Technische Universität München
Fakultät für Medizin

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar

# Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei Schizophrenie
# Ein Vergleich der SEEWOLF- und der COGPIP-Studie

Valeria Susanna Elise Sperling

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Schlegel

Prüfende/-r der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Josef Bäuml

2. Priv.-Doz. Dr. Gabriele Pitschel-Walz

Die Dissertation wurde am 20.07.2020 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16.02.2021 angenommen.

# Inhaltsverzeichnis


Abkürzungsverzeichnis ..... - 6 -

1 Einleitung ..... - 7 -

1.1 Kurzbeschreibung zu Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ..... - 7 -

1.1.1 Epidemiologie ..... - 7 -

1.1.2 Soziodemographische Daten ..... - 8 -

1.1.2.1 Alter und Geschlecht ..... - 8 -

1.1.2.2 Familienstand ..... - 8 -

1.1.2.3 Bildungsstand ..... - 9 -

1.1.3 Familienanamnese ..... - 9 -

1.1.4 Ätiologie ..... - 10 -

1.1.5 Diagnostik ..... - 11 -

1.1.6 Symptomatik ..... - 13 -

1.1.6.1 Psychiatrisch-Kognitiver Bereich ..... - 13 -

1.1.6.2 Psychovegetative Symptome ..... - 16 -

1.1.6.3 Sozialverhalten ..... - 17 -

1.1.7 Krankheitsverlauf und Prognose ..... - 17 -

1.1.8 Lebenserwartung ..... - 19 -

1.1.9 Therapie ..... - 19 -

1.1.9.1 Pharmakotherapie ..... - 19 -

1.1.9.2 Psychotherapeutische Interventionen ..... - 21 -

1.1.9.2.1 Psychoedukation ..... - 21 -

1.1.9.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ..... - 21 -

1.1.9.2.3 Metakognitives Training ..... - 22 -

1.1.9.2.4 Zusammenarbeit mit Angehörigen und Vertrauenspersonen ..... - 22 -

1.1.9.2.5 Systemische Therapie ..... - 22 -

1.1.9.2.6 Familieninterventionen ..... - 22 -

1.1.9.2.7 Soziales Kompetenztraining ..... - 22 -

1.1.9.2.8 Kognitives Training ..... - 23 -

1.1.9.2.9 Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Menschen (IPT) ..... - 23 -

1.1.9.2.10 Tiefenpsychologische Verfahren ..... - 23 -

1.1.9.3 Psychosoziale Maßnahmen ..... - 23 -
1.1.10 Compliance ..... - 23 -
1.1.11 Komorbiditäten und Komplikationen ..... - 24 -
1.1.11.1 Suizidalität ..... - 24 -
1.1.11.2 Suchterkrankungen ..... - 24 -
1.1.11.3 Vernachlässigung und Delinquentes Verhalten ..... - 25 -
1.2 Die Bedeutung der Schizophrenie für den einzelnen Menschen ..... - 26 -
1.3 Die Bedeutung der Schizophrenie für die Gesellschaft ..... - 26 -
1.4 Psychiatrische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen ..... - 27 -
1.5 Internationaler Forschungsstand zu Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei Schizophrenie ..... - 27 -
2 Fragestellungen ..... - 29 -
2.1 Soziodemographie ..... - 29 -
2.1.1 Alter und Geschlecht ..... - 29 -
2.1.2 Familienstand ..... - 29 -
2.1.3 Bildungsstand ..... - 29 -
2.2 Familienanamnese ..... - 29 -
2.3 Kognitiver Status ..... - 30 -
2.4 Aktuelle Erkrankung und Psychopathologie ..... - 30 -
2.4.1 Diagnostische Kategorien ..... - 30 -
2.4.2 CGI (Clinical Global Impression) ..... - 30 -
2.4.3 Krankheitseinsicht ..... - 30 -
2.4.4 Medikation und Compliance ..... - 30 -
2.5 Krankheitsvorgeschichte ..... - 30 -
2.5.1 Alter bei Krankheitsbeginn ..... - 30 -
2.5.2 Krankheitsdauer ..... - 30 -
2.5.3 Anzahl der stationären Klinikaufenthalte ..... - 30 -
2.6 Komorbiditäten und Komplikationen ..... - 31 -
2.6.1 Suizidalität ..... - 31 -
2.6.2 Suchtvorerkrankungen ..... - 31 -
2.6.3 Vernachlässigung/delinquentes Verhalten ..... - 31 -
3 Methodik ..... - 31 -
3.1 Beschreibung der SEEWOLF-Studie ..... - 31 -
3.1.1 Studiendesign ..... - 32 -

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien ..... - 32 -
3.1.3 Probandengewinnung und Drop-Outs ..... - 32 -
3.1.4 Untersuchungsablauf ..... - 32 -
3.1.5 Untersuchungsinstrumente ..... - 33 -
3.2 Beschreibung der COGPIP-Studie ..... - 35 -
3.2.1 Studiendesign ..... - 35 -
3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien ..... - 36 -
3.2.3 Probandengewinnung und Drop-Outs ..... - 36 -
3.2.4 Untersuchungsablauf ..... - 36 -
3.2.5 Untersuchungsinstrumente ..... - 37 -
3.3 Tabellarische Gegenüberstellung der in den beiden Studien erhobenen Daten. - 38 -
3.4 Statistische Vorgehensweisen ..... - 41 -
4 Ergebnisse ..... - 50 -
EXKURS: Genauere Charakterisierung der SEEWOLF-F2 innerhalb der Gesamt-SEEWOLF-Stichprobe ..... - 50 -
4.1 Deskriptive Ergebnisse von SEEWOLF- und COGPIP-Studie im Vergleich ..... - 52 -
4.2 Einzelne Regressionsmodelle ..... - 55 -
4.3 Finales Regressionsmodell ..... - 56 -
5 Diskussion ..... - 58 -
5.1 Interpretation der Ergebnisse ..... - 58 -
5.1.1 Soziodemographische Variablen ..... - 58 -
5.1.1.1 Alter und Geschlecht ..... - 58 -
5.1.1.2 Familienstand ..... - 59 -
5.1.1.3 Bildungsstand ..... - 60 -
5.1.2 Familienanamnese ..... - 61 -
5.1.3 Kognitiver Status ..... - 61 -
5.1.4 Erkrankung ..... - 63 -
5.1.4.1 Diagnostische Kategorie ..... - 63 -
5.1.4.2 CGI ..... - 63 -
5.1.4.3 Krankheitseinsicht ..... - 64 -
5.1.4.4 Medikation und Compliance ..... - 65 -
5.1.5 Krankheitsvorgeschichte ..... - 67 -
5.1.5.1 Alter bei Krankheitsbeginn ..... - 67 -
5.1.5.2 Krankheitsdauer ..... - 67 -

5.1.5.3 Anzahl der stationären Klinikaufenthalte ..... - 67 -
5.1.6 Komorbiditäten und Komplikationen ..... - 69 -
5.1.6.1 Suizidalität ..... - 69 -
5.1.6.2 Suchtvorerkrankung ..... - 69 -
5.1.6.3 Vernachlässigung/delinquentes Verhalten ..... - 71 -
5.2 Limitationen und methodische Einschränkungen ..... - 72 -
5.3 Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis ..... - 73 -
5.3.1 Forschung ..... - 73 -
5.3.2 Klinik ..... - 74 -
6 Zusammenfassung ..... - 75 -
7 Literaturverzeichnis ..... - 78 -
8 Anhang ..... - 85 -
8.1 Abbildungsverzeichnis ..... - 85 -
8.2 Tabellenverzeichnis ..... - 85 -
8.3 Dokumentationsbögen COGPIP ..... - 86 -
8.3.1 Screening-Bogen t0 ..... - 86 -
8.3.2 AMDP(kurz) ..... - 87 -
8.3.3 Medikationsbogen ..... - 88 -
8.3.4 Operationalisierungsliste Compliance-Beurteilung ..... - 90 -
8.4 Dokumentationsbögen SEEWOLF ..... - 91 -
8.4.1 Anamnesebogen Psychopathologische Untersuchung ..... - 91 -
8.4.2 Angaben aus Patientenakten/Arztbriefen ..... - 116 -
9 Eigene Kurzbiografie ..... - 122 -
10 Danksagung ..... - 122 -

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| AMDP | Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie |
| APA | American Psychiatric Association |
| BDI | Beck-Depressions-Inventar |
| CGI | Clinical Global Impression |
| COGPACK | Computergestütztes kognitives Training |
| COGPIP | Cognitive Determinants of Psychoeducation and Information in Schizophrenic Psychoses |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der vierten Ausgabe |
| F2-Patienten | Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (mit ICD-10-Diagnose von F20-F29) |
| GAF | Global Assessment of Functioning |
| HAWIE | Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene |
| ICD | International Classification of Diseases |
| i.d.L | in der Lebensspanne (das bedeutet zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben des Betreffenden) |
| KVT | Kognitive Verhaltenstherapie |
| MALT | Münchner Alkoholismus Test |
| MMST | Mini Mental Status Test |
| NWF2 | Nicht-Wohnungslose F2-Patienten |
| PANSS | Positive and Negative Syndrome Scale |
| SEEWOLF | Seelische Erkrankungsrate in Einrichtungen der WOhnungsLosenhilFe im Großraum München |
| SKID | Strukturiertes Klinisches Interview zur Diagnosefindung |
| SPM | Ravens Standard Progressive Matrices |
| SPSS | Statistical Product and Service Solutions |
| WAIS-III | Wechsler Adult Intelligence Scale in der dritten Generation |
| WIE | Wechsler Intelligenztests für Erwachsene |
| WF2 | Wohnungslose F2-Patienten |
| WHO | World Health Organisation |
| YLD | Years of life lived with disability |

# 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit will - so wie die beiden verwendeten Studien auch - in keiner Weise zur Stigmatisierung von wohnungslosen Menschen und Menschen mit psychiatrischer Erkrankung beitragen. Im Gegenteil soll diesen Menschen mehr Aufmerksamkeit zuteil werden, um die Versorgungbedürfnisse in prekären Lebenslagen besser zu verstehen.

