mal innerhalb der Untergruppen vergleichen zu können. Gegenüber dem Mann-Whitney U-Test kam es jedoch durch die Kategorienbildung zu einer Reduktion des Informationsgehalts der Variablen. Bezüglich der Differenzierung in Patienten mit Migrationshintergrund erster (MeG) und zweiter Generation (MzG) sowie Patienten mit Migrationshintergrund, die Deutsch oder Deutsch und eine zweite Muttersprache hatten, wurden aufgrund der verkleinerten Stichprobe gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen relativ robuste Varianzanalysen zur Auswertung herangezogen. Zur Analyse der möglichen Unterschiede der zeitlichen Intervalle im Hinblick auf der wahrgenommenen Hilfsangebote wurde der Kruskal-Wallis Test für nicht-parametrische Daten verwendet, da für die untersuchten Zeitintervalle die Normalverteilungsvoraussetzung verletzt war (Bortz, 1999; Bortz & Lienert, 2003). Die statistische Auswertung erfolgte mittels der Software SPSS Version 25 für Windows.

4. Ergebnisse

Insgesamt nahmen 95 Patienten an der Erhebung teil. 61,1% waren männlich. Das Durchschnittsalter betrug 26,2 Jahre (SD=5,5). 11 Personen wurden wegen unbekanntem Migrationsstatus aus der Berechnung ausgeschlossen.

Der Median als Maß der zentralen Tendenz wurde gewählt, da er unempfindlich gegenüber Extremwerten ist, die in der Stichprobe vorkommen.

4.1 Migrationshintergrund, Muttersprache und soziodemografische Charakteristika

Personen mit und ohne Migrationshintergrund waren gleichmäßig vertreten. Patienten mit Migrationshintergrund waren häufiger in der zweiten als in der ersten Generation vertreten. Migranten 1. Generation wurden in Westeuropa, Osteuropa, der ehemaligen UDSSR oder anderen Ländern geboren. Daten zu Migrationshintergrund und Muttersprache sind Tab. 1 zu entnehmen. Vergleichbar mit dem Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in unserer Studie (40,0%, n=38), betrug der Anteil der gleichaltrigen Einwohner mit Migrationshintergrund im Versorgungssektor Friedrichshain-Kreuzberg im Rekrutierungszeitraum 55%, (n≈64000) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021). Eine Übersicht soziodemografischer Daten der Gesamtkohorte gibt Tab. 2.

Tab. 1 Migrationsstatus und Muttersprache (n=95).

| Migrationsstatus | Häufigkeit n (%) |
|--|-----------------------------|
| Personen ohne Migrationshintergrund | 46 (48,4) |
| Personen mit Migrationshintergrund | 38 (40,0) |
| Migranten 1. Generation | 12 (12,6) |
| Migranten 2. Generation | 26 (27,4) |
| unbekannt | 11 (11,6) |
| | |
| Muttersprache der Patienten mit Migrationshintergrund | |
| deutsch | 11 (11,6) |
| deutsch und eine weitere Sprache | 10 (10,5) |
| türkisch | 4 (4,2) |
| russisch | 5 (5,3) |
| andere | 8 (8,4) |

Tab. 2 Soziodemografische und klinische Merkmale in Abhängigkeit vom Migrationsstatus (n=84)¹

| | Personen ohne Migrationshintergrund (n=46) | Personen mit Migrationshintergrund (n=38) | Statistische Ergebnisse Gruppenunterschiede (U, χ^2) |
|---|--|---|--|
| Alter (MW\pmSD) | 26,1 \pm 6,0 | 26,74 \pm 4,8 | |
| Dauer der unbehandelten Psychose (Median in Tagen; X _{min} , X _{max} in Tagen) | | | |
| DOI | 213; 2, 4748 | 258; 1, 2192 | U=655,000, p=0,929 χ^2 (3,n=84)=3,99, p=0,263 |
| DUP1 | 289; 2, 4748 | 380; 7, 3650 | U=686,000, p=0,723 χ^2 (3,n=84)=3,76, p=0,289 |
| DUP3 | 28; 0, 396 | 28; 0, 1461 | U=562,000, p=0,567 χ^2 (3,n=84)=1,90, p=0,593 |
| PANSS Ergebnis (MW\pmSD) | | | |
| Positive Symptome | 18,0 \pm 6,5 | 17,8 \pm 7,1 | |
| Negative Symptome | 11,9 \pm 5,4 | 15,8 \pm 6,6 | |
| Generelle Symptome | 30,1 \pm 7,2 | 34,2 \pm 9,8 | |
| Geschlecht n (%) | | | |
| männlich | 29 (64,4) | 21 (55,3) | |
| Familienstand n (%) | | | |
| Ledig /geschieden / verwitwet | 40 (88,9) | 30 (78,9) | |
| In Partnerschaft / verheiratet | 5 (11,1) | 8 (21,1) | |
| Schulabschluss n (%) | | | |
| Noch keinen/Schüler (Erweiterter) | 2 (4,4) 5 (11,1) | - 8 (21,1) | |
| Hauptschulabschluss | | | |
| Mittlere Reife (Fach-) Abitur | 14 (31,1) 23 (51,1) | 8 (21,1) 22 (57,9) | |
| Kein Abschluss | 1 (2,2) | - | |
| Berufsstatus n (%) | | | |
| Erwerbsarbeit / Ausbildung | 23 (51,1) | 19 (50,0) | |
| arbeitslos | 16 (35,6) | 15 (39,5) | |
| krank geschrieben | 6 (13,3) | 4 (10,5) | |
| Wohnsituation n (%) | | | |
| alleine / Wohngemeinschaft mit Familie | 25 (55,5) 18 (40,0) | 24 (63,1) 11 (29,0) | |
| Wohnheim | 1 (2,2) | 2 (5,2) | |
| Ohne Unterkunft | 1 (2,2) | - | |
| ¹ n=84, da 11 Patienten mit unbekanntem Migrationsstatus aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen wurden | | | |

4.2 Migrationshintergrund und DOI, DUP1, DUP3

Die Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund weisen einen Median von 213 Tagen (DOI), 289 Tagen (DUP1) bzw. 28 Tagen (DUP3) auf. Der Median als Maß der zentralen Tendenz wurde hier und auch im Folgenden aufgrund seiner Robustheit gegenüber Extremwerten gewählt. Die Patienten der Gruppe mit Migrationshintergrund wies einen Median von 258 Tagen (DOI), 380 Tagen (DUP1) bzw. 28 Tagen (DUP3) auf. Im Mann-Whitney-U ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Tab. 2).

Da die Spannweite der in der Nottingham Onset Schedule erfassten Angaben zu Tagen sehr groß war, wurden Kategorien a) bis 6 Monate, b) 6 Monate bis 1 Jahr, c)

1 Jahr bis 2 Jahre, d) länger als zwei Jahre gebildet, um noch einmal zwischen den Gruppen unterscheiden zu können. Wieder ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (Tab. 2).

4.3 Migrationshintergrund 1. Generation, 2. Generation und Patienten ohne Migrationshintergrund

Explorativ wurde im Folgenden die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund differenziert in Patienten mit Migrationshintergrund erster Generation (MeG) und zweiter Generation (MzG). Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bzgl. der drei abhängigen Variablen DOI, DUP1, DUP3 (Tab.3).

