

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Prospektive Studie zur Sicherung
optimaler psychosozialer Versorgung
in Wien - Themenschwerpunkt**

**Medikamente: Medikamenteneinnahme
Nutzen, Nebenwirkungen**

Schmitz M, Berghofer G

Kutzelnigg A, Lang A, Rudas S

Steiner E

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2004; 5 (4), 38-44

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025

1.–4. Juni

HANNOVER

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

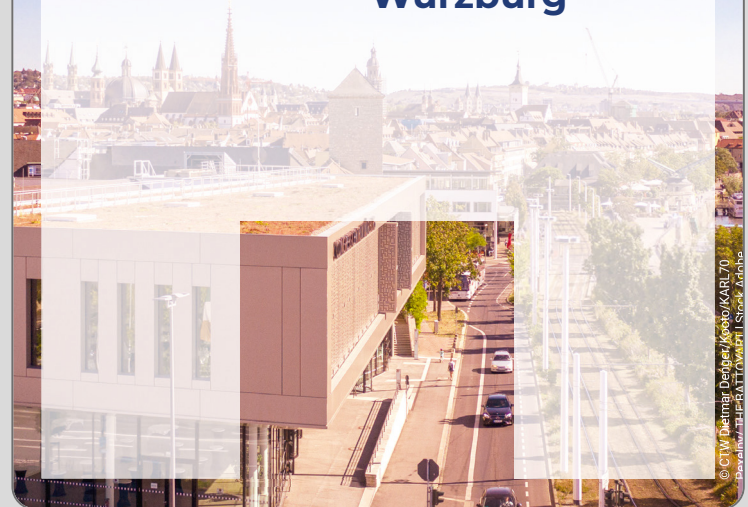
PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deiner Dege, Joseph/Karl 70
Bewertung: HFR/Battmann | Stock Adobe

Prospektive Studie zur Sicherung optimaler psychosozialer Versorgung in Wien – Themenschwerpunkt Medikamente: Medikamenteneinnahme, Nutzen, Nebenwirkungen

M. Schmitz, G. Berghofer, A. Lang, E. Steiner, A. Kutzelnigg, S. Rudas

In einer prospektiven Studie mit 425 ambulanten und stationären psychisch kranken Patienten gehen wir in dieser Teilauswertung Fragen in Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung nach. 97,2 % der stationären und 77,7 % der ambulant behandelten Patienten erhalten Psychopharmaka. Das Einverständnis mit der medikamentösen Behandlung ist mit rund 93 % sehr hoch und steigt bei höherer Krankheitseinsicht der Patienten noch an. Dagegen sinkt der Prozentsatz der mit der medikamentösen Behandlung einverständlichen Patienten, je mehr Nebenwirkungen berichtet werden. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Schizophrene Patienten bilden in unserer Stichprobe die größte Untergruppe. Es zeigt sich, daß weder die Schwere der Erkrankung, noch der Grad der sozialen Funktionsfähigkeit, sondern vielmehr die soziale Vulnerabilität dafür ausschlaggebend ist, ob ein Depotneuroleptikum oder orale Medikation verabreicht wird. Das Ausmaß der Krankheitseinsicht, als möglicherweise die Compliance beeinflussender Faktor, zeigt – gemessen an der Veränderung des Schweregrades der Erkrankung, der globalen Funktionsfähigkeit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit – in dieser Studie keinen Effekt auf das Behandlungsergebnis.

Schlüsselwörter: Behandlungserfolg, chronisch-psychisch Kranke, Psychopharmaka, Krankheitseinsicht

Prospective Study of Optimal Psychological Care Implementation in Vienna Focussing on Medication: Medication Intake, Positive Effects, Side Effects. In a prospective study with 425 mentally ill in- and outpatients we asked for medication treatment. 97 % of the inpatients and 78 % of the outpatients take psychopharmaceuticals. Consensus with medication was very high (93 %) and increases further with insight and decreases with the extent of side effects. We found no effect of insight on the improvement of the global clinical impression score, the global social functional score and quality of life score. Full information about symptoms and side effects of medication needs to be given carefully in order to increase compliance, quality of life and positive treatment expectations. This should transfer theoretic possibilities to effective consequent treatment, less treatment stops and less chronification due to lack of knowledge about medication effects. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2004; 5 (4): 38–44.

Key words: mental illness, commitment to treatment, insight

Der Erfolg langfristiger Behandlung schwer kranker psychiatrischer Patienten kann kaum beurteilt werden, wenn es darum geht, Besserung oder Heilung als Endpunkt einer Behandlung darzustellen. Der zeitlich begrenzte Einsatz einer Reihe von Medikamenten schafft nicht Gesundheit im weitesten Sinne: in der Realität kommt es zu wiederkehrenden Rückfällen und chronischen Verläufen. Die beste Behandlung sollte daher die Lebensqualität und die soziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen verbessern bzw. sichern, rasche Abhilfe von Symptomen schaffen, Rückfälle vermindern und möglichst nicht zu Lasten von Angehörigen oder Öffentlichkeit gehen [1].

In der vorliegenden Teilauswertung der in Wien zwischen Januar 1995 und April 1997 durchgeführten prospektiven Studie mit ambulant und stationär behandelten, psychisch kranken Patienten befassen wir uns schwerpunktmäßig mit der medikamentösen Behandlung.

