



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt



Heft 50 Schizophrenie



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 50

Schizophrenie

Autoren: Wolfgang Gaebel und Wolfgang Wölwer

Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2010

Danksagung:

Die Autoren danken Dipl.-Psych. Sabine Halfmann, Dr. rer. soc. Ulrich Müller, Dr. phil. Viktoria Toeller und Priv. Doz. Dr. med. Jürgen Zielasek, LVR-Klinikum Düsseldorf für die Mitarbeit bei der Erstellung dieses Berichts sowie Prof. Dr. Dr. Heinz Häfner, Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim für die wertvollen Anregungen zur Revision der Erstfassung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können

gebündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.
www.rki.de

- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte sowie weitere GBE-Publikationen abgerufen werden.
www.gbe-bund.de

- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.
www.rki.de
- ▶ GBE kompakt
 - ▶ Die online-Publikationsreihe GBE kompakt präsentiert in knapper Form Daten und Fakten zu aktuellen gesundheitlichen Themen und Fragestellungen. Die vierteljährliche Veröffentlichung erfolgt ausschließlich in elektronischer Form.
www.rki.de/gbe-kompakt

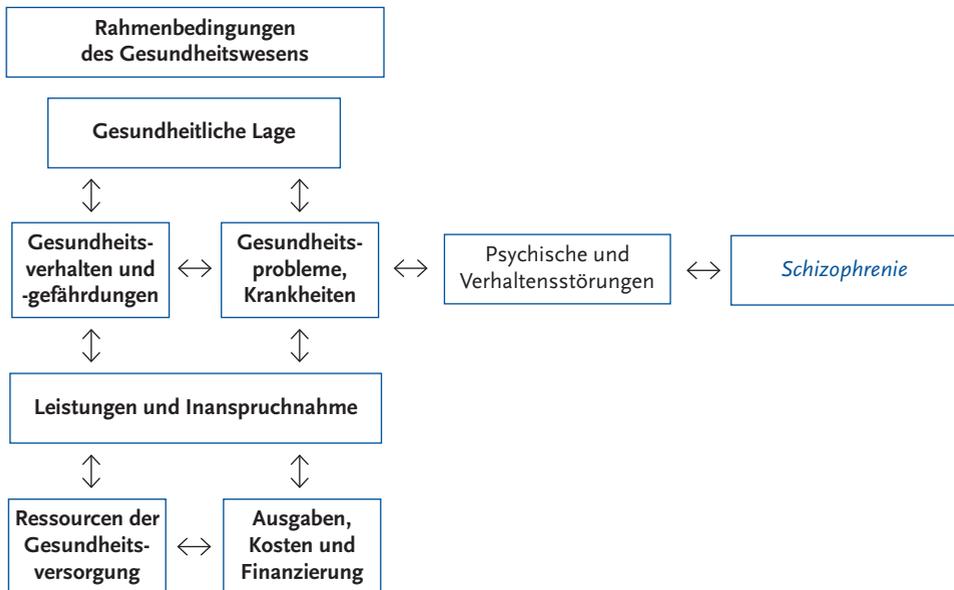
Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion

für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesund-

heitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 50 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Schizophrenie« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Überblick	7
2	Krankheitsbild.	8
2.1	Symptomatik	8
2.2	Diagnosestellung und Diagnosesysteme	9
2.3	Verlauf und Prognose.	11
2.4	Krankheitsentstehung und Risikofaktoren.	13
2.5	Komorbidität und Mortalität	14
3	Epidemiologie.	16
3.1	Inzidenz und Prävalenz.	16
3.2	Einfluss von Alter und Geschlecht	17
3.3	Abweichende Erkrankungshäufigkeiten und internationaler Vergleich	18
4	Psychosoziale Folgen	18
4.1	Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe	18
4.2	Stigmatisierung und Diskriminierung	19
5	Prävention	20
6	Behandlung.	21
6.1	Behandlungsmöglichkeiten	21
6.2	Behandlungsziele	22
6.3	Behandlungsverfahren	22
6.3.1	Somatische Behandlungsverfahren	22
6.3.2	Psychosoziale Behandlungsverfahren	23
6.4	Behandlungssetting und Hilfesysteme	25
6.5	Behandlung in Abhängigkeit von der Krankheitsphase	25
7	Rehabilitation	27
8	Kosten.	28
9	Ausblick.	29
10	Weiterführende Informationen	31
11	Literatur.	32
12	Glossar	35

Schizophrenie

1 Einleitung und Überblick

Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die durch zeitweilige, fundamentale Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Erlebens mit Beeinträchtigungen bis hin zum Verlust des Realitätsbezugs charakterisiert ist. Sie betrifft weltweit etwa 1 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben, erstmals zumeist bereits in jungen Jahren zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr. Bei etwa 20 % bis 25 % der Betroffenen bleibt es nach erfolgreicher Behandlung bei einer einzigen psychotischen Episode mit völliger Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Bei den übrigen Patienten kommt es nach zwischenzeitlichen Phasen einer mehr oder weniger vollständigen Remission, die von Symptombefreiheit bis zum Verbleib erheblicher Restsymptomatik mit kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen reichen kann, zu teils wiederholten Rückfällen. Einen chronisch progredienten Verlauf entwickeln heute nur noch zwischen 10 % bis ca. 30 % der Patienten. Gleichzeitig vorhandene (»komorbide«) somatische oder psychische Erkrankungen (insbesondere Suchterkrankungen), die sich bei etwa 40 % bis 60 % der stationär behandelten und bei etwa einem Drittel der ambulant behandelten Patienten finden, sowie mangelnde Behandlungsbereitschaft fördern einen schlechten Verlauf.

Durch Entwicklungen von medikamentösen Antipsychotika mit günstigerem Wirkungs-Nebenwirkungsprofil, die im Rahmen ganzheitlicher Therapiekonzepte zusammen mit psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen auf die individuellen Krankheitscharakteristika ausgerichtet eingesetzt werden, ist Schizophrenie heute in den meisten Fällen gut behandelbar. In der Akut- und Langzeitbehandlung wird eine deutliche Symptomremission und Rückfallprophylaxe in ca. 70 % der Fälle erreicht. Parallel zu den Fortschritten in der Behandlung wurde die Organisation der Versorgung in Folge der Psychiatrie-Enquête in den letzten 30 Jahren wesentlich auf die Bedürfnisse schizophrener Kranker ausgerichtet und ambulante und komplementäre Versorgungsangebote deutlich ausgebaut. Jahre-

lange Krankenhausaufenthalte, wie sie vor diesen Entwicklungen oftmals bestanden, konnten so durch kurzzeitige, auf die akute Phase einer schizophrenen Episode beschränkte, stationäre Behandlungen von heute durchschnittlich noch 34,9 Tagen Dauer [1] mit anschließender ambulanter Weiterbehandlung ersetzt werden.

Unvollständige Symptomremission sowie überdauernde Defizite in kognitiven und sozial-kommunikativen Fähigkeiten ziehen jedoch noch immer eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Lebensbewältigung nach sich, die eine Erwerbstätigkeit für ca. 70 % der schizophren Erkrankten einschränkt oder unmöglich macht. Dies bedeutet eine erheblich reduzierte Lebensqualität und ist eine große Belastung für die Erkrankten wie auch für deren Angehörige. Die auf Vorurteilen sowie fehlendem oder falschem Wissen über Schizophrenie in der Bevölkerung aufbauende und durch undifferenzierte Medienberichte immer wieder geschürte Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen erhöhen zusätzlich die Belastung und fördern soziale Ausgrenzung und Vereinsamung. Vor diesem Hintergrund begehen bis zu 10 % der Erkrankten Suizid. Gemäß Weltgesundheitsbericht [2] zählt Schizophrenie weltweit zu den 10 Erkrankungen mit der größten Anzahl durch »Behinderung beeinträchtigter Lebensjahre«. Zugleich verursachen schizophrene Psychosen erhebliche Kosten für die Volkswirtschaft. Die für die medizinische und rehabilitative Versorgung schizophrener Kranker anfallenden direkten Kosten sowie insbesondere die bis zu fünffach höheren indirekten Kosten, die durch den Verlust an Produktivität (z. B. durch Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung, vorzeitige Mortalität) verursacht werden, sind mit denen somatischer Volkskrankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen vergleichbar oder liegen sogar darüber. Schätzungen zufolge werden ca. 2 % bis 4 % der Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen in Deutschland für schizophrene Erkrankte aufgewendet.

2 Krankheitsbild

Der Begriff »Schizophrenie« wurde von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1911) eingeführt und löste den von Emil Kraepelin (1896) geprägten Begriff »Dementia praecox« ab, welcher noch einen fortschreitenden geistigen Abbau implizierte. Der aus dem Griechischen stammende Begriff »Schizophrenie« bedeutet »gespaltenes Bewusstsein«, womit ein Nebeneinander von gesunden und kranken Verhaltensweisen im Sinne einer mangelnden Einheit des Denkens, Fühlens und Wollens gemeint war, nicht jedoch eine gesplante oder multiple Persönlichkeit, wie in der Bevölkerung häufig angenommen. Schon Bleuler betonte durch die Bezeichnung »Gruppe der Schizophrenien« die Heterogenität der Krankheitsbilder, die er hierunter zusammenfasste. Die Heterogenität betrifft sowohl die im Einzelfall auftretende Symptomatik, den individuellen Verlauf als auch die unterschiedliche Prognose einer schizophrenen Psychose. Auch die Ursachen der Störung sind komplex und können – soweit bisher überhaupt aufgeklärt – individuell verschieden in unterschiedlichen Kombinationen von Bedingungsfaktoren bestehen.

2.1 Symptomatik

Schizophrenie ist durch ein Muster von Störungen in den Funktionsbereichen Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktion, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik gekennzeichnet.

Die Ausprägung der Symptome in diesen sieben Funktionsbereichen kann interindividuell und in Abhängigkeit von der Krankheitsphase deutlich variieren.

Störungen der in Tabelle 1 genannten Funktionen 2 bis 4 werden dabei als Positivsymptomatik, Störungen der Funktionen 5 bis 7 als Negativsymptomatik bezeichnet. Aufmerksamkeitsstörungen werden den so genannten kognitiven Störungen zugeordnet. Während des gesamten Krankheitsverlaufs treten bei den meisten Betroffenen, insbesondere bei Frauen [3], zudem mehr oder weniger stark ausgeprägte depressive Symptome auf. Sie erfordern besondere Aufmerksamkeit sowie eine gezielte Behandlung, u. a. weil ihr Vorhandensein mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden ist.

Die Positivsymptome Wahn, Ich-Störungen, Halluzinationen und formale Denkstörungen sind die Kernsymptome einer schizophrenen Psychose und kennzeichnen vor allem die akute Krankheitsepisode. Wahn – d. h. eine argumentativ unkorrigierbare falsche Überzeugung von der Realität – tritt bei schizophrenen Psychosen häufig als Verfolgungs- bzw. Beeinträchtigungswahn auf, bei denen sich der Betroffene von Mitmenschen beobachtet, beleidigt und/oder bedroht fühlt. Eine andere für Schizophrenie typische Form des Wahns ist der Beziehungswahn, bei dem der Betroffene Ereignisse in seiner Umgebung auf sich bezieht, die gar nichts mit ihm zu tun haben, z. B. indem Radionachrichten als versteckte Botschaften an die eigene Person interpretiert werden. Neben solchen Störungen

Tabelle 1
Störungen psychischer Funktionen bei schizophrenen Erkrankungen

Funktionsbereich	Beispiele für Störungen bei Schizophrenie
1. Aufmerksamkeit	Konzentrationsstörungen
2. Inhaltliches Denken und formales Denken	Wahn (z. B. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn); Gedankenabreißen oder Einschieben in den Gedankenfluss (führt oft zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen), Konkretismus, Assoziationslockerung
3. Ich-Funktionen	Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenaußbreitung
4. Wahrnehmung	Halluzinationen (insbesondere kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen)
5. Intentionalität und Antrieb	Apathie
6. Psychomotorik	Haltungstereotypen
7. Affektivität	verflachter oder inadäquater Affekt, Depression, Anhedonie (hat oft sozialen Rückzug zur Folge)

im Denkinhalt können mannigfaltige Störungen im Denkablauf wie ein Gedankenabreißen, das ständige Wiederholen von Gedanken (Perseveration) oder inkohärentes, zerfahrenes Denken auftreten. Hinzu kommen kann das Gefühl, dass die eigenen Gedanken von außen eingegeben oder entzogen würden oder auf andere Weise fremden Personen zugänglich seien. Diese Aufhebung der Grenze zwischen der eigenen Person und der Umwelt wird als Ich-Störung bezeichnet. Halluzinationen, d. h. die Wahrnehmung von objektiv nicht vorhandenen Reizen oder Objekten, sind bei der Schizophrenie häufig akustischer Natur. Das Hören von kommentierenden oder dialogischen Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, zählt zu den typischen Symptomen einer Schizophrenie. Die Irrealität dieses krankhaften Erlebens ist den Betroffenen insbesondere in der akuten Krankheitsperiode kaum zu vermitteln.

Während bei Positivsymptomen im Vergleich zur ungestörten Funktion eine »übersteigerte« Funktion vorliegt (deshalb Positiv- oder Plussympptomatik) beziehen sich Negativsymptome auf diejenigen Krankheitszeichen, die sich durch eine Funktionsminderung bis hin zu einem Funktionsverlust äußern, z. B. eine reduzierte Affektivität (Gefühlsarmut, Freudlosigkeit) und eine Störung des Antriebs, der Psychomotorik und des Sozialverhaltens, z. B. Interessenminderung, sozialer Rückzug, gesteigerte Erschöpfbarkeit, Verwahrlosungstendenzen. Negativsymptome treten häufiger bei Männern als bei Frauen auf und bleiben in vielen Fällen als Restsymptomatik auch noch über akute Krankheitsphasen hinaus bestehen.

Aufmerksamkeitsstörungen sind ebenso wie Störungen der Gedächtnisfunktionen und komplexerer kognitiver Leistungen klinisch nicht immer sofort erkennbar, können aber bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten durch testpsychologische Verfahren gut nachgewiesen werden. Kognitive Beeinträchtigungen betreffen zum einen relativ basale Prozesse der Informationsaufnahme, -verarbeitung und -speicherung, also Funktionen der Aufmerksamkeit, des Problemlösens und Planens, des Lernens und des Gedächtnisses, zum anderen aber auch komplexere kognitive Prozesse, die der sozialen Interaktion zugrunde liegen: hierzu zählen die soziale

Wahrnehmung (Interpretation von sozialen Situationen), die Affektdekodierung (Interpretation von mimischen und prosodischen Affektausdruck) und die Fähigkeit, sich in die Gedanken und die Gefühle anderer Menschen hineinversetzen zu können (u. a. Empathie). Viele solcher kognitiven Beeinträchtigungen bestehen unabhängig vom Krankheitsstadium und sind – in geringerem Ausmaß – auch schon vor der erstmaligen akuten Manifestation einer Schizophrenie bei Risikopersonen nachweisbar (siehe Kapitel 2.3). Zugleich zeigen kognitive Störungen von allen Symptombereichen den engsten Zusammenhang mit der oft deutlich eingeschränkten sozialen Funktionsfähigkeit der Betroffenen auf, also der reduzierten Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung, zum Abschluss einer Ausbildung und Aufnahme oder Fortsetzung einer Berufstätigkeit.

2.2 Diagnosestellung und Diagnosesysteme

Die Diagnose einer Schizophrenie basiert wesentlich auf der Psychopathologie. Die Kriterien für die Diagnosestellung sind in international gebräuchlichen Diagnosesystemen zusammengefasst. Hierfür wird in Deutschland die 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten zu psychischen Störungen (ICD-10) der WHO [4], im angloamerikanischen Raum das vergleichbare Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV) [5] verwendet. Gemäß ICD-10 wird die Diagnose Schizophrenie gestellt, wenn über einen Monat oder länger mindestens eines der oben beschriebenen Symptome aus den Bereichen Ich-Störungen, Wahn und Stimmenhören oder zwei Symptome aus den Bereichen andere Halluzinationen, formale Denkstörungen, Psychomotorik oder Negativsymptome auftreten. Vor einer solchen Diagnosestellung muss durch klinische und apparative Untersuchungen ausgeschlossen werden, dass die Symptomatik auf hirnorganischen Veränderungen (Entzündungen, Tumore, Traumata, degenerative Erkrankungen), auf Stoffwechsel- oder hormonellen Störungen, auf medikamentös bedingten Störungen oder auf Drogenkonsum beruhen, die ebenfalls psychotische Symptome hervorrufen können. Die zur Diagnosestellung benötigten Informati-

onen liefern die psychopathologische Exploration des Patienten, seine eigene Anamnese sowie die Fremdanamnese seiner Angehörigen. Auf der Grundlage dieser gesamten diagnostischen und differentialdiagnostischen Informationen kann die Diagnose einer Schizophrenie heute mit hoher Sicherheit gestellt werden.