Aufgrund weniger Vorstudien zu Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei Schizophrenie wird in der vorliegenden Arbeit eine explorative Zielsetzung verfolgt.
Der Einfachheit halber wird die Bezeichnung von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit F2-Patienten abgekürzt, da diese Erkrankungen unter den ICD-10-Diagnosen (International Classification of Diseases) von F20 bis F29 klassifiziert werden.
Die beiden zu vergleichenden Stichproben erhalten ebenfalls Abkürzungen: Die wohnungslosen Probanden aus der SEEWOLF-Studie, die eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis erhielten, werden mit WF2 abgekürzt, was für wohnungslose F2-Patienten steht. Die nicht-wohnungslosen Patienten aus der COGPIP-Studie, die auch alle eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis haben, werden mit NWF2 abgekürzt, was für nicht-wohnungslose F2-Patienten steht. In der COGPIP-Studie wurden keine wohnungslosen Patienten mit Schizophrenie einbezogen.
Also bezieht sich der statistische Vergleich in vorliegender Arbeit auf WF2 aus der SEEWOLF-Studie versus NWF2 aus der COGPIP-Studie.
Auch in zur Diskussion herangezogenen Studien wird in vorliegender Arbeit mit NWF2 und WF2 abgekürzt.

## 1.1 Kurzbeschreibung zu Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

In dieser Ausführung wird ein Überblick über die Erkrankung gegeben, wobei die Punkte genauer ausgeführt werden, die später als zu vergleichende Variablen der beiden Studien in die statistische Auswertung einfließen.

### 1.1.1 Epidemiologie

Weltweit erkrankt etwa eine von hundert Personen mindestens einmal in ihrem Leben an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (Gaebel et al., 2010).
Die Jahresinzidenz liegt, unabhängig vom sozioökonomischen Status bei etwa 0,01%-0,02% (Saha et al., 2006). In Deutschland gibt es etwa 19 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern pro Jahr, was bei 82,7 Millionen Einwohnern circa 15.700 neu diagnostizierte Fälle im Jahr ergibt (Gaebel et al., 2010).
Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2016 in Deutschland 134.232 Patientinnen und Patienten wegen einer schizophrenen Erkrankung vollstationär behandelt (Statistisches Bundesamt, 2017).
Die Durchschnittliche Verweildauer betrug 34,4 Tage im Vergleich zu 21,8 Tagen im Durchschnitt der gesamten stationären Fälle für Psychische und Verhaltensstörungen (F0 bis F99) (Statistisches Bundesamt et al., 2019).

### 1.1.2 Soziodemographische Daten

#### 1.1.2.1 *Alter und Geschlecht*

Die Erkrankung tritt meist erstmals im jungen Erwachsenenalter, zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr auf. Männer erkranken im Schnitt einige Jahre früher, der Erkrankungsgipfel liegt bei ihnen bei 21 Jahren versus 26 Jahren bei Frauen. Veranschaulicht wird dies in Abbildung 1. (Bäuml et al., 2018)

Als Spätschizophrenie wird eine Ersterkrankung nach dem 40. Lebensjahr bezeichnet.

Altersunterschiede bestehen vor allem im unterschiedlichen Erkrankungsalter zwischen den Geschlechtern. Frauen sind im Schnitt 3-4 Jahre älter bei Ersterkrankung als Männer. Ab 40-45, also ab der Menopause, erkranken wesentlich mehr Frauen neu an Schizophrenie als Männer, es kommt somit zu einem 2. Häufigkeitsgipfel. Dies wird erklärt durch einen protektiven Effekt des Östrogens, der dann nachlässt. Diese postmenopausale Schizophrenie verläuft im Schnitt mit stärkerer Symptomatik als bei Männern im gleichen Erkrankungsalter (Bäuml et al., 2018).

Lange ging man von einer Gleichverteilung bei Neuerkrankungen zwischen den Geschlechtern aus. Doch neuere Übersichtsarbeiten weisen einen leicht höheren Anteil bei Männern von 1,14:1 gegenüber Frauen auf (Tandon et al., 2009). Männer erkranken früher und schwerer mit einer schlechteren Prognose. Die prognostischen Einflussgrößen werden im Abschnitt 1.1.7 erläutert.

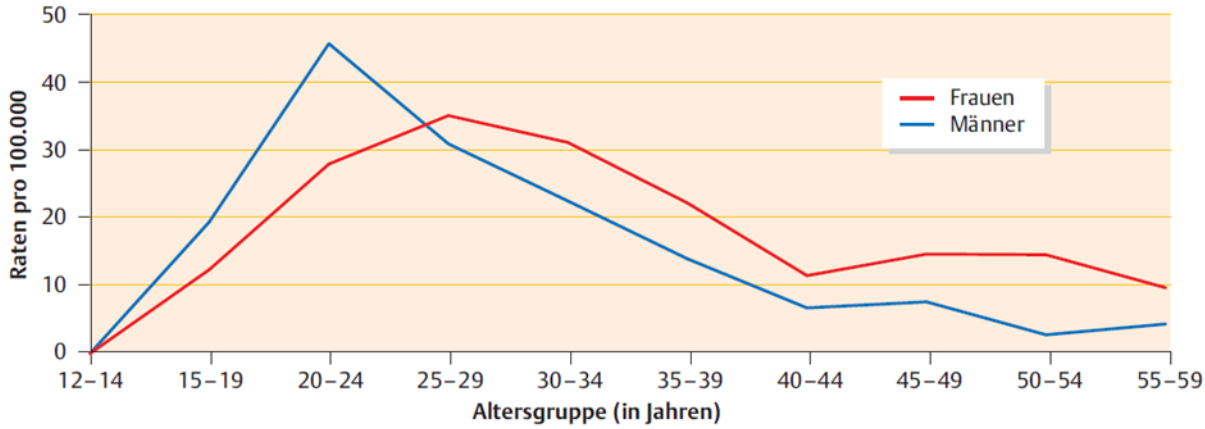



*Abbildung 1: Krankheitsausbruch bei Männern und Frauen in Abhängigkeit vom Alter (Bäuml et al., 2018, S.78)*

#### 1.1.2.2 *Familienstand*

Bei ausgeprägten und chronischen Verläufen bestehen vor allem Beeinträchtigungen im Bereich des kommunikativen Verhaltens und der sozialen Kompetenz. Diese Defizite sind vor allem dafür verantwortlich, dass die meisten der Betroffenen weder verheiratet sind, noch fähig sind, eine stabile Partnerschaft zu führen (Gaebel et al., 2010).

Der Anteil an Alleinstehenden und Geschiedenen ist viel höher als in der Allgemeinbevölkerung (Bäuml et al., 2018).

#### 1.1.2.3 *Bildungsstand*

F2-Patienten erleben oft die ersten Symptome in der Jugend und der Zeit, in der andere ihren Schulabschluss machen und in weiterführender Ausbildung sind. Häufig führt dies zu Abbrüchen im jeweiligen Ausbildungsabschnitt. Gründe hierfür sind kognitive Defizite und Leistungsminderungen, depressive Verstimmungen oder persistierende psychotische Wahrnehmungen, die zu sozialem Rückzug führen (Gaebel et al., 2010).

Vor allem bei chronischem Krankheitsverlauf bestehen für die Erkrankten wenige Chancen auf einen Abschluss wegen persistierender psychotischer Symptome, kognitiven Beeinträchtigungen und verflachtem Affekt (Gaebel et al., 2010). Dies prägt nachhaltig den Werdegang der Betroffenen: Nur für einen kleinen Teil ist eine nicht-subventionierte Erwerbstätigkeit möglich (Gaebel et al., 2010).

Ein höheres Bildungsniveau hingegen ist assoziiert mit einem besseren Ansprechen auf Therapie. Menschen mit einer höheren Schulbildung hatten bei Teilnahme an Psychoedukation einen signifikant höheren Wissensstand bezüglich ihrer Erkrankung als die anderen (Pitschel-Walz et al., 2013).

### 1.1.3 Familienanamnese

Eine positive Familienanamnese ist mit einem früheren Erkrankungsbeginn und einem schlechteren Krankheitsverlauf verbunden (Möller et al., 2006). Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, besteht ein klarer Zusammenhang des Erkrankungsrisikos zum Grad der Verwandtschaft. Kinder, von denen ein Elternteil erkrankt ist, erkranken zu circa 13%. Wenn beide Elternteile betroffen sind, sind es schon 46%. Die Erkrankungsrate bei zweieiigen Zwillingen liegt bei 17%. Die Tatsache, dass auch in Adoptionsstudien bei eineiigen Zwillingen nur 48% Konkordanz besteht, legt nahe, dass die Ursache nicht rein genetisch sein kann. (Bäuml et al., 2018)

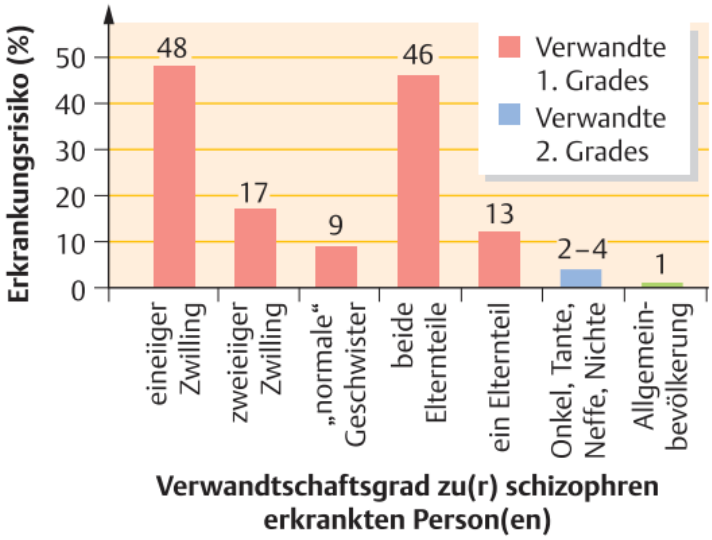



*Abbildung 2: Risiko für schizophrene Erkrankungen in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad (Bäuml et al., 2018, S.79)*

Adoptionsstudien unterstreichen die Bedeutung des familiären Umfelds: Kinder von nicht erkrankten biologischen Eltern, die bei einem Adoptivelternteil mit schizophrener Erkrankung aufwachsen, haben gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein stark erhöhtes Risiko von 10,7%, später selber zu erkranken (Wender et al., 1974). Umgekehrt erkranken Kinder mit mindestens einem schizophren erkrankten Elternteil auch bei gesunden Adoptiveltern später in etwa 20% der Fälle an einer Schizophrenie.