Diese stellt einen der zentralen Eckpfeiler in der Behandlung psychischer Erkrankungen dar. Wie wir in unserer Studie zeigen konnten, wird diese Sichtweise auch von einem Großteil der Patienten geteilt [2]. Eine maximale Ausschöpfung des therapeutischen Potentials erfordert die frühzeitige medikamentöse Intervention, die regelmäßige Einnahme der verordneten Medikamente und eine ausreichend lange Behandlungsdauer. Es muß jedoch davon ausgegangen werden, daß die theoretisch erreichbaren Behandlungsergebnisse (Besserung der Symptome, Rezidivraten) unter Routinebehandlungsbedingungen weit unterschritten werden [3, 4].

Ursachen hierfür finden sich sowohl auf seiten der Patienten als auch auf seiten der behandelnden Ärzte und des Versorgungssystems. Wir wissen inzwischen, daß es für eine gute Compliance der Patienten wesentlich ist, einer ausführlichen Aufklärung über die Erkrankung, über deren möglichen Verlauf, über die Wirkung der verordneten Medikamente auf die Symptome und ev. auftretende Nebenwirkungen viel Platz einzuräumen. Fehlende Krankheitseinsicht, negative Einstellung zur Behandlung und auftretende Nebenwirkungen der Medikamente bei subjektiv fehlender positiver Wirkung führen dagegen zur Nicht- oder unregelmäßigen Einnahme und/oder Dosisreduktion der Medikamente [5].

In diesem Beitrag fragen wir deshalb nach Krankheitseinsicht und Einverständnis mit der medikamentösen Behandlung und deren Einfluß auf den Behandlungsnutzen. Weiters interessieren wir uns dafür, inwieweit bei unserer Stichprobe nebenwirkungssärmere Medikamente zu einem höheren Einverständnis mit der Behandlung beitragen. Im einzelnen werden wir dabei auf folgende Punkte eingehen:

1. Welche Medikamente werden von den Patienten eingenommen?
2. Wie sieht die medikamentöse Behandlung bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen in der Praxis aus? Welche Faktoren entscheiden darüber, ob Depot- oder orale Medikation verabreicht wird?
3. Wie sehr fühlen sich die Patienten durch Nebenwirkungen beeinträchtigt?
4. Inwieweit beeinflussen Krankheitseinsicht und das Auftreten von Nebenwirkungen das Einverständnis mit der Medikation?
5. Unterscheiden sich krankheitseinsichtige Patienten hinsichtlich des Behandlungsnutzens von jenen Patienten, die nicht krankheitseinsichtig sind?

Aus dem Kuratorium für Psychosoziale Dienste der Stadt Wien
Korrespondenzadresse: Univ.-Doz. Dr. med. Margot Schmitz, Kuratorium für Psychosoziale Dienste der Stadt Wien – Qualitätssicherung, A-1090 Wien, Mariannengasse 1/15; E-Mail: ordination@schmitz2.at

Methodik

Die Stichprobe erfaßt insgesamt 425 Patienten von vier sozialpsychiatrischen Ambulatorien des Psychosozialen Dienstes (PSD) der Stadt Wien (n = 260) sowie Patienten einer Abteilung eines psychiatrischen Großkrankenhauses und Patienten einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses in Wien (n = 165). Es wurden alle im Zeitraum vom 1. Januar 1995 bis 12. April 1997 neu in Behandlung kommenden Patienten dieser Institutionen in die Studie eingeschlossen („erstkommende“ Patienten; n = 202). Zusätzlich erfolgte an sechs randomisierten Stichtagen der Einschluß aller in den Einrichtungen anwesenden, schon länger in Behandlung stehenden Patienten („betreute“ Patienten; n = 223). Patienten mit akuter psychotischer Symptomatik, intellektueller Minderbegabung, nur einmaliger Krisenintervention und mangelhaften Deutschkenntnissen wurden in die Untersuchung nicht eingeschlossen.

Die Befragung wurde von klinisch erfahrenen Psychologen durchgeführt, die selbst nicht an der Behandlung der befragten Patienten beteiligt waren. Weitere Befragungen fanden nach 1 Monat (T1), nach 3 (T2), nach 6 (T3) und nach 12 Monaten (T4) statt.

Beim 1-Jahres-Follow-up konnten von den 425 Personen 251 Personen befragt werden. 32 Patienten konnten nicht erreicht werden, 128 Patienten lehnten eine nochmalige Befragung ab und 14 Patienten waren inzwischen verstorben. Die Stichprobe besteht zu 54 % aus Männern und zu 46 % aus Frauen. Der Altersdurchschnitt der Patienten liegt bei über 40 Jahren ($43,9 \pm 15,1$). Der Großteil der Patienten (67 %) ist ledig oder geschieden, 6 % der Patienten sind verwitwet und 27 % sind verheiratet oder leben mit einem Partner zusammen. 64 % der Stichprobe weisen eine abgeschlossene berufliche Ausbildung auf, aber nur 31 % beziehen aktuell ein Gehalt oder Krankengeld. Etwa ein Drittel der Patienten (31 %) ist bereits in Pension und ein weiteres Drittel bezieht Arbeitslosenunterstützung oder Notstandshilfe. 33 Personen (8 %) leben von privaten Unterstützungen.