In der ICD-10 wird Schizophrenie dem Kapitel F20–F29 »Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen« zugerechnet und repräsentiert innerhalb dieses Kapitels das häufigste und schwerste Krankheitsbild (F20, vgl. Tabelle 2). Trotz der Heterogenität der Symptomatik einer Schizophrenie kommen einzelne Kombinationen von Symptomen (»Syndrome«) und Verlaufsbesonderheiten im klinischen Erscheinungsbild

Tabelle 2
Einteilung schizophrener und verwandter Störungen im Internationalen Klassifikationssystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation WHO

Hauptgruppen und Untergruppen
F20 Schizophrenie
F20.0 Paranoide Schizophrenie
F20.1 Hebephrene Schizophrenie
F20.2 Katatone Schizophrenie
F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4 Postschizophrene Depression
F20.5 Schizophrenes Residuum
F20.6 Schizophrenia simplex
F20.8 andere Schizophrenien
F20.9 nicht näher bezeichnete Schizophrenie
F21 Schizotype Störungen
F22 Anhaltende wahnhaftige Störungen
F23 Vorübergehende akute psychotische Störungen
F23.0 Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1 Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen
F23.2 Akute schizophrene psychotische Störungen
F25 Schizoaffektive Störungen
F25.0 Schizoaffektive Störungen gegenwärtig manisch
F25.1 Schizoaffektive Störungen gegenwärtig depressiv
F25.2 gemischte schizoaffektive Störungen
F28 Andere nicht-organische psychotische Störungen
F29 nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychosen

der Schizophrenie gehäuft vor. Solche Syndrome und charakteristische Verlaufsformen bilden die Grundlage für die Unterscheidung von Unterformen (»Prägnanztypen«) schizophrener Erkrankungen in der ICD-10.

Bei dem mit etwa zwei Drittel der Fälle häufigsten Typus, der paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (F20.0), stehen Wahnvorstellungen wie Verfolgungs-, Vergiftungs-, Beeinträchtigungs- oder Beziehungswahn, häufig begleitet von akustischen Halluzinationen im Vordergrund der Symptomatik. Diese Form der Schizophrenie tritt vorwiegend bei Patienten mit einem späteren Erkrankungsbeginn (ca. 25. bis 35. Lebensjahr) auf und hat eine eher günstige Verlaufsprognose.

Bei der hebephrenen Schizophrenie (F20.1), auch »desorganisierter Typus« genannt, beherrschen Affekt-, Antriebs- und formale Denkstörungen das klinische Bild. Der Affekt ist flach und unangemessen, oft albern. Das Denken ist ungeordnet, die Sprache zerfahren, so dass eine Kommunikation schwierig ist. Wahnvorstellungen sind bruchstückhaft nicht auf ein einzelnes Thema fokussiert; ungewöhnliche, kindische Manierismen sind häufig. Diese bei ca. 15% der Fälle auftretende Schizophrenieform beginnt in der Regel relativ früh zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr (»Jugendirresein« von griechisch hebé = Jugend, phren = Geist) und geht oft schon in der prämorbid Phase mit sozialem Rückzug und deutlichen Behinderungen in der sozialen Funktionsfähigkeit einher. Die Prognose dieses Typus ist zumeist schlecht.

Im Fall der katatonen Schizophrenie (F20.2) stehen Bewegungsstörungen mit stark vermehrter oder stark verminderter Motorik im Vordergrund. Die Psychomotorik wechselt zwischen Phasen heftiger Erregung und einer ausgeprägten Bewegungsarmut (Stupor) bis hin zum Erstarren in abnormen Körperhaltungen (Katalepsie); daneben finden sich auch Haltungs- und Sprachstereotypen. Dieser Typus ist in den vergangenen Jahrzehnten aufgrund vielfältiger Gründe (vor allem bessere Differentialdiagnose, bessere Rehabilitation chronisch Erkrankter, geändertes Diagnoseverhalten) selten geworden (ca. 2% bis 8% der Fälle), bedarf jedoch aufgrund der zum Teil lebensbedrohlichen vegetativen Begleitsymptomatik in Phasen längeren Verhar-

rens in stark abnormen Körperhaltungen einer raschen Behandlung. Die Verlaufsprognose ist eher günstig.

Darüber hinaus können nach ICD-10 weitere Unterformen abgegrenzt werden: In Fällen mit gemischter Symptomatik, die eine Zuordnung zu einem dieser Subtypen nicht eindeutig erlaubt, wird eine undifferenzierte Schizophrenie diagnostiziert (F20.3). Wenn im Anschluss an eine akute schizophrene Erkrankung ausgeprägte Negativsymptome verbleiben, diagnostiziert man ein schizophreses Residuum (F20.5). Sofern im postakuten Stadium einer schizophrenen Episode depressive Symptome vorherrschen, führt dies zur Diagnose einer postschizophrenen Depression (F20.4). Die weiteren Unterformen (F20.6: Schizophrenia simplex, F20.8: andere Schizophrenien, F20.9: nicht näher bezeichnete Schizophrenie) sind eher selten.

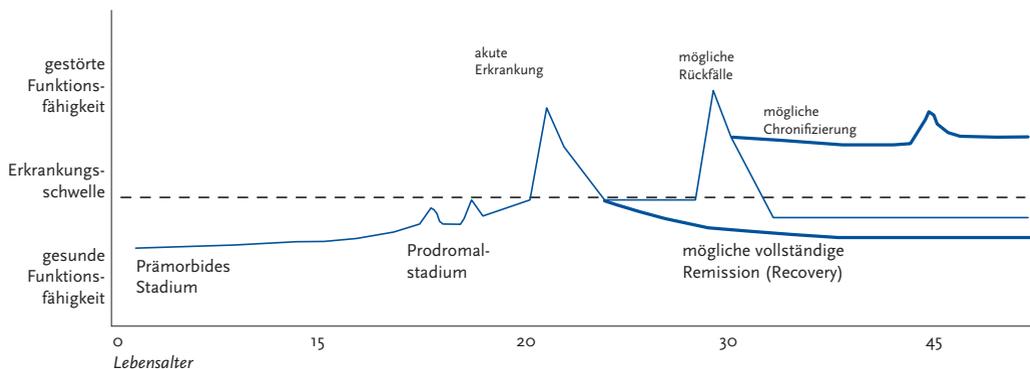
Je nach Erhebung entfallen zwischen 8 % bis 33 % aller Diagnosen im Kapitel F20 der ICD-10 auf Mischformen zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen [6]. Dies sind Krankheitsbilder, die in der gleichen Krankheitsepisode gleichzeitig sowohl starke affektive als auch »schizophrene« Symptome aufweisen. Solche nicht eindeutig einer der beiden großen Psychosegruppen zuzuordnenden Störungsbilder werden als »schizoaffektive Erkrankungen« in eigenen Diagnosegruppen geführt (ICD-10/F25 und DSM-IV/295.70), wenngleich in der wissenschaftlichen Literatur die Eigenständigkeit dieses Krankheitsbilds umstritten ist.

Schließlich beinhaltet die ICD-10 noch so genannte schizophrene Spektrumstörungen, bei denen schizophrene Symptomatik abgeschwächt (Schizotype Störung, F21) oder nur vorübergehend auftritt (vorübergehende akute psychotische Störungen, F23) oder lediglich einzelne Symptome aus dem Symptomspektrum einer Schizophrenie feststellbar sind (anhaltende wahnhaftige Störung, F22).

2.3 Verlauf und Prognose

Die erste akute Krankheitsepisode einer schizophrenen Psychose manifestiert sich meist zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr (siehe Abbildung 1). Auch spätere Ersterkrankungen sind möglich, jedoch tritt die Erkrankung bei zwei Drittel der Erkrankten bereits vor dem 30. Lebensjahr auf. Dem geht bei ca. drei Viertel der Erkrankten eine etwa fünf Jahre dauernde Phase voraus, in der unspezifische psychische Veränderungen auftreten. Rückblickend werden von schizophrenen Erkrankten am häufigsten Ruhelosigkeit, depressive Stimmung, Ängste sowie Konzentrationsstörungen, Energielosigkeit und Selbstzweifel, oft verbunden mit einem deutlichen Abfall der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit sowie einem Rückzug aus sozialen Kontakten als erste Anzeichen erinnert [7]. Sie führen bereits in dieser frühen Phase der Krankheitsentwicklung zu einem hohen Leidensdruck. Derartige Verhaltensänderungen sind jedoch nicht spezifisch für

Abbildung 1
Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung



die Entwicklung einer Schizophrenie und werden daher in der Regel als vorübergehende Krisen, pubertäre Konfliktreaktionen oder andere psychische Störungsformen fehl gedeutet. In der Krankheitsgeschichte von an Schizophrenie Erkrankten finden sich darüber hinaus überzufällig häufig eine verzögerte motorische Entwicklung (z. B. Gleichgewicht, Tonusregulierung) in der frühen Kindheit und Einschränkungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit, die jedoch ebenfalls nicht spezifisch für die Entwicklung einer Schizophrenie sind. Erste – zunächst vorübergehende oder vergleichsweise schwach ausgeprägte – psychotische Symptome, wie z. B. Beziehungsideen, eigenartige Denkinhalte (magisches Denken) oder auch paranoide Ideen bzw. übersteigertes Misstrauen setzen durchschnittlich erst etwa ein Jahr vor der Erstmanifestation ein. Fachliche Hilfe wird in der Regel erst aufgesucht, wenn die Psychose bereits voll ausgeprägt ist. Schätzungen zufolge vergeht damit bis zum Beginn einer antipsychotischen Behandlung im Mittel eine Zeit zwischen einem und mehr als vier Jahren seit dem Auftreten des ersten psychotischen Symptoms (»duration of untreated psychosis«, DUP) und noch bedeutend länger seit dem Auftreten des ersten unspezifischen Symptoms (»duration of untreated illness«, DUI). Diese lange Phase der unbehandelten Psychose kann sich negativ auf das Behandlungsergebnis auswirken [8].

Schon im Prodromalstadium bestehen deutliche Beeinträchtigungen der kognitiven und sozial-kommunikativen Fähigkeiten. Da dieses Stadium in vielen Fällen mit der biographischen Phase der Schul- und Berufsausbildung und dem Übergang in ein eigenständiges Leben zusammenfällt, haben diese Beeinträchtigungen negative Auswirkungen auf die berufliche Entwicklung und hemmen oder verhindern den sozialen Aufstieg. Im weiteren Verlauf der Erkrankung gehen diese Beeinträchtigungen mit einem hohen Anteil an Arbeitslosigkeit und Frühberentungen unter schizophren Erkrankten einher und führen vielfach sogar zu sozialem Abstieg [7].

Während bei rund einem Viertel der Betroffenen nur eine Krankheitsepisode auftritt, kommt es bei der Mehrzahl der Patienten nach der Erstmanifestation zu erneuten Krankheitsepisoden – im Durchschnitt kommt es im Verlauf von rund elf Jahren zu etwa drei Rückfällen mit mindestens

14-tägiger Dauer [9]. In einem Drittel der Fälle bleibt bei konsequenter Behandlung nach der einzelnen Episode keine Restsymptomatik zurück. Bei weiteren ca. 40 % der Patienten besteht jeweils eine gewisse Restsymptomatik fort. Ein kleinerer Teil – zwischen 10 % bis ca. 30 % der Patienten, je nach untersuchter Stichprobe – zeigen von Episode zu Episode eine sukzessive Zunahme dieser Restsymptome. Entsprechend unterscheidet die ICD-10 zwischen den Verlaufstypen kontinuierlich, episodisch mit zunehmendem Residuum, episodisch mit stabilem Residuum, episodisch remittierend sowie solchen mit unvollständiger oder vollständiger Remission.

Innerhalb einzelner Krankheitsepisoden können eine Akutphase (Dauer: Wochen bis Monate), eine postakute Stabilisierungsphase (ca. 3 bis 6 Monate) sowie eine (partielle) Remissionsphase (Monate bis Jahre) unterschieden werden. An diesen Stadien orientiert sich auch die Planung und Gewichtung der therapeutischen Maßnahmen (vgl. Kapitel 6.2 sowie 6.5) sowie die Entscheidung bezüglich der geeigneten therapeutischen Einrichtung (vgl. Kapitel 6.4 sowie 6.5). Bei günstiger Krankheitsentwicklung ohne Rückfälle mündet die Remissionsphase schließlich in eine Erholungs- und Genesungsphase (»Recovery«), in der die berufliche und soziale Leistungsfähigkeit wieder hergestellt ist. Dieses Stadium erreichen nach der ersten Krankheitsepisode etwa 60 % der Patientinnen und Patienten (zum Teil auch nach jahrelangem Verlauf), wobei Frauen häufiger als Männer ihre Funktionsfähigkeit vollständig wiedererlangen [10].

Tabelle 3
Faktoren, die mit einer günstigen Langzeitprognose assoziiert werden

- Faktoren für eine günstigere Prognose:
- ▶ weibliches Geschlecht (vor der Menopause)
 - ▶ gutes emotionales und intellektuelles Entwicklungsniveau
 - ▶ Ehestand bzw. stabile Partnerschaft
 - ▶ gute prämorbid soziale Anpassung
 - ▶ akuter Krankheitsbeginn mit produktiver Symptomatik
 - ▶ klar identifizierbare Auslösefaktoren
 - ▶ seltene und kurze Krankheitsepisoden
 - ▶ fehlende Affektverflachung
 - ▶ fehlende psychiatrische Komorbidität (z. B. keine Sucht)
 - ▶ Behandlungsakzeptanz
 - ▶ gutes Therapieansprechen

Eine zuverlässige Vorhersage des Krankheitsverlaufs ist bislang im individuellen Fall nur bedingt möglich. Zwar konnten in entsprechenden Untersuchungen an Patientengruppen mit unterschiedlichen Verlaufsformen verschiedene Merkmale identifiziert werden, die mit einer günstigen Langzeitprognose korreliert sind (vgl. Tabelle 3), jedoch weiß man noch zu wenig über das Zusammenwirken der einzelnen Faktoren und die daraus resultierenden Folgen, um für den Einzelfall eine zuverlässige Prognose abgeben zu können. In der gruppenstatistischen Betrachtung erwiesen sich diejenigen Merkmale, die den bisherigen Krankheitsverlauf maßgeblich beeinflusst haben auch für den diesbezüglichen weiteren Verlauf als prognostisch bedeutsam. So tragen offensichtlich zu einer ungünstigen Verlaufsprognose im Sinne häufigerer Rückfälle und ausgeprägter Restsymptomatik Faktoren bei, wie frühzeitiger, schleichender Krankheitsbeginn (etwa vor 18. Lebensjahr), initial vorherrschende Negativsymptomatik, merkliche Leistungsdefizite im kognitiven, sozialen und schulisch-beruflichen Bereich bereits vor Ausbruch der Erkrankung, lange Dauer der Prodromalphase ohne Behandlung, Schwere und Häufigkeit bisheriger psychotischer Rückfälle sowie das Ausmaß an Depressivität und Substanzmissbrauch (v. a. Cannabis, Alkohol). Substanzmissbrauch kann nicht nur bei der Krankheitsentstehung ein wichtiger Faktor sein (vgl. Kapitel 2.4), er führt bei bereits Erkrankten auch zu häufigeren Rückfällen und verschlechtert die soziale Prognose. Zudem ist in der Folge der Suchterkrankung das Risiko für körperliche Begleiterkrankungen (z. B. Hepatitis B) und die Sterblichkeit erhöht.

2.4 Krankheitsentstehung und Risikofaktoren

Bei Entstehung, Aufrechterhaltung und möglicher Chronifizierung einer Schizophrenie spielen nach derzeitigem Kenntnisstand sowohl neurobiologische, wie psychologische und soziale Teilfaktoren in individuell wechselnder Kombination und Gewichtung eine Rolle. Als weithin akzeptiertes Erklärungsmodell der Krankheitsentstehung gilt das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell. Es geht davon aus, dass eine individuelle, biologisch bedingte Vulnera-

bilität (wörtlich »Verwundbarkeit«), mit umweltbedingten Belastungsfaktoren (kritische Lebensereignisse, Belastungen oder Konflikte aus dem psychosozialen Umfeld, aber auch biologische »Stressoren«) zusammenkommen muss, für die die betreffende Person über keine wirksamen Bewältigungsstrategien (»Coping«) verfügt. Jeder einzelne Faktor für sich ist für die Krankheitsentstehung im Regelfall nicht hinreichend. Die Vulnerabilität besteht im Sinne einer Krankheitsdisposition auch zwischen akuten Krankheitsepisoden und ist über neuropsychologische und neurophysiologische Indikatoren nachweisbar.

Zur Krankheitsdisposition tragen zu etwa 80 % genetische Faktoren bei. Sie kann auch erworben oder durch externe Faktoren verstärkt werden, sei es durch eine frühkindliche Schädigung in der Hirnentwicklung (z. B. aufgrund von Infektionen während des für die Hirnentwicklung besonders kritischen zweiten Drittels der Schwangerschaft oder Komplikationen wie Sauerstoffmangel während der Geburt), durch Erkrankungen des Gehirns (z. B. Hirnhautentzündung), durch Schädigung durch Alkohol- oder Drogenabusus der Mutter während der Schwangerschaft oder durch eigenen Substanzmissbrauch in der Pubertät.

Genetische Faktoren gelten als wichtigste bisher nachgewiesene ätiologische Komponenten für das Risiko an Schizophrenie zu erkranken. Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien belegen, dass die Wahrscheinlichkeit an einer Schizophrenie zu erkranken bei Verwandten 1. Grades auf 5 % bis 15 %, bei eineiigen Zwillingsgeschwistern eines schizophren Erkrankten auf 45 % bis 50 % gegenüber 1 % bei der allgemeinen Bevölkerung erhöht ist. Die Tatsache, dass das Erkrankungsrisiko bei eineiigen Zwillingen nicht 100 % beträgt, macht deutlich, dass noch andere Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt sein müssen. Zudem beruht die Vulnerabilität für Schizophrenie sicher nicht auf einem einzigen Gen, sondern es tragen Veränderungen an mehreren Genen bei. Einige so genannte Dispositions- oder Suszeptibilitätsgene wurden bereits identifiziert oder werden derzeit intensiv beforscht (Dysbindin; Neuregulin-1; DISC1: Disrupted-in-Schizophrenia-1; Zink-Finger-Protein ZNF804A; COMT: Catechol-O-Methyl-Transferase; DAOA/G72: D-amino acid oxydase activator;

PRODH: Prolin-Dehydrogenase; Glutamatrezeptor GRM₃) [11].