Tab. 3 Dauer der unbehandelten Psychose in Abhängigkeit vom Migrationsstatus und Muttersprache

| Migrationshintergrund 1. Generation, 2. Generation und Patienten ohne Migrationshintergrund | | | | |
|---|--|----------|------|--|
| | n _{MeG} , n _{MzG} , n _{PoM} | df | F | p (MeG, MzG, Patienten ohne Migrationshintergrund (PoM)) ¹ |
| DOI | 11, 23, 39 | 2,33,062 | .642 | 0,533 |
| DUP1 | 12, 24, 40 | 2,75 | .246 | 0,782 |
| DUP3 | 12, 21, 37 | 2,69 | .730 | 0,486 |
| Migrationshintergrund und Muttersprache | | | | |
| | n _d , n _a | df | F | p ¹ |
| DOI | 19, 15 | 1,33 | .089 | 0,767 |
| DUP1 | 19, 17 | 1,35 | .008 | 0,931 |
| DUP3 | 17, 16 | 1,32 | .617 | 0,438 |
| n _d = Mig deutsch und andere, n _a = Mig andere ¹ | | | | |
| ¹ p-Werte berechnet mittels WELCH / ANOVA | | | | |

4.4 Migrationshintergrund und Muttersprache

Die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund wurde weiterhin unterteilt in Patienten mit Migrationshintergrund die Deutsch als Muttersprache oder Deutsch und eine zweite Sprache als Muttersprache hatten und Patienten mit Migrationshintergrund die nicht Deutsch als Muttersprache hatten. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bzgl. Der abhängigen Variablen DOI, DUP1, DUP3 (Tab. 3).

4.5 Inanspruchnahme

In der vorliegenden Studie wurden aufgrund der geringen Stichprobengröße die aufgesuchten Hilfsangebote zu vier Kategorien zusammengefasst: 1. Allgemeinmediziner, 2. Psychiater, 3. Psychologe und Psychotherapeut, 4. Sonstige (Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Bereich, Sozialarbeiter, andere). Die Patienten

nahmen im Median drei Kontakte bis zur stationären Aufnahme wahr. Analysen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund $U=716,500$, $Z = -1,487$, $p=0,137$. Tendenziell unternahmen Patienten ohne Migrationshintergrund mit einem Median von drei Kontakten mehr Kontaktversuche ins Hilfesystem; Patienten ohne Migrationshintergrund dagegen zwei.

Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und Profession des ersten kontaktierten Hilfsangebotes $\chi^2 (3, n=83)=0,668$, $p=0,881$ (zweiseitig). Eine Übersicht der Häufigkeitsverteilung findet sich in Tab. 4.

Das Intervall vom Beginn der Erkrankung bis zum Aufsuchen eines ersten Hilfsangebotes betrug bei den Patienten ohne Migrationshintergrund im Median 23 Tage und bei Patienten mit Migrationshintergrund 30 Tage. Analysen zeigten keinen signifikanten Unterschied ($U=780,00$, $Z=-0,324$, $p=0,746$). Die zeitlichen Intervalle zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich somit nicht.

Mit $H=7,359$, $p=0,061$ ergab sich im Kruskal-Wallis-Test kein signifikanter Unterschied zwischen den vier gebildeten Kategorien von Hilfskontakten und dem zeitlichen Intervall vom Beginn der Erkrankung bis zum Aufsuchen eines ersten Hilfskontaktes.

Tab.4 Erster Hilfekontakt in Abhängigkeit vom Migrationsstatus (n=83)

| Erster Hilfekontakt zu | Personen ohne Migrationshintergrund (n=45) | | Personen mit Migrationshintergrund (n=38) | |
|----------------------------|--|--------|---|--------|
| | N | (%) | N | (%) |
| Allgemeinmediziner | 8 | (17,8) | 8 | (21,1) |
| Psychiater | 24 | (53,3) | 19 | (50,0) |
| Psychologe/Psychotherapeut | 10 | (22,2) | 7 | (18,4) |
| Sonstige | 3 | (6,7) | 4 | (10,5) |

5. Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten keine Unterschiede in der Dauer der unbehandelten Psychose zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Die erste Hypothese konnte somit statistisch nicht belegt werden. Die Vergleichbarkeit dieses Befundes mit vorausgehenden Studien gestaltet sich schwierig. Metaanalysen weisen auf methodische Schwierigkeiten, z.B. uneinheitliche Definitionen der DUP sowie des Migrationshintergrundes hin, wodurch die externe Validität der Studien eingeschränkt ist (Schoer, Huang & Anderson, 2019; Martin, Moro & Benoit, 2019).

Zunächst soll angemerkt sein, dass die meisten Studien, die die Dauer der unbehandelten Psychose im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund untersuchen, im Ausland durchgeführt wurden. Bezüglich der Vergleichbarkeit zu der vorliegenden Studie muss deshalb kritisch angemerkt werden, dass die Zusammensetzung der Stichproben sehr verschieden ist und auch die Gesundheitssysteme sich stark unterscheiden. Die Studie von Morgan et al. (2012) ist hervorzuheben, da sie DUP und Ethnizität im Vergleich zu anderen Studien klar definiert. Die Ergebnisse zeigen eine DUP von im Median 10 Wochen für weiße britische Patienten, 13 Wochen für afrokaribische und 8 Wochen für Patienten mit schwarzafrikanischem Hintergrund. Eingeschlossen wurden Patienten mit nicht affektiven (F20-F29) und affektiven (F30-F33) psychotischen Störungen. Bezüglich der Vergleichbarkeit zu unserer Studie gibt es eine Vielzahl an Schwierigkeiten. So wurde die Dauer der unbehandelten Psychose definiert als Zeitspanne vom Beginn psychotischer Symptome bis zum ersten Kontakt mit dem gesetzlichen Gesundheitssystem, während in unserer Studie der Beginn einer adäquaten medikamentösen Behandlung als Kriterium zugrunde gelegt wurde. Die Unterschiedlichkeit der Definition lässt keinen eindeutigen Vergleich der Ergebnisse bzgl. der Länge der DUP zu. Ferner wurden in die Stichprobe keine Patienten mit substanzinduzierten Psychosen eingeschlossen, während in unserer Stichprobe die Anzahl der Patienten mit der Diagnose einer substanzinduzierten Psychose hoch war. In der Studie von Weibell et al. (2013, Souaiby et al., 2019) wird beschrieben, dass die DUP innerhalb dieser Diagnosegruppe kürzer ist. Deshalb könnte angenommen werden, dass hier ein Hinweis für eine Stichprobenverzerrung in Richtung kürzerer DUP in unserer Studie vorliegt. In der Studie von Ghali et al. (2013) wird die DUP wie in unserer Studie mit einer modifizierten Version des NOS-DUP gemessen und wäre mit einem Median von 11,5 Wochen eine Vergleichsgrundlage. Allerdings wird in der

Veröffentlichung keine Aussage über die Diagnosen der eingeschlossenen Patienten gemacht und somit wäre ein Vergleich nicht aussagekräftig. Die Studie von Basu et al. (2015), die in Singapore durchgeführt wurde, ergab einen Unterschied zwischen Menschen mit indischem Migrationshintergrund und chinesischem Migrationshintergrund, wobei die DUP bei Menschen mit indischem Hintergrund länger war. In dieser Studie wurde eine DUP mit einem Median von sechs Monaten gefunden. Höheres Alter, niedrigerer Bildungsstatus, Leben als Alleinstehende/r und eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, der nicht affektiven Psychosen zeigten einen größeren Zusammenhang mit einer längeren DUP. Wieder waren in diese Stichprobe keine Patienten mit substanzinduzierten Psychosen eingeschlossen. Ein direkter Vergleich mit unserer Studie ist nicht möglich. Unter Einbezug der Studie von Weibell et al. (2013, Souaiby et al., 2019) könnte jedoch angenommen werden, dass, wenn zusätzlich Patienten mit substanzinduzierten Psychosen eingeschlossen wären, die DUP in der Studie von Basu et al. (2015) kürzer wäre und sich der DUP in unserer Studie annähern würde. Ein beachtenswertes Ergebnis unserer Studie ist die Dauer der unbehandelten Psychose. Verglichen mit internationalen Studien (Penttilä et al., 2014; Cotter et al., 2017; Dama et al., 2019; Addington et al., 2015) liegt diese bei den Patienten mit und ohne Migrationshintergrund mit 28 Tagen deutlich unter dem Durchschnitt. Dabei muss angemerkt sein, dass in die Metaanalyse von Penttilä et al. (2014) Studien selektiert wurden, die hauptsächlich Patienten mit Schizophrenien eingeschlossen hatten. Dabei erfordert die Diagnose der Schizophrenie nach DSM, wie sie in diesen Studien verwendet wurde, eine Mindestdauer von funktionalen Einschränkungen über 6 Monate. Nach den ICD-10 Kriterien hingegen, wie Sie in unserer Studie verwendet wurden müssen lediglich Symptome über 4 Wochen vorliegen, eine Funktionseinschränkung ist nicht Voraussetzung für die Diagnose Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Schizophrenien weisen in 75% der Fälle ein Prodrom auf (DGPPN, 2019, Schulze-Lutter et al., 2017), andere psychotische Störungen wie sie in dieser Studie eingeschlossen wurden haben per Definitionem kein Prodrom, daher ist ein Vergleich unserer verhältnismäßig sehr kurzen DUP aufgrund der verschiedenen Stichprobenszusammensetzung nicht möglich. In der Studie von Dama et al. (2019) betrug die DUP im Median sechs Monate. Auch dieses Ergebnis ist mit dem unserer Studie nur schwer vergleichbar, da in die Studie zwar Patienten mit ersten psychotischen Episoden eingeschlossen wurden, aber anders als in unserer Studie ein weiteres Einschlusskriterium, ein Itemrohwert von mindestens 4