Diagnostisch überwiegen Patienten mit schizophrenen Erkrankungen (39 %), gefolgt von Patienten mit Alkohol- oder Drogenproblemen (20 %), Angst- oder Anpassungsstörungen (16 %), affektiven Störungen (13 %), Persönlichkeitsstörungen (8 %) und organischen Störungen (4 %). Die Hälfte der Patienten hat zwei oder mehr stationäre Voraufenthalte, 16 % weisen nur eine stationäre Aufnahme in der Vorgeschichte auf und 34 % waren zuvor noch niemals stationär aufgenommen. Die untersuchte Patientengruppe wurde in einer früheren Arbeit in Hinsicht auf soziodemographische Merkmale, Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung, soziale Vulnerabilität und Behandlung ausführlich charakterisiert [6].

Soziodemographische Merkmale, klinische Vorgeschichte, eingenommene Medikamente und weitere Angaben zur psychiatrischen Behandlung wurden in einem speziellen Evaluationsbogen und mittels semi-strukturierter Interviews erfaßt. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten nach den Kriterien des DSM IV. Patienten in Dauerbehandlung erwiesen sich als multimorbid, allerdings nur teilweise im streng medizinischen Sinn, d. h. zu psychischen Erkrankungen und Behinderungen addierten sich massive soziale und langbestehende Belastungen [6]. Die behandelnden Ärzte beurteilten die Schwere der Erkrankung mittels Clinical Global Impression Scale (CGI) [7] und das allgemeine Funktionsniveau der Patienten anhand der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) [3]. Gemeinsam mit den Interviewern füllten die Patienten einen

Fragebogen zur subjektiven Lebensqualität (Q-LES-Q) [8] aus.

In Hinblick auf mögliche Einflüsse auf die Compliance haben wir auch die Schwere der Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen mittels einer 5-Punkt-Likert-Skala erhoben.

Zur Berechnung des Ausmaßes der Krankheitseinsicht wurden folgende Fragen aus dem standardisierten Patienteninterview herangezogen:

1. Fühlen Sie sich krank? (Code: 0 = Nein, 1 = Ja)
2. Wenn „Ja“, an welcher Krankheit leiden Sie? Wenn „Nein“, wogegen wurden Sie behandelt? In Abhängigkeit davon, ob der Patient seine Diagnose kennt oder die genannten Symptome psychischen Ursprungs sind und zur Diagnose passen, wurde entweder ein oder kein Punkt vergeben.
3. Beurteilung der Krankheitseinsicht durch den Interviewer (Code: 0 = Nein, 1 = Ja)
4. Erwartungen an die Therapie: Die Patienten konnten von wichtig (= 1) bis unwichtig (= 5) bewerten, inwieweit sie sich von der Behandlung eine Besserung der Symptome, eine Besserung der Arbeitssituation, der Wohnsituation, der sozialen Kontakte, eine bessere Bewältigung alltäglicher Aufgaben, Stabilität oder auch sonstiges/anderes erwarten. Gab der Patient an, zumindest eine wichtige oder eher wichtige Erwartung zu haben, wurde ein Punkt verrechnet [9].

Zur Messung des Ausmaßes der Krankheitseinsicht bildeten wir Kategorien, die durch einfache Summation der vier von uns gleich gewichteten Punkte definiert werden:

- Kategorie 1: Sehr geringe Krankheitseinsicht: kein bzw. ein Punkt trifft zu
Kategorie 2: Geringe Krankheitseinsicht: zwei Punkte treffen zu
Kategorie 3: Mittlere Krankheitseinsicht: drei Punkte treffen zu
Kategorie 4: Hohe Krankheitseinsicht: vier Punkte treffen zu [10]

Die genannten Neuroleptika wurden für die Auswertung in vier Kategorien unterteilt:

1. Alte, hinsichtlich extrapyramidaler Symptome nebenwirkungsarme Neuroleptika, die als niedrigpotent antipsychotisch gelten und hauptsächlich zur Behandlung von Ängsten und Schlafstörungen eingesetzt werden (z. B. Melperon, Levomepromazin, Thioridazin)
2. Alte, typische, hochpotente antipsychotische Neuroleptika, die vorwiegend zur Behandlung von Denkstörungen und Halluzinationen eingesetzt werden (z. B. Haloperidol, Flupentixol, Fluphenazin, Zuclopenthixol)
3. Neuere, atypische hochpotente Antipsychotika, die nebenwirkungsärmer sind und teilweise geringer sedieren (z. B. Risperidon, Olanzapin)
4. Andere atypische Neuroleptika wie Clozapin und Sulpirid

Als Maß für ein hohes soziales Risiko wurde aus den Angaben im Fragebogen ein Vulnerabilitätsindex gebildet, der aus 6 Faktoren besteht:

1. Ledig, geschieden, verwitwet
2. Allein lebend
3. Niederes Einkommen
4. Stationäre psychiatrische Aufenthalte
5. Arbeitslosigkeit oder in Frühpension
6. Sonstige soziale Gefährdungen, wie abgebrochene oder keine Ausbildung, strafrechtliche Delikte, aggressive Umwelt, „broken home“, Scheidung der Eltern vor

Tabelle 1: Eingenommene Medikamente bei Erstbefragung (T0; 2236 Medikamentennennungen erfaßt)

Neuroleptika	36,2 %
Antidepressiva	14,7 %
Benzodiazepine	14,7 %
Anticholinerge Medikamente (gegen extrapyramidale Nebenwirkungen)	9,8 %
Lithium	1,4 %
Nootropika	1,5 %
Antiepileptika	3,0 %
Schmerzmittel	1,6 %
Medikamente für somatische Erkrankungen, Hormone, Magenschutzmittel und ähnliches	15,8 %
Andere (Phytopharmaka, Vitamine)	1,3 %

dem 19. Lebensjahr, psychiatrische Erkrankung der Eltern, sexueller Mißbrauch.