### 1.1.4 Ätiologie

Als Erklärungsmodell ist das multifaktorielle Modell etabliert, bei dem eine Vielzahl an Faktoren zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beteiligt sind. Wichtige Faktoren sind eine höhere genetische Belastung, biochemische und hirnmorphologische Befunde, neuropsychologische und kognitive Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, Drogenkonsum, Geburtskomplikationen, Infektionen und psychosoziale Einflüsse (Remschmidt et al., 2011).

Gemäß dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell kommt es erst in Interaktion mit psychosozialen Stressfaktoren zum Überschreiten der sehr unterschiedlichen kritischen Grenze und somit zur Manifestation der Erkrankung. Diese Stressfaktoren können sehr unterschiedlicher Natur sein: Probleme in der Konfliktlösung, stressige Interaktion in Familie und nahem sozialen Umfeld und Live-Events wie Prüfungen und Schicksalsschläge. Rein statistisch treten 90% der Erkrankungen sporadisch auf, das heißt ohne erkennbare weitere Fälle von schizophrenen Erkrankungen in der Familie. Gleichzeitig geht man davon aus, dass bei circa 90% aller Erkrankungen genetische Faktoren beteiligt sind. (Bäuml et al., 2018) Demzufolge ist bei Verwandten von schizophren Erkrankten das Erkrankungsrisiko eindeutig erhöht, wie in 1.1.3 ausgeführt.

In molekulargenetischen Studien ließen sich keine Dispositionsgene identifizieren, also Gene, die eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit besitzen. Deshalb wird von einem polygenen Erbgang ausgegangen, was bedeutet, dass bei vielen beteiligten Genen jedes Gen nur einen kleinen Teil zum Erkrankungsrisiko beiträgt (Remschmidt et al., 2011).

Geburtskomplikationen im Sinne von Sauerstoffmangel erhöhen das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, um den Faktor vier. Zudem scheinen Infektionen, Mangelernährung und niedrigere Umgebungstemperaturen während der Schwangerschaft sich negativ auszuwirken.

Welche biochemischen Befunde welchen psychopathologischen Symptomen zugrunde liegen, ist noch nicht sicher geklärt. Symptome sind assoziiert mit Dysbalancen verschiedener Neurotransmittersysteme, die vor allem Dopamin, Serotonin und Glutamat betreffen. Die von Carlson und Snyder Anfang der 70er Jahre formulierte Dopaminhypothese hat hierbei immer noch die größte Bedeutung.

Dieser zufolge liegt eine dopaminerge Überfunktion (D 2-Rezeptoren) in den mesolimbischen Bahnen vor, die zu Positivsymptomen führt und eine Unterfunktion (D 1-Rezeptoren) in den mesofrontalen Bahnen, die zu Negativsymptomen führt. (Bäuml et al., 2018)

Die hirnmorphologisch auffälligen Volumenminderungen, die vor allem die graue Substanz der limbischen Regionen, des Assoziationskortex und subkortikale Strukturen betreffen, wurden in zahlreichen (vor allem) MRT-kontrollierten Studien beschrieben. Zudem haben Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis häufig erweiterte Seitenventrikel und einen vergrößerten III. Ventrikel. (Remschmidt et al., 2011)

Schmitt et al gehen hier nicht von einem rein neurodegenerativen Vorgang als Ursache der Volumenminderung aus: Bei Ersterkrankung finden sich meist schon strukturelle Veränderungen im Sinne einer neuronalen Entwicklungsstörung, hinzu kommt jedoch im Erkrankungsverlauf die Volumenminderung. Diese dynamischen Veränderungen sprechen für einen Neurodegenerativen Prozess. Laborchemisch finden sich verminderte synaptische Proteine, welche im

neuronalen Netzwerk zu einer Konnektivitätsstörung im Sinne einer „funktionellen Degeneration“ führen könnten (Schmitt et al., 2010).
Die Hypofrontalität entspricht einer frontalen Minderperfusion, die anhand des Glukoseumsatzes mittels PET gemessen wird. Sie ist vermehrt mit chronischen Verläufen, Defizitsymptomen, psychomotorischer Verlangsamung und kognitiven Störungen verbunden. Ursächlich könnte eine frontale dopaminerge Unteraktivität sein (Bäuml et al., 2018).
Neuropathologische Auffälligkeiten wurden in post-mortem Studien identifiziert und finden sich vor allem im Bereich des limbischen Systems: Beschrieben wurden hier Volumen- und Zellzahlminderungen. Außerdem wurden in Präparaten von schizophren Erkrankten Auffälligkeiten der weißen Substanz und eine Verminderung der neuronalen Zellzahl gefunden (Remschmidt et al., 2011).
Crow untersuchte in einer Längsschnittstudie Menschen, die als Erwachsene eine psychotische Erkrankung entwickelten. In Ihrer Kindheit fanden sich in vielen Bereichen niedrigere Leistungen, als bei denjenigen, die später keine Schizophrenie entwickelten: schulisch, kognitiv, sozial, körperlich (z. B.schlechtere Koordination) (Crow, 1995).
Zwischen prämorbiden Persönlichkeitsmerkmalen im Sinne einer schizoiden Persönlichkeitsstörung und der späteren Entwicklung einer Schizophrenie ließ sich kein Zusammenhang herstellen. Circa 40% der Angehörigen von schizophren Erkrankten leiden an einer der sogenannten Spektrumserkrankungen wie Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Suchtproblemen.

### 1.1.5 Diagnostik

Die Grundpfeiler der Diagnostik sind eine ausführliche Anamnese, der psychopathologische Befund und der Ausschluss körperlicher Ursachen für die Symptome wie zum Beispiel eine Hyperthyreose oder Hypoglykämien.
In der Anamnese sollte besonderes Augenmerk auf die biographische und soziale Anamnese, die Substanzmittelanamnese, die somatische Anamnese sowie die Familienanamnese gerichtet werden. Auch sollten Vorerfahrungen in der Behandlung erfragt werden sowie Präferenzen und Wünsche bezüglich diagnostischer und therapeutischer Optionen. Auch sollte der Wunsch oder die Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen eruiert werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
Bei jeder Ersterkrankung sollen folgende Untersuchungen angeboten und möglichst vollständig durchgeführt werden: Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung mit Bestimmung von Gewicht, Körpergröße, der Temperatur, des Blutdrucks und des Pulses. Zudem sollten im Labor Blut und Urin untersucht werden: Zu der Blutuntersuchung gehört ein Differentialblutbild, die Bestimmung des Nüchternblutzuckers und gegebenenfalls des HbA1c, der Leber- und Nierenwerte, der Elektrolyte (Natrium, Kalium, Calcium), der Entzündungsparameter (BSG und CrP), der Schilddrüsenparameter (initial TSH), sowie ein Drogenscreening im Urin. Auch sollte eine strukturelle Bildgebung des Gehirns mit kraniellem MRT durchgeführt werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
Eine objektive Erfassung der Symptomatik ist anhand folgender Diagnoseinstrumente möglich: Das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) ermöglicht die standardisierte Erfassung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes (Bobon et al., 2012); die PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)

misst die Schwere der Symptome bei Schizophrenie und wird vor allem im Verlauf einer Behandlung verwendet, um den Therapieerfolg abzuschätzen (Kay et al., 1987).
Die CGI (Global Clinical Impression) ist ein bewährtes Instrument zur Erfassung krankheitsübergreifender klinischer Globalurteile. Es wurde in den 1990er Jahren in den USA in der Forschung zur Nutzen-Risiko-Bewertung der medikamentösen Schizophreniebehandlung entwickelt (Bäuml et al., 2017). Welche Items verwendet wurden, wird unter der Beschreibung der Untersuchungsinstrumente im Methodenteil erklärt (3.1.5 und 3.2.5).
Abbildung 3 gibt Aufschluss über die Diagnosekriterien für schizophrene Psychosen. Für eine Diagnose nach ICD-10 müssen die Symptome für einen Monat vorliegen, während nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der vierten Ausgabe) erst nach sechs Monaten Symptompermanenz eine Diagnose gestellt wird. Ansonsten sind die beiden Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV relativ ähnlich.