auf der Skala Wahnideen und/oder Halluzinationen der PANSS (Kay, Opler & Lindenmayer, 1989), vorhanden sein musste. Von einer Zuordnung zu einer Diagnose wurde in diesem frühen Stadium der Behandlung abgesehen, da in der Regel erst rückblickend eine eindeutigere Diagnose möglich und sinnvoll ist. In der Studie von Addington et al. (2015) wurden Patienten mit affektiven Psychosen und substanzinduzierten Psychosen nicht in die Stichprobe eingeschlossen, so dass das Ergebnis der DUP mit einem Median von 74 Wochen nicht vergleichbar ist.

Resümierend lässt sich aus der Diskussion der aufgeführten Studien feststellen, dass solche Studien, die auch Patienten mit affektiven und substanzinduzierten Psychosen einschließen, eine deutlich kürzere DUP berichten. Die Studie von Weibell et al. (2013) berichtet eine DUP mit einem Median von fünf Wochen bei Patienten mit drogeninduzierten Psychosen, verglichen mit einem Median von 25,5 Wochen bei Patienten mit frühen Psychosen ohne Substanzabusus und 20 Wochen bei Patienten mit Psychosen und Substanzabusus. Die Betrachtung dieses Ergebnisses lässt vermuten, dass eine Stichprobenverzerrung das Ergebnis unserer Studie begünstigt. Dennoch ergab die DUP bei einer Unterteilung in eine Gruppe von Patienten mit substanzinduzierten und einer Gruppe von Patienten mit nicht substanzinduzierten Psychosen in unserer Kohortenstudie jeweils 28 Tage (Siebert et al., 2021). Dieses Ergebnis wiederum relativiert die kritische Betrachtung unseres Ergebnisses bzgl. der kurzen DUP. Zusätzlich ist anzumerken, dass v.a. bei regelmäßigem Substanzkonsum eine sichere diagnostische Abgrenzung erst im Längsschnitt möglich wird. Daher ändern sich die Diagnosen im Verlauf der Erkrankung häufig (Salvatore et al., 2010, Gale-Grant et al., 2021). Die Studie von Starzer, M., Nordentoft, M. & Hjorthøj, C. (2018) zeigt, dass Veränderungen der Diagnosen von substanzinduzierten Psychosen zu schwereren psychotischen Erkrankungen wie der bipolaren Störung oder Schizophrenie bei jungen Erwachsenen häufig vorkommen.

Das bedeutet, dass die Patienten in einem frühen Stadium der Erkrankung in Behandlung kamen und damit das angestrebte Versorgungsziel frühzeitig zu intervenieren erreicht wurde. Dieses Ergebnis ergänzt in erfreulicher Weise die vorausgegangene Studie von Zarafonitis et al. (2019), in der die DUP nicht erhoben wurde, aber antizipiert wurde, dass die Patienten erst in einem späteren Stadium der Erkrankung erreicht wurden. In der Studie gelangte die Mehrheit der Patienten unplanmäßig über die Rettungsstelle oder nach freiheitsentziehender Unterbringung

(PsychKG) auf der geschützten Station in FRITZ-Behandlung. Es wurde deshalb davon ausgegangen, dass das angestrebte Versorgungsziel frühzeitig zu intervenieren nicht erreicht wurde. Auch vor dem Hintergrund, dass die Stichprobe nur aus stationären Patienten bestand und ausschließlich ambulant behandelte FRITZ-Patienten nicht erfasst wurden, also ein Selektionsbias zugunsten schwerer erkrankter Patienten wahrscheinlich ist, ist das Ergebnis in Bezug auf die relativ kurze DUP nennenswert. Im Vergleich zu der ebenfalls im FRITZ durchgeführten Studie von Zarafonitis et al. (2019) ist jedoch limitierend anzumerken, dass sich die Stichproben in Bezug auf den Migrationsstatus stark unterscheiden. In der vorliegenden Studie ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 2. Generation deutlich höher, so dass das positive Ergebnis bzgl. der Dauer der unbehandelten Psychose nicht ohne weiteres generalisierbar ist. Es könnte angenommen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund 2. Generation in Bezug auf Sprache und Bildung besser integriert sind, also die Variable Migrationshintergrund mit Sprache und Bildung konfundiert ist. Auch die Studie von Nerhus et al. (2015) deutet darauf hin, dass ein Migrationshintergrund 1. Generation, insbesondere nach einem Alter von sechs Jahren, eine verlängerte Dauer der unbehandelten Psychose mit sich bringt. Weiterhin ist einschränkend zu erwähnen, dass es in unserer Studie einen Selektionsbias zugunsten eher gebildeter und gut integrierter Menschen mit Migrationshintergrund ohne Sprachbarriere gab. 57,9% der Patienten mit Migrationshintergrund hatten (Fach-) Abitur und 50% waren in Ausbildung oder hatten Arbeit. Im Vergleich dazu hatten 51,1% der Patienten ohne Migrationshintergrund (Fach-)Abitur und 51,1% waren in Ausbildung oder hatten Arbeit, so dass möglicher Weise die Dauer der unbehandelten Psychose deshalb kurz war und sich kein Unterschied zwischen den Gruppen zeigte. Diese sind Faktoren, die eine medizinische Inanspruchnahme eher fördern. In der Literatur werden (wenn auch nur vereinzelt untersucht) z.B. Armut, Leben ohne Familie und stark ausgeprägte Negativsymptomatik als Prädiktoren für eine lange DUP beschrieben (Compton et al., 2011). Auch diese finden sich in unserer Stichprobe nicht, was die Annahme der Positivauslese unterstreicht. Allerdings müssten dann auch andere Stichprobencharakteristika in Betracht genommen werden, z.B. männliches Geschlecht, niedrigeres prämorbid funktionelles Niveau, die in unserer Stichprobe nicht überproportional ausgeprägt sind, so dass die Bedeutung der Stichprobenverzerrung durch Patienten mit substanzinduzierten Psychosen relativiert wird. Ferner wurden in unsere Studie nur Patienten eingeschlossen, die ausreichend

deutsch sprechen. Sprachkenntnisse weisen auf gute Integration und ein hohes Bildungsniveau hin, wodurch die Inanspruchnahme verbessert wird. Dieses ist ein Hinweis darauf, warum sich ebenfalls keine Unterschiede in Bezug auf das Hilfesuchverhalten zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gezeigt haben könnten.