Für jeden Risikofaktor wird ein Punkt vergeben, es sind 0–6 Punkte möglich. Patienten mit 5–6 Punkten wurden als hoch vulnerabel definiert, Patienten mit 0–2 Punkten als wenig vulnerabel. Dieser soziale Vulnerabilitätsindex wurde für über 2000 Patienten des PSD evaluiert und zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der Prognose und dem Bedarf an regelmäßiger Betreuung [11]. Die Charakterisierung der vorliegenden Stichprobe an Hand des sozialen Vulnerabilitätsindex erfolgte bereits in früheren Arbeiten [12, 13].

Die Beziehungen zwischen den Merkmalen wurden mit univariaten Tests (Chi-Quadrat, t-Test) geprüft. Da diese Analyse explorativen Charakter aufweist, wurde auf eine α -Korrektur verzichtet.

Resultate

Medikamenteneinnahme

Die nach eigenen Angaben von den Patienten eingenommenen Medikamente sind in Tabelle 1 aufgelistet. Im Verlauf der Studie änderten sich die Angaben über die einge-

nommenen Medikamente bezogen auf die Medikamentenkategorie nur unwesentlich, die prozentuelle Verteilung bleibt gleich (Schwankung ± 1 %). Lediglich der Verbrauch der Benzodiazepine sinkt im Laufe des Studienjahres auf 7,9 %.

Bei der Gruppe der erstkommenden Patienten (T0) findet sich unter den stationären Patienten ein größerer Anteil an Personen, die Medikamente nehmen (97,2 %) als unter den ambulanten (77,7 %). Betreute Patienten im stationären Bereich erhalten zu 100 % Medikamente, im ambulanten Bereich sind es 84,6 %. Es besteht dabei ein deutlicher Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und Schwere der Erkrankung ($p < 0,001$): Während es bei den leicht kranken Patienten des PSD ($n = 36$) noch 44,4 % sind, die keine Medikamente einnehmen, sind es bei den als mäßig krank eingestuften Patienten ($n = 160$) nur mehr 16,3 % und bei den schwer kranken Patienten ($n = 60$) nur mehr 10 %. D. h. je schwerer die Erkrankung, desto häufiger werden Medikamente genommen, insbesondere aber werden auch häufiger Neuroleptika verordnet, bei denen es sich mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung umso öfter um typische Neuroleptika, die hochpotent und altbewährt sind, handelt. Dies zeigt sich unabhängig von der Diagnose (Tab. 2).

Neuroleptikaeinnahme bei schizophrenen Patienten

Schizophren erkrankte Personen bilden in unserer Stichprobe die größte Gruppe, ihr Anteil beträgt 38,8 % ($n = 165$). Nach der DSM-IV-Klassifikation wurden davon 38,1 % als 295.3 „paranoid halluzinatorisch“, 27,9 % mit 295.7 „schizoaffektive Psychose“ und 19,4 % mit 295.9 „undifferenzierter Typ“ diagnostiziert. Alle anderen Subgruppen lagen unter 3 %.

Die Verteilung der von den schizophrenen Patienten eingenommenen Neuroleptika auf die unterschiedlichen Substanzklassen ist in Tabelle 3 dargestellt.

Vergleicht man die Medikamenteneinnahme der stationär mit den ambulant behandelten, schizophren diagnostizierten Patienten, zeigen sich Unterschiede in der Behandlungspraxis im stationären und ambulanten Bereich (Tab. 3).

Tabelle 2: Neuroleptikaverordnung und Schwere der Erkrankung (CGI)

	Atypische neue Neuroleptika	Klassische Neuroleptika	Keine Neuroleptika	Keine Medikamente	Gesamt
Patient ist ein Grenzfall	1 (5,0 %)	6 (30,0 %)	4 (20,0 %)	9 (45,0 %)	20 (100 %)
Leicht krank	2 (5,3 %)	19 (50,0 %)	10 (26,3 %)	7 (18,4 %)	38 (100 %)
Mäßig krank	9 (9,1 %)	54 (54,5 %)	26 (26,3 %)	10 (10,1 %)	99 (100 %)
Deutlich krank	24 (13,8 %)	102 (58,6 %)	30 (17,2 %)	18 (10,3 %)	174 (100 %)
Schwer krank	9 (11,0 %)	60 (73,2 %)	7 (8,5 %)	6 (7,3 %)	82 (100 %)
Schwerst krank	0 (0,0 %)	5 (100 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100 %)
Gesamt	45	246	77	50	418