**Diagnosekriterien für schizophrene Psychosen nach ICD-10.**

| Gruppe | Symptom |
|---|---|
| 1 | Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung (Ich-Störungen) |
| 2 | Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen (inhaltliche Denkstörungen) |
| 3 | kommentierende oder dialogisierende Stimmen sowie aus einem anderen Teil des Körpers kommende Stimmen (Wahrnehmungsstörungen) |
| 4 | anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn (inhaltliche Denkstörungen) |
| 5 | anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität (Wahrnehmungsstörungen), begleitet von flüchtigen Wahngedanken oder überwertigen Ideen (inhaltliche Denkstörungen) |
| 6 | Gedankenabreißen, Einschiebungen in den Gedankenfluss, Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen (formale Denkstörungen) |
| 7 | katatone Symptome: Erregung, Haltungsstereotypien, Flexibilitas cerea („wächserner" Muskeltonus), Negativismus, Mutismus, Stupor |
| 8 | Negativsymptomatik: Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt, sozialer Rückzug, verminderte soziale Leistungsfähigkeit (nicht durch Depression oder Antipsychotika verursacht) |
| 9 | eindeutige und durchgängige Veränderung des Verhaltens: Ziellosigkeit, Trägheit, in sich selbst „verlorene" Haltung, sozialer Rückzug (> 1 Jahr) |

*Aus den **Gruppen 1–4** muss mind. 1 Symptom eindeutig (2 oder mehr, wenn weniger eindeutig), oder aus den **Gruppen 5–8** müssen mind. 2 Symptome vorhanden sein.*
*Die Symptome müssen **fast ständig** während **1 Monats oder länger** vorgelegen haben. Bei kürzerer Manifestationsdauer kommt die Diagnose „Akute schizophreniforme psychotische Störung" (F23.2, S. 99) in Betracht.*
*nach WHO/Dilling: Taschenführer zur ICD-10, 6. A., Huber, 2012*

*Abbildung 3: Diagnosekriterien für schizophrene Psychosen nach ICD-10 (Bäuml et al., 2018, S.84)*

Die psychotischen Störungen, die unter F21 bis F29 zusammengefasst werden, weisen ähnliche Symptome wie die Schizophrenie (ICD-10 F20) auf. Diese sind jedoch psychopathologisch entweder nicht voll ausgeprägt, kombiniert mit anderen Symptomen, oder sie treten nur unter besonderen Bedingungen auf. Hier soll ein Überblick über die häufigsten Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis gegeben werden.
Die anhaltendende wahnhafte Störung (F22) ist gekennzeichnet durch einen sich sukzessive steigernden und in eine persistierende Form übergehenden Wahn, der wenig bizarr ist; Denkzerfahrenheit, Halluzinationen und Negativsymptome kommen hierbei kaum vor (Bäuml et al., 2018).
Eine akute schizophreniforme Störung (F23.2) besteht bei schizophrenietypischen Symptomen, die weniger als einen Monat andauern. Persistieren sie weiter, muss die Diagnose zu F20 verändert werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
Bei der schizoaffektiven Psychose (F25) müssen akut schizophrene und depressive bzw. manische Symptome mit annähernd gleicher Intensität auftreten. Halluzinationen und Wahn

müssen für mindestens zwei Wochen vorgekommen sein; psychotische und affektive Symptome müssen hierbei nicht gleichzeitig vorliegen, sondern können auch zeitlich versetzt auftreten (Bäuml et al., 2018).
Unter F29 werden nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychosen zusammengefasst.
Zu den Häufigkeiten der jeweiligen Diagnosen gelten allgemein betrachtet folgende Angaben:
Die Schizophrenie (F20) mit ihren Unterformen (F20.0 bis F20.8) macht circa 70% aus.
F25 ist mit 25-30% die am zweithäufigsten vergebene Diagnose.
Alle anderen sind vergleichsweise selten (Bäuml et al., 2018).
In den beiden in vorliegender Arbeit betrachteten Studien wurden insgesamt vier verschiedene Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis vergeben: F20, F22, F25, F29.

### 1.1.6 Symptomatik

Die Schizophrenie ist eine sehr schwere Erkrankung mit dem Kernsyndrom aus Wahn, Sinnestäuschungen und Denkstörungen sowie einer grundlegenden Störung des Denkens bis zum kompletten Realitätsverlust (Häfner, 2018). Es kommt zu Beeinträchtigungen des Denkens, der Sprache, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Ich-Funktionen, der Affektivität und der Psychomotorik. Im Verlauf entwickeln sich oft kognitive und soziale Defizite. Außer bei extremen Formen sind Bewusstsein und Orientierung in der Regel nicht beeinträchtigt (Bäuml et al., 2018).
Im Folgenden soll ein Überblick über die Symptombereiche gegeben und einige psychopathologische Befunde erläutert werden.

#### 1.1.6.1 *Psychiatrisch-Kognitiver Bereich*

*Formales Denken*

Das formale Denken schizophren erkrankter Patienten ist häufig zerfahren. Der Gedankenablauf ist nicht zusammenhängend, nicht logisch oder in seiner Geschwindigkeit beeinträchtigt, was sich häufig in sprachlichen Störungen äußert (Remschmidt et al., 2011). Als Vorbeireden bezeichnet man es, wenn die Patienten auf Fragen nicht adäquat antworten, sondern oft völlig andere Sachverhalte verbalisieren, die nicht Inhalt der Frage waren. Schwere Formen sind der Paragrammatismus, wobei es zu einem gestörten Satzbau kommt, und die Schizophasie, wobei nur noch ein Wortsalat erzeugt wird (Bäuml et al., 2018).

*Sprache*

Störungen der Sprache sind meist eine Folge der formalen Denkstörungen. Es kann zu einer Logorrhoe, also einem gesteigerten Redefluss, sowie zu Mutismus im Sinne von Wortkargheit oder Schweigsamkeit kommen. Sperrung bedeutet die Schwierigkeit des Patienten, überhaupt einen Gedanken in Worte fassen zu können und ihn auszusprechen. Unter Gedankenabreißen ist der Abbruch des Redeflusses mitten im Satz zu verstehen. Weitere Phänomene sind Echolalie, wobei der Erkrankte unreflektiert Gehörtes nachspricht und Verbigeration, wobei oft unsinnige Inhalte in meist stereotypem Tonfall wiederholt werden. Zudem kommt es zu Wortneuschöpfungen, sogenannten Neologismen (Bäuml et al., 2018).

*Affektivität*

Schizophren Erkrankte leiden häufig unter einer Affektverflachung, die vor allem oft durch quälende Gefühlsleere, Gleichgültigkeit und verminderte emotionale Empfänglichkeit gekennzeichnet ist. Hinzu kommt häufig eine Anhedonie, also die Unfähigkeit, Freude oder Lust zu empfinden. Der inadäquate Affekt erkrankter Personen fällt häufig durch Parathymie auf, wobei die Art des affektiven Ausdrucks nicht zum Inhalt des Erzählten passt (Bäuml et al., 2018).

Depressive Beschwerden treten bei rund 50% aller akuten und bei 10% aller chronischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Frauen sind hiervon stärker betroffen (Leung et al., 2000). Diese depressiven Symptome haben eine große klinische Bedeutung, da ihr Vorhandensein mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert ist (Caldwell et al., 1990).

An der Heiden et al identifizierten außerdem eine positive Korrelation zwischen depressiven Symptomen während der Psychose und der Rückfallwahrscheinlichkeit. Mehr depressive Symptome führten zu mehr Krankenhausaufnahmen und längeren Aufenthalten (An der Heiden et al., 2005).

*Wahrnehmung*

Illusionen sind Verkennungen realer Objekte, basierend auf einem objektiven optischen Reiz. Dem gegenüber stehen Halluzinationen, die ohne realen äußeren Sinnesreiz entstehen. Dies sind Sinnestäuschungen auf verschiedenen Sinneskanälen. (Remschmidt et al., 2011). Bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kommt es bei 70% der Betroffenen zu akustischen Halluzinationen in Form von Stimmen und Geräuschen (Waters et al., 2012). Es können dialogisierende Stimmen gehört werden oder solche, die dem Erkrankten Befehle erteilen (imperativ), das Handeln des Erkrankten kommentieren oder ihn beschimpfen (Bäuml et al., 2018). Das Gedankenlautwerden bezeichnet das Hören der eigenen Gedanken, wobei der Erkrankte der Auffassung ist, jeder könne seine Gedanken mithören. Als Akoasmen bezeichnet man das Hören bedeutsamer Geräusche ohne entsprechenden Reiz, wie z.B. Bellen, Atmen oder Schlürfen. Optische Halluzinationen sind selten bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, sie sind eher typisch bei organischen Psychosen, vor allem bei Drogenabusus. Körperhalluzinationen sind Wahrnehmungen taktiler Art wie Berührungen, Brennen auf der Haut oder Lageveränderungen von Körperteilen, die sich anfühlen, als seien sie „von außen gemacht“. Olfaktorische und gustatorische Halluzinationen sind meist im Rahmen eines Wahns empfundene unangenehme Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen wie Gasgeruch oder der Geschmack von Gift (Bäuml et al., 2018).

*Inhaltliches Denken*

Im Abschnitt *Inhaltliches Denken* wurden ausschließlich Informationen aus (Bäuml et al., 2018) verwendet.

Wahnsymptome sind inhaltliche Denkstörungen, die 90% aller Erkrankten mindestens einmal erleben. Dennoch sind sie nicht pathognomonisch für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Eine Wahnvorstellung ist eine unkorrigierbare falsche Überzeugung, an der der Erkrankte trotz Unvereinbarkeit mit der Realität festhält. Die Inhalte des Wahns sind sehr vielfältig und beeinflusst durch die Biographie und die Lebensumstände des Erkrankten. Die häufigsten Wahnformen sind Beeinträchtigungs-, Verfolgungs- und Beziehungswahn. Als

Wahnstimmung bezeichnet man die angespannte Stimmung, bevor der eigentliche Wahn beginnt. Ein Wahneinfall ist ein plötzliches Auftreten wahnhafter Überzeugungen. Als Paramnesien bezeichnet man Wahnerinnerungen, bei denen ein Patient aufgrund aktueller Wahnvorstellungen vermeintliche Erlebnisse aus der gesunden Vergangenheit als für ihn subjektiv zutreffende Tatsache wiedergibt. Eine Wahnwahrnehmung ist eine Fehlinterpretation realer Sinneseindrücke: Der Betroffene nimmt sie als Zeichen, Hinweis, Warnung oder Aufforderung an sich wahr. Als systematisierten Wahn bezeichnet man ein Wahnsystem aus einzelnen Wahnideen, das vor allem bei länger persistierenden Wahnsymptomen entsteht.