Morphologisch finden sich verschiedene strukturelle Veränderungen im Gehirn (z. B. erweiterte Hirnkammern, Hirnsubstanzminderungen), welche funktionell mit einer reduzierten Informationsverarbeitungskapazität einhergehen und sich in schlechteren kognitiven Leistungen in neuropsychologischen Tests und Auffälligkeiten in hirnfunktionellen und neurophysiologischen Kennwerten (funktionelle Magnetresonanztomographie, Magnet- und Elektroenzephalogramm) niederschlagen. Als Ursache dieser, bei Männern oft stärker ausgeprägten, schon bei Risikopersonen vorhandenen und überwiegend als nicht progredient angesehenen Anomalien wird derzeit vor allem eine (pränatale) Hirnentwicklungsstörung diskutiert. Neurochemisch ist insbesondere eine Störung in den Nervenzellverbänden im Gehirn bedeutsam, die mit dem Neurotransmitter Dopamin arbeiten. Dies wird u. a. aus dem Wirkprinzip antipsychotisch wirkender Medikamente geschlossen, die über eine Blockade von Dopaminrezeptoren eine reduzierte Aktivität in diesen Hirnsystemen bewirken. Aufgrund der Vielfalt der Symptome ist jedoch davon auszugehen, dass schizophrene Erkrankungen auch Veränderungen in anderen Neurotransmittersystemen zugrunde liegen – z. B. den über Glutamat, Serotonin oder Gamma-Amino-Buttersäure GABA kommunizierenden Systemen. Wie solche pathogenen Veränderungen letztlich zur Krankheitsentstehung führen, ist allerdings noch nicht genau bekannt.

Kommen zu einer vorhandenen Vulnerabilität belastende psycho-soziale Faktoren, wie dauerhafte Überforderung in Schule oder Beruf, emotional belastende zwischenmenschliche Beziehungen oder traumatische Erlebnisse hinzu, so können diese schließlich eine schizophrene Psychose auslösen. Belegt ist in diesem Zusammenhang, dass intensive emotionale Belastungen aus dem unmittelbaren Beziehungsfeld des Erkrankten in Gestalt kritischer Bemerkungen, Feindseligkeit oder Überfürsorglichkeit (zusammen auch als »Expressed Emotion« – EE – bezeichnet) das Erkrankungs- und Rückfallrisiko erheblich erhöhen können. Dieser Faktor scheint insbesondere bei Männern eine Rolle zu spielen [3]. Auch zusätzliche biologische Belastungen erhö-

hen bei vorhandener Vulnerabilität das Erkrankungs- und Rückfallrisiko: So können illegale Drogen wie Kokain, LSD, das in bestimmten Pilzen enthaltene Psilocybin sowie insbesondere auch Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana) die Krankheit (vorzeitig) auslösen oder zu einer Wiedererkrankung führen. Vor diesem Hintergrund ist mit Sorge zu betrachten, dass sich im Zeitraum von 1993 bis 2004 der Anteil derjenigen mit Cannabis-Erfahrung in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen auf 31 % annähernd verdoppelt hat [12]. Die Tendenz zum früheren und extensiveren Konsum fällt in eine kritische Phase der Hirnentwicklung und kann bei bestehender Vulnerabilität zu einer früheren Manifestation einer Schizophrenie führen, was – insbesondere bei fortgesetztem Drogenkonsum – eine verlaufsprognostisch sehr ungünstige Konstellation ist. Daten aus einer Studie an schwedischen Rekruten weisen auf ein um etwa 7-fach erhöhtes Risiko für eine spätere Schizophrenie bei regelmäßigem Cannabiskonsum hin [13].

Neben den Belastungsfaktoren gibt es auch so genannte »Schutzfaktoren«, die der Erkrankung entgegen wirken und den Verlauf günstig beeinflussen können. Zu diesen protektiven Faktoren zählen auf psychologischer Ebene die Stressbewältigungs- und Problemlösekompetenz (Coping) des Betroffenen, die Unterstützung durch Angehörige und das weitere soziale Umfeld, sowie auf biologischer Ebene antipsychotisch wirkende Medikamente (vgl. Kapitel 6.3.1). Zudem hat offensichtlich das weibliche Geschlechtshormon Östrogen aufgrund seiner modulierenden Wirkung im Dopaminsystem eine gewisse Schutzwirkung (vgl. Kapitel 3.2). Nicht alle Krankheitsbewältigungsstrategien von Betroffenen erweisen sich jedoch als günstig; so können dysfunktionale Strategien zur passiven Vermeidung von Stress, wie soziale Rückzugstendenzen den Erkrankungsverlauf auch erschweren.

2.5 Komorbidität und Mortalität

Personen mit Schizophrenie sind häufig zusätzlich auch von anderen psychischen Erkrankungen, wie z. B. Suchterkrankungen, Depression oder auch Zwangsstörungen betroffen. Eine besondere klinische Bedeutung kommt dem

gemeinsamen Auftreten (»Komorbidität«) mit einer Suchterkrankung zu [8]: je nach Untersuchung weisen zwischen 40% bis 60% der primär schizophren Erkrankten irgendwann in ihrem Leben (Lebenszeitprävalenz) auch noch eine Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen wie Cannabis auf. Ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung findet sich auch bei schizophren Erkrankten Substanzmissbrauch verstärkt bei Personen männlichen Geschlechts und niedrigen Ausbildungsniveaus. Zudem rauchen ca. 80% der schizophren Erkrankten; etwa zwei Drittel sind starke Raucher, was etwa dem 6-fachen Anteil starker Raucher in der Gesamtbevölkerung entspricht. Ein einheitliches Erklärungsmodell für diese hohe Komorbidität besteht derzeit noch nicht; Erklärungsansätze beziehen sich auf neurobiologische Gemeinsamkeiten beider Krankheitsbilder, auf eine höhere Sensitivität für psychotrope Substanzen bei schizophren Erkrankten, auf Drogenkonsum als Risikofaktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Psychose und auf prämorbid, gemeinsame Persönlichkeitsmerkmale bei Doppeldiagnosepatienten. Zudem wird auch die Hypothese diskutiert, die Betroffenen versuchten sich durch den Substanzgebrauch selbst zu medizieren. Tatsächlich ist der Krankheitsverlauf bei schizophren Erkrankten mit komorbidem Substanzabusus in der Regel jedoch ungünstiger, mit häufigeren Rückfällen und stationären Aufenthalten als bei Patientinnen und Patienten ohne Substanzmissbrauch. Die gleichzeitig von einer Abhängigkeitserkrankung Betroffenen stellen damit eine große, schwer behandelbare Kerngruppe unter den an einer Schizophrenie Erkrankten dar. Sie zeigen häufig eine deutlich schlechtere Kooperation in der Behandlung, was zu einem ungünstigeren Verlauf beiträgt. Die wirksame Behandlung erfordert ein integratives Behandlungskonzept, das schizophrene und Suchterkrankung gleichzeitig adressiert, was eine große Herausforderung für die Therapie darstellt. Zudem bedeuten die aus dem Substanzmissbrauch resultierenden organischen Folgeerkrankungen, z. B. des Herzens und der Gefäße (Nikotin) oder der Leber (Alkohol), eine erhebliche Gefährdung. Auch benötigen Raucher und Raucherinnen häufig höhere Medikamentendosen als Nichtraucher und Nichtraucherinnen,

da durch das Nikotin Arzneimittel abbauende Leberenzyme aktiviert werden.

Substanzmissbrauch ist auch eine wesentliche – wenngleich nicht die einzige – Ursache für einen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Anteil an ernsten somatischen Erkrankungen (u. a. HIV- und Hepatitis-Infektionen, Herz-Kreislaufkrankungen, Osteoporose, Übergewicht, Diabetes [14]). Das »metabolische Syndrom« – ein gleichzeitiges Bestehen von Bluthochdruck, abdomineller Adipositas, erhöhten Triglyzerid- und Blutzucker-Werten sowie erniedrigtem »schützendem« HDL-Cholesterin – kommt bei Schizophreniepatientinnen und -patienten gehäuft vor. Das Syndrom kann eine Nebenwirkung der antipsychotischen Therapie mit bestimmten neueren antipsychotischen Medikamenten sein, die mit starker Gewichtszunahme aufgrund einer Vermehrung des Körperfettes, der Induktion einer Insulinresistenz und eines atherogenen Lipidprofils assoziiert sind. Zudem können einige dieser antipsychotischen Medikamenten die Blutzuckerregulation (Glukosehomöostase) beeinflussen, d. h. in seltenen Fällen (weniger als 5% pro Jahr) kann ein Diabetes mellitus innerhalb von Tagen bis Wochen nach Therapiebeginn auftreten, der jedoch in den meisten Fällen nach Absetzen der Medikation reversibel ist. Die deutliche Gewichtszunahme, die unter einzelnen Substanzen bei mehr als 50% der Patientinnen und Patienten auftritt und über 10% des Körpergewichts nach einem Jahr Behandlung beträgt, hat oft negative Auswirkungen auf die Behandlungsbereitschaft (Compliance) und führt dann zum vorzeitigen Absetzen der Medikamente. Das vermehrte Auftreten somatischer Erkrankungen hängt jedoch wahrscheinlich stärker mit ungesunden Konsum- oder Lebensgewohnheiten der Patientinnen und Patienten (z. B. Rauchen, Bewegungsmangel) zusammen, als mit Auswirkungen der Antipsychotika auf das Körpergewicht und die Stoffwechselfparameter sowie mit der psychischen Erkrankung im engeren Sinne [15]. Aufgrund der gehäuft auftretenden körperlichen Begleiterkrankungen müssen an Schizophrenie Erkrankte nicht nur psychiatrisch sondern auch allgemeinärztlich/internistisch betreut werden.

Die körperlichen Begleiterkrankungen im Zusammenwirken mit ungesunden Lebensstil-

faktoren bedingen gegenüber der altersvergleichbaren Gesamtbevölkerung etwa ein 2,5-fach so hohes Mortalitätsrisiko schizophrener Erkrankter, was in einer Reduktion der Lebenserwartung um etwa 15 bis 20 Jahre resultiert. Hierzu tragen wesentlich auch eine höhere Rate unnatürlicher Todesfälle (z. B. Unfälle) und insbesondere die hohe Selbsttötungsrate schizophrener Kranker bei [16]: die Suizidrate beträgt nach neueren Erkenntnissen ca. 5 % [8], nach Lehrmeinung ca. 10 %, was dem 6- bis 12-fachen der Suizidrate in der altersgleichen Gruppe der Allgemeinbevölkerung entspricht. Die effektivste Suizidprävention besteht in einer konsequenten, insbesondere auch auf eine Verringerung der depressiven Symptomatik gerichteten Therapie.

3 Epidemiologie

3.1 Inzidenz und Prävalenz

Jährlich erkranken weltweit unabhängig vom sozioökonomischen Status von je 100.000 Einwohnern zwischen 11 und 20 Personen neu an Schizophrenie, d. h. die Jahresinzidenz liegt bei 0,01 % bis 0,02 % [17]. In Deutschland werden pro Jahr etwa 19 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner diagnostiziert; d. h. bei einer Einwohnerzahl Deutschlands von 82,3 Millionen ist im Jahr mit etwa 15.600 neu diagnostizierten Schizophrenieerkrankungen zu rechnen. Die Lebenszeitprävalenz, also das Risiko mindestens einmal im Leben an Schizophrenie zu erkranken, liegt in der Altersgruppe der 15- bis 60-Jährigen weltweit je nach Weite der Diagnosekriterien zwischen 0,7 % und 1,4 % und wird durchschnittlich mit 1 % angegeben. Dies bedeutet, dass im Durchschnitt eine von hundert Personen irgendwann in ihrem Leben eine schizophrene Episode erlebt. Bedingt durch den hohen Anteil rezidivierender und chronischer Verläufe der Erkrankung liegt auch die Jahresprävalenz, d. h. der Anteil derjenigen Personen, die während eines Jahres mindestens einmal die Diagnosekriterien einer Schizophrenie gemäß ICD-10, F20 erfüllen, nur unwesentlich niedriger: Eine Metaanalyse von 24 nationalen (inklusive drei deutschen) und drei transnationalen Bevölkerungssurveys aus europäischen Ländern weist in der Gruppe der 18- bis 65-Jährigen auf eine Jahres-

prävalenz von Schizophrenie von 0,8 % bis 0,9 % hin [18].

Grundsätzlich können einzelne Wahnsymptome oder in geringerem Maße Sinnestäuschungen wie Halluzinationen auch bei Personen auftreten, bei denen die Kriterien für eine Schizophrenie nicht oder noch nicht erfüllt sind, bei denen möglicherweise eine andere psychische Störung (z. B. eine affektive Erkrankung) vorliegt oder diese Symptome vorhanden sind, ohne klinische Relevanz zu besitzen. So fanden sich in einer repräsentativen Stichprobe der Münchner Bevölkerung im Alter zwischen 14 und 28 Jahren zu 15 % Wahnsymptome und zu 4 % Sinnestäuschungen ohne »klinische Bedeutung« [19]. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) wiesen 2,6 % der 18- bis 65-jährigen Personen psychotische Symptome auf, ohne damit notwendigerweise die strengen ICD-Kriterien für Schizophrenie zu erfüllen [20]. Das heißt, dass Einzelsymptome einer schizophrenen Psychose bis weit hinein in die psychisch gesunde Bevölkerung vorkommen können. Der Niederländische Gesundheitssurvey zeigt jedoch, dass in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle diese Symptome wieder verschwinden: nur bei etwa 16 % der Befragten mit psychotischen Symptomen bei der Ersterhebung konnten auch nach einem Jahr nochmals ähnliche Symptome festgestellt werden, bei etwa der Hälfte dieser Personen dann allerdings bereits in klinisch relevantem Ausmaß [21]. Damit kann eine Häufung solcher psychotischen Symptome ein Indiz für ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Psychose sein.

Schizophrenie ist eine Erkrankung, die insbesondere wegen der längerfristig bis lebenslang erforderlichen Rückfallprophylaxe (vgl. Kapitel 6.5) häufige therapeutische Kontakte erfordert. Entsprechend ist die Behandlungskontakttrate (Anteil Behandlungsbedürftiger, die in den letzten 12 Monaten Kontakt zu einer Behandlungseinrichtung hatten) mit 68 % gegenüber 36 % bei der Gesamtheit psychischer Erkrankungen sehr hoch (Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98)), [20]. Nach den Diagnosedaten deutscher Krankenhäuser hatten schizophrene Erkrankungen (F20–F29 nach ICD-10) im Jahr 2007 einen Anteil von etwa 13 % an den jährlichen Fallzahlen stationär behandelter psychisch Kranker und etwa 21 % an den jährlichen Behand-

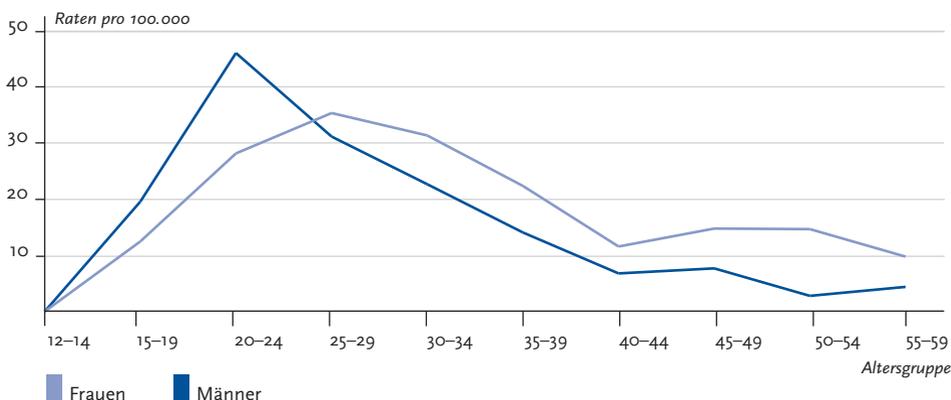
lungstagen (durchschnittliche Verweildauer bei schizophrenen Kranken: 34,9 Tage gegenüber 20,8 Tage bei allen psychischen Erkrankungen) [1]. Trotz der im Akutstadium häufig erforderlichen stationären Therapie werden von den fachärztlich ambulant versorgten Schizophreniepatientinnen und -patienten in einem Ein-Jahreszeitraum etwa 93 % ausschließlich ambulant behandelt [22]. Ein erheblicher Anteil dieser Patientinnen und Patienten bedarf einer kontinuierlichen Begleitung durch psycho-soziale Dienste oder durch Angehörige (vgl. Kapitel 6.3.2).

3.2 Einfluss von Alter und Geschlecht

Grundsätzlich kann sich eine schizophrene Erkrankung in jedem Lebensalter manifestieren. In etwa zwei Drittel der Fälle tritt die erste Krankheitsepisode vor dem 30. Lebensjahr, nur in seltenen Fällen bereits vor dem 15. Lebensjahr auf. Bei erstmals an einer Schizophrenie erkrankten Jugendlichen stehen in der Regel affektive Symptome und formale Denkstörungen im Vordergrund, während psychotische Symptome wie Wahn und Halluzinationen weniger deutlich ausgeprägt sind. Bei erstmaliger Erkrankung im höheren und hohen Lebensalter verkehrt sich die Gewichtung dieser Symptome. Das volle Symptomspektrum findet man vor allem bei denjenigen, die im frühen und mittleren Erwachsenenalter erkranken.