Tabelle 3: Neuroleptikaeinnahme bei schizophrenen Patienten

	PSD	KH	Anteil aller schizophrener Patienten
Typische NL	64,6 %	53,9 %	56,3 %
Sedierende NL	6,5 %	16,1 %	9,7 %
Atypische NL	9,2 %	25,0 %	14,5 %
Andere Medikation	5 %	5 %	5 %
Keine Medikation	14,7 %	0 %	9,7 %

Neuroleptikaeinnahme im Gesamtkollektiv

Von allen Patienten, die Neuroleptika erhalten ($n = 295$), bekommen 32 % des Gesamtkollektivs ($n = 425$) klassische Neuroleptika, 26,8 % nebenwirkungsarme, vorwiegend sedierende, niedrigpotente Neuroleptika und 10,6 % neue atypische Neuroleptika, die hochpotent und besonders nebenwirkungsarm sind.

Neuroleptikagabe: Wer erhält orale Medikation, wer erhält Depotpräparate?

Von allen Patienten, die Neuroleptika verordnet bekommen ($n = 295$; 69,4 %), erhalten 18,4 % ($n = 78$) Depotpräparate und 50,8 % ($n = 216$) orale Medikation. Schizophrene Patienten nehmen zu 38,8 % ein Depotpräparat und zu 46,1 % orale Medikation. Dort, wo Neuroleptika zur Behandlung anderer psychischer Störungsbilder verordnet werden, werden sie hauptsächlich oral verabreicht. Der Anteil an Behandlungen mit Depotneuroleptika beträgt bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 16,0 % gegenüber 84 % mit oraler Neuroleptikabehandlung, bei den affektiv Erkrankten 14,3 % gegenüber 85,7 % oraler

Neuroleptikaeinnahme und bei den Patienten mit organischen psychischen Störungen und Patienten mit psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen liegt der Anteil an Depotneuroleptika jeweils unter 10 %.

Depotpräparate erhielten fast ausschließlich (98,7 %) Patienten, die deutlich bis schwer krank waren (CGI). D. h. je schwerer die Erkrankung eingestuft ist, desto deutlicher die Tendenz, Depotpräparate zu verordnen. Unabhängig davon überwiegen insgesamt oral verordnete Neuroleptika, auch in den Gruppen der deutlich bis schwer kranken Patienten. Die Schwere der Erkrankung ist daher nicht ausschlaggebend dafür, ob orale oder Depotmedikation verabreicht wird. Keinen Einfluß auf parenterale bzw. orale Gabe der Medikamente hat darüber hinaus der Grad der sozialen Funktionsfähigkeit (GAF; n.s.). Dagegen fanden wir einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Vulnerabilität: Patienten, die mehrere Risikofaktoren im sozialen, finanziellen und im Arbeitsbereich aufweisen, werden eher mit Depot behandelt als Patienten mit einer geringeren Vulnerabilität ($p < 0,001$).

Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen

Die Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen erlebten 4,9 % der befragten Patienten als „sehr stark“, 7,5 % als „stark“, 11,1 % als „mittel“ und 18,6 % fühlten sich „ein wenig“ durch die Medikamentennebenwirkungen beeinträchtigt. Unter keiner Beeinträchtigung litten 44 % der Patienten, die restlichen 13,9 % gaben keine Antwort. In der Gesamtgruppe der Patienten mit Medikation – unabhängig von der Diagnose – hatten 72,6 % keine oder nur geringe Nebenwirkungen und 27,4 % mittlere bis sehr starke Beschwerden.

Von Nebenwirkungen berichten ambulante Patienten zu Beginn der Studie und auch im Verlauf der Studie seltener, wenngleich sie bei den chronischen Patienten des PSD noch immer bei etwa 20 % liegen. Am meisten von Nebenwirkungen beeinträchtigt zeigt sich die Gruppe der stationär in Behandlung stehenden („betreuten“) Patienten (41,9 % mittlere bis starke, 58,1 % keine bis geringe Beeinträchtigungen).

Betrachtet man die Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen in Hinblick auf die verordneten Medikamente, so ergibt sich folgendes Bild: Patienten, die eines der „anderen“ (atypischen) Neuroleptika wie Clozapin oder Sulpirid erhalten, zeigen sich am wenigsten häufig beeinträchtigt (81,8 % keine oder geringe Nebenwirkungen, 18,2 % mittlere bis starke Nebenwirkungen), gefolgt von jenen, die eine andere als eine neuroleptische Medikation erhalten (76,7 % keine oder geringe, 23,3 % mittlere bis starke Nebenwirkungen). Bei den typischen Neuroleptika und den alten, vorwiegend sedierenden Neuroleptika berichten jeweils rund 78 % von geringen und rund 22 % von mittleren bis starken Beeinträchtigungen. Am häufigsten an mittel bis schwer beeinträchtigenden Nebenwirkungen leiden Patienten, die atypische Neuroleptika erhalten. In Kombination mit anderen Neuroleptika steigen die Nebenwirkungen jeweils an, auch hier wiederum besonders stark bei den neuen atypischen Neuroleptika.