*Ich-Störungen*

Für den Abschnitt *Ich-Störungen* wurden ausschließlich Informationen aus Bäuml (2019) verwendet.

Viele Erkrankte fühlen sich von außen beeinflusst, in ihrem Willen manipuliert oder fremd gesteuert wie eine Marionette oder ein Roboter. Die Unantastbarkeit des eigenen „Ich“ ist nicht mehr gegeben, die Abgrenzung zur Umwelt beeinträchtigt. Deutlich wird dies bei folgenden Befunden: Gedankenausbreitung heißt, dass die eigenen Gedanken sich ausbreiten und für alle hörbar sind. Gedankeneingebung beinhaltet die Manipulation der eigenen Gedanken von außen und Gedankenentzug der Abzug eigener Gedanken, was bei vielen Betroffenen zum Gefühl der Gedankenverarmung führt.

Weitere Ich-Störungen sind Derealisation, wobei die Umwelt seltsam und unwirklich erscheint und Depersonalisation, wobei der eigene Körper oder Körperteile als fremd oder als nicht zu einem selbst gehörend empfunden werden.

*Kognition*

Klassisch kommt es zur Beeinträchtigung in den Bereichen Aufmerksamkeit und Vigilanz, Lernen und Gedächtnis, sowie der sozialen Kognition, also der korrekten Interpretation von sozialen Situationen (Bäuml et al., 2018). Außerdem sind höhere Funktionen beeinträchtigt, die nötig sind, um Handlungen unter Berücksichtigung der bestehenden Umstände zu planen und zu steuern, die sogenannten Exekutivfunktionen. Letztlich können alle kognitiven Funktionen beeinträchtigt sein, bei vielen Betroffenen auch schon vor der erstmaligen Manifestation der Erkrankung, in der sogenannten Prodromalphase (Gaebel et al., 2010).

Von allen Symptombereichen sind die kognitiven Beeinträchtigungen am stärksten mit der verminderten sozialen Funktionsfähigkeit verknüpft und sind somit von großer klinischer Bedeutung. Maßgeblich beeinflusst werden hierdurch die Chancen auf eine selbstständige Lebensführung, Ausbildung und Berufstätigkeit (Gaebel et al., 2010).

Das prämorbide Intelligenzniveau ist bei erkrankten Personen einige Punkte unter dem Niveau nicht erkrankter Personen. Die Anzahl von Bildungsabschlüssen, vor allem Abitur und akademische Abschlüsse, sind deutlich seltener als bei nicht erkrankten Personen (Häfner et al., 1995).

Der prämorbide IQ, das Vorliegen von Negativsymptomen und das Erkrankungsalter zeigten sich in der Studie von Akiyama et al. (2016) als die wichtigsten Faktoren für die kognitive Leistungsfähigkeit während der Erkrankung.

Der Kognitive Status wird in vorliegender Arbeit mit dem Global-IQ angegeben. Er beeinflusst maßgeblich den Wissenszuwachs nach Psychoedukation. Außerdem sind kognitive

Beeinträchtigungen mit mangelnder Krankheitseinsicht verbunden und oft Prädiktor einer schlechten Compliance (Pitschel-Walz et al., 2013). Aus einer Metaanalyse von Heinrichs und Zakzanis (1998) geht hervor, dass eine Schizophrenie in 80% aller Fälle mit kognitiven Einschränkungen verbunden ist.
Einer 2015 in Schweden von Kendler et al. durchgeführten Studie zufolge besteht eine umgekehrt lineare Beziehung zwischen dem IQ und dem Risiko an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis zu erkranken. Das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, steigt um 3,8% an für jeden IQ-Punkt weniger. Als besonders stark wurde der Zusammenhang bei niedrigem IQ beschrieben. Besonders bei gleicher genetischer Belastung, also erhöhtem familiären Risiko, ist das Krankheitsrisiko bei einem höheren IQ niedriger. Folglich wirkt ein hoher IQ protektiv, er schwächt die Risikofaktoren für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ab (Kendler et al., 2015).

#### 1.1.6.2 *Psychovegetative Symptome*

*Psychomotorik*

Im Abschnitt *Psychomotorik* werden ausschließlich Informationen aus Bäuml (2018) verwendet.
Psychomotorische Auffälligkeiten, sogenannte katatone Symptome, kommen in Form von Hypo- und Hyperphänomenen, also jeweils in Form von verminderter oder gesteigerter Motorik vor.
Befunde für Hypophänomene sind Stupor, wobei es zum kompletten Aussetzen von Sprechen und Bewegung bei klarem Bewusstsein kommt, sowie Negativismus, wobei eine Aufforderung von außen gegensätzlich ausgeführt wird. Eine Katalepsie ist das Beibehalten passiv vorgegebener, auch unbequemer Körperhaltungen über einen langen Zeitraum. Unter Haltungsstereotypie versteht man das „eingefrorene“ Verharren in einer bestimmten Körperhaltung, auch trotz Änderungsversuchen von außen.
Unter Hyperphänomenen sind vor allem Erregungszustände zu verstehen, bei welchen es zu starkem Bewegungsdrang kommt, der von außen sinn- und zwecklos erscheint. Die starke psychomotorische sowie sprachliche Unruhe wirkt sich in Form von Gestikulieren, Laufen, Rennen, Schreien, Schlagen etc. aus. Dies kann sich bis zum Raptus steigern, dem Zustand katatoner Erregung, wobei der Betroffene tobt, schreit, gegen Türen und Wände läuft und dabei sich und andere gefährden kann.
Bewegungs- und Sprachstereotypien sind das anhaltende Wiederholen von Bewegungen und verbalen Äußerungen, welche keinen Sinn erkennen lassen. Echopraxie bezeichnet das ständige sinnlose Nachahmen von Bewegungen und Handlungen von Menschen aus der Umgebung. Unter Manierismen versteht man bizarre Ausführungen alltäglicher Handlungen, vor allem inadäquates mimisches Ausdruckverhalten wie Grimassieren.

*Vegetative Störungen*

Vegetative Symptome treten bei Erkrankten meist episodisch auf und häufig wechseln sich Hypo- und Hyperfunktion der entsprechenden vegetativen Funktionen ab. Betroffen sind Herzfrequenz, Gefäßwiderstand, Speichelproduktion, Verdauung, Urinmenge, Durst, Libido, Potenz und Schlaf-Wachrhythmus. Sie sind als Epiphänomene der zentral-nervösen Regulationsstörung zu sehen (Bäuml et al., 2018).

#### 1.1.6.3 *Sozialverhalten*

Die soziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen wird maßgeblich durch kognitive Einschränkungen beeinflusst. Dies führt häufig zu einer reduzierten Fähigkeit, ein selbstständiges Leben zu führen, eine Ausbildung abzuschließen, berufstätig zu sein sowie soziale und partnerschaftliche Kontakte zu pflegen (Gaebel et al., 2010). Lediglich 25% der Betroffenen arbeiten (Bäuml et al., 2018).

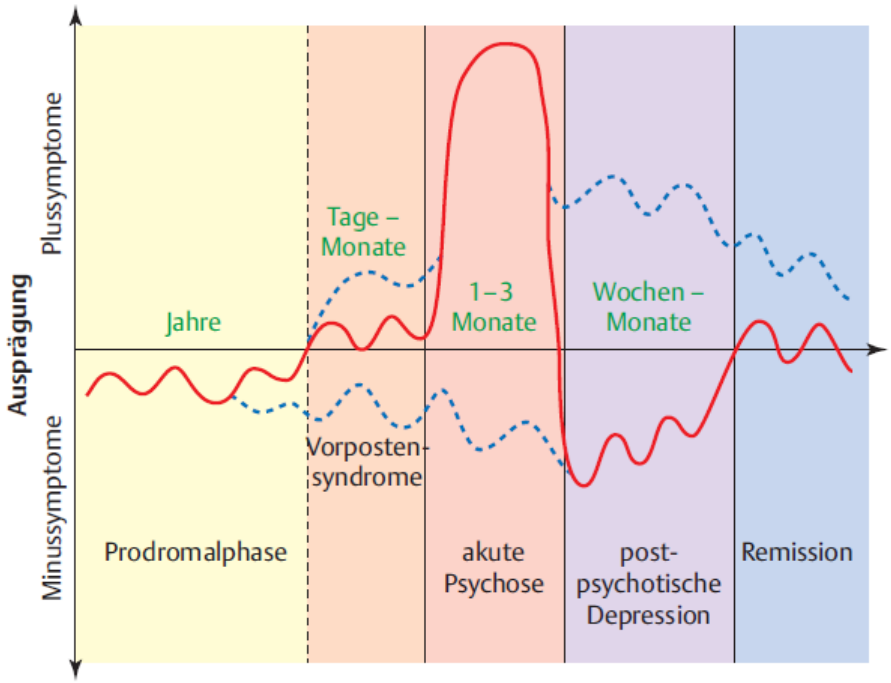
Der wichtigste Prädiktor für den sozialen Status nach der ersten psychotischen Phase ist der soziale Status während der Prodromalphase (Häfner et al., 1995).

Menschen, die an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt sind, stammen häufiger aus den unteren sozialen Schichten. Dies liegt jedoch nicht am häufigeren Auftreten der Erkrankung in diesen Schichten, sondern am sozialen Abstieg nach Erkrankungsbeginn. Dies bezieht sich besonders auf Ausbildung, Beruf, Einkommen und Wohnsituation (Bäuml et al., 2018).

### 1.1.7 Krankheitsverlauf und Prognose

Generell kommt es zu sehr unterschiedlichen Verläufen mit verschiedenen dominierenden Symptomen und starker individueller Variation.