Folglich wird möglicher Weise das Ergebnis in Richtung kürzerer DUP verzerrt. Auch in internationalen Studien (Schaffner et al., 2012; Martin, Moro & Benoit, 2019) wird deutlich, dass Menschen mit fehlenden Sprachkenntnissen bislang nicht ausreichend eingeschlossen wurden, um mögliche Unterschiede verlässlich zu erfassen. Würden Patienten mit unzureichend ausgeprägten Sprachkenntnissen eingeschlossen und mit Dolmetschern gearbeitet, könnten Erkenntnisse über mögliche Barrieren in das psychiatrische Versorgungssystem gewonnen werden und die Ergebnisse bzgl. des Migrationshintergrundes präzisiert werden. Abschließend soll die Möglichkeit erwähnt sein, dass durch die ausgedehnte Öffentlichkeitsarbeit und die Bekanntheit von FRITZ gute Ergebnisse erzielt wurden. Auch hier zeigt sich ein Ansatzpunkt Öffentlichkeitsmaßnahmen zukünftig so zu gestalten, dass sie auch Menschen mit geringerem Bildungsniveau und ohne ausreichende Deutschkenntnisse erreichen (Leopold, K. et al., 2015).

Ein bemerkenswertes Ergebnis ist der Unterschied vom Beginn der Erkrankung bis zum Aufsuchen eines ersten Hilfsangebotes von Patienten ohne Migrationshintergrund und Patienten mit Migrationshintergrund. Im Vergleich zu der Studie von Köhn et al. (2004) ist die Zeitspanne vom Beginn der Erkrankung bis zum ersten Hilfekontakt in der vorliegenden Studie deutlich kürzer. Das Intervall vom Beginn der Erkrankung bis zum Aufsuchen eines ersten Hilfsangebotes betrug in unserer Studie bei den Patienten ohne Migrationshintergrund im Median 23 Tage und bei Patienten mit Migrationshintergrund 30 Tage während in der Studie von Köhn et al. (2004) erst 2,5 Jahre nach Beginn der Erkrankung Psychiater und Psychotherapeuten aufgesucht wurden und Hausärzte erst nach mehr als fünf Jahren. Dabei ist wie bereits diskutiert einschränkend zu erwähnen, dass in der Studie Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Störung (F20) erfasst wurden und somit die Ergebnisse nicht vergleichbar sind. Auch im Vergleich zu der Untersuchung von Fuchs und Steinert (2002) sticht das Ergebnis der vorliegenden Studie positiv heraus. Die Autoren fanden von den ersten unspezifischen Symptomen bis zum Aufsuchen eines Allgemeinmediziners eine Zeitspanne von 31 Wochen (Median) und

bis zum Aufsuchen psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe eine Zeitspanne von 108 Wochen (Median). Auch hier war die Stichprobe auf Patienten mit der Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis begrenzt, so dass die Ergebnisse nicht vergleichbar sind. Wie bereits diskutiert bleibt jedoch unklar, ob es sich um einen Selektionsbias der Stichprobenszusammensetzung handelt, oder ob die Öffentlichkeitsarbeit von FRITZ erfolgreich dazu beitrug, dass das angestrebte Ziel frühzeitig zu intervenieren auch bzgl. der ersten Kontaktaufnahme ins Hilfesystem erreicht wurde.

Wenngleich die konzeptionelle Einengung auf erste schizophrene Episoden als abgegrenzte Entität zugunsten eines weiter gefassten Psychosebegriffs verlassen wurde, da sich die Diagnosekriterien verschiedener psychotischer Erkrankungen überlappen und eine sichere diagnostische Zuordnung erst im weiteren Krankheitsverlauf möglich ist (Salvatore et al., 2018, Gale-Grant et al., 2021), zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass die diskutierten Studien sich in ihrer Stichprobenszusammensetzung unterscheiden und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse schwierig bleibt. In zukünftigen Studien wäre es sinnvoll die Einschlusskriterien zu vereinheitlichen, beispielsweise wie in der Studie von Dama et al. (2019), in die Patienten mit ersten psychotischen Episoden eingeschlossen wurden, aber keine Diagnose, sondern ein Itemrohwert von mindestens 4 auf der Skala Wahnideen und/oder Halluzinationen der PANSS (Kay, Opler & Lindenmayer, 1989) als weiteres Einschlusskriterium vorhanden sein musste.

6. Ausblick

Das FRITZ-Konzept zeigt überraschend gute Ergebnisse für DUP und Hilfesuchverhalten und eignet sich daher als Modell für Frühintervention, wobei einschränkend erwähnt sein muss, dass Menschen mit einer schlechteren Prognose möglicher Weise nicht erreicht wurden. Wünschenswert wäre eine flächendeckende Etablierung in Deutschland und Öffentlichkeitsarbeit sollte generell unterstützt werden.

Frühintervention sollte auch auf Patienten mit mangelnden Sprachkenntnissen, niedrigerem Bildungsstand und schlechterer Integration ausgerichtet sein, um diesen Patienten den Zugang zu einer adäquaten Behandlung zu erleichtern. Dieses könnte zum Beispiel gelingen, indem FRITZ sein Angebot auch für Patienten mit mangelnden Sprachkenntnissen erreichbar macht, z.B. durch mehrsprachige Öffentlichkeitsarbeit und die Arbeit mit Dolmetschern.

7. Literatur

Addington, J., Heinssen, R. K., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Marcy, P., Brunette, M. F., Correll, C. U., Estroff, S., Mueser, K. T., Penn, D., Robinson, J. A., Rosenheck, R. A., Azrin, S. T., Goldstein, A. B., Severe, J., & Kane, J. M. (2015). Duration of Untreated Psychosis in Community Treatment Settings in the United States. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *66*(7), 753–756.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin. Statistischer Bericht A I 5 31.12.2015 bis 30.06.2018. Im Internet: www.statistik-berlin-brandenburg.de (abgerufen am 15.09.21).

Anderson, K. K., McKenzie, K. J., & Kurdyak, P. (2017). Examining the impact of migrant status on ethnic differences in mental health service use preceding a first diagnosis of schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *52*(8), 949–961.

Basu, S., Subramaniam, M., Abdin, E., Poon, L. Y., & Verma, S. (2015). Does ethnicity have an impact on duration of untreated psychoses: A retrospective study in Singapore. *International Journal of Social Psychiatry*, *61*(7), 623–630.

Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung [Mental disorders in people with migration background compared with German general population]. *Psychiatrische Praxis*, *37*(5), 225–232.

Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British journal of psychiatry. Supplement*, *48*, 116–119.

Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, *172*(S33), 53-59.

Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in

early psychosis: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(5), 350–356.

Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L., & Wiersma, D. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms--a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia research*, 142(1-3), 12–19.

Boonstra, N., Sterk, B., Wunderink, L., Sytema, S., De Haan, L., & Wiersma, D. (2012). Association of treatment delay, migration and urbanicity in psychosis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(7), 500–505.

Bortz, J. (1999): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Heidelberg: Springer

Bortz, J, Lienert, GA (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Heidelberg: Springer

Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41(5), 897–910.

Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American journal of psychiatry*, 162(1), 12–24.

Compton, M. T., Gordon, T. L., Goulding, S. M., Esterberg, M. L., Carter, T., Leiner, A. S., Weiss, P. S., Druss, B. G., Walker, E. F., & Kaslow, N. J. (2011). Patient-level predictors and clinical correlates of duration of untreated psychosis among hospitalized first-episode patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(2), 225–232.

Connor, C., Birchwood, M., Freemantle, N., Palmer, C., Channa, S., Barker, C., Patterson, P., & Singh, S. (2016). Don't turn your back on the symptoms of psychosis: the results of a proof-of-principle, quasi-experimental intervention to reduce duration of untreated psychosis. *BMC psychiatry*, 16, 127.

Cotter, J., Zabel, E., French, P., & Yung, A. R. (2017). Prolonged duration of untreated psychosis: a problem that needs addressing. *Early intervention in psychiatry*, 11(3), 263–268.