Krankheitseinsicht, Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen und Einverständnis mit den Medikamenten

Auf die Frage „Fühlen Sie sich krank?“ antworteten von den 425 Patienten, die zum Zeitpunkt T0 befragt wurden, 232 (54,6 %) mit „Nein“ und 193 (45,4 %) mit „Ja“. Es zeigen sich dabei kaum Unterschiede zwischen den erstmals kommenden und den betreuten Patienten, genauso wenig wie zwischen den Patienten in stationärer bzw. ambulanter Behandlung. Der Prozentsatz von Patienten, die sich

zum Zeitpunkt der Erstbefragung krank fühlen, liegt lediglich bei der Gruppe der erstmals kommenden Patienten des PSD knapp über 50 % (52,3 %). Bei allen anderen Gruppen liegt der Anteil der Patienten, die sich krank fühlen, bei 40–46 %.

Wie bereits dargestellt, haben wir aus mehreren Items des Fragebogens einen Index für die Krankheitseinsicht gebildet. Keine bzw. sehr geringe Krankheitseinsicht fanden wir bei 15,8 % der Patienten ($n = 425$), geringe Krankheitseinsicht zeigten 19,5 %, als „mittel“ wurden 32,0 % erhoben und hohe Krankheitseinsicht zeigten 32,7 % der Patienten.

Das Einverständnis mit der medikamentösen Behandlung ist in unserer Stichprobe mit 93 % insgesamt sehr hoch. Es wird aber auch deutlich, daß das Einverständnis mit den Medikamenten mit zunehmender Krankheitseinsicht tendenziell, nicht signifikant, steigt. Während bei sehr geringer Krankheitseinsicht der Anteil der mit der jeweiligen medikamentösen Behandlung einverstanden Patienten bei 84 % liegt, steigt er bei mittlerer bzw. hoher Krankheitseinsicht auf beinahe 100 % an.

Ähnliches zeigt sich bei der Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen: Bei insgesamt sehr hohem Einverständnis mit den Medikamenten steigt der Prozentsatz der „einverstanden“ Patienten noch an, wenn die Nebenwirkungen gering sind. Dies wird bei den weiteren Befragungen im Laufe der Studie immer deutlicher: Je weniger Nebenwirkungen, desto größer und je mehr Nebenwirkungen berichtet werden, desto geringer ist das Einverständnis mit den Medikamenten. Diese Relation besteht in allen Betreuungsgruppen. 68,3 % sind mit den Medikamenten einverstanden, wenn sie keine oder geringe Nebenwirkungen haben, 24,2 % sind einverstanden, wenn sie mittlere oder starke Nebenwirkungen haben. Nur 4,2 % der Patienten sind nicht mit den Medikamenten einverstanden, wenn sie keine oder geringe Nebenwirkungen haben. 3,33 % sind nicht mit den Medikamenten einverstanden, wenn mittlere oder starke Nebenwirkungen vorhanden sind. Insgesamt sinkt der Prozentsatz der mit der medikamentösen Behandlung einverstanden Patienten, je mehr Nebenwirkungen berichtet werden. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Krankheitseinsicht und Behandlungsnutzen

Zieht man als Indikator für den Behandlungsnutzen die Veränderung des Schweregrades der Erkrankung zu Beginn der Studie und nach einem Jahr heran ($n = 251$), so zeigt sich in unserer Stichprobe eine statistisch signifikante Verbesserung ($p < 0,001$). Liegt der Schweregrad der Erkrankung zu Beginn der Untersuchung durchschnittlich bei einem Wert von $M = 5,63$ ($SD = 1,09$), beträgt er nach einem Jahr $M = 5,02$ ($SD = 1,59$). Das globale Funktionsniveau der Patienten verbessert sich ebenfalls signifikant ($p < 0,001$; GAF T0: $M = 50,3$; $SD = 16,3$; GAF T4: $M = 60,9$; $SD = 17,2$) [2]. Und auch ein dritter Indikator, die allgemeine Lebensqualität, zeigt eine Verbesserung ($p < 0,001$; T0: $M = 42,1$; $SD = 10,0$; T4: $M = 45,8$; $SD = 9,9$) [2].

Die Krankheitseinsicht hat dabei keinen Einfluß auf das Behandlungsergebnis: es findet sich in unserer Studie keine Korrelation zwischen dem Ausmaß der Krankheitseinsicht zu Beginn und den Veränderungen im Schweregrad der Erkrankung, dem globalen Funktionsniveau und der allgemeinen Lebensqualität nach einem Jahr.

Diskussion

Die Medikation nimmt in der modernen psychiatrischen Behandlung einen wichtigen Stellenwert ein. Die Zeit des

Slogans „Freiheit heilt“ ist vorüber, der historisch bedeutsame Spruch geht an den Wünschen der Patienten des beginnenden 21. Jahrhunderts vorbei [14]. Die Verbesserungen, die wir nach einem Jahr im CGI, GAF und beim Score zur allgemeinen Lebensqualität gefunden haben, die hohe Zustimmung zur Behandlung sowie die vergleichsweise guten Daten zu beeinträchtigenden Nebenwirkungen verweisen darauf, daß Psychopharmaka wirksam und über das Stadium der chemischen Zwangsjacke hinausgewachsen sind. Inwieweit die gefundenen Verbesserungen tatsächlich auf die medikamentösen Maßnahmen zurückzuführen sind, kann hier nicht endgültig geklärt werden. Dazu bedürfte es eines experimentellen Kontrollgruppendesigns.