Bei circa drei Viertel der Erkrankten treten fünf Jahre vor Beginn der psychotischen Symptome bereits unspezifische psychische Veränderungen auf. Diese kennzeichnen das Prodromalstadium. Rückblickend berichten Erkrankte von Ruhelosigkeit und depressiven Symptomen wie Ängsten, Konzentrationsstörungen, Energielosigkeit und Selbstzweifel. Damit verbunden waren oft Leistungsabfälle in Schule und Beruf und Rückzug aus sozialen Kontakten (Häfner et al., 1995). Wie in Abbildung 4 veranschaulicht, dominieren zu Beginn der akuten Erkrankung meist Plus- oder Positivsymptome. Dies sind eigenartige Phänomene, die beim Gesunden nicht vorhanden sind wie ein inadäquat gesteigerter oder unangemessen flacher Affekt, angespannte Stimmung, Wahnvorstellungen, akustische Halluzinationen und Gedankeneingebungen. Nach dem akuten Schub lassen die Symptome meist wieder nach. Bei einem Teil der Erkrankten bleibt eine Restsymptomatik bestehen (Bäuml et al., 2018). Im Anschluss an die akute Erkrankung finden sich vor allem Minus oder Negativsymptome. Darunter lässt sich das Fehlen gesunder psychischer Funktionen im Sinne eines verminderten Antriebes und flachen Affektes verstehen.




In einem Drittel der Fälle führt eine konsequente Behandlung nach der ersten Episode zu einer Heilung ohne Restsymptomatik. Eine Restsymptomatik bleibt bei circa weiteren 40% erhalten. Circa 10-30% der Patienten erleiden mit jeder Episode eine Zunahme der Restsymptomatik (Bäuml et al., 2018).

*Abbildung 4: Typischer Verlauf von Plus- und Minussymptomatik (Bäuml et al., 2018, S.94)*

*Prognostische Einflussgrößen:*
Ein akuter Beginn mit Positivsymptomen ist prognostisch günstiger als ein schleichender Beginn mit Negativsymptomen. Bei einem akuten Beginn ist auch meist die DUP (Duration of untreated Psychosis) kürzer, da die Symptome deutlicher sind und den Patienten und seine Angehörigen eher dazu zwingen, Hilfe anzufordern (Bäuml et al., 2018).
Eine konsequente Therapie mit Antipsychotika reduziert die Rückfallwahrscheinlichkeit um 50%. Weitere Faktoren, die mit einer günstigen Prognose verbunden sind, sind das Vorliegen von ausgeprägten affektiven Symptomen, das weibliche Geschlecht, ein später Krankheitsbeginn, eine hohe Schulbildung, eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, eine Partnerbeziehung, eigene Kinder, eine prämorbid unauffällige Persönlichkeitsstruktur, ein fehlender Drogenkonsum, eine intakte Primärfamilie, hohe soziale Kompetenz und eine gute Compliance. Zudem gilt das Leben in einem Entwicklungsland als prognostisch günstig, möglicherweise aufgrund geringerer gesellschaftlicher Leistungsansprüche (Bäuml et al., 2018).

Krankheitseinsicht
Mangelnde Krankheitseinsicht ist ein Hauptmerkmal psychotischer Erkrankungen („Anosognosie“). Viele Erkrankte denken, sie wären nicht krank, begründen ihre Symptome mit anderen Ursachen oder halten eine Behandlung für unnötig (Carroll et al., 1999). Eine bessere Krankheitseinsicht korreliert positiv mit der Compliance und umgekehrt mit einem Substanzabusus, das heißt, dass Patienten mit einer besseren Krankheitseinsicht seltener an einem Substanzabusus leiden. Gestörte Exekutivfunktionen korrelieren nicht mit einer schlechten Krankheitseinsicht (Sanz et al., 1998).

### 1.1.8 Lebenserwartung

Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis haben eine zwei- bis dreifach höhere Mortalitätsrate als die Allgemeinbevölkerung. Dies entspricht einer Reduktion der Lebenserwartung um 15-20 Jahre (Laursen et al., 2012). Trotz hoher Suizidraten von circa 8% (Bäuml et al., 2018). ist die Lebenserwartung vor allem wegen natürlicher Todesursachen verringert, die sich in 4 Gruppen einteilen lassen, wie Larsen et al. 2012 in einer Metaanalyse herausfanden: Als wichtigster Grund zählen ungesunde Lebensgewohnheiten wie schlechte Ernährung, Nikotin- und- Alkoholabusus und wenig Bewegung, die das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen erhöhen. Als zweitwichtigster Grund wurden die Nebenwirkungen antipsychotischer Medikamente genannt. Drittens treten somatische Erkrankungen gehäuft auf, werden bei diesen Patienten aber besonders unzureichend behandelt. Zuletzt ist die Suizidrate erhöht und Unfälle kommen gehäuft vor (Laursen et al., 2012).

### 1.1.9 Therapie

Die Schizophrenie bedarf einer umfassenden Behandlung aus Medikation, Psychoedukation, gezielter Psychotherapie mit Einbeziehung der Angehörigen und einer umfassenden psychosozialen Versorgung mit Rehabilitation.
Laut S3-Leitlinie ist das Behandlungsziel ein Mensch, der – von Krankheitssymptomen weitgehend frei – sein Leben selbstbestimmt führen kann und therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Risiko und Nutzen abwägen kann (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
Im Folgenden sollen die einzelnen Therapieverfahren etwas genauer erläutert werden.

#### 1.1.9.1 *Pharmakotherapie*

Eine Pharmakotherapie mit Antipsychotika (Neuroleptika) bildet sowohl in der Akut- als auch in der Langzeittherapie der Patienten die Grundlage eines wirksamen Gesamtbehandlungskonzeptes.
Zu Beginn der Pharmakotherapie soll der Patient über die akuten und langfristigen Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt werden und in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
In der Praxis werden vorzugsweise die neuen (atypischen) Antipsychotika der 2. Generation eingesetzt, die gegenüber der älteren Generation vor allem weniger extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen erzeugen. Beispielhaft seinen hier Risperidon, Amisulprid, Aripiprazol, Asenapin, Ziprasidon, Cariprazin, Clozapin, Olanzapin und Quetiapin genannt. Manche dieser Präparate zeigen auch eine bessere Wirkung auf Negativsymptome. Die Nebenwirkung Gewichtszunahme mit gehäuftem Vorkommen eines metabolischen Syndroms treten jedoch bei den alten (typischen) hochpotenten Antipsychotika seltener auf. Beispiele hierfür sind Haloperidol, Glenperidol, Flupentixol oder Fluspirene und Melperon sowie Dipiperon (Bäuml et al., 2018).
Grundsätzlich ist eine Monotherapie anzustreben, da es bisher keinen Nachweis einer besseren Wirksamkeit für eine Kombitherapie gibt, jedoch mehr Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen auftreten können (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019). Allerdings kann nicht verschwiegen werden, dass in mehr als 50% der klinischen Fälle auf eine Kombitherapie zurückgegriffen werden muss, da eine ausschließliche Monotherapie

entweder nicht ausreichend wirkt oder in der erforderlichen Dosis mit nicht akzeptablen Nebenwirkungen verbunden wäre (Messer et al., 2016). Die wissenschaftliche Erhellung dieses ungeklärten Sachverhaltes stößt leider an ethische Grenzen, da entsprechend kranke Patienten oft nicht einwilligungsfähig wären oder ein entsprechendes Studiendesign von den Ethikkommissionen derzeit nicht bewilligt werden würde. Allerdings gibt es neuere empirische Befunde aus Finnland, dass Kombitherapien bei schizophren erkrankten Patienten (n=62.250) einen signifikant positiven Effekt auf die Suizidrate besaßen und im Vergleich zu einer Monotherapie auch keine höhere Rate an somatischen Komplikationen im durchschnittlichen Beobachtungsverlauf von 14 Jahren zu verzeichnen waren (Taipale et al., 2020).

Bei Durchführung einer Kombitherapie werden Medikamente mit unterschiedlichen Rezeptorbindungsprofilen ausgewählt wie zum Beispiel Clozapin mit wenig Dopaminrezeptorblockade und Aminsulprid mit selektivem Dopaminrezeptorantagonismus.
Studien konnten nicht zeigen, dass eines der über 50 Präparate außer Clozapin allen anderen überlegen ist, weshalb die Wahl sehr individuell zu treffen ist (Bäuml et al., 2018). Wichtige Kriterien sind ein früheres Ansprechen des Patienten auf eine Substanz oder das frühere Auftreten von Nebenwirkungen sowie das Nebenwirkungsprofil der Substanz.
Einzig Clozapin ist den typischen Antipsychiotika überlegen. Wegen des Risikos einer lebensgefährlichen Agranulozytose von circa 1% darf es nur bei definierter Therapieresistenz und unter engmaschiger Laborkontrolle verabreicht werden. Bei Unverträglichkeit für Clozapin kann ein Behandlungsversuch mit Olanzapin angeboten werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
Zudem gibt es Daten, die belegen, dass eine Behandlung mit Clozapin das Suizidrisiko verringert (Meltzer, Alphs, et al., 2003).
Zusätzlich kommen bei starken Erregungszuständen, Angst oder innerer Unruhe Benzodiazepine befristet zum Einsatz, jedoch nicht langfristig (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
Bei Vorliegen von depressiven Symptomen sollte zunächst die antipsychotische Medikation optimiert werden und wenn nötig ein Präparat eingesetzt werden, das eine bessere antidepressive Wirkung hat sowie eine psychosespezifische Kognitive Verhaltenstherapie (siehe 1.1.9.2.2) angeboten werden. Erst bei – trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie – persistierenden depressiven Symptomen soll eine zusätzliche Antidepressiva-Therapie angeboten werden unter Beachtung der möglichen Arzneimittelinteraktionen (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).
Erstmals erkrankte Patienten sollten 1-2 Jahre eine Medikation einnehmen und wiederholt Kranke für mindestens 5 Jahre. Die Medikamente sollten wegen der Gefahr einer Rebound-Psychose nicht abrupt abgesetzt, sondern langsam in der Dosis reduziert werden (Bäuml et al., 2018).
Zur Rückfallsprophylaxe sollte das Medikament eingesetzt werden, dass zur Remission geführt hat, wenn keine gravierenden Nebenwirkungen vorliegen (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019). Berücksichtigt werden sollte dabei das Risiko für Spätdyskinesien, das bei typischen Antipsychotika erhöht ist: 5% pro Jahr versus 1-2% pro Jahr für atypische Antipsychotika (Bäuml et al., 2018).