Dama, M., Shah, J., Norman, R., Iyer, S., Joober, R., Schmitz, N., Abdel-Baki, A., & Malla, A. (2019). Short duration of untreated psychosis enhances negative symptom remission in extended early intervention service for psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(1), 65–76.

DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe S-3 Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019 Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html> (abgerufen am 19.10.21).

Edwards, J., Maude, D., McGorry, P. D., Harrigan, S. M., & Cocks, J. T. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 172(33), 107–116.

Fuchs, J., & Steinert, T. (2002). Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Einweisungswege und Dauer der unbehandelten Psychose bei erstmals stationär aufgenommenen Patienten [Pathways to psychiatric care and duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 70(1), 40–45.

Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(11), 661–673.

Gale-Grant, O., Dazzan, P., Lappin, J. M., Donoghue, K., Reininghaus, U., Croudace, T., Jones, P. B., Murray, R. M., Fearon, P., Doody, G. A., Morgan, C., & Heslin, M. (2021). Diagnostic stability and outcome after first episode psychosis. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 30(1), 104–112.

Gater, R., & Goldberg, D. (1991). Pathways to psychiatric care in South Manchester. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 159, 90–96.

Ghali, S., Fisher, H., Joyce, J., Major, B., Hobbs, L., Soni, S., Chisholm, B., Rahaman, N., Papada, P., Lawrence, J., Bloy, S., Marlowe, K., Aitchison, K., Power, P., Johnson, S. (2013). Ethnic variations in pathways into early intervention services for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 202(4), 277-283.

Häfner, H. (1980). Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. Epidemiologische Analyse einer Inanspruchnahmepopulation. *Der Nervenarzt*, 51(11), 672–683.

Häfner, H., Bechdolf, A., Klostkötter, J. Maurer, K. (2012). *Psychosen – Früherkennung und Frühintervention*. Schattauer.

Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., Johannesen, J. O., Langeveld, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Sundet, K., Vaglum, P., Friis, S., & McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *The American journal of psychiatry*, 169(4), 374–380.

Izquierdo, A., Cabello, M., de la Torre-Luque, A., Ayesa-Arriola, R., Setien-Suero, E., Mayoral-van-Son, J., Vazquez-Bourgon, J., Ayuso-Mateos, J. L., Crespo-Facorro, B., & PAFIP Group Study (2021). A network analysis approach to functioning problems in first psychotic episodes and their relationship with duration of untreated illness: Findings from the PAFIP cohort. *Journal of psychiatric research*, 136, 483–491.

Jonas, K. G., Fochtmann, L. J., Perlman, G., Tian, Y., Kane, J. M., Bromet, E. J., & Kotov, R. (2020). Lead-Time Bias Confounds Association Between Duration of Untreated Psychosis and Illness Course in Schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 177(4), 327–334.

Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J. P. (1989). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (7), 59–67.

Köhn, D., Pukrop, R., Niedersteberg, A., Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Bechdorf, A., Berning, J., Maier, W., & Klosterkötter, J. (2004). Wege in die Behandlung: Hilfesuchverhalten schizophrener Ersterkrankter. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 72(11), 635–642.

Leopold, K., Nikolaidis, A., Bauer, M., Bechdorf, A., Correll, C. U., Jessen, F., Juckel, G., Karow, A., Lambert, M., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Pfeiffer, S., & Pfennig, A. (2015). Angebote zur Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen in Deutschland: Bestandsaufnahme. *Der Nervenarzt*, 86(3), 352–358.

Leopold, K., Zarafonitis-Müller, S., Burkhard, E., Laier, S., Kallenbach, M., Bechdorf, A. (2016). Frühdiagnostik und -behandlung der Schizophrenie. *Psychopharmakotherapie*, 23(41), 9.

Leopold, K., Becker, T., Förstl, J., Kiefer, F., de Millas, W., Janetzky, W., Lambert, M., Pfennig, A., & Bechdorf, A. (2020). Frühintervention bei Schizophrenie – ein Update. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 88(6), 387–397.

Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M., & Johnson, S. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 198(4), 256–263.

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975–983.

Martin, R., Moro, M. R., & Benoit, L. (2019). Is early management of psychosis designed for migrants? Improving transcultural variable collection when measuring duration of untreated psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 13(3), 347–357.

McGorry, P. D. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(5), 310–318.

Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Nordentoft, M., Raballo, A., Meneghelli, A., Marshall, M., Morrison, A., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(3), 405-416.

Morgan, C., Fearon, P., Hutchinson, G., McKenzie, K., Lappin, J. M., Abdul-Al, R., Morgan, K., Dazzan, P., Boydell, J., Harrison, G., Craig, T., Leff, J., Jones, P., Murray, R., & AESOP Study Group (2006). Duration of untreated psychosis and ethnicity in the AESOP first-onset psychosis study. *Psychological medicine*, 36(2), 239–247.

Murru, A., & Carpiniello, B. (2018). Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neuroscience letters*, 669, 59–67.

Nerhus, M., Berg, A. O., Haram, M., Kvitland, L. R., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2015). Migrant background and ethnic minority status as predictors for duration of untreated psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 9(1), 61–65.

NICE. (2014). National Institute for Health and Care Excellence: Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. *Clinical Guideline*. doi: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg178> (zuletzt abgerufen am 18.10.2021).

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet (London, England)*, 369(9569), 1302–1313.

Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88-94.

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1785–1804.

Redmond, C., Larkin, M., & Harrop, C. (2010). The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. *Clinical child psychology and psychiatry*, 15(2), 151–170.

Salvatore, P., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Khalsa, H. M., Sanchez-Toledo, J. P., Zarate, C. A., Jr, Vieta, E., & Maggini, C. (2011). McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(2), 183–193.

Schaffner, N., Schimmelmann, B. G., Niedersteberg, A., & Schultze-Lutter, F. (2012). Versorgungswege von erstmanifesten psychotischen Patienten--eine Übersicht internationaler Studien. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 80(2), 72–78.

Saß, H., Houben, I. (Hrsg.) (1998): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. DSM-IV. 3. Auflage. Hogrefe Verlag: Göttingen

Schoer, N., Huang, C. W., & Anderson, K. K. (2019). Differences in duration of untreated psychosis for racial and ethnic minority groups with first-episode psychosis: an updated systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(10), 1295–1298.

Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., Walger, P., Schimmelmann, B. G. (2017). Entwicklungsspezifische Aspekte in der Früherkennung und Frühbehandlung eines erhöhten Psychoseerisikos. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(5), 324–344.

Siebert, S., Leopold, K., Baumgardt, J., von Hadenberg, L.-S., Burkardt, E., Bechdolf, A. (2021). Specialized inpatient treatment for young people with early phase psychosis: Acute and 12-months results of an uncontrolled cohort study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (resubmitted).

Singh, S. P., Cooper, J. E., Fisher, H. L., Tarrant, C. J., Lloyd, T., Banjo, J., Corfe, S., & Jones, P. (2005). Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). *Schizophrenia research*, 80(1), 117–130.

Starzer, M., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *The American journal of psychiatry*, 175(4), 343–350.

Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Wiesbaden 2010, Textteil: Methodische Bemerkungen mit Übersicht der Ergebnisse. *Im Internet: www.bamf.de*, abgerufen am 08.05.2014.

Souaiby, L., Gauthier, C., Kazes, M., Mam-Lam-Fook, C., Daban, C., Plaze, M., Gaillard, R., ICAAR study group, & Krebs, M. O. (2019). Individual factors influencing the duration of untreated psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 13(4), 798–804.

van der Ven, E., & Selten, J. P. (2018). Migrant and ethnic minority status as risk indicators for schizophrenia: new findings. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 231–236.

von Reventlow, H. G., Krüger-Özgürdal, S., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Heinz, A., Patterson, P., Heinimaa, M., Dingemans, P., French, P., Birchwood, M., Salokangas, R. K., Linszen, D., Morrison, A., Klosterkötter, J., & Juckel, G. (2014). Pathways to care in subjects at high risk for psychotic disorders - a European perspective. *Schizophrenia research*, 152(2-3), 400–407.