Im Hinblick auf das Erkrankungsrisiko für eine Schizophrenie gibt es nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Während man lange von einer Gleichverteilung bei Neuerkrankungen zwischen den Geschlechtern ausging, weisen neuere Übersichtsarbeiten auf einen leicht höheren Anteil von 1,4 : 1 bei Männern gegenüber Frauen [23]. Deutlichere Geschlechtsunterschiede finden sich im Ersterkrankungsalter und den Verlaufsformen. So zeigen nationale und internationale Studien der WHO, dass Männer bei der Erstaufnahme durchschnittlich 3 bis 4 Jahre jünger sind als Frauen (vgl. Abbildung 2). Der Gipfel der Ersterkrankungen wird bei Männern in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen, bei Frauen zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr erreicht. In der Altersgruppe der 45- bis 50-Jährigen, bei Frauen also etwa ab der Menopause, erkranken dagegen deutlich mehr Frauen als Männer erstmals an Schizophrenie. Zudem verläuft eine schizophrene Erkrankung, die nach dem Klimakterium erstmals auftritt, meist schwerer als eine Erstmanifestation bei Männern im gleichen Alter. In der Gruppe derjenigen, die bereits in der frühen Jugend erkranken, überwiegt dagegen der Anteil männlicher Patienten, die dann zugleich die prognostisch ungünstigeren Verlaufsformen im Vergleich zu den in diesem Alter erkrankenden Frauen entwickeln [24]. Der zweite Ersterkrankungsgipfel bei Frauen in der Menopause und der schwere Verlauf in diesem Alter wird zum Teil durch

Abbildung 2
Verteilung der Anzahl stationärer Erstaufnahmen schizophrener Erkrankter nach Alter und Geschlecht
Quelle: nach [61]



den sinkenden Östrogenspiegel erklärt. Östrogen moduliert u. a. die Empfindlichkeit der Dopaminrezeptoren im Gehirn, denen eine wesentliche Rolle im Bezug auf das schizophrene Krankheitsgeschehen zukommt. Therapeutische Versuche mit einer Östrogensubstitution als Komedikation zur antipsychotischen Behandlung der akuten Schizophrenie zeigten zwar günstige Effekte dieser Interventionsstrategie, jedoch ist eine längerfristige Östrogengabe angesichts der damit verbundenen Thrombosegefahr sowie der kardiovaskulären (und kanzerogenen) Risiken obsolet [25].

3.3 Abweichende Erkrankungshäufigkeiten und internationaler Vergleich

In den letzten Jahren wurden bei einzelnen Migrantengruppen sowie im Vergleich von großstädtischen zu ländlichen Lebensräumen zum Teil deutlich höhere als die oben angegebenen Erkrankungshäufigkeiten festgestellt: So ist die Rate schizophrener Ersterkrankungen bei schwarzafrikanischen Einwanderern aus der Karibik nach Großbritannien und bei Einwanderern aus Surinam in die Niederlande gegenüber der jeweiligen einheimischen Bevölkerung im Mittel um das 3- bis 5-fache erhöht. In großstädtischen Gebieten fand man 2- bis 3-fach erhöhte Ersterkrankungsraten an Schizophrenie im Vergleich mit ländlichen Gebieten. Ob diese Häufung schizophrener Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten in städtischen Lebensräumen ganz oder teilweise auf selektive Wanderungsprozesse von Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko zurückgeführt werden kann, ist noch offen. Nach derzeitigen Erkenntnissen wahrscheinlicher – wenngleich ebenfalls noch nicht hinreichend belegt – ist der Erklärungsansatz, dass die erhöhten Erkrankungsraten Folge von höheren Belastungen im städtischen gegenüber ländlichem Milieu sowie für Migrantinnen und Migranten gegenüber Einheimischen sind [23].

Im Vergleich zwischen Ländern und Kulturen finden sich vergleichbare Häufigkeiten und Erscheinungsformen schizophrener Erkrankungen. Offensichtlich soziokulturell beeinflusste Unterschiede lassen sich bei der Manifestation, dem Verlauf, dem therapeutischen Vorgehen und

der Wiedereingliederung feststellen. So werden in Entwicklungsländern oft weniger schwere Verlaufsformen beobachtet [8]. In einer Studie der WHO erwies sich das Behandlungsergebnis (»Outcome«) sowohl im klinischen als auch im sozialen Bereich in den Entwicklungsländern als signifikant besser im Vergleich zu den Industrieländern. Zwei Jahre nach einer akuten Krankheitsepisode war in den Entwicklungsländern bei 63 % der schizophren Erkrankten eine vollständige Remission gegeben; in den Industrieländern jedoch nur bei 37 % [26]. Eine befriedigende Erklärung für diesen deutlichen Unterschied konnte bisher nicht gefunden werden – eine stärkere Unterstützung seitens der Familien und geringere Anforderungen an die Patientinnen und Patienten in eher traditionell orientierten Kulturkreisen werden als Erklärungsansätze diskutiert. Da sich in den Entwicklungsländern derzeit ein tiefgreifender sozialer und wirtschaftlicher Wandel vollzieht, liegt die Frage nahe, ob sich diese Ergebnisse heute replizieren lassen würden [27].

4 Psychosoziale Folgen

4.1 Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe

Bei ausgeprägten residualen sowie insbesondere chronisch fortschreitenden Verläufen kann trotz intensiven Bemühens um eine soziale und berufliche Rehabilitation das vor der Erkrankung bestehende (prämorbid) Funktionsniveau nicht mehr erreicht werden bzw. bleibt deutlich darunter. Entsprechend weisen die Betroffenen in einigen Lebensbereichen mehr oder weniger deutliche Einschränkungen auf, die ihre Lebensqualität beeinträchtigen. Die WHO-Klassifikation von Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICF, [28]) unterscheidet für solche Fälle Störungen von (somatischen und psychischen) Funktionen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten (Handlungen) sowie Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe am sozialen Leben).

Hoch bedeutsame Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter bestehen insbesondere im Bereich *Kommunikatives Verhalten und soziale Kompetenz*. Defizite in diesem Bereich sind u. a. dafür verantwortlich, dass ein großer Teil schi-

zophren Erkrankter – in der Regel mehr Männer als Frauen – weder verheiratet noch zu einer stabilen Partnerschaft in der Lage ist. Deutliche Einschränkungen finden sich auch bei den unter *Ausbildung und Beruf* subsumierten Kriterien. Der frühe Zeitpunkt der Erstmanifestation in den Phasen der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter und die damit einhergehenden Leistungsminderungen und/oder Verhaltens- und Anpassungsstörungen haben negative Auswirkungen auf die schulische und berufliche Laufbahn, so dass sich in der Vita der Betroffenen häufig niedriger qualifizierte oder fehlende Abschlüsse finden. Insbesondere für schizophrene Erkrankte mit einem chronischen Krankheitsverlauf reduziert sich die Chance auf den Abschluss einer Berufsausbildung oder einer beruflichen Integration erheblich, da die Leistungsfähigkeit aufgrund von persistierenden psychotischen Symptomen, kognitiven Beeinträchtigungen, Gefühlsverarmung und sozialem Rückzug trotz fachgerechter Therapie und intensiver Rehabilitationsbemühungen stark eingeschränkt ist [29]. Dies hat zur Folge, dass nur für den kleineren Teil der schizophren Erkrankten eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt möglich ist. Ein nicht unerheblicher Teil der Betroffenen ist dagegen erwerbsunfähig und auf öffentliche Unterstützung angewiesen: nach Ergebnissen deutscher Langzeitstudien über einen Zeitraum von 12 Jahren sind nach der ersten Krankheitsepisode nur etwa 30 % der schizophren Erkrankten stabil über die Jahre voll erwerbstätig und auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert [9].

Diese Situation findet ihren Niederschlag in der Rangordnung derjenigen Erkrankungen, die mit einem hohen Grad an durch »Behinderung beeinträchtigter Lebensjahre« (YLD: Years of life lived with disability [2]) verbunden sind. Schizophrenie zählt weltweit zu den 10 Erkrankungen, die für die Betroffenen die größte Anzahl an YLD mit sich bringen. Betrachtet man lediglich die Altersspanne von 15 bis 44 Jahren, so nimmt Schizophrenie nach Depression und Alkoholerkrankungen sogar den dritten Rang ein. Die eingeschränkte Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben bedeutet für die Betroffenen auch subjektiv eine drastisch reduzierte Lebensqualität. Bezogen auf die klinische Symptomatik sind dabei insbesondere das Ausmaß an Negativsymptoma-

tik und Depressivität sowie Defizite im sozial-kognitiven Bereich mit einer subjektiv schlechten Lebensqualität assoziiert, die Ausübung einer Berufstätigkeit und das Fehlen kognitiver Beeinträchtigungen dagegen mit Zufriedenheit und Selbstwertgefühl [30].

4.2 Stigmatisierung und Diskriminierung

Einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität schizophrener Kranker haben auch die Haltung und das Verhalten ihrer Umwelt. Betroffene Personen werden aufgrund ihrer Erkrankung in der Öffentlichkeit und den Medien häufig stigmatisiert und diskriminiert [31]. Das verbreitet nicht oder nur bedingt vorhandene Wissen über Ursachen, Symptome, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung sowie fehlender Kontakt zu schizophren Erkrankten führen zu falschen Vorstellungen von der Erkrankung und distanzieren, misstrauischen bis ablehnenden Einstellungen gegenüber den Betroffenen, wie die Ergebnisse einer bundesweiten Bevölkerungsbefragung zeigen [32]. Vorurteile wie die Gleichsetzung von Schizophrenie mit Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit halten sich zudem hartnäckig, werden durch undifferenzierte Medienberichte immer wieder geschürt und tragen zu einer negativen Haltung bei. Zwar finden sich unter schizophren Erkrankten gegenüber der sonstigen Bevölkerung eine geringfügig erhöhte Gewaltbereitschaft und mehr Gewaltdelikte, die höhere Aggressivität ist jedoch häufig auf sekundäre Faktoren zurückzuführen, insbesondere auf vor Krankheitsausbruch bestehende, antisoziale Persönlichkeitsstörungen sowie Alkohol- und Substanzmissbrauch und Nichtbehandlung der Erkrankung. Die überwiegende Mehrheit schizophrener Kranker ist jedoch nicht gewalttätig, sondern sogar überproportional häufig Opfer von Gewalttaten [8].

Die Folgen der Stigmatisierung sind soziale Benachteiligung und Ausgrenzung, im gesellschaftlichen wie im beruflichen Bereich (z. B. Behinderung des Zugangs zu sozialen Rollen in Arbeit und Beruf, Familie und Partnerschaft) und in letzter Konsequenz die Vereinsamung der Betroffenen [33, 34]. Das der Erkrankung anhaftende Stigma behindert oftmals auch eine früh-

zeitige Erkennung und erfolgreiche Behandlung der Erkrankung. Aus Angst vor der als diskriminierend wahrgenommenen Diagnose suchen die Betroffenen nicht oder zu spät ärztliche Hilfe, mit negativen Folgen für den Verlauf der Erkrankung. Zudem verinnerlichen die Betroffenen häufig die negativen Bewertungen durch die Umwelt, was zur Verunsicherung und damit zur Einschränkung der Lebensqualität beiträgt.

Auch Familienangehörige und Freunde sowie in psychiatrischen Institutionen Beschäftigte sind vom Stigma psychischer Erkrankungen betroffen. Ansätze zur Überwindung von Stigmatisierung und Diskriminierung sind deshalb von zentraler Bedeutung, um die Lage von an Schizophrenie Erkrankten in der Gesellschaft zu verbessern. Aufklärungskampagnen über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten unter Einbezug von Betroffenen und Angehörigen, der Protest gegen stigmatisierendes und diskriminierendes Verhalten, die Sensibilisierung der Medien für stigmatisierende Darstellungen, der persönliche Kontakt zwischen psychisch Erkrankten und nicht von psychischer Erkrankung betroffenen Personen, sowie nicht zuletzt die weitere Verbesserung der psychiatrischen Versorgung können zur Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker wirksam beitragen [31]. Eine nachhaltige Verbesserung des Wissens über psychische Erkrankungen im Allgemeinen und die Schizophrenie im Besonderen sowie eine entsprechende Änderung der Einstellung gegenüber psychisch Kranken ist allerdings ein langfristiger gesellschaftlicher Prozess.

5 Prävention

»Universelle« Präventionsprogramme für die Allgemeinbevölkerung zur Verhinderung von Neuerkrankungen durch gezielte Beeinflussung bekannter Risikofaktoren im Sinne einer Primärprävention existieren für schizophrene Erkrankungen aufgrund der Komplexität der zur Manifestation beitragenden Faktoren nicht. Lediglich allgemeine Programme zur Reduktion von Drogenmissbrauch und zur Aufklärung über psychische Erkrankungen sind bereits im Einsatz, ohne dass von diesen ein spezifisch präventiver Effekt für schizophrene Erkrankungen zu

erwarten wäre. Aussichtsreicher als universelle Präventionsprogramme in der Allgemeinbevölkerung scheinen zukünftige »selektive« Präventionsmaßnahmen bei speziellen Risikogruppen. Als mögliche Ansatzpunkte für eine »selektive« Prävention werden zum einen bekannte Risikofaktoren wie eine familiäre Häufung von Erkrankungsfällen, soziale Anpassungsstörungen in Kindheit und Adoleszenz [35], Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen einschließlich frühkindlicher Infektionskrankheiten sowie Viruserkrankungen des Gehirns und der Hirnhäute diskutiert. Zum anderen könnten als Ansatzpunkte auch klinische Indikatoren dienen, die eine prognostische Bedeutung aufweisen; hierzu zählen z. B. minimale körperlich-neurologische Symptome, strukturelle Gehirnveränderungen, Störungen der Augenfolgebewegungen oder Beeinträchtigungen kommunikativer und sozialer Fähigkeiten. Die Umsetzung dieser Erkenntnisse in praktische Präventionsprogramme und deren Evaluation sind jedoch erst in den Anfängen.

Aussichten auf eine substantielle Minderung des Erkrankungsrisikos auf der Basis solcher Faktoren bestehen am ehesten für definierte Risikogruppen, z. B. für Personen in der Prodromalphase, also vor Ausbildung des klinischen Vollbilds einer Psychose. In der frühen Prodromalphase ist es wegen der noch unspezifischen Symptomatik schwierig, diejenigen zu identifizieren, bei denen Symptome wie depressive Stimmung, Konzentrations- und Leistungsmängel oder sozialer Rückzug tatsächlich Vorboten einer sich entwickelnden Schizophrenie sind und diese von denjenigen abzugrenzen, bei denen diese Symptome andere Ursachen haben. Aus diesem Grund ist ein mehrstufiges Verfahren erforderlich, das Personen mit statistisch erhöhtem Risiko einer genaueren Abklärung zuführt. In jüngster Zeit sind weltweit, u. a. auch in Deutschland im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie, spezialisierte Früherkennungs- und -therapiezentren eingerichtet worden. Dort werden eigens entwickelte Früherkennungsinventare evaluiert und optimiert sowie Maßnahmen zur frühzeitigen Behandlung erforscht. Um die Zielgruppe der prodromalen Personen möglichst niederschwellig zu erreichen, arbeiten diese Früherkennungszentren

tren eng mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten, Hausärztinnen und -ärzten, psychiatrischen Kliniken sowie auch mit Behörden und Institutionen im (Aus-)Bildungswesen zusammen. Die Frühintervention für Risikopersonen in einem frühen, noch »psychosefernen« Prodromalstadium ohne psychotische Symptome beinhaltet insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Hochrisikopersonen im bereits weiter fortgeschrittenen, »psychose-nahen« Prodromalstadium, in dem bereits erste abgeschwächte oder vorübergehende psychotische Symptome vorhanden sind (z. B. gesteigertes Misstrauen, ungewöhnliche Wahrnehmungen, Beziehungsideen), werden zusätzlich auch mit niedrigen Dosierungen antipsychotischer Medikation behandelt. Diese nach Risikostatus gestuften Frühinterventionsstrategien erwiesen sich in ersten Untersuchungen als gut wirksam im Sinne einer Symptomabschwächung und einer Reduktion der Übergangsrate in fortgeschrittenere Krankheitsstadien (d. h. Übergang vom psychosefernen in ein psychosenahes Stadium und vom psychosenahen Stadium in eine voll entwickelte schizophrene Psychose) [36]. Sollten sich diese vielversprechenden Effekte über längere Beobachtungszeiträume und an größeren Gruppen von Risikopersonen bestätigen lassen, würde dies einen bedeutenden Fortschritt in den Präventionsbemühungen bedeuten.

6 Behandlung

6.1 Behandlungsmöglichkeiten

Die bessere Verfügbarkeit pharmakotherapeutischer Verfahren und deren vermehrte Anwendung in Kombination mit psycho- und soziotherapeutischen Methoden haben die Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten grundlegend verbessert und die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer erheblich auf mittlerweile durchschnittlich 34,9 Tage [1] verkürzt (vgl. Kapitel 1 und 3.1). Therapiekomponenten aus diesen drei Bereichen werden im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungsplans in der Regel parallel – mit unterschiedlicher Gewichtung je nach Symptomatik und Krankheitsphase – ange-

wendet. Damit gelingt es in der Mehrzahl der Fälle, die Krankheitssymptome zum Abklingen zu bringen und Rückfälle zu verhindern oder zu reduzieren; die Erkrankung verläuft dank moderner Behandlungsmöglichkeiten durchschnittlich milder und verhilft den Betroffenen zu mehr Lebensqualität als in früheren Jahren.