Daß die Patienten die medikamentöse Behandlung annehmen und als hilfreich erfahren, darauf verweist die hohe Zustimmung zur Behandlung in unserer Studie. Über die Compliance im engeren Sinne – also, ob und wie die verordneten Medikamente genommen werden – können wir anhand unserer Erhebungen keine Aussage treffen.

Patienten, die keine Medikamente nahmen, taten dies, weil sie nicht einverstanden waren. Diagnostisch waren dies eher Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die durch ihr geringeres Krankheitsgefühl eher der Meinung waren, keine zu brauchen.

Was Patienten genau als Nebenwirkungen betrachteten und was noch Restsymptome sind oder unzureichende Wirkung, ist schwer zu beurteilen. Es ist wahrscheinlich, daß Nebenwirkungen oft Ausdruck von nicht völlig ausreichender Wirkung sind, daher auch die hohe Nebenwirkungsrate von atypischen neuen Neuroleptika, die am ehesten so erklärbar wäre.

Auch wenn wir keinen signifikanten Effekt der Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen auf das Einverständnis mit der medikamentösen Behandlung finden konnten, zeigt die Beurteilung der Patienten u. E., daß Medikamente hinsichtlich der Nebenwirkungen noch immer verbesserungswürdig sind. Es muß noch stärkeres Augenmerk darauf gelegt werden, daß Nebenwirkungen so minimal wie möglich sind, da bisherige Studien gezeigt haben, daß die Compliance wesentlich vom Ausmaß der Nebenwirkungen beeinflusst wird [5, 15]. Eventuell würden abgestufte Antwortmöglichkeiten bzw. die Erhebung des Einverständnisses mit der medikamentösen Behandlung mittels einer größeren Anzahl spezifischerer Fragen einen Effekt zeigen.

Wir gingen davon aus, daß eine höhere Krankheitseinsicht mit einer besseren Compliance sowie vermehrten eigenen Anstrengungen zur Krankheitsbewältigung verbunden sind und damit zu einem besseren Behandlungsergebnis führen könnten. Diese Annahme konnte in unserer Untersuchung nicht unterstützt werden.

Die zwischen den einzelnen Behandlungsinstitutionen bestehenden Unterschiede bei der Medikamentengabe, speziell zwischen stationärem und ambulantem Bereich, sind rational kaum begründbar. Hier wäre in der Ärzteschaft durch Qualitätszirkel und eine rationale Auseinandersetzung mit der Verordnung der Medikamente zweifellos ein Konsens und eine dem neuesten Wissen angepaßte Praxis erreichbar [16, 17].

In Hinblick auf die Medikamentenverschreibung fällt auf, daß zwar häufig die Diagnose schizoaffektive Erkrankung gestellt wird, der Anteil der Lithiumverordnungen aber minimal ist. Dies entspricht eindeutig nicht der „state of the art“-Therapie. Hier findet sich ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Qualität der Behandlung zu verbessern und den Gründen nachzugehen, warum die Lithiumbehandlung so selten durchgeführt wird. Alternativbehandlungen, wie Moodstabilizer aus der Antiepileptikagruppe, werden

zu weniger als 3 % verwendet. Am ehesten noch in der Kombination Lithium und Carbamazepin. Andere Moodstabilizer spielen praktisch keine Rolle. Auch Clonazepam wird praktisch nicht verordnet.

Obwohl die durchgeführten Erhebungen und Analysen einen explorativen Charakter haben, erlaubt es die genaue Dokumentation, auch in der Routineversorgung zu zeigen, daß schwerkranke Patienten von Behandlung/Betreuung profitieren. Wirksame und kostengünstige Angebote werden ambulant und stationär von den Patienten wahrgenommen, trotzdem gibt es eine Reihe von Ideen für Verbesserungen [18–22]. Die Gespräche mit den Patienten können noch stärker auf die Wirkungen der Medikamente fokussiert werden. Nebenwirkungen sollten noch genauer erörtert werden, und eine Aufklärung darüber, was von den Medikamenten erwartet werden kann und welche Ziele überhaupt erreichbar sind, sollte verstärkt betrieben werden. Krankheitseinsicht, Wissen über Symptome, über Möglichkeiten diverser Untergruppen von Medikamenten kann sicher noch weiter ausgeschöpft und verbessert werden. Ein weiterer Blickwinkel, der Compliance, Zusammenarbeit, langfristige zeitliche Perspektive und Motivation im Auge hat, könnte in der Behandlung und Betreuung noch bessere Ergebnisse erzielen.

Richtlinien für adäquate Versorgungsstrukturen können effektiver und für den Patienten hilfreicher gestaltet werden, wenn mehr Daten aus der Routineversorgung vorliegen [23]. Gerade über die tatsächliche Behandlungspraxis (Verschreibung, Empfehlungen zur Einnahmedauer, Aufklärung) wissen wir abgesehen vom Ausmaß der Patientencompliance und den Einflußfaktoren auf sie noch zu wenig. In Studien wie der vorliegenden kann eine Übersicht gewonnen werden über ein Gesundheitssystem, das – laut Angaben der Patienten – offensichtlich Hilfe bietet und das, bei konzentrierter Anstrengung und Fokussierung auf einige Kernbedürfnisse, sehr effizient ist und eine Verbesserung der Lebensqualität herbeiführen kann [24].