Weibell, M. A., Joa, I., Bramness, J., Johannessen, J. O., McGorry, P. D., Ten Velden Hegelstad, W., & Larsen, T. K. (2013). Treated incidence and baseline characteristics of substance induced psychosis in a Norwegian catchment area. *BMC psychiatry*, 13, 319.

Weltgesundheitsorganisation (2020). *ICD-10: Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification*. Deutscher Ärzteverlag.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Hogrefe: Göttingen.

Zarafonitis-Müller, S., Leopold, K., Batra, M., Kallenbach, M., Burkhardt, E., Jäckel, D., & Bechdorf, A. (2019). Inanspruchnahme und Versorgungslücken in der Frühintervention und -behandlung: Nehmen junge Erwachsene mit Migrationshintergrund ein spezialisiertes Frühinterventionsangebot für psychotische Störungen an? *Psychiatrische Praxis*, 46(1), 13–19.

8. Anhang

8.1 Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

| | |
|-------------|---|
| Abbildung 1 | Dauer der unbehandelten Psychose – Detaildarstellung |
| Tabelle 1 | Migrationsstatus und Muttersprache |
| Tabelle 2 | Soziodemografische und klinische Merkmale in Abhängigkeit vom Migrationsstatus |
| Tabelle 3 | Dauer der unbehandelten Psychose in Abhängigkeit vom Migrationsstatus und Muttersprache |
| Tabelle 4 | Erster Hilfekontakt in Abhängigkeit vom Migrationsstatus |

8.2 Erhebungsinstrumente

Fragebogen Migrationshintergrund

PANSS Zusammenfassung

Pathways to Care Encounter Form (modifizierte Version)

Nottingham Onset Schedule (modifizierte Version)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Testdatum: _____

Messzeitpunkt: t₁ t₂ t₃ t₄ t₅ t₆

Migrationshintergrund

| | |
|---------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Geburtsort / -land: | |

Alter zum Zeitpunkt der Migration:

Muttersprache: _____

Geburtsort / -land der Mutter: _____

Geburtsort / -land des Vaters: _____

| |
|--------------|
| Bemerkungen: |
|--------------|

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Testdatum: _____

Messzeitpunkt: t₁ t₂ t₃ t₄ t₅ t₆

PANSS Zusammenfassung

| Positivskala (P) | | |
|---|--|--|
| P01 | Wahnideen | |
| P02 | Formale Denkstörungen | |
| P03 | Halluzinationen | |
| P04 | Erregung/Aktivierung | |
| P05 | Größenideen | |
| P06 | Misstrauen/Verfolgungsideen | |
| P07 | Feindseligkeit | |
| Negativskala (N) | | |
| N01 | Affektverflachung | |
| N02 | Emotionaler Rückzug/Distanzierung | |
| N03 | Mangelnder affektiver Rapport | |
| N04 | Soziale Passivität und Apathie | |
| N05 | Abstraktionsschwierigkeiten | |
| N06 | Mangel an Spontaneität und Sprachflüssigkeit | |
| N07 | Stereotypes Denken/Rigidität | |
| Skala der allgemeinen Psychopathologie (G) | | |
| G01 | Gesundheitssorgen | |
| G02 | Angst | |
| G03 | Schuldgefühle | |
| G04 | Anspannung/Nervosität | |
| G05 | Manierismen und unnatürliche Körperhaltung | |
| G06 | Depression | |
| G07 | Motorische Verlangsamung | |
| G08 | Unkooperatives Verhalten | |
| G09 | Ungewöhnliche Denkinhalte | |
| G10 | Desorientiertheit | |
| G11 | Aufmerksamkeitsdefizite | |
| G12 | Mangel an Einsicht | |
| G13 | Willensschwäche | |
| G14 | Mangelnde Impulskontrolle | |
| G15 | Selbstbezogenheit/„Autismus“ | |
| G16 | Aktives soziales Vermeidungsverhalten | |

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Testdatum: _____

Messzeitpunkt: t₁ t₂ t₃ t₄ t₅ t₆

Pathways to care Encounter Form

Interviewte Person:

- Patient/in
- Verwandte ersten Grades
- Andere Verwandte
- Freund/in
- Betreuer/in
- Andere

Erste Entscheidung Hilfe zu suchen

1. Welche Institution /Einrichtung wurde kontaktiert? (nur eine Antwort)

- Hausarztpraxis/Allgemeinmediziner
- Kinder- und Jugendmediziner (nicht psychiatrisch)
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Psychiatrische Institutsambulanz/Poliklinik
- Früherkennungszentrum (Psychose)
- Krankenhaus/Rettungsstelle
- Psychiatrie/Rettungsstelle
- Schularzt/Medizinisches System im Kontext von Schule/Studium
- Arbeitsbezogenes Gesundheitswesen (z. B. Betriebsarzt)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Private Praxis/Klinik

Welche? _____

- Andere Einrichtungen des Gesundheitswesens

Welche? _____

- Anwaltsdienste

Welche? _____

- Soziale/Religiöse Organisation

Welche? _____

- Andere

Welche? _____

2. Wer wurde kontaktiert? (nur eine Antwort)

- Allgemeinmediziner
- Psychiater
- Psychologe
- Krankenschwester
- Allgemeinärztlich
- Psychiatrisch
- Sozialarbeiter
- Behandlungsteam
- Psychotherapeut

Therapeutische Ausrichtung?

- Verhaltenstherapie
 - Tiefenpsychologie
 - Psychoanalyse
 - Sonstige: _____
- Andere/r Mitarbeiter/in im sozialpsychiatrischen Bereich
Welche/r? _____
- Andere/r Professionelle/r (z. B. Priester, Lehrer/innen, Rechtsbeistand,...)
Welche/r? _____
- Nicht-Professionelle/r
Welche/r? _____
- Alternativmediziner/in oder andere Mediziner/innen
Welche/r? _____

3. Wann haben Sie die Betreuende/den Betreuenden zuletzt gesehen? (in Wochen)

Vor _____ Wochen.

4. Welches war das Hauptproblem, das präsentiert wurde?

(so viele Nennungen wie notwendig)

A) PRODROMAL SYMPTOME

1. Milde psychotische Symptome (APS)

- Beziehungserleben
- Magisches Denken
- Wahrnehmungsstörungen
- Seltsames Denken und Ausdruck

- Paranoide Ideen
- Seltsames Verhalten oder Erscheinung

2. Kurzzeitig aufgetretene, vorübergehende psychotische Symptome (BLIPS)

- Halluzinationen
- andere Sinnestäuschungen
- Formale Denkstörungen

3. Basissymptome (nach BSABS Skala)

B) UNSPEZIFISCHE SYMPTOME (IRAOS-Items)

- Sorgen
- Kopfschmerzen
- Anspannung
- Angst
- Depression
- verminderter Selbstwert
- sozialer Rückzug
- Schuldgefühle
- Appetit- oder Schlafstörungen
- Antriebslosigkeit
- verminderte Libido
- leichte Irritierbarkeit
- gehobene Stimmung
- Manie
- Drogenmissbrauch
- Alkoholmissbrauch
- Merkfähigkeitsstörungen
- Dünnhäutigkeit
- andere affektive Veränderungen
- antisoziales Verhalten
- Selbstverletzung
- andere Verhaltensauffälligkeiten

C) ANDERE SYMPTOME

Welche? _____

5. Warum haben Sie sich entschieden zu diesem Zeitpunkt Hilfe zu suchen?

- Ich hatte Angst vor dem, was mit mir passierte.
- Jemand anderes hat mich dazu bewogen, mir Hilfe zu suchen.

- Ich dachte, ich sei krank oder von einer psychischen Erkrankung betroffen und brauche Unterstützung.
- Ich hatte Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung (z. B. bei der Arbeit, Ausbildung, Alltagspflichten, Freunde betreffend, etc.)
- Andere Gründe
Welche? _____

6. Wie lange vor diesem (siehe 5.) Hilfskontakt haben die Probleme begonnen?

Vor _____ Wochen.