Eine mitunter ausbleibende Wirksamkeit anti-psychotischer Medikamente, eintretende Nebenwirkungen und unzureichende Mitwirkung seitens der Patienten, aber auch von Angehörigen, setzen dem Behandlungserfolg jedoch auch Grenzen. So sprechen bis zu 30 % der Betroffenen auf die medikamentöse Behandlung nur ungenügend an. Eine mangelnde »Compliance«, d. h. Ablehnung oder mangelnde Akzeptanz der Behandlung oder einzelner Behandlungskomponenten durch Patientinnen und Patienten oder Angehörige in bis zu 50 % der Fälle ist für einen unbefriedigenden oder ausbleibenden Therapieerfolg mitverantwortlich. Als Gründe für die mangelnde Compliance werden oft tatsächlich auftretende oder befürchtete Nebenwirkungen von Medikamenten angeführt. Zu den Nebenwirkungen, die gehäuft zum Therapieabbruch führen, zählen insbesondere unter den älteren Antipsychotika schwerwiegende »extrapyramidale« motorische Nebenwirkungen (z. B. Steifigkeit, kleinschrittiger Gang, abnorme, unwillkürliche Bewegungen etc.) sowie sexuelle Funktionsstörungen und – insbesondere unter den neueren Antipsychotika – Gewichtszunahme. Mangelnde Compliance beruht oft auch auf der Diskrepanz zwischen den Krankheitsvorstellungen und Therapieerwartungen der Kranken und den Empfehlungen der Therapeuten: Krankheitsbedingt ist die Einsicht der Betroffenen in die eigene Erkrankung und die Behandlungsnotwendigkeit herabgesetzt, d. h. der Wille des Patienten zur Mitarbeit in der Therapie ist in diesen Fällen allein schon aufgrund der Erkrankung reduziert. Sofern bei fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und nicht anders abgewendet werden kann, erfordert dies zum Wohl und Schutz des Betroffenen eine stationäre Behandlung auch ohne dessen Einwilligung gemäß der länderspezifischen Unterbringungsgesetze (Psychisch Krankengesetz PsychKG oder Unterbringungsgesetz UBG). Dies betrifft ca. 2 % bis 8 % der stationär in psychia-

trischen Fachkliniken behandelten Patientinnen und Patienten, darunter vorwiegend schizophrenen und bipolar-affektiv Erkrankte [37].

6.2 Behandlungsziele

Der Erfolg in der Behandlung schizophrener Erkrankungen wurde lange Zeit ausschließlich an Symptomreduktion und Rückfallprophylaxe gemessen. Heute zielt die Behandlung über weitestgehende Symptomfreiheit hinaus auf die Erhaltung oder Wiedererlangung einer bestmöglichen Lebensqualität durch ein selbst bestimmtes, unabhängiges Leben mit (Wieder-)Herstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit (»Recovery«). Es gilt die Betroffenen darin zu unterstützen, unter Nutzung (noch) vorhandener Ressourcen ihre Belange (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten (»Selbstbefähigung« bzw. »Empowerment«). Zugleich soll der Patient befähigt werden, über ärztlich empfohlene Maßnahmen – nach Information über Nutzen und Risiken – abwägend mitentscheiden zu können [38]. Um dies zu erreichen, sind eine frühzeitige medikamentöse Akuttherapie, eine konsequente Rückfallprophylaxe sowie eine begleitende Psycho- und Soziotherapie zur Verbesserung der Krankheits- und Alltagsbewältigung sowie einer möglichst weitgehenden sozialen (Re-)Integration notwendig.

Je nach Krankheitsstadium stehen unterschiedliche Teilziele im Vordergrund [38]:

- ▶ Primäres Ziel in der Akutphase ist die Beseitigung oder Verminderung der Symptomatik einschließlich einer Behandlung von Selbst- und Fremdgefährdung. Hierfür gilt es eine therapeutische Beziehung aufzubauen, über Krankheits- und Behandlungskonzepte aufzuklären und – unter Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen im Einvernehmen mit den Betroffenen – einen Behandlungsplan zu erstellen. Weitere Ziele sind die Verhinderung oder Verminderung sozialer Folgen der Erkrankung, die Motivation zur Selbsthilfe und die Vorbereitung der postakuten Stabilisierungsphase durch Einleitung rehabilitativer Maßnahmen.
- ▶ In der postakuten Stabilisierungsphase sind die Stabilisierung nach Abklingen der psychotischen Symptome, die Behandlung kognitiver und sozialer Defizite sowie ggf. noch bestehender Negativsymptomatik, die Förderung von Partizipation, Krankheitseinsicht und Compliance vorrangige Ziele. Zudem gilt es drohende Rückfälle durch Sensibilisierung für Frühsymptome frühzeitig zu erkennen, individuelle Bewältigungsstrategien für Belastungen zu entwickeln und ggf. bestehende Konflikte in der Familie und Umwelt zu vermindern.
- ▶ Die Therapieziele in der Remissionsphase sind – neben der weiteren Suppression noch vorhandener Symptome – insbesondere die Prophylaxe, Früherkennung und Frühbehandlung von Rückfällen, die Förderung sozialer Integration, die Suizidprophylaxe sowie die Verbesserung der Lebensqualität durch berufliche Rehabilitation.

6.3 Behandlungsverfahren

6.3.1 Somatische Behandlungsverfahren

Zu den somatischen Behandlungsverfahren für schizophrene Erkrankungen zählen die medikamentöse und die Elektrokrampftherapie. Einen Schwerpunkt in der Behandlung bildet die Arzneimitteltherapie, die seit Einführung der Neuroleptika (heute bevorzugt als »Antipsychotika« bezeichnet) vor über 50 Jahren zu den am besten durch wissenschaftliche Studien abgesicherten (»evidenz-basierten«) Behandlungsmethoden bei schizophrenen Erkrankungen zählt [39].

Man unterscheidet heute zwischen typischen und atypischen Antipsychotika (auch als Antipsychotika der ersten und zweiten Generation bezeichnet), die durch unterschiedliche Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile gekennzeichnet sind. Typische Antipsychotika zeichnen sich wesentlich durch eine Verminderung von Positivsymptomatik aus und wirken zudem sedierend auf Erregungszustände. Ihre Wirkung wird jedoch von mitunter sehr belastenden »extrapyramidalen« motorischen Nebenwirkungen wie unwillkürlichen Bewegungen der Gesichts-, Zungen- oder Extremitätenmuskulatur, Gang- und Haltungstörungen oder Unruhe mit Bewe-

gungsdrang begleitet. Diese treten dosis- und substanzabhängig bei 15 % bis 50 % der Patienten unter Behandlung mit typischen Antipsychotika auf. Bei so genannten »hochpotenten« typischen Antipsychotika, die bereits in niedrigen bis mittleren Tagesdosierungen sehr gut gegen Positivsymptomatik ohne wesentliche Sedierung wirken, sind diese motorischen Nebenwirkungen häufiger und bereits bei niedrigeren Dosierungen zu finden als bei so genannten »niedrigpotenten« Antipsychotika, bei denen in niedrigen bis mittleren Dosierungen die sedierende Wirkkomponente im Vordergrund steht. Frauen vor der Menopause sprechen auf diese typischen Antipsychotika in der Regel besser an als Männer und als Frauen nach der Menopause; allerdings zeigen Frauen auch häufiger Nebenwirkungen als Männer [40]. Die erst in den letzten 15 Jahren vermehrt auf den Markt gekommenen atypischen Antipsychotika zeichnen sich durch ein insgesamt deutlich selteneres Auftreten (substanz- und dosisabhängig bei ca. 20 % der Fälle) oder gar Fehlen von motorischen Nebenwirkungen bei einer vergleichbaren Wirksamkeit auf die psychotische Symptomatik aus. Zudem gibt es Hinweise auf eine im Vergleich mit typischen Antipsychotika überlegene Wirksamkeit auf die Negativ- und depressive Symptomatik sowie auf eine, wenn auch geringe Verbesserung kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit etc.) bei zumindest einiger dieser neueren Substanzen. Als Nebenwirkungen atypischer Antipsychotika stehen insbesondere eine Gewichtszunahme, sexuelle Funktionsstörungen sowie bei einigen Substanzen Störungen des Stoffwechsels (u. a. metabolisches Syndrom) und der kardialen Reizleitung im Vordergrund.

In Ergänzung zur antipsychotischen Medikation werden in der Behandlung der Schizophrenie bei psychotischer Agitiertheit, Angst, Katatonie sowie Schlafstörungen zeitlich befristet auch Beruhigungsmittel aus der Klasse der Benzodiazepine eingesetzt [38]. Insbesondere ausgeprägte depressive Syndrome bedürfen einer gezielten zusätzlichen Therapie durch antidepressiv wirkende Medikamente (Antidepressiva aus der Klasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI oder der trizyklischen Antidepressiva) und verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Die antidepressive Behandlung dient auch der Suizidprävention.

Aus dem Spektrum der nicht-pharmakologischen somatischen Behandlungsverfahren hat derzeit lediglich die Elektrokrampftherapie (Elektrokonvulsionstherapie EKT) als wissenschaftlich anerkanntes und zumindest kurzzeitig sehr wirksames Behandlungsverfahren einen Stellenwert [41]. Hierbei wird nach informierter Einwilligung durch den Patienten unter Narkose und unter Muskelrelaxation durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst. Dadurch werden neurochemische Veränderungen in verschiedenen Neurotransmittersystemen bewirkt, wobei der genaue Wirkmechanismus noch ungeklärt ist. Eine Elektrokrampftherapie (EKT) gehört bei einer akuten lebensbedrohlichen Katatonie, bei schwerer depressiver Symptomatik und hoher Suizidalität zu den Therapieoptionen der ersten Wahl. Im Einzelfall ist der Einsatz der EKT auch bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer gerechtfertigt.

6.3.2 Psychosoziale Behandlungsverfahren

Zu den psychosozialen Behandlungsverfahren gehören psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen. Psychotherapie zielt auf eine Veränderung des Erlebens und Verhaltens mittels psychologischer Methoden und wird in der Behandlung schizophrener Kranker insbesondere im Rahmen der Rückfallprophylaxe zur Verminderung der individuellen Vulnerabilität, zur Verbesserung der Stress- und Krankheitsbewältigung sowie zur Förderung von sozialer Kompetenz und von Problemlösefertigkeiten eingesetzt. In neuerer Zeit wurden zudem auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren zur Verminderung von Positiv- und Negativsymptomatik entwickelt, die in ersten Studien bereits eine gute Wirksamkeit bei gegenüber medikamentöser Behandlung resistenten psychotischen Symptomen gezeigt haben, derzeit jedoch noch weiter evaluiert werden. Auch für das Prodromalstadium liegen erste Hinweise auf eine symptommindernde und das Risiko für den Übergang in eine manifeste Psychose reduzierende Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie vor. Zu den psychotherapeutischen Verfahren zählen im weiteren

Sinn auch psychologische Trainings- und Rehabilitationsmethoden, mit denen gezielt beeinträchtigte kognitive Leistungen verbessert oder kompensiert werden können (»kognitive Rehabilitation«) und zu einer insgesamt verbesserten psychosozialen Funktionsfähigkeit beigetragen werden kann. Konzentrationsfähigkeit und das Durchhaltevermögen werden auch durch arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen gefördert, die zugleich Arbeitsorganisation und Teamarbeit trainieren und der Tagesstrukturierung dienen.

Einen Basisbaustein der psychotherapeutischen Behandlung bildet die Psychoedukation, die Informationen über das Krankheitsbild und seine Behandlung vermittelt, um das Krankheitsverständnis und die Behandlungseinsicht (Compliance) des Betroffenen zu bessern sowie dessen selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage gemeinsamer Entscheidungsfindungen mit den Behandlern und Voraussetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens. Auf den psychoedukativen Elementen aufbauend werden über kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken zusätzlich Bewältigungsstrategien im Umgang mit Symptomen, Prodromen und psychosozialen Belastungen vermittelt. Da Angehörige schizophrener Kranker von der Erkrankung und deren Folgen mitbetroffen und häufig ebenfalls stark belastet sind, zugleich jedoch eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung für die Patienten darstellen, sollten Angehörige in die Behandlung einbezogen werden. So dienen Angehörigengruppen nicht nur der Verbesserung des Wissensstands über Schizophrenie und deren Behandlung, sondern auch der emotionalen Entlastung durch Austausch mit Gleichbetroffenen und Gespräche mit Therapeuten. Auch der gleichberechtigte Erfahrungsaustausch in dialogisch angelegten Gruppen mit Angehörigen, Betroffenen und Therapeuten (»Psychoseseinare«) wird vielfach als hilfreich empfunden, wenngleich wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsnachweise bislang fehlen. Sie ersetzen jedoch nicht auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittenen Familieninterventionen, die sich bei genügender Dauer (mehr als 9 Monaten) und Frequenz (7- bis 14-tägig) und bei Einbeziehung der Betroffenen als wirksam zur Senkung der Rückfall- und Krankenhauswie-

deraufnahmerate erwiesen haben. Diese, meist verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Familieninterventionen zielen auf eine Verbesserung der Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten sowie – insbesondere in Familien mit emotional hoch aufgeladenen Kommunikationsgewohnheiten (»expressed emotions«) – auf die Förderung eines für alle Seiten hilfreichen Umgangs mit konflikthafter Interaktion. Durch ein Training von Grundfertigkeiten sozialer Interaktion (Training sozialer Fertigkeiten, »social skills training«) für Betroffene mit deutlichen Einschränkungen im Bereich der verbalen und nonverbalen Kommunikation kann dieser Prozess unterstützt, soziale Kompetenzen auch außerhalb der Familie verbessert und damit die soziale und berufliche Wiedereingliederung gefördert werden. Die rückfallmindernde Wirksamkeit von Psychoedukation, verhaltenstherapeutisch fundierter Familientherapie und kognitiver Verhaltenstherapie ist durch Metaanalysen in der Zwischenzeit gut belegt [42].

Soziotherapeutische Maßnahmen zielen auf der Basis von § 37a des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) insbesondere auf eine (Wieder)-Eingliederung des schizophrenen Erkrankten in die Gesellschaft sowie auf seine Befähigung zur eigenständigen Lebensführung und selbstständigen Nutzung sozialer Angebote. Durch Motivierungsarbeit, strukturierte Trainingsmaßnahmen, koordinierende und begleitende Unterstützung mit konkreten Handlungsanleitungen wird dabei versucht, insbesondere schwer psychisch Kranke in die Lage zu versetzen, erforderliche soziale Angebote zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Eine Lotsenfunktion können dabei individuell zugeordnete Fallmanager (»Case Manager«) übernehmen, die bei der Orientierung im psychiatrischen Versorgungssystem helfen und die Betroffenen beim Zugang zu den verschiedenen therapeutischen Angeboten unterstützen, diese koordinieren und vermitteln sowie Wahrnehmung und Erfolg der therapeutischen Maßnahmen überwachen. Ergänzt wird die professionelle Hilfe im soziotherapeutischen Feld durch Selbstbemühungen der Betroffenen (z. B. die Bewegung der »Psychose-Erfahrenen«), ihrer Angehörigen und engagierter Bürgerinnen und Bürger (psychiatrische Hilfsvereine, »Laienhilfebewegung«).

6.4 Behandlungssetting und Hilfesysteme

Das psychiatrische Versorgungssystem, in dessen Rahmen die jeweiligen Behandlungsverfahren eingesetzt werden, hat in den letzten 30 Jahren einen tief greifenden Wandel erfahren. Parallel zu der konzeptionellen Neuausrichtung mit Abkehr vom früheren angebotsorientierten hin zu einem individuell-bedarfsorientierten Ansatz wurde durch strukturelle Maßnahmen eine Enthospitalisierung (Verminderung stationärer Aufnahmen und der Verweildauer) in Gang gesetzt und die – möglichst wohnortnahe – Versorgung insbesondere durch teilstationäre und ambulante Versorgungseinrichtungen ausgeweitet. Das gegliederte psychiatrische Hilfesystem in Deutschland ist in der Zwischenzeit wesentlich auf die Behandlungs- und Versorgungsbedürfnisse schizophrener Erkrankter ausgerichtet. Es umfasst

- ▶ stationäre Einrichtungen: psychiatrische Abteilungen, Fachkrankenhäuser, Universitätskliniken
- ▶ teilstationäre Einrichtungen: Tages- und Nachtkliniken
- ▶ ambulante Einrichtungen: niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen, Nervenärzte und -ärztinnen, Allgemeinärzte und -ärztinnen, Ambulanzen, Polikliniken, Früherkennungszentren und
- ▶ komplementäre Behandlungseinrichtungen: betreute Wohngruppen, Übergangs- und Dauerwohnheime, Rehabilitationseinrichtungen, sozialpsychiatrische Zentren, Tagesstätten

International mittlerweile gut evaluierte psychiatrische Behandlungs- und Versorgungsmodule im nichtstationären Bereich sind in Deutschland allerdings nur teilweise verfügbar. Insbesondere die meist im angelsächsischen Raum entwickelten Kriseninterventionsdienste, teambasierte aufsuchende Behandlung und andere gemeindepsychiatrische Teams konnten für die deutsche psychiatrische Versorgung bislang nur unzureichend adaptiert werden [43].

Der Wechsel von einem Behandlungssetting in das andere verläuft in der Praxis nicht immer so reibungslos, wie es wünschenswert wäre. Diese Probleme an den Schnittstellen im Hilfesystem

entstehen auch deshalb, weil die verschiedenen Versorgungseinrichtungen unterschiedlichen Kostenträgern zugeordnet sind.

Die Überwindung der kritischen Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung wird gegenwärtig in Deutschland u. a. im Rahmen der »Integrierten Versorgung« angestrebt. Im Rahmen von Einzelverträgen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern können dabei neue Kooperationsverfahren etabliert werden (Möglichkeiten integrierter Versorgungsstrukturen für Patienten mit psychischen Erkrankungen, §140a ff SGB V). Allerdings bleibt noch zu untersuchen, inwieweit neue Versorgungsformen, wie z. B. Integrierte Versorgung, tatsächlich eine qualitativ bessere und kosteneffektivere Versorgung sichern können.