Es wäre wünschenswert, mittels weiterer Untersuchungen ein noch genaueres Bild sowohl von der gängigen Praxis als auch von den unausgeschöpften Möglichkeiten zu bekommen und damit zu erreichen, daß Forschung und Versorgung nicht weiterhin auseinanderklaffen, sondern rasch voneinander profitieren können.

Literatur:

1. Micossi P, Carbone M, Stancanelli G, Fortino A. Measuring products of health care systems. *Lancet* 1993; 341: 1566–7.
2. Schmitz M, Steiner E, Kaufmann F, Henkel H, Lang A, Berghofer G, Rudas S. Meßbare Behandlungserfolge bei chronisch kranken Patienten: Prospektive Studie zur Sicherung optimaler psychosozialer Versorgung in Wien. *Krankenhauspsychiatrie* 2004 (angenommen).
3. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss J, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766–71.
4. Kissling W. Neuroleptische Rezidivprophylaxe – eine verpaßte Chance? In: Rifkin A, Osterheider M (eds). *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Springer, Berlin, Heidelberg, 1992.
5. Mayer C, Soyka M. Compliance bei der Therapie schizophrener Patienten mit Neuroleptika – ein Überblick. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992; 60: 217–22.
6. Schmitz M, Rudas S. Prospektive Studie zur Sicherung optimaler psychosozialer Versorgung in Wien. *Krankenhauspsychiatrie* 1999; 10: 129–36.
7. National Institute of Mental Health. CGI – Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato RR (eds). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rev. Ed. Rockville, Maryland, 1976.
8. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Pharmacol Bull* 1993; 29: 321–6.

9. Berghofer G, Lang A, Henkel H, Schmidl F, Rudas S, Schmitz M. Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment and other patients. *Psych Services* 2001; 52,1: 104–6.
10. Lang A, Berghofer G, Kager A, Schmitz M, Rudas S. Predictors of insight into mental illness among psychotic and non-psychotic patients. *Eur J Psychiat* (submitted).
11. Schmitz M, Rudas S. Vienna Vulnerability Index. An index for establishing the degree of risk to the mentally ill. *Eur J Psychiat* 2001; 15, 2: 117–27.
12. Henkel H, Schmitz M, Berghofer G, Lang A, Kager A, Steiner E, Schmidl F, Rudas S. Die Lebensqualität psychisch Kranker. *Wiener Med Wschr* 2000; 3: 32–6.
13. Henkel H, Schmitz M, Berghofer G, Lang A, Kager A, Steiner E, Schmidl F, Rudas S. Soziale Vulnerabilität, soziale Isolation bei chronisch psychisch Kranken. *Wiener Med Wschr* 2000; 150: 449–53.
14. Basaglia F. Die negierte Institution oder: Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der Psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/Main, 1971.
15. Hornung WP, Buchkremer G, Redbrake M, Klingberg S. Patientenmodifizierte Medikation: Wie gehen schizophrene Patienten mit ihren Neuroleptika um? *Nervenarzt* 1993; 64: 434–9.
16. Glikman J, Pazart L, Casadebaig F, Philippe A, Lachaux B, Kovess V, Terra JL, Durocher A. Assessing the impact of a consensus conference on long-term therapy for schizophrenia. *Int J Tech Assess Health Care* 2000; 16 : 251–9.
17. Tansella M, Thornicroft GA. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998; 28: 503–8.
18. Bero A, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA, on behalf of the 'Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group'. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *Br Med J* 1998; 317: 46–8.
19. Brugha TS, Lindsay F. Quality of mental health service care: the forgotten pathway from process to outcome. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 89–98.
20. Ringbaeck G, Gullberg A, Rosen A. Avoidable mortality in psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 430–7.
21. Wissgott L. Richtlinien für die psychiatrische Versorgung: Grundsätze einer bedürfnisgerechten psychiatrischen Betreuung der Bevölkerung. In: Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (eds). *Die psychiatrische Versorgung in Österreich*. Springer, Wien, 1991.
22. Young AS, Sullivan G, Burnman A, Brook RM. Measuring the quality of outpatient treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 611–7.
23. Ellwood P. Shattuck lecture-outcomes management. A technology of patient experience. *N Engl J Med* 1998; 318: 1549–56.
24. Boot B, Hall W, Andrews G. Disability, outcome and case-mix in acute psychiatric in-patient units. *Br J Psychiatry* 1971; 171: 242–6.



Univ.-Doz. Dr. med. Margot Schmitz

Geboren 1954; 1978–1985 Praktikum und Facharztausbildung in Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin, Wien; 1979–1988 Klinische und Forschungsassistentin an Rehabilitationszentren im Bereich Schizophrenie/Sucht. 1983–2003 Konsulten- und Beratungstätigkeit. 1985 Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin; 1985–1989 Klinische und Forschungsassistentin an der Universität Wien; 1989–1997 Ass.-Prof. Universität Wien. Seit 1993 Qualitätssicherung am Kuratorium für Psychosoziale Dienste der Stadt Wien; Vorstand eines privaten Psychosomatik-Institutes; Privatordination in Wien und Retz. Ca. 90 Publikationen, zahlreiche pharmazeutische Studien.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)