7. Was hat Sie davon abgehalten früher Hilfe zu suchen?

(so viele Nennungen wie notwendig)

- Ich dachte nicht, dass ich krank sein könnte.
- Die Probleme schienen nicht ernst zu sein.
- Ich dachte, meine Probleme würden sich ohne Hilfe lösen.
- Ich wusste nicht, wo ich mir Unterstützung suchen oder eine geeignete Behandlung für meine Probleme finden könnte.
- Es war ein zu weiter Anfahrtsweg um Hilfe zu suchen.
- Ich war zu beschäftigt und hatte nicht genug Zeit um Hilfe zu suchen.
- Ich konnte es mir finanziell nicht leisten Hilfe zu suchen.
- Ich hatte Angst, dass jemand schlecht über mich denken könnte, wenn ich mir Hilfe suche (z. B. dass ich verrückt oder blöd bin).
- Meine Freunde und/oder Familie sagte/n mir, dass andere schlecht von mir denken könnten.
- Ich hatte Angst davor, was passieren würde, wenn ich Hilfe suchen würde (z. B. ins Krankenhaus eingewiesen zu werden oder dass mir gesagt würde, ich wäre verrückt).

8. Wer hat Sie dazu bewogen Hilfe zu suchen? *(so viele Nennungen wie notwendig)*

- Patient/in selbst
- Verwandte ersten Grades
- Andere Verwandte
- Freund/in
- Arbeitskollege/-kollegin
- Lehrer/in

- Trainer/in bzw. Leiter/in einer Freizeitbeschäftigung
- Betreuer/in
- Professionelle/r des Gesundheitssystems
- Professionelle/r im psychosozialen Bereich
- Rechtsbeistand
- Andere

Welche? _____

9. Was war die Hauptbehandlung, die angeboten oder angeraten wurde?

- Keine
- Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
 - Tiefenpsychologie
 - Psychoanalyse
 - Andere
- Rechtliche Betreuung
- Neuroleptika
- Andere Psychopharmaka

Welche? _____

- Andere Medikamente
- Ärztliche Untersuchungen
- Überweisung an eine andere medizinische Einrichtung
- Überweisung an eine soziale Einrichtung
- Andere

Welche? _____

10. Dauer des Kontakts zum Ansprechpartner/ Behandlung in Wochen

_____ Wochen.

11. Wie zufrieden waren Sie mit der angebotenen Behandlung?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 überhaupt nicht zufrieden etwas zufrieden mittelmäßig zufrieden eher zufrieden ziemlich zufrieden

Zweite Entscheidung Hilfe zu suchen

1. Welche Institution /Einrichtung wurde kontaktiert? (nur eine Antwort)

- Hausarztpraxis/Allgemeinmediziner
- Kinder- und Jugendmediziner (nicht psychiatrisch)
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Psychiatrische Institutsambulanz/Poliklinik
- Früherkennungszentrum (Psychose)
- Krankenhaus/Rettungsstelle
- Psychiatrie/Rettungsstelle
- Schularzt/Medizinisches System im Kontext von Schule/Studium
- Arbeitsbezogenes Gesundheitswesen (z. B. Betriebsarzt)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Private Praxis/Klinik

Welche? _____

- Andere Einrichtungen des Gesundheitswesens

Welche? _____

- Anwaltsdienste

Welche? _____

- Soziale/Religiöse Organisation

Welche? _____

- Andere

Welche? _____

2. Wer wurde kontaktiert? (nur eine Antwort)

- Allgemeinmediziner
- Psychiater
- Psychologe
- Krankenschwester
- Allgemeinärztlich
- Psychiatrisch
- Sozialarbeiter
- Behandlungsteam
- Psychotherapeut

Therapeutische Ausrichtung?

- Verhaltenstherapie
 - Tiefenpsychologie
 - Psychoanalyse
 - Sonstige: _____
- Andere/r Mitarbeiter/in im sozialpsychiatrischen Bereich

Welche/r? _____

- Andere/r Professionelle/r (z. B. Priester, Lehrer/innen, Rechtsbeistand,...)

Welche/r? _____

- Nicht-Professionelle/r

Welche/r? _____

- Alternativmediziner/in oder andere Mediziner/innen

Welche/r? _____

3. Wann haben Sie die Betreuende/den Betreuenden zuletzt gesehen? *(in Wochen)*

Vor _____ Wochen.

4. Welches war das Hauptproblem, das präsentiert wurde?

(so viele Nennungen wie notwendig)

A) PRODROMAL SYMPTOME

1. Milde psychotische Symptome (APS)

z.B. Beziehungserleben
Magisches Denken
Wahrnehmungsstörungen
Seltsames Denken und Ausdruck
Paranoide Ideen
Seltsames Verhalten oder Erscheinung

2. Kurzzeitig aufgetretene, vorübergehende
psychotische Symptome (< als 7 Tage) BLIPS

z. B Halluzinationen,
andere Sinnestäuschungen
Formale Denkstörungen, Wahn

3. Basissymptome (nach BSABS Skala)

B) UNSPEZIFISCHE SYMPTOME (IRAOS-Items)

- Sorgen
 Kopfschmerzen
 Anspannung
 Angst
 Depression

- verminderter Selbstwert
- sozialer Rückzug
- Schuldgefühle
- Appetit- oder Schlafstörungen
- Antriebslosigkeit
- verminderte Libido
- leichte Irritierbarkeit
- gehobene Stimmung
- Manie
- Drogenmissbrauch
- Alkoholmissbrauch
- Merkfähigkeitsstörungen
- Dünnhäutigkeit
- andere affektive Veränderungen
- antisoziales Verhalten
- Selbstverletzung
- andere Verhaltensauffälligkeiten

C) ANDERE SYMPTOME

5. Warum haben Sie sich entschieden zu diesem Zeitpunkt Hilfe zu suchen?

- Ich hatte Angst vor dem, was mit mir passierte.
- Jemand anderes hat mich dazu bewogen, mir Hilfe zu suchen.
- Ich dachte, ich sei krank oder von einer psychischen Erkrankung betroffen und brauche Unterstützung.
- Ich hatte Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung (z. B. bei der Arbeit, Ausbildung, Alltagspflichten, Freunde betreffend, etc.)
- Andere Gründe
Welche? _____

6. Wie lange vor diesem (siehe 5.) Hilfekontakt haben die Probleme begonnen?

Vor _____ Wochen.

7. Was hat Sie davon abgehalten früher Hilfe zu suchen?

(so viele Nennungen wie notwendig)

- Ich dachte nicht, dass ich krank sein könnte.
- Die Probleme schienen nicht ernst zu sein.

- Ich dachte, meine Probleme würden sich ohne Hilfe lösen.
- Ich wusste nicht, wo ich mir Unterstützung suchen oder eine geeignete Behandlung für meine Probleme finden könnte.
- Es war ein zu weiter Anfahrtsweg um Hilfe zu suchen.
- Ich war zu beschäftigt und hatte nicht genug Zeit um Hilfe zu suchen.
- Ich konnte es mir finanziell nicht leisten Hilfe zu suchen.
- Ich hatte Angst, dass jemand schlecht über mich denken könnte, wenn ich mir Hilfe suche (z. B. dass ich verrückt oder blöd bin).
- Meine Freunde und/oder Familie sagte/n mir, dass andere schlecht von mir denken könnten.
- Ich hatte Angst davor, was passieren würde, wenn ich Hilfe suchen würde (z. B. ins Krankenhaus eingewiesen zu werden oder dass mir gesagt würde, ich wäre verrückt).

(erst nach dem ersten Kontakt zum Hilfesystem auszufüllen)

- Der vorherige „Betreuende“ sagte mir, ich benötigte keine Behandlung.
- Der vorherige „Betreuende“ machte mir Angst/machte mich traurig, sodass ich auch niemand anderen konsultieren wollte.