6.5 Behandlung in Abhängigkeit von der Krankheitsphase

Der Einsatz der verschiedenen Behandlungsverfahren sowie die Wahl des Behandlungssettings werden wesentlich von den unterschiedlichen Erfordernissen und Behandlungszielen in den drei Krankheitsphasen (siehe oben) bestimmt.

In der Akutphase steht die medikamentöse Therapie im Vordergrund, um eine möglichst rasche und effektive Reduktion der akuten psychotischen Symptome zu erreichen [38]. Dies gelingt bei etwa 70 % der Betroffenen innerhalb von einigen Wochen. Bei der Wahl der individuellen Medikation wird aus den verfügbaren Antipsychotika diejenige Substanz verwendet, deren Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil auf das jeweilige klinische Erscheinungsbild (»Zielsyndrom«) bestmöglich abgestimmt ist, wobei das Ansprechen auf die medikamentöse Therapie bei früheren Krankheitsepisoden, mögliche Nebenwirkungserfahrungen, Begleitmedikation, Patientenpräferenzen und das individuelle Risikoprofil berücksichtigt werden. Die Dosierung der Antipsychotika wird so niedrig wie möglich gewählt, da Hochdosierungen gegenüber Standarddosierungen meist keine bessere Wirkung, in der Regel jedoch stärkere Nebenwirkungen aufweisen. Nach Abklingen der akuten Symptomatik und einsetzender Stabilisierung ist die Voraussetzung für begleitende psychotherapeutische

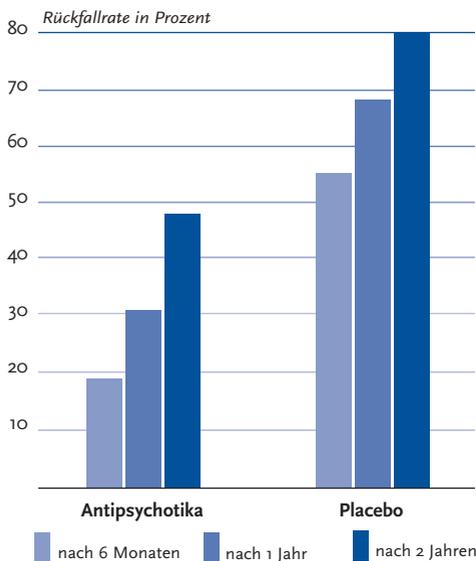
Maßnahmen gegeben, die sich in der Akutphase im Wesentlichen auf die Identifizierung und Verminderung von Stressoren und auf Psychoedukation beschränken.

Trotz einer generellen Präferenz für eine ambulante, wohnortnahe Behandlung ist in der Akutphase eine stationäre Behandlung oft nicht zu umgehen, bei Selbst- oder Fremdgefährdung ist sie obligat. Neben Selbst- oder Fremdgefährdung sind insbesondere ausgeprägte Wahn- oder Angstzustände, starke Antriebshemmung, nicht gesicherte Ernährung oder Pflege, die Remission behindernde familiäre Konflikte, die Behandlung komplizierender Begleiterkrankungen oder andere ambulant nicht zu bewältigende Situationen als Indikationen für eine stationäre Aufnahme anzusehen.

In der postakuten Stabilisierungsphase kommen auf der Grundlage einer konsequenten Fortführung der antipsychotischen Medikation vermehrt psychosoziale Therapiemaßnahmen zum Einsatz. Neben der Rückfallprophylaxe besteht die therapeutische Hauptaufgabe vor allem darin, die Behandlungcompliance zu fördern

Abbildung 3
Rückfallraten zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten nach Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antipsychotika gegenüber Placebo

Quellen: [45, 46, 47]



sowie entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell Stressfaktoren zu reduzieren. Dazu zählt ggf. auch, bestehende Konflikte in der Familie und Umwelt zu vermindern und mögliche Schutzfaktoren zu stärken, z. B. indem individuelle Bewältigungsstrategien für Belastungen entwickelt und eingeübt oder Problemlösestrategien trainiert werden. Drohende Rückfälle kündigen sich bei vielen Patienten durch Früh- oder Prodromalsymptome wie Konzentrationsstörungen, Gespanntheit und Ruhelosigkeit, Stimmungsschwankungen und durch sozialen Rückzug an. Im Rahmen der Langzeitbehandlung werden die Patienten für solche Frühsymptome sensibilisiert, wenngleich noch diskutiert wird, inwieweit Frühsymptome zuverlässige Anhaltspunkte für eine frühzeitige Intervention liefern und inwieweit sich initiale Prodromsymptomatiken vor der Erstmanifestation und vor einem späteren Rückfall gleichen.

Eine gute Compliance mit einer zuverlässigen Einnahme der Medikamente ist eine wichtige Voraussetzung für die Reduzierung des Rückfallrisikos. Ohne medikamentöse Rückfallprophylaxe liegt die Rückfallquote im ersten Jahr bei etwa 70%, im zweiten Jahr bei etwa 80% (vgl. Abbildung 3). Die Rückfallraten unter medikamentöser Behandlung liegen mit ca. 30% nach einem Jahr und ca. 50% nach zwei Jahren erheblich niedriger. Mit zunehmender Zahl von Rückfällen verlängert sich zudem erfahrungsgemäß die Zeit bis zum Ansprechen auf die Therapie [44]. So zeigen Patienten mit einer schizophrenen Erstmanifestation im Vergleich zu mehrfach Erkrankten im Durchschnitt eine höhere Ansprechrate auf die antipsychotische Pharmakotherapie, niedrigere Rückfallraten während der Erhaltungstherapie, ein Ansprechen bereits auf eine niedrigere antipsychotische Dosierung aber auch eine höhere Empfindlichkeit für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, insbesondere für extrapyramidal-motorische Störungen.

Für diejenigen Patienten, bei denen die kontinuierliche Einnahme in der Langzeittherapie nicht gewährleistet, die Medikation aber erfahrungsgemäß wirksam ist, stehen manche Antipsychotika auch in Depotform zur Verfügung. Dabei muss das Präparat nur einmal im Abstand von 1 bis 4 Wochen in den Muskel injiziert werden. Ansonsten wird die Medikation, die sich in

der Akutbehandlung als wirksam erwiesen hat, in der Stabilisierungs- und der Remissionsphase in einer schrittweise reduzierten Dosierung als Erhaltungstherapie und zur Rezidivprophylaxe fortgeführt. Bei Ersterkrankten ist nach gängigen Behandlungsleitlinien (für Deutschland: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2005, internationaler Vergleich: [48]) bei vollständiger Remission und erfolgreicher Erhaltungstherapie über 1 bis 2 Jahre ein Ausschleichen der Medikamente vertretbar. Sofern bereits Rückfälle aufgetreten sind, wird je nach Rückfallhäufigkeit eine Medikation über einen Zeitraum von 4 bis 5 Jahren oder lebenslang empfohlen.

Die Behandlung in der postakuten Stabilisierungsphase kann in aller Regel ambulant erfolgen; je nach Remissionsgrad, verfügbarer psychosozialer Unterstützung im Umfeld des Betroffenen und Bedarf an Tagesstrukturierung können auch zunächst teilstationäre Angebote genutzt werden. In dieser Phase, wie auch in der anschließenden Remissionsphase fällt den niedergelassenen Fachärzten und -ärztinnen für Psychiatrie, dem Hausarzt/der Hausärztin, den komplementären Diensten des gemeindenahen Versorgungsnetzes sowie der Familie eine zentrale Rolle für den weiteren Behandlungsverlauf zu. Die Rehabilitation im Sinne einer beruflichen und sozialen Wiedereingliederung schwer und chronisch Erkrankter wird von spezialisierten Einrichtungen übernommen (vgl. Kapitel 7). Bei erheblich behinderten Betroffenen, die ihren Alltag nicht mehr selbst bewältigen können, kann die Aufnahme in betreute Wohngruppen erforderlich werden, um über eine soziale Rehabilitation die Basisbedürfnisse des Lebens zu sichern.

7 Rehabilitation

Psychiatrische Rehabilitation ist seit dem Jahr 2001 gesetzlich im SGB-IX systematisiert und umfasst alle Maßnahmen jenseits der Akutbehandlung, die der Wiedereingliederung des schizophren Erkrankten auf schulischem, beruflichem oder allgemein-sozialem Gebiet dienen. Sie sollen ihn in die Lage versetzen, eine ihm angemessene Lebensform und soziale Rolle zu erlangen oder auch wieder zu erlangen. Die berufliche

Rehabilitation zielt auf berufliche Wiedereingliederung, sei es am alten Arbeitsplatz, durch eine Umschulung in eine neue Tätigkeit, durch die Erlangung eines beruflich qualifizierenden Schulabschlusses oder die Aufnahme eines Studiums oder einer Lehre. Eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation eröffnet zugleich Möglichkeiten für Erfolgserlebnisse durch Bewältigung von Anforderungen sowie Möglichkeiten zur Erfüllung sozialer Rollen und zur sozialen Teilhabe. In Deutschland stehen neben speziellen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), die integrierte medizinisch-berufliche Hilfe unter Einbeziehung verschiedener Leistungserbringer anbieten, verschiedenste Einrichtungstypen für eine berufliche Rehabilitation zur Verfügung: hierzu zählen Berufsbildungs- und -förderungswerke, berufliche Trainingszentren, ambulante Arbeitstherapiezentren, Integrationsfachdienste und -firmen wie auch Zuverdienstprojekte und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Allerdings kann das Ziel einer Beschäftigung auf dem allgemeinen, »ersten« Arbeitsmarkt selbst unter Nutzung solcher Hilfen von vielen schwer schizophren Erkrankten nicht erreicht werden. Einrichtungen wie die WfbM ermöglichen diesen Menschen eine langfristige Teilnahme am Arbeitsleben, von der sie ohne solche Einrichtungen ausgeschlossen wären. Für schizophren Erkrankte, die arbeiten möchten und aufgrund ihres Fähigkeitsprofils prinzipiell auch könnten, sind nach Untersuchungen aus den USA eine frühe Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt unter intensiver Einzelfallbetreuung durch spezialisierte Dienste (»Supported Employment«) bessere Langzeitergebnisse im Sinne eines höheren Anteils im ersten Arbeitsmarkt beschäftigter Erkrankter bei gleichzeitig geringerer (Re-)Hospitalisierungsrate erreichbar als unter Nutzung des Zwischenschrittes über Einrichtungen des besonderen Arbeitsmarktes, wie sie die oben genannten Einrichtungen darstellen [49]. Erste Ergebnisse aus einem Modellversuch in Europa weisen auf eine Übertragbarkeit auch unter den mitteleuropäischen Bedingungen von umfassend regulierten Arbeitsmärkten und tragfähigen sozialen Netzen hin. Sie zeigen zudem, dass hohe Arbeitslosenraten die Integration zwar erschweren, nicht jedoch verunmöglichen [50]. Insgesamt sind die

verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen noch zu wenig erforscht um deren wirksame Komponenten bestimmen zu können.

Die soziale Rehabilitation fasst alle Maßnahmen zusammen, die dazu dienen, die Wiedereingliederung des Betroffenen in die Familie und die weitere soziale Umgebung – einschließlich der Freizeitgestaltung – zu sichern. Hierbei ist es oft erforderlich, zunächst die notwendigen Verhaltensmuster zu stabilisieren, z. B. indem man bei Personen mit schwereren psychischen Einschränkungen, wie ausgeprägten Antriebsstörungen, für eine Strukturierung des Tagesablaufs sorgt, Hilfen bei alltäglichen Verrichtungen wie Einkaufen und Verpflegung gewährleistet sowie die Wohnsituation (z. B. Heimaufnahme, Aufnahme in betreutes Wohnen) sicherstellt. Bei fehlender Aussicht auf Wiederherstellung einer eigenständigen Lebensführung tritt die der »Sozialtherapie« zuzurechnende, institutionelle Hilfe an die Stelle der sozialen Rehabilitation. Sie wird in Deutschland meist über sozialpsychiatrische Dienste gewährleistet und dient der Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung.

Wichtig ist, die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen in einer auf den individuellen Krankheitsverlauf angepassten Weise einzusetzen, wobei es weder zu einer Unter- noch zu einer Überforderung des Patienten kommen sollte. Da sich neben der sozialen Anpassung und der beruflichen Leistungsfähigkeit jeweils vor Krankheitsbeginn insbesondere das aktuelle Niveau sozialer Fertigkeiten und kognitiver Leistungen sowie das Ausmaß noch vorhandener klinischer Symptomatik als Prädiktoren für den Erfolg arbeitsrehabilitativer Maßnahmen erwiesen haben, müssen therapeutische und rehabilitative Bemühungen gut aufeinander abgestimmt sein. Hier liefern ein Training sozialer Fertigkeiten und kognitive Rehabilitation sowie die Fortführung der medikamentösen Rückfallprophylaxe eine unverzichtbare Grundlage.

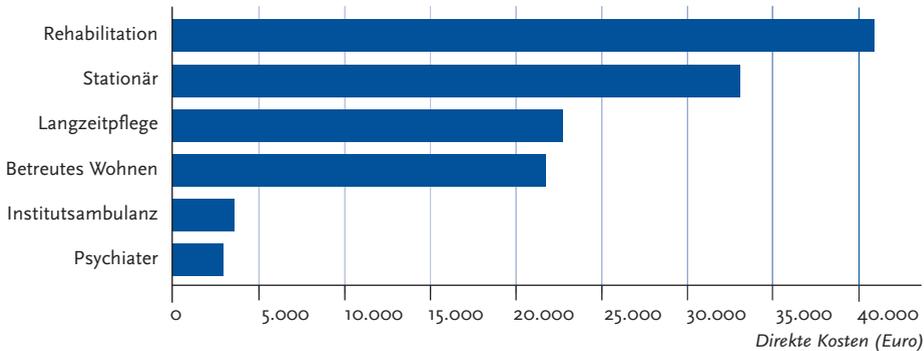
8 Kosten

Schizophrenie geht aufgrund ihrer Krankheitscharakteristika (z. B. häufig frühes Ersterkrankungsalter, hohe Rehospitalisierungsrate, häufige Frühberentungen) mit hohen Krankheits- und Folgekosten einher, die für das zunehmend durch ökonomische Anpassungszwänge geprägte Gesundheitssystem eine Herausforderung darstellen. Die genauen Versorgungskosten der Erkrankung zu ermitteln ist durch die starke Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems und aufgrund fehlender Längsschnittuntersuchungen sehr schwierig. Die direkten Kosten (d. h. Behandlungs- und Rehabilitationskosten) der Erkrankung schwanken nach jüngsten Schätzungen aus Deutschland – abhängig von Schwere, Verlauf und Folgen der Krankheit und je nach überwiegend erforderlicher Versorgungsinstitution – pro Patient/Patientin zwischen 2.959 Euro (niedergelassener Psychiater) und 40.901 Euro (berufliche Rehabilitation) jährlich [51] (vgl. Abbildung 4). Im Durchschnitt wurden in den hierzu vorliegenden Studien direkte Kosten in Höhe von ca. 14.000 bis 18.000 Euro pro Jahr und Patient/Patientin ermittelt, bei deutlich über diesem Wert liegenden Kosten für überwiegend stationär behandelte gegenüber deutlich niedrigeren Kosten für überwiegend ambulant versorgte Patientinnen und Patienten [52]. Die im medizinischen Versorgungssystem anfallenden gesamten direkten Kosten für Schizophrenie liegen nach einer europäischen Vergleichsstudie noch über den entsprechenden Kosten für Depression, Angst, Suchterkrankungen oder Demenzen trotz deren deutlich häufigeren Vorkommens [53]. Die erhebliche Verkürzung der mittleren Verweildauer im Krankenhaus in den letzten Jahrzehnten (siehe Kapitel 1 und 3.1) dürfte in der Zwischenzeit jedoch bereits eine deutliche Minderung der direkten Kosten nach sich gezogen haben. Durch den bei Frauen und Männern in unterschiedlichen Altersperioden liegenden Ersterkrankungsgipfel überwiegen im Alter von 15 bis 45 Jahre die Kosten für die Behandlung männlicher Patienten und zwischen 45 und 65 Jahren die Aufwendungen für die Behandlung weiblicher Erkrankter.

Volkswirtschaftlich sind insbesondere die indirekten Kosten einer Krankheit bedeutsam.

Abbildung 4
Jährliche Behandlungskosten schizophrene erkrankter Patienten nach überwiegend betreuender Institution

Quelle: [51]



Diese durch Verluste an Produktivität (z. B. durch Erwerbsunfähigkeit und Frühberentung sowie durch vorzeitige Mortalität) verursachten Kosten werden bei der Schizophrenie auf bis zu dreimal höher als deren direkten Kosten geschätzt. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen (z. B. Alkoholabhängigkeit, Depression, Diabetes mellitus) ist der Anteil an Erwerbsunfähigkeitsjahren und Frühberentungen bei Schizophrenie relativ hoch. In den letzten Jahren wurden ca. 15 % aller unter 40-jährigen schizophren Erkrankten in Deutschland früh berentet [54], mit deutlich höheren Anteilen männlicher Kranker. Viele der Erkrankten erfüllen jedoch nicht einmal die Voraussetzungen für eine Berentung, d. h. ihnen fehlen die notwendigen Beschäftigungszeiten, und sie sind so lebenslang auf Sozialhilfe angewiesen. Entsprechend beanspruchen schizophrene Erkrankungen neben Leistungen der Krankenversicherungen auch solche der Renten- und Pflegeversicherungen sowie der Sozialhilfeträger.