Die Compliance ist bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zum Teil sehr schlecht. Etwa 50% der Patienten nehmen ihre Medikamente nicht regelmäßig ein (Bäuml et al., 2018).

#### 1.1.9.2 *Psychotherapeutische Interventionen*

Psychotherapeutisch stehen verschiedene Interventionen zur Auswahl, die laut Empfehlungen der S3-Leitlinie Schizophrenie (2019) als add-on Behandlung auf Basis einer antipsychotischen Medikation stattfinden, wenn es nicht anders vermerkt wird.

##### 1.1.9.2.1 Psychoedukation

Um Behandlungsziele besser zu erreichen und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, soll Psychoedukation möglichst in Gruppen und lange angeboten werden. Auch Angehörige sowie Vertrauenspersonen sollen an den Interventionen beteiligt werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

Mit dem Ziel, den Betroffenen Einsicht zu verschaffen, wie notwendig eine konsequente und systematische Behandlung ist, sollte eine Psychoedukation in Gruppensitzungen möglichst früh begonnen werden. Sie senkt die Rückfallraten deutlich (Bäuml et al., 2015).

Dabei wird den Patienten und ihren Angehörigen vieles über die Erkrankung erklärt wie Entstehung und Schutzmöglichkeiten sowie über erforderliche Behandlungsmaßnahmen informiert. Dies sollte in einer Sprache geschehen, die sie verstehen (Bäuml et al., 2020).

Dies dient dem Empowerment, erhöht also die Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten, indem sie in die wesentlichen Entscheidungsprozesse eingebunden werden (Bäuml et al., 2006). Außerdem wird die Compliance gefördert und die Neuroleptika-Einnahme wird von den Patienten langfristig besser toleriert (Bäuml et al., 2016).

Außerdem kommt es zu weniger stationären Wiederaufnahmen und insgesamt weniger Rehospitalisierungstagen im längerfristigen Verlauf (Bäuml et al., 2007).

Bei den Angehörigen kann die Psychoedukation dazu beitragen, die „High-Expressed-Emotions“ zu reduzieren, welche mit einem erhöhten stationären Wiederaufnahmerisiko in Zusammenhang stehen. Unter High-Expressed-Emotions sind häufig geäußerte Kritik, Feindseligkeiten oder emotionales Überengagement seitens der Familienangehörigen zu verstehen (Cheng, 2002).

Für den Wissensstand bezüglich der Erkrankung und den Wissenszuwachs nach Psychoedukation ist der neurokognitive Status der wichtigste Prädiktor, und nicht der psychopathologische Status der Patienten (Jahn et al., 2011).

##### 1.1.9.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Patienten mit einer ersten psychotischen Episode und auch Patienten mit einer wiederholt aufgetretenen Schizophrenie soll eine spezifische Kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik. Sie kann stationär oder ambulant begonnen werden. Auch bei Ablehnung einer Behandlung mit Antipsychotika soll die KVT zur Reduktion der psychotischen Symptome eingesetzt werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

Im Mittelpunkt steht der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Im Dialog werden Erklärungsmodelle für die Symptome und Probleme gemeinsam entwickelt und

Strategien für den Umgang mit störenden Symptomen erarbeitet. Auch werden Strategien zur gezielten Umstrukturierung wahnhafter Überzeugungen und Techniken zur Reduktion von Negativsymptomatik vermittelt. Auch Interventionen zum Umgang mit drohenden Rückfällen sind enthalten (Lincoln, 2014).

#### 1.1.9.2.3 Metakognitives Training

Beim Metakognitiven Training wird das dysfunktionale Denken, das z.B. mit voreiligen Schlussfolgerungen Wahnerlebnisse begünstigt, an Beispielen erläutert und Alternativen trainiert (Moritz et al., 2017). Es sollte zur Reduktion von Positivsymptomatik angeboten werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

#### 1.1.9.2.4 Zusammenarbeit mit Angehörigen und Vertrauenspersonen

Da Angehörige von Erkrankten häufig starken Belastungen ausgesetzt sind, sollen sie als Mitbetroffene angesehen werden und - unter Wahrung der Schweigepflicht – Informationen über die Erkrankung bekommen. Ihnen soll - nach Bedarf - Unterstützung angeboten werden wie zum Beispiel durch Angehörigengruppen oder trialogische Gesprächsgruppen. Denn die Angehörigen sind als wichtigste Unterstützung für die Betroffenen zu sehen. Im Falle einer Ablehnung des Kontaktes zu den Angehörigen sollte in der Regel von einer wahnhaft motivierten Abneigung ausgegangen werden, die eine entsprechende Intensivierung der therapeutischen Bemühungen zur Folge haben sollte, ehe diese Kontaktnegierung akzeptiert werden darf (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

#### 1.1.9.2.5 Systemische Therapie

Eine systemische Therapie kann zur allgemeinen Symptom-Besserung angeboten werden, es liegen jedoch keine klinischen Studien von guter Qualität vor, die ihren Nutzen belegen (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

#### 1.1.9.2.6 Familieninterventionen

Zur Reduktion der Wiedererkrankungs- und Rehospitalisierungsraten sollen Familien von erstmals Erkrankten psychotherapeutische Interventionen angeboten werden. Auch bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv sollen psychotherapeutische Interventionen unter Einbeziehung von Familie oder anderen Personen stattfinden, die in engem Kontakt zur betroffenen Person leben. Die Therapie sollte eine unterstützende, psychoedukative Ausrichtung haben und ein Problemlösetraining beinhalten. (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

#### 1.1.9.2.7 Soziales Kompetenztraining

Liberman und Mitarbeiter entwickelten ein Training der sozialen Kompetenz, das speziell auf Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zugeschnitten ist (Liberman et al., 1986). Bei anhaltender Negativsymptomatik sowie relevanten Einschränkungen sozialer Fähigkeiten sollte das soziale Kompetenztraining angeboten und über mehrere Monate fortgeführt werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

#### 1.1.9.2.8 Kognitives Training

Kognitives Training (engl.: Cognitive Remediation) sollte bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie zur psychosozialen Funktionsfähigkeit eingesetzt werden, in Kombination mit anderen psychosozialen oder rehabilitativen Behandlungsmethoden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019). Beispielhaft sei hier das computergestützte „COGPACK“ genannt (Marker, 2003). COGPACK wurde für schizophren erkrankte Patienten entwickelt und die Schwierigkeit jeder Übung kann dem Niveau der Patienten angepasst werden.
Es besteht aus Übungseinheiten zu den neuropsychologischen Funktionsbereichen Visuomotorik, Auffassung, Reaktion, Vigilanz, Merkfähigkeit, Sprache und weiteren intellektuellen Leistungen sowie Sachwissen (Pitschel-Walz et al., 2013).

#### 1.1.9.2.9 Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Menschen (IPT)

Dieses Therapieprogramm von Brenner und Roder beginnt mit dem Training kognitiver Kompetenzen. Im Verlauf werden z.B. Problemlösestrategien vermittelt und „soft-skills-training“ durchgeführt (Roder et al., 2019).

#### 1.1.9.2.10 Tiefenpsychologische Verfahren

Laut Bäuml (2018) sind diese grundsätzlich bei akuten schizophrenen Psychosen nicht indiziert, da sie zu einer emotionalen Überstimulierung mit konsekutiver Verschlechterung führen können. Ob sie dann im späteren Verlauf, unter entsprechender Medikation, nach ausreichender Stabilisierung, doch zum Einsatz kommen können, muss im Einzelfall entschieden werden.

### 1.1.9.3 *Psychosoziale Maßnahmen*

Im Abschnitt Psychosoziale Maßnahmen wurden ausschließlich Informationen aus Bäuml et al (2018) verwendet.
Psychosoziale und Rehabilitationsmaßnahmen kommen aufgrund der Schwere der Erkrankung häufig zur Anwendung.
Den Übergang ins Alltagsleben sollen Tages- und Nachtkliniken erleichtern; der Patient wird hierbei in seinem normalen Umfeld belassen und kann trotzdem tagsüber intensiv behandelt werden.
Rehabilitationseinrichtungen dienen, ähnlich den therapeutischen Wohngemeinschaften, der Wiedereingliederung in Wohn- und Arbeitswelt. Im Betreutem Einzelwohnen werden die Patienten von Sozialpädagogen unterstützt, ihr Leben selber zu organisieren. Die Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter sind Anlaufstellen für Hilfesuchende und zur Beratung. In Psychose-Seminaren findet ein Austausch über die Erkrankung zwischen Betroffenen und Angehörigen mit professioneller Supervision statt.

## 1.1.10 Compliance

Zemmour et al. fanden 2016 an 353 WF2 heraus, dass eine starke psychotische Symptomatik, geringe Krankheitseinsicht und niedrige Lebensqualität mit einer schlechten Compliance assoziiert sind. Sie halten eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient und ein fundiertes Wissen bezüglich Medikation und Verständnis der Medikamentennebenwirkungen

für extrem wichtig, um die Compliance und den Glauben an die Behandlung zu verbessern (Zemmour et al., 2016). Das Wissen über die Erkrankung, die Medikation und die Nebenwirkungen zu verbessern, um die Mitwirkungsfähigkeit der Betroffenen zu erhöhen und das Rückfallrisiko zu reduzieren, sind wesentliche Inhalte der Psychoedukation (Bäuml et al., 2018).
Mangelnde Compliance führt laut Novick et al (2010) signifikant häufiger zu Rückfällen, Krankenhausaufnahmen und Suizidversuchen.