8. Wer hat Sie dazu bewogen Hilfe zu suchen? (so viele Nennungen wie notwendig)

- Patient/in selbst
- Verwandte ersten Grades
- Andere Verwandte
- Freund/in
- Arbeitskollege/-kollegin
- Lehrer/in
- Trainer/in bzw. Leiter/in einer Freizeitbeschäftigung
- Betreuer/in
- Professionelle/r des Gesundheitssystems
- Professionelle/r im psychosozialen Bereich
- Rechtsbeistand
- Andere

Welche? _____

9. Was war die Hauptbehandlung, die angeboten oder angeraten wurde?

- Keine

- Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
 - Tiefenpsychologie
 - Psychoanalyse
 - Andere
- Rechtliche Betreuung
- Neuroleptika
- Andere Psychopharmaka

Welche? _____

- Andere Medikamente
- Ärztliche Untersuchungen
- Überweisung an eine andere medizinische Einrichtung
- Überweisung an eine soziale Einrichtung
- Andere

Welche? _____

10. Dauer des Kontakts zum Ansprechpartner/ Behandlung in Wochen

_____ Wochen.

11. Wie zufrieden waren Sie mit der angebotenen Behandlung?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
 überhaupt etwas zufrieden mittelmäßig zufrieden eher zufrieden ziemlich zufrieden
 nicht zufrieden

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Testdatum: _____

Messzeitpunkt: t₁ t₂ t₃ t₄ t₅ t₆

Nottingham onset schedule: DUP Version (NOS-DUP) nach Singh et al., 2005

Prodrom (P)

Symptome

Beginn des Prodroms (Datum):

1. _____
2. _____
3. _____

Beispiele Prodromi (die Liste ist illustrativ, nicht erschöpfend zu betrachten)

| Denken | Stimmung | Verhalten |
|--|--|---|
| Ungewöhnliche Ideen | Gefühle von Unwirklichkeit, Leere | Ruhelos, unruhig, impulsiv |
| Reduzierte Konzentrationsfähigkeit | Launenhaftigkeit, Ängstlichkeit, Anspannung, Sorge | Argumentiert mehr |
| Vergesslich, verwirrt, durcheinander, | Müdigkeit, Energieverlust | Sozialer Rückzug |
| „Etwas stimmt nicht“ | reizbar | Sucht Beruhigung |
| Neue Interessen wie Philosophie, Religion, Okkultismus, etc. | Reizbar, reduzierte Stimmung, emotionaler Rückzug | Scheint mit den Gedanken woanders, ängstlich |
| Ungewöhnliche Ängste | Suizidgedanken | Vernachlässigung der Körperpflege/ Erscheinung/Hobbies |
| Misstrauisch, paranoid, Beziehungserleben | Freudig erregt, übertrieben fröhlich | Verwaschene Sprache, verwirrt |
| Neid, Schuldgefühle, Größenerleben | Feinselig, aggressiv | Beunruhigung, unangemessenes Verhalten |
| Magisches Denken | Ratlosigkeit | Unberechenbare, rigide Alltagsgewohnheiten |
| Manisches Denken | | Rückgang der Leistung in Schule/Beruf Schlafstörungen, Appetit-, Gewichtsverlust |
| Wahrnehmung | | |
| Derealisation, Depersonalisation, Wahrnehmungsverzerrung, Wahn | | Maniertheit, Ritualisiertes Verhalten |

Datum Beginn der eindeutigen Psychose:

_____ nicht bestimmbar

Datum des Beginns der antipsychotischen Behandlung:

Antipsychotikum:

Dosierung:

Compliance (Ja/Nein/unbekannt)

Bestimmung der Zeitdauern

| Zeitraum | Definition | Tage/Wochen/Monate/Jahre |
|--|--|--------------------------|
| Krankheitsdauer (DOI) Dauer des Prodroms | Von Beginn Prodrom (unspezifische Symptome)bis Beginn der manifesten/eindeutigen Psychose (erfüllt Diagnosekriterien) | |
| Dauer der unbehandelten Psychose/inklusive Prodrom (DUP1) | Von Beginn Prodrom (unspezifische Symptome)bis Beginn Medikation mit regelmäßiger Einnahme | |
| Dauer der unbehandelten Psychose/manifeste Psychose (DUP3) | vom Beginn der manifesten/eindeutigen Psychose (erfüllt Diagnosekriterien) bis Beginn Medikation mit regelmäßiger Einnahme | |

9. Lebenslauf

MIRIAM BERNHARDT

geboren am 10. Mai 1978 in Oldenburg, verheiratet, 2 Kinder

BERUFLICHE ERFAHRUNGEN

- Seit 2021 **Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis, Berlin- Prenzlauer-Berg**
- Seit 2013 **Vivantes Klinikum Am Urban, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Fritz am Urban**
Dipl.-Psych. / Psychologische Psychotherapeutin, Psychiatrische Institutsambulanz
- 2012-2023 **Zentrum für Neurologie und Psychiatrie der Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Vivantes Klinikum am Urban**
Wissenschaftliche Tätigkeit AG Psychosoziale Intervention und Prävention
Leitung Prof. Dr. med. A. Bechdorf, M. Sc.
- 2011-2013 **Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin, Fachabteilung Psychosomatik**
Dipl.-Psych. / Psychologische Psychotherapeutin
- 2008-2012 **Süddeutsche Akademie für Psychotherapie / Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie**
Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung in ambulanter Praxis
- 2006-2007 **Rehabilitationsklinik Seehof der BfA – Berlin Teltow Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik**
Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung
Verhaltenstherapie unter der Anleitung von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden
- 2004-2006 **Charité – Universitätsmedizin Berlin Lehrauftrag für den Kurs Ärztliche Gesprächsführung**
- 2001-2003 **Technische Universität Berlin, Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft, Fachgebiet Klinische, Gesundheits- und Entwicklungspsychologie**
Tutorin mit Lehr- und Forschungstätigkeiten bei Prof. Dr. Dietmar Görlitz und Prof. Dr. Gabriele Wilz, Durchführung von Tutorien, Mitarbeit an einem Forschungsprojekt, Studienberatung
- 2002-2003 **Cancer Support Group, Psychoonkologie, Newcastle, Australien**
12-monatiges Praktikum
Trainee zur Gruppenleiterin, Arbeiten mit verschiedenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren sowie Entspannungstechniken und Psychoedukation

BERUFSAUSBILDUNG UND STUDIUM

- 2014-2023 **Zentrum für Neurologie und Psychiatrie der Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.**
Promotion Dauer der unbehandelten Psychose und Hilfesuchverhalten bei jungen Erwachsenen mit ersten psychotischen Episoden mit und ohne Migrationshintergrund
- 2006-2012 **Süddeutsche Akademie für Psychotherapie**
Approbation: Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- 1998-2006 **Technische Universität Berlin**
Studienfächer: **Psychologie** (Diplom; Hauptfach), **Medienberatung** (Nebenfach)
- 2002-2003 Auslandsstipendium: **The University of Newcastle – Australien** (Klinisches Masterprogramm)

SCHULAUSBILDUNG

- 1990-1997 **Allgemeine Hochschulreife**
Altes Gymnasium Oldenburg
- 1994-1995 **Rotary Schüleraustausch**
Tintern Anglican Girls Grammar School, Melbourne - Australien

SONSTIGE ERFAHRUNGEN UND KENNTNISSE

- 2008-2014 **Deutschlandradio Kultur**
Redaktionsassistentin Radiofeuilleton und Fazit
- Sprachen: **Englisch** (verhandlungssicher)
Französisch (Grundkenntnisse)
Latein (kleines Latinum)
- EDV: Microsoft Office, SPSS, sicher im Umgang mit dem Internet
- Führerschein FS B PKW / Kleinbusse



Berlin, 20. Juni 2023