Die jährlichen Gesamtkosten schizophrener Erkrankungen für das Gesundheits- und Sozialsystem in Deutschland werden auf 4,4 bis 9,2 Milliarden Euro geschätzt [55]. Damit betragen die für schizophrene Erkrankungen veranschlagten Kosten ca. 2 % bis 4 % der Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen in Deutschland, die im Jahr 2007 bei insgesamt 252,75 Milliarden Euro lagen [56]. Sie sind sowohl hinsichtlich der direkten als auch hinsichtlich der indirekten Kosten mit denen somatischer Volkskrankheiten (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen) vergleichbar oder liegen sogar darüber.

Da der Großteil der Krankheitskosten der Schizophrenie durch den Produktivitätsausfall verursacht wird, hängen die sozioökonomischen Auswirkungen im internationalen Vergleich stark vom Entwicklungsstand eines Landes ab. Der Produktivitätsausfall ist in wirtschaftlich entwickelten Ländern entsprechend höher als in weniger entwickelten Ländern [57]. So entfallen in den hoch entwickelten Staaten Europas und Nordamerikas nur 4 % bis 5 % der Gesamtkosten der Schizophrenie auf die medikamentöse Therapie, das Gros geht zu Lasten der indirekten Folgekosten [58].

9 Ausblick

Obwohl sich die Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten schizophrene Erkrankter in den letzten drei Jahrzehnten entscheidend verbessert haben, bestehen noch immer therapeutisch wenig zugängliche Symptombereiche und nicht alle Patientinnen und Patienten profitieren in gewünschter Weise von den therapeutischen Fortschritten. Dauerhafte krankheitsbedingte Schädigungen, funktionelle Einschränkungen und soziale Beeinträchtigungen können nicht immer verhindert werden, was für die Betroffenen mitunter schwer zu ertragende persönliche Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität beinhaltet. Entsprechend werden auf mehreren Ebenen Anstrengungen unternommen, um die Situation schizophrene Erkrankter weiter zu verbessern:

- ▶ Auf dem Gebiet der Grundlagenforschung ist man intensiv bemüht, die Ursachen der vielfältigen Aspekte der Krankheit weiter aufzudecken und besser zu verstehen, um damit letztlich in der Lage zu sein, eine an den pathophysiologischen Grundlagen der Erkrankung angreifende Therapie zu entwickeln. Parallel dazu werden auf der Ebene der Therapieforschung verstärkt Anstrengungen unternommen, eine Verbesserung der Wirksamkeit (insbesondere bezüglich bisher nur schwer zugänglicher Symptombereiche wie Negativsymptomatik und kognitive Störungen) zu erreichen und die Nebenwirkungsrisiken der Medikamente, die immer noch einen limitierenden Faktor der Behandlung darstellen, zu verringern. Gleichzeitig bedarf es einer vermehrten Erforschung und Implementierung psychosozialer Verfahren, die heute als unverzichtbar anzusehen sind. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Weiterentwicklung von Früherkennung und Frühbehandlung. Sie ist mit der Aussicht auf Minderung von frühen Folgen der Krankheit und der Verbesserung des weiteren Verlaufs verbunden.
- ▶ Eine weitere Verbesserung der Versorgung von an Schizophrenie Erkrankten wird durch innovative Versorgungsmodelle mit optimaler Ressourcennutzung (»integrierte Versorgung«) angestrebt. Ihr Ziel ist eine optimale Ressourcennutzung unter Überwindung von Schnittstellenproblemen im stark sektorisierten Gesundheitssystem.
- ▶ Eine Vernetzung und verbesserte Zusammenarbeit der heute noch weitgehend separaten Forschungs- und Versorgungsebenen spielt für die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis zukünftig eine wichtige Rolle. Mit der Etablierung des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten »Kompetenznetzes Schizophrenie« [59] wurde diesbezüglich bereits ein erster Schritt unternommen.
- ▶ Die Evidenzbasierung der Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Erkrankungen hat die Grundlage für wissenschaftlich abgesicherte Therapieempfehlungen geschaffen (Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, [38]). Die Implementierung dieser Behandlungsleitlinien in die Praxis und damit die Umsetzung des derzeitigen Wissenstandes der Schizophreniebehandlung ist eine vorrangige Aufgabe. Zur Sicherstellung einer Behandlung nach dem aktuellen wissenschaftlich fundierten Kenntnisstand wird der Einsatz von Qualitätsmanagementmaßnahmen empfohlen.
- ▶ Die Überwindung von Stigmatisierung und Diskriminierung schizophrener Erkrankter ist ein langfristiger und komplexer gesellschaftlicher Prozess. Im Hinblick auf die zentrale Bedeutung der Bekämpfung sozialer Stigmatisierung für das Schicksal schizophrener Erkrankter, ihre frühe Behandlung und erfolgreiche Rehabilitation hat der Weltverband für Psychiatrie (World Psychiatric Association, WPA) ein weltweites Programm unter dem Titel »Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia [34] – Open the Doors« ins Leben gerufen [60]. In Deutschland wurde dieses Programm seit 1999 von einer großen Zahl psychiatrischer Zentren in Kooperation mit dem Kompetenznetz Schizophrenie übernommen [31]. Aus dieser Initiative ging inzwischen ein Nationales Programm zur Entstigmatisierung Seelischer Erkrankungen – das »Nationale Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit« – hervor, das der Verein »Open The Doors« zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ins Leben rufen konnte.

10 Weiterführende Informationen

Organisationen

Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVND) und
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
www.bv-nervenarzt.de
www.bv-psychiater.de

Familien-Selbsthilfe/Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
www.psychiatrie.de/familienselbsthilfe

Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE)
www.bpe-online.de

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN
www.dgppn.de

Kompetenznetz Schizophrenie (KNS)
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Früherkennungs- und Frühbehandlungszentren

Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ) an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln
www.fetz.org/

Zentrum für Beratung und Behandlung bei erhöhtem Psychoserisiko (ZeBB)
Neurozentrum am Universitätsklinikum Bonn
www.zebb.de

Früherkennungszentrum Düsseldorf (FEZ), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
www.rk-duesseldorf.lvr.de

Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychotische Krisen (FETZ) an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
psywifo.klinikum.uni-muenchen.de/fetz/

Früherkennungs- und Therapiezentrum für beginnende Psychosen (FETZ), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin
www.charite.de/fetz

Früherkennungs- und Therapiezentrum im Saarland
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlands
www.uniklinikum-saarland.de

Früherkennungs- und Therapiezentrum Aachen
Psychiatrische Poliklinik und Institutsambulanz Universitätsklinikums Aachen
www.ukaachen.de

Heidelberger Frühbehandlungszentrum (FBZ)
Zentrum für junge Menschen in Krisen
Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg
www.klinikum.uni-heidelberg.de

Früherkennungs- und -behandlungszentrum für psychotische Störungen in Göttingen (FeTZiG)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
www.psychiatrie.med.uni-goettingen.de

Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
www.zi-mannheim.de

Antistigma-Initiativen

Antistigma-Aktion München (ASAM)
Psychiatrische Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
psywifo.klinikum.uni-muenchen.de/open

Bayerische Anti-Stigma-Aktion (BASTA)
openthedoors.de/de

Irre Menschlich Hamburg e. V.
Verein für Öffentlichkeitsarbeit im Bereich »Psychische Erkrankung«
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg
www.irremenschlich.de

Irrsinnig-Menschlich e.V.
Verein für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie
www.irrsinnig-menschlich.de

Open the doors e.V.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, LVR-Klinikum Düsseldorf
www.openthedoors.de

Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit
c/o DGPPN
www.seelischegesundheit.net

11 Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2008) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
2. World Health Organization (2001) World Health Report. World Health Organization, Genf
3. Leung A, Chue P (2000) Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 101: 3–38
4. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Huber, Bern
5. Sass H, Wittchen HU, Zaudig M (Hrsg) (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen
6. Jäger M, Bottlender R, Strauss A et al. (2004) Fifteen-year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 109: 30–37
7. Häfner H, Nowotny B, Löffler W et al. (1995) When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 246: 17–28
8. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS (2009) Schizophrenia, „Just the facts“ 4: Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 110: 1–23
9. An der Heiden W, Könnecke R, Maurer K et al. (2005) Depression in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255: 174–184
10. Simonsen E, Friis S, Haahr U et al. (2007) Clinical epidemiologic first-episode psychosis: 1-year outcome and predictors. *Acta Psychiatr Scand* 116 (1): 54–61
11. Mössner R, Maier W, Rujescu D (2009) Neue Erkenntnisse zur Genetik der Schizophrenie. *Nervenarzt* 80: 6–11
12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) (2008) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. BZgA, Köln
13. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S et al. (2002) Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 325 (7374): 1199
14. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116 (5): 317–333
15. Leslie DL, Rosenheck RA (2004) Incidence of newly diagnosed diabetes attributable to atypical antipsychotic medications. *Am J Psychiatry* 161: 1709–1711
16. Saha S, Chant D, McGrath J (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 64 (10): 1123–1131
17. Saha S, Welham J, Chant D et al. (2006) Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41 (5): 338–340
18. Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15 (4): 357–388
19. Wittchen HU, Höfler M, Lieb R et al. (2004) Depressive and psychotische Symptome in der Bevölkerung – Eine prospektiv-longitudinale Studie (EDSP) an 2.500 Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Nervenarzt* 75 (Suppl 2): 87–88
20. Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44: 6–15
21. Hanssen M, Bak M, Bijl R et al. (2005) The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Brit J Clin Psychol* 44: 181–191
22. Bestehorn M, Tischer B, Glaser P et al. (1999) Repräsentative Studie zur Verteilung schizophrener Patienten auf medizinische Versorgungseinrichtungen in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67: 487–492
23. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA (2008) Schizophrenia, „Just the facts“ 2: Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 102: 1–18
24. Vyas NS, Hadjulis M, Vourdas A et al. (2007) The Maudsley early onset schizophrenia study: Predictors of psychosocial outcome at 4-years follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16 (7): 465–470
25. Häfner H, Ehrenreich H, Gattaz WF et al. (2006) Oestrogen – A protective factor in schizophrenia? *Curr Psychiatry Rev* 2 (3): 339–352

26. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr (Suppl)* 20: 1–97
27. Patel V, Cohen A, Thara R et al. (2006) Is the outcome of schizophrenia really better in developing countries? *Rev Bras Psiquiatr* 28 (2): 149–152
28. World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, Genf
29. Christensen TO (2007) The influence of neurocognitive dysfunction on work capacity in schizophrenia patients: a systematic review of the literature. *Int J Psychiatry Clinical Pract* 11 (2): 89–101
30. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL et al. (2008) Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res* 98 (1–3): 201–208
31. Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (2004) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Kohlhammer, Stuttgart
32. Gaebel W, Baumann A, Witte M (2002) Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten. *Nervenarzt* 73: 665–670
33. World Health Organization (2002) Close the Gap, Dare to Care. Mental Health Global Action Programme. World Health Organization, Geneva
34. World Psychiatric Association (1998) Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. World Psychiatric Association, New York
35. Compton MT (2004) Considering schizophrenia from a prevention perspective. *Am J Prev Med* 26: 178–185
36. Ruhrmann S, Bechdolf A, Kühn KU et al. (2007) Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. *Br J Psychiatry* 191 (Suppl 51): 88–95
37. Steinert T, Kallert TW (2006) Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 33: 160–169
38. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg) (2005) Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Steinkopff, Darmstadt
39. Möller HJ (2005) Antipsychotic agents. Gradually improving treatment from the traditional oral neuroleptics to the first atypical depot. *Eur Psychiatry* 20 (5-6): 379–385
40. Canuso CM, Pandina G (2007) Gender and schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 40 (4): 178–190
41. Tharyan P, Adams CE (2005) Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD000076
42. Pitschel-Walz G, Bäuml J (2007) Psychotherapie bei Schizophrenien – Ergebnisse von Metaanalysen zur Wirksamkeit. *Psychiatr Prax* 34 (Suppl 1): 28–32
43. Weinmann S, Gaebel W (2005) Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt* 76 (7): 809–810, 812–816, 819–821
44. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir J et al. (1995) Time to treatment response in successive episodes of early onset schizophrenia. *Schizophr Res* 1–2: 158
45. Davis J, Schaffer C, Killian G et al. (1980) Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 6: 70–87
46. Hogarty GE, Goldberg SC (1973) Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. One-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 28 (1): 54–64
47. Hogarty GE, Goldberg SC, Ulrich RF (1974) Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: II: Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 31: 603–608
48. Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N et al. (2005) Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *Br J Psychiatry* 187: 248–255
49. Eikermann B, Zacharias-Eikermann B, Richter D et al. (2005) Integration psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am »wirklichen« Leben. *Dtsch Arztebl* 16: A1104–A110
50. Burns T, Catty J, Becker T et al. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness. *Lancet* 370: 1146–1152
51. Graf von Schulenburg JM, Über A, Höffler J et al. (1998) Untersuchungen zu den direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement* 3: 81–87

52. Konopka A, Klingberg S, Wittorf A et al. (2009) Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland – Ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis* 36: 211–218
53. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU et al. (2005) Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 12 (Suppl 1): 1–27
54. Clade H (2003) Fallbeispiel Schizophrenie: Hohe soziale Kosten. *Dtsch Ärztebl* 8: 353–354
55. Kissling W, Höffler J, Seemann U et al. (1999) Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67: 29–36
56. Statistisches Bundesamt (2008) Gesundheitsausgabenrechnung 2007. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
57. Andlin-Sobocki P, Rössler W (2005) Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol* 12 (Suppl 1): 74–77
58. Knapp M, Mangalore R, Simon J (2004) The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 30: 279–293
59. Wölwer W, Buchkremer G, Häfner H et al. (2003) German research network on schizophrenia-bridging the gap between research and care. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253 (6): 321–329
60. Sartorius N (2004) Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia – Open the doors: Das globale Antistigma-Programm des Weltverbandes für Psychiatrie (WPA). In: Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (Hrsg) *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Kohlhammer, Stuttgart
61. Häfner H, Maurer K, Löffler W et al. (1991) Schizophrenie und Lebensalter. *Nervenarzt* 62 (9): 536–548

Weiterführende Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg) (1998, 2005) *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1: *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Redaktion: Gaebel W, Falkai P, Steinkopff, Darmstadt
- Falkai P (2003) *Schizophrenie – auf einen Blick*. Blackwell, Berlin
- Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg) (2002) *Diagnostik und Therapie psychischer Störungen*. Kohlhammer, Stuttgart
- Gaebel W, Menke R, Diekmann M für das Referat Qualitätssicherung der DGPPN (Redaktion) *Leitlinienorientierte Patienteninformation zum Thema Schizophrenie*. ÄZQ, Köln www.patienten-information.de/content/gesundheitsinfos/eigene/schizophrenie/
- Häfner H (2005) *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. Beck, München
- Kissling W, Pitschel-Walz G (Hrsg) (2003) *Mit Schizophrenie leben*. Schattauer, Stuttgart
- Klingberg S, Mayenberger M, Blaumann G (2005) *Schizophren? Orientierung für Betroffene und Angehörige*. Beltz, Weinheim

12 Glossar

Affektstörung	Störung im Ansprechen auf emotionale Reize sowie im Empfinden und im Ausdruck von Gefühlen; bei schizophrenen Erkrankten häufig als Affektverflachung im Sinne einer verminderten Affektivität auftretend
Akutphase	Phase, in der die Symptome einer Erkrankung erstmals oder nach vorangegangener Remission rasch zunehmen und ihre maximale Stärke erreichen
Anamnese	Vorgeschichte eines Erkrankten
Anhedonie	reduziertes Vermögen zum positiven emotionalen Erleben; Verlust der Lebensfreude
Antipsychotika	Medikamente mit antipsychotischer, sedierender und psychomotorischer Wirkung, die vor allem zur Behandlung einer Psychose eingesetzt werden (anderer Begriff: Neuroleptika). Man unterscheidet heute sog. »typische« und »atypische« Antipsychotika. Die atypischen Antipsychotika unterscheiden sich von den typischen Antipsychotika durch den weitgehenden Wegfall von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, die für frühere Antipsychotika als typisch angesehen wurden.
Antriebsstörung	Störung (Steigerung, Verminderung, Blockade) der Energie, Initiative, Aktivität eines Menschen
Assoziationslockerung	formale Denkstörung, die sich in einem raschen, eigenwilligen Wechsel von einem Gedanken zu einem anderen Gedanken äußert, der in keinem erkennbaren Bedeutungszusammenhang zum vorangegangenen Gedanken steht
Compliance	Grad der Bereitschaft zum Mitwirken bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z. B. Einhaltung von Behandlungsempfehlungen)
Coping	bewusste oder unbewusste Verhaltensweisen, um mit einer durch Stressoren oder durch eine Erkrankung (z. B. Schizophrenie) veränderten Lebenssituation fertig zu werden (Stress- oder Krankheitsbewältigung)
Denkstörung	Als formale Denkstörung werden Störungen in der Produktion, der Organisation oder dem Ablauf des Denkens bezeichnet (z. B. Gedankenabreissen, Denkverlangsamung); abzugrenzen sind diese von inhaltlichen Denkstörungen, die den Inhalt des Denkens betreffen, z. B. den fehlenden Realitätsbezug bei Wahn.
Depotmedikation	intramuskulär verabreichtes Medikament, welches über einen längeren Zeitraum den Wirkstoff freisetzt
depressive Episode	vorübergehende Krankheitsphase mit gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
dissoziative Störungen	Gruppe von Störungen, deren allgemeine Kennzeichen der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen und der Kontrolle von Körperbewegungen ist
Dopamin	Botenstoff bzw. Neurotransmitter des Gehirns, dessen gestörte Aktivität nachweislich mit Schizophrenie zusammenhängt
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen in der IV Revision (engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); in den USA verwendetes Klassifikationssystem für psychische Störungen
DUI	Dauer der unbehandelten Erkrankung (engl. Duration of Untreated Illness); wahrscheinlich ein wichtiger Faktor für die Krankheitsprognose
DUP	Dauer der unbehandelten Psychose (engl. Duration of Untreated Psychosis); wahrscheinlich ein wichtiger Faktor für die Krankheitsprognose
Eduktion	siehe Psychoedukation
exogene Psychose	von äußeren oder organischen Ursachen herrührende Psychose, z. B. aufgrund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Epilepsie, seltener auch infolge körperlicher Erkrankungen wie z. B. Hormon- oder Stoffwechselstörungen
extrapyramidal-motorische Störungen	unter anderem als Nebenwirkungen typischer Antipsychotika auftretende Störungen im Extrapyramidalsystem des Gehirns, das für die Koordination unwillkürlicher Bewegungen zuständig ist; extrapyramidal-motorische Störungen äußern sich vor allem in Zittern, Starrheit, Bewegungsarmut, Muskelkrämpfe (vor allem im Zungen- und Schlundbereich), Bewegungsunruhe und unwillkürlichen Bewegungen (z. B. unwillkürliches Grimassieren)