### 1.1.11 Komorbiditäten und Komplikationen

#### 1.1.11.1 *Suizidalität*

Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide gibt es in allen Stadien der Schizophrenie; doch sind sie im ersten Jahr nach Erkrankungsbeginn besonders hoch. In den Jahren danach werden sie weniger (Ventriglio et al., 2016). Dabei scheinen Menschen mit zunächst von anderen nicht zu erkennenden psychotischen Beschwerden besonders gefährdet. Circa ein Drittel der Erkrankten begeht mindestens einen Suizidversuch und 8% sterben durch Suizid (Bäuml et al., 2018). Dem gegenüber stehen 9.235 Todesfälle durch vorsätzliche Selbstschädigung in Deutschland, was ca 1% der 932.263 Todesfälle im Jahr 2017 der gesamtdeutschen Bevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt, 2016). Laut Schätzung der WHO wurden 2012, 1,4% aller Todesfälle weltweit durch Suizid ausgemacht (WHO, 2014). Somit sterben 8% der F2-Patienten an Suizid und in der Allgemeinbevölkerung „nur“ 1-1,4%.
Als Risikofaktoren für Suizid in der frühen Schizophrenie gelten vor allem vorangegangene Suizidversuche und soziale Aspekte wie das Fehlen sozialer Unterstützung und stabiler Partnerschaften sowie sozialer Abstieg nach der ersten Episode und soziale Beeinträchtigungen (Ventriglio et al., 2016), gleichzeitig vorliegende Suchterkrankungen, männliches Geschlecht, schlechte Compliance und schlechtes Ansprechen auf die medikamentöse Therapie (Meltzer & Baldessarini, 2003).
Auch Kim et al. untersuchten in einer prospektiven Studie mit 333 chronischen F2-Patienten die Risikofaktoren für Suizidalität; es zeigten sich eine bessere Krankheitseinsicht, bessere kognitive Funktion, ein Substanzabusus und eine empfundene Hoffnungslosigkeit als Risikofaktoren, wobei letztere den größten Effekt hatte (Kim et al., 2003).
Im Laufe der Behandlung muss kontinuierlich die Einschätzung suizidaler Gedanken und selbstschädigenden Verhaltens erfolgen. Auch Umstände, die suizidale Gedanken erzeugen, sollen möglichst gut behandelt werden wie medikamentösen Nebenwirkungen und ein komorbider Substanzkonsum. Ein offener und empathischer Umgang mit der regelmäßigen Frage nach Suizidalität gehört zum klinischen Konsens und bei persistierender oder stark ausgeprägter Suizidalität sollte nach Nutzen-Risiko-Evaluation eine Behandlung mit Clozapin angeboten werden (DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe, 2019).

#### 1.1.11.2 *Suchterkrankungen*

Bei etwa 15-65% aller schizophren erkrankten Patienten liegt gleichzeitig ein Substanzmissbrauch vor. Cannabis ist die am häufigsten eingenommene illegale Substanz und Alkohol und Nikotin die am häufigsten missbräuchlich konsumierten legalen Suchtstoffe (Wobrock T., 2005). Dem stehen eine 12-Monats-Prävalenz für Alkoholmissbrauch und -Abhängigkeit von

4,8% und für Drogenmissbrauch (ohne Alkohol und Nikotin) von 2,1% in der Allgemeinbevölkerung gegenüber (Jacobi et al., 2014).
Die unterschiedlichen Prävalenzraten sind vor allem durch die methodisch unterschiedlichen Vorgehensweisen der Studien bedingt. Neben der Zusammensetzung der Stichproben bezüglich des Alters und dem Anteil akut Erkrankter, wirkt sich die Art der Datenerhebung stark auf das Ergebnis aus: ob durch klinische Einschätzung, standardisierte Verfahren oder toxikologische Untersuchungen. Die höchsten Prävalenzraten finden sich in Studien mit einem hohen Anteil Ersterkrankter und toxikologischem Nachweis der Substanzen (Wobrock T., 2005).
Eine der größten Studien zur Prävalenz von Substanzkonsum und Psychischen Erkrankungen wurde 1990 von Regier et al in den USA veröffentlich. Dabei ergab sich unter F2-Patienten eine Lebenszeit-Prävalenz von 47% für einen Substanzabusus. 33,7% hatten einen Alkoholabusus und 27,5% einen Abusus einer anderen Substanz, wobei – wie aus den Zahlen ersichtlich - 14,2% beide Substanzen missbräuchlich konsumierten. Ebenso geht aus den Zahlen von Regier et al hervor, dass die Prävalenz von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis unter Menschen mit einem Abusus erhöht ist: So lag die Prävalenz bei Menschen mit einem Alkoholabusus bei 3,8% und bei Menschen mit einem anderen Substanzabusus bei 6,8% im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von ca 1% (Regier et al., 1990).
Die Erklärungsansätze für diese hohe Komorbidität sind sehr vielfältig und sie ist nicht abschließend geklärt. Diskutiert werden unter anderem neurobiologische Ähnlichkeiten beider Krankheitsbilder, eine erhöhte Empfindlichkeit von F2-Patienten für psychotrope Substanzen und der Konsum (vor allem von Cannabis) als Risikofaktor für die Entwicklung von Psychosen (Wobrock T., 2005).
Akiyama et al. (2016) fanden heraus, dass Nikotinkonsum bei Erkrankten zu verbesserten planerischen Exekutivfunktionen führt, bei der gesunden Kontrollgruppe (Nicht-F2) hatten Raucher jedoch keine besseren Ergebnisse. Außerdem hatten Nichtraucher mit einer F2-Diagnose geringere Bearbeitungsgeschwindigkeiten, besonders diejenigen, die nie geraucht hatten. Bei der gesunden Kontrollgruppe unterschieden sich Raucher nicht in ihren kognitiven Leistungen von Nichtrauchern.
Das Zusammentreffen beider Erkrankungen ist mit einer deutlich schlechteren Prognose für die schizophrene Erkrankung verbunden. Ein persistierender Substanzkonsum führt zu schlechterer Compliance, zu häufigeren Rezidiven, mehr Nebenwirkungen der Medikamente, höherer Belastung der Angehörigen, reduziertem sozioökonomischen Status und mehr forensischen Auffälligkeiten (Wobrock T., 2005).

#### 1.1.11.3 *Vernachlässigung und Delinquentes Verhalten*

Im Gegensatz zur öffentlichen Wahrnehmung werden Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eher Opfer von Gewalttaten als Täter (Taylor, 2008). Dennoch besteht ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Risiko, gewalttätig zu werden, was bei Vorliegen von Plussymptomen deutlich größer wird (Fresan et al., 2005). Zusätzlicher Substanzgebrauch und Impulsivität erhöhen das Risiko ebenfalls (Taylor, 2008). Munkner hat 2009 Daten des Danish National Crime Register und des Danish Psychiatric Central Research Register ausgewertet und dabei festgestellt, dass 41% der 4.619 der Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, die in die Stichprobe aufgenommen werden

konnten, wegen mindestens einem Vergehen verurteilt wurden. Besonders Mord, versuchter Mord und Brandstiftung waren viel häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Erkrankte Frauen wurden besonders häufig wegen Brandstiftung verurteilt (Munkner et al., 2009).
Jakhar et al erhob 2015 in einer Querschnittsstudie an 270 F2-Patienten Daten zu verschiedenen Risiken: Gewalttätigkeiten gegenüber anderen begingen in der Vergangenheit 47%. 53% litten in der Lebensspanne an Selbst-Vernachlässigung. Selbstverletzungen lagen in der Vergangenheit bei 23% vor (Jakhar et al., 2015). Diese Zahlen unterstreichen die Wichtigkeit einer konsequenten und wirksamen Behandlung, um vor allem den schwerkranken Patienten das Abgleiten in eine ungewollte Forensifizierung zu ersparen.

## 1.2 Die Bedeutung der Schizophrenie für den einzelnen Menschen

Der Leidensdruck für die Betroffenen und ihre Angehörigen ist sehr hoch. Der Aufbau und das Aufrechterhalten von sozialen Bindungen sind sowohl für die Betroffenen als auch für Angehörige und Kontaktpersonen oft sehr schwierig.
Einen umfassenden autobiografischen Erfahrungsbericht hat die Journalistin Christiane Wirtz mit ihrem Buch „Neben der Spur - wenn die Psychose die soziale Existenz vernichtet“ veröffentlicht. Hier berichtet sie nach dem vierten Rezidiv über ihre Wahrnehmung der Umwelt während der Psychosen (Wirtz, 2018).
Laut WHO zählt die Schizophrenie zu den 10 Erkrankungen, mit der größten Anzahl an YLD (Years of life lived with disability). Das sind die Jahre, die durch starke Behinderung beeinträchtigt sind. Betrachtet man nur die Gruppe der 15-44 Jährigen, so ist die Schizophrenie auf dem dritten Rang nach Depression und Alkoholerkrankungen (Gaebel et al., 2010).
Die Betroffenen haben eine massiv eingeschränkte Lebensqualität. Sie fühlen sich oft stigmatisiert und diskriminiert, was eine zusätzliche Belastung darstellt und soziale Ausgrenzung und Vereinsamung fördert (Gaebel et al., 2010).

## 1.3 Die Bedeutung der Schizophrenie für die Gesellschaft

Aus wirtschaftlicher Perspektive ist die Schizophrenie eine sehr relevante Erkrankung