Familientherapie	Sammelbegriff für verschiedene Formen der Psychotherapie, bei denen ein psychisch Erkrankter nicht alleine, sondern gemeinsam mit seinen Angehörigen behandelt wird, um ggf. vorhandene krankheitsfördernde Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie zu beseitigen bzw. um ein krankheitshemmendes verständnisvoll-unterstützendes Beziehungsgeflecht zu fördern
Halluzinationen	Sinneswahrnehmungen ohne reale Reizgrundlage (z. B. Hören real nicht vorhandener Stimmen)
Haltungsstereotypie	psychomotorische Störung, die durch eine unnatürliche, verkrampte, oft bizarre und über einen längeren Zeitraum andauernde Haltung des Körpers gekennzeichnet ist und häufig bei katatoner Schizophrenie auftritt
hebephrene Schizophrenie	Unterform der Schizophrenie, die bereits im Jugendalter einsetzt und vor allem durch Störungen des Antriebs und Affekts sowie durch formale Denkstörungen charakterisiert ist
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen in der 10. Revision (engl. International Classification of Diseases); in Deutschland verwendetes Klassifikationssystem für Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl. International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation. Klassifikation mit deren Hilfe sich die funktionale Gesundheit eines Menschen beschreiben lässt. Nachfolgerin der »Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)« von 1980
Ich-Störungen	Gruppe von Symptomen, die mit einer Störung der Ich-Umwelt-Grenzen einhergehen; im Denken z. B. durch ein Gefühl gekennzeichnet, die Gedanken würden von extern eingegeben oder würden sich auf andere ausbreiten; im Erleben können die eigene Person oder Objekte der Umwelt als verändert, fremd, nicht zu-sich-gehörig oder unwirklich erlebt werden
katatone Schizophrenie	Unterform der Schizophrenie, die vor allem durch Störungen der Psychomotorik charakterisiert ist (u. a. Einnehmen und längeres Beibehalten eigenartiger Haltungen, Bewegungslosigkeit)
klinisch-psychopathologische Diagnosekriterien	Beschreibung von Merkmalen, die vorhanden sein müssen, um eine bestimmte Diagnose zu stellen
KNS	Kompetenznetz Schizophrenie; eines der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetze in der Medizin mit dem Ziel einer besseren Vernetzung von Forschung und Versorgung
kognitive Verhaltenstherapie	Form der Psychotherapie, die auf eine Veränderung von krankheitsfördernden Mustern im Denken (Einstellungen, Bewertungen und Überzeugungen) und Verhalten abzielt
kognitive Leistungen	intellektuelle Fähigkeit zur Informationsverarbeitung, zu der u. a. Prozesse wie Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis und vorausschauendes Denken gerechnet werden. Diese »basalen« kognitiven Leistungen werden abgegrenzt von den sog. »sozial-kognitiven« Leistungen, die wichtig für die soziale Kommunikation sind und zu denen u. a. Fähigkeiten gezählt werden, wie das Einschätzen von sozialen Situationen, die Interpretation des Affektausdrucks von anderen Personen und sich in das Denken und Fühlen anderer Personen hineinversetzen können.
Konfliktreaktion	abnorme Erlebnisreaktion auf eine akute oder chronische Belastungssituation
Konkretismus	formale Denkstörung, die durch ein Festhalten an der konkreten Wortbedeutung und daraus folgenden Schwierigkeiten im Sinnverständnis von übertragenen Bedeutungen (z. B. von Redewendungen) gekennzeichnet ist
Komedikation	gleichzeitige Behandlung mit mehreren Medikamenten
Komorbidität	Auftreten einer Erkrankungen (z. B. Alkoholabhängigkeit) zusätzlich zu einer Grunderkrankung (z. B. Schizophrenie)
metabolisches Syndrom	gemeinsames Auftreten von Zucker- und Fettstoffwechselstörungen sowie Bluthochdruck und (bauchbetontes) Übergewicht; entscheidender Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten
multifaktorielle Genese	nicht auf eine einzige Ursache zurückführbare, sondern aus dem Zusammenwirken mehrerer Bedingungen entstehende Erkrankung
Muskelrelaxation	Erschlaffung der Muskulatur nach einer Anspannung; kann auch durch Psychotherapie (progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen) oder durch Medikamente (z. B. im Rahmen einer Narkose) herbeigeführt werden
Negativsymptomatik	Symptome schizophrener Psychosen, bei denen im Vergleich zum üblichen Erleben etwas zu fehlen scheint, z. B. Affektverflachung mit verminderter Mimik und Gestik, Antriebs- und Freudlosigkeit, vermindertes Sprechen

Neologismen	Wortneuschöpfungen, bei Schizophrenie meist aufgrund einer Zerfahrenheit im Denken im Rahmen einer formalen Denkstörung
Neuroleptika	frühere Bezeichnung für Antipsychotika
Neurotransmitter	biochemische Botenstoffe, welche im Nervensystem die Information von einer Nervenzelle zur anderen an den Synapsen weitergeben; bei Schizophrenie sind vor allem Veränderungen in Hirnsystemen bedeutsam, die mit den Neurotransmittern Dopamin, Serotonin und Glutamat arbeiten
orale Applikationsform	Verabreichungsform eines Medikaments, das in Form von Tropfen, Tabletten, Kapseln, Dragees über den Mund eingenommen wird
paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	Unterform der Schizophrenie, die vorwiegend durch Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen gekennzeichnet ist
Pathophysiologie	Lehre von den gestörten Funktionen im Organismus eines Erkrankten
persistierende psychotische Symptome	andauernde Symptome einer Psychose (z. T. trotz Behandlung)
Placebo	Scheinbehandlung mit einem Präparat ohne arzneilichen Wirkstoff, aber in einer für Medikamente üblichen Darreichungsform.
Positivsymptomatik	Symptome schizophrener Psychosen, die als Übersteigerung des üblichen Erleben interpretierbar sind, z. B. Halluzinationen, Wahn und Ich-Störungen.
postakutes Stadium	auf die Akutphase folgende Periode einer Erkrankung, in der die Symptome wieder abnehmen und sich der Zustand des Betroffenen stabilisiert
postschizophrene Depression	Depression, die im Verlauf der Schizophrenie insbesondere nach Abklingen der akuten Krankheitsphase auftritt
Prägnanztypen	Krankheitsbilder, die durch bestimmte, sehr charakteristische Syndrome gekennzeichnet sind
Prodrome	einer Erkrankung vorangehende, meist für die Erkrankung noch unspezifische Symptome
Prodromalphase	Frühphase der Erkrankung vor dem Auftreten spezifischer Symptome bzw. des Vollbilds der Krankheit.
progredienter Verlauf	Verlaufsform einer Erkrankung, bei der die Symptomatik insgesamt oder in Teilen mit der Zeit zunimmt
prosodischer Affektausdruck	bezeichnet den Teil des Ausdrucks von Gefühlen, der sich in der Intonation (Wort- oder Satzmelodie), der Lautstärke und der Quantität (Menge, Geschwindigkeit, Pausen) des Sprechens niederschlägt
Psychiatrie-Enquête	1975 von der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages vorgelegter Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, in dessen Folge eine Psychiatrie-Reform angestoßen wurde, die bis heute nicht beendet ist
Psychoedukation	Schulung von Patienten mit psychischen Erkrankungen mit dem Ziel, Informationen über die Erkrankung und deren Behandlung zu vermitteln und die Compliance bei der Behandlung und Rückfallvermeidung zu fördern
Psychomotorik	Gesamtheit der durch psychische Vorgänge beeinflussten Bewegungen (z. B. Mimik und Gestik)
Psychopathologie	psychologische Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie; die allgemeine Psychopathologie beschäftigt sich mit den Erscheinungen eines (krankhaft) veränderten Gefühls- bzw. Seelenlebens. Die spezielle Psychopathologie beschreibt und klassifiziert typische Symptome und Syndrome der einzelnen psychischen Störungen
psychopathologische Exploration	diagnostische Erhebung des gesunden und krankhaften Erleben eines Patienten im ärztlichen Gespräch
Psychose	Sammelbegriff für eine Gruppe schwerer psychischer Störungen, die durch einen vorübergehenden weitgehenden Verlust des Bezugs zur Realität und eine weitgehend fehlende Krankheitseinsicht gekennzeichnet sind. Psychotische Symptome treten z. B. bei Schizophrenie, bei schweren depressiven und manisch-depressiven Störungen und bei einigen Formen von Drogen- und Alkoholmissbrauch auf
Rehabilitation	medizinische, psychotherapeutische, soziale und berufliche Maßnahmen, die nach einer Erkrankung eine medizinische Wiederherstellung, berufliche Wiederbefähigung und soziale Wiedereingliederung zum Ziel haben
Remissionsphase	an das postakute Stadium anschließende Erkrankungsphase, in der Krankheitssymptome (weitgehend) nachgelassen haben und die Vorbeugung von Rückfällen und die Rehabilitation im Vordergrund stehen
Residuum	nach Abklingen der Akutphase noch (z. T. dauerhaft) zurückbleibende Restsymptome (synonym: Residualsymptomatik)

rezidivierender Verlauf	Verlaufsform einer Erkrankung, bei der die Symptomatik nach zwischenzeitlichem Abklingen wiederkehrt
schizoaffektive Störung	psychische Erkrankung bei der sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in derselben Krankheitsphase auftreten
Sedierung	Dämpfung von Funktionen des zentralen Nervensystems, z. B. durch Einsatz von Beruhigungsmitteln bei Unruhe-, Erregungs- oder Angstzuständen sowie bei Schlafstörungen
somatisch	auf den Körper bezogen
Stabilisierungsphase	siehe postakutes Stadium
Symptom	körperliche oder psychische Zeichen einer Erkrankung oder Störung
Synapsen	Kontaktstellen zwischen zwei Nervenzellen, an denen durch Neurotransmitter Signale von der einen auf die andere Nervenzelle übertragen werden
Syndrom	bestimmte Kombinationen von Symptomen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eines gemeinsamen Auftretens
vegetative Begleitsymptome	Symptome die mit einer bestimmten Erkrankung einhergehen und die durch das vegetative (unwillkürliche) Nervensystem hervorgerufen werden (z. B. Blutdruckabfall, Übelkeit etc.)
Vulnerabilität	(»Verletzlichkeit«): biologisch, psychisch und/oder soziokulturell bedingte Anfälligkeit für eine Erkrankung
Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell	Entstehungsmodell psychischer Erkrankungen; basiert auf der Annahme, dass eine Erkrankung (nur) dann entsteht oder aufrecht erhalten wird, wenn eine besonders ausgeprägte Vulnerabilität mit zusätzlichen Belastungen (Stressfaktoren) zusammentrifft, für die keine ausreichende Bewältigungsstrategien verfügbar sind. Biologische, psychische oder soziokulturelle Bedingungen können sich hierbei auch günstig auswirken (Schutzfaktoren) und die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Erkrankung verhindern oder abschwächen.
Wahn	von der Erfahrung unabhängige falsche Überzeugung von der Realität, z. B. beim Verfolgungswahn die unkorrigierbare Überzeugung, verfolgt zu werden, obwohl real keine Verfolgung besteht
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization)
WPA	Weltverband der Psychiatrie (engl. World Psychiatric Association)
YDL	durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre (engl. Years of life lived with disability)

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Kerstin Horch, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin

Autoren

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel
Prof. Dr. Wolfgang Wölwer
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
LVR-Klinikum Düsseldorf

Adressen

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
Gruppe VIII A
Gesundheit
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 0228-99643-8121
Fax: 0228-99643-8996
E-Mail: gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« können im Abonnement oder als einzelne Hefte kostenlos bezogen werden.

Grafik/Satz

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Druckerei Heenemann, Berlin

ISBN

978-3-89606-194-2

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit
mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 50
Juni 2010

Schizophrenie

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-194-2
ISSN 1437-5478

Schizophrenia is one of the most severe of mental illnesses. It affects about 1% of the population worldwide at least once in their lives. The onset age is usually between 18 and 35. Schizophrenia is among the ten diseases worldwide involving the highest number of “years of life lived with disability”, and for many patients it involves a considerable reduction in the quality of life. There are several contributory factors to this: the early onset of disease, the fact that about three quarters of patients suffer relapses, a higher mortality rate, and often long-term impairments of their cognitive skills. It also reduces their ability to lead a normal social and professional life, which restricts or even precludes gainful employment for most schizophrenic patients. This causes great personal stress for patients and their families and generates high costs for health and social systems. On the other hand, effective pharmacological and psychosocial treatment options have become available in the meantime. Furthermore, the organization of care over the last 30 years has focused mainly on the needs of schizophrenia patient, leading to a significant reduction in hospitalization periods. Early detection and treatment, as well as consistent relapse prevention can positively influence the course of schizophrenia. In acute and long-term treatment, symptom remission and relapse prevention is achieved in approximately 70% of cases. Improvements in care can be expected from efforts to improve the integration of outpatient care, inpatient treatment, partial hospitalization and rehabilitative care, as well as from the wider use of quality-assurance measures. Fighting the stigmatization of – and discrimination against – those suffering from schizophrenia ultimately not only serves to relieve the people affected and promote their social integration, but also helps them overcome barriers for accepting offers of help.

Schizophrenie ist eine der schwersten psychischen Erkrankungen, die weltweit etwa 1% der Bevölkerung mindestens einmal im Leben, erstmals meist zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr betrifft. Sie ist für viele Betroffenen mit erheblich eingeschränkter Lebensqualität verbunden und zählt weltweit zu den 10 Erkrankungen mit der größten Anzahl durch »Behinderung beeinträchtigter Lebensjahre«. Hierzu tragen der frühe Erkrankungsbeginn, Rückfälle bei etwa drei Viertel der Betroffenen, eine erhöhte Sterblichkeit sowie häufig überdauernde Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und der sozialen und beruflichen Lebensbewältigung bei, die eine Erwerbstätigkeit für die meisten schizophren Erkrankten einschränken oder unmöglich machen. Dies bringt für die Betroffenen und deren Angehörige große persönliche Belastungen und für das Gesundheits- und Sozialsystem hohe Kosten mit sich. Andererseits stehen mittlerweile wirksame medikamentöse und psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung und die Organisation der Versorgung wurde in den letzten 30 Jahren wesentlich auf die Bedürfnisse schizophrener Kranker ausgerichtet, was zu einer erheblichen Reduktion stationärer Aufenthaltszeiten geführt hat. Durch frühzeitige Erkennung und Behandlung sowie konsequente Rückfallprophylaxe kann der Verlauf einer Schizophrenie günstig beeinflusst werden. In der Akut- und Langzeitbehandlung wird eine Symptomremission und Rückfallprophylaxe in ca. 70% der Fälle erreicht. Von einer Optimierung der Integration zwischen ambulanter, (teil-)stationärer und rehabilitativer Versorgung sowie durch breiteren Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen ist eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten. Letztlich dient eine Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung schizophrener Erkrankter nicht nur der Entlastung und sozialen Integration der Betroffenen, sondern erniedrigt auch die Schwellen für die Akzeptanz von Hilfeangeboten.



Themenheft 50 – Schizophrenie

Ergänzende Wertetabellen zu den Abbildungen
Stand: Juli 2010



Abbildung 2, Seite 17
Verteilung der Anzahl stationärer Erstaufnahmen schizophrener Erkrankter nach Alter und Geschlecht

Raten pro 100.000

Quelle: nach [61]

Altersgruppe	Frauen	Männer
12 – 14 Jahre	0,0	0,0
15 – 19 Jahre	12,5	19,6
20 – 24 Jahre	28,2	46,1
25 – 29 Jahre	35,4	31,2
30 – 34 Jahre	31,4	22,7
35 – 39 Jahre	22,4	14,1
40 – 44 Jahre	11,6	6,8
45 – 49 Jahre	14,8	7,7
50 – 54 Jahre	14,7	2,8
55 – 59 Jahre	9,8	4,4

Abbildung 3, Seite 26
Rückfallraten zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten nach Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antipsychotika gegenüber Placebo

Quellen: [45, 46, 47]

	nach 6 Monaten	nach 1 Jahr	nach 2 Jahren
Antipsychotika	19 %	31 %	48 %
Placebo	55 %	68 %	80 %

Abbildung 4, Seite 29
Jährliche Behandlungskosten schizophrener erkrankter Patienten nach überwiegend betreuender Institution

Quelle: [51]

	Direkte Kosten (Euro)
Rehabilitation	40.901
Stationär	33.061
Langzeitpflege	22.725
Betreutes Wohnen	21.738
Institutsambulanz	3.588
Psychiater	2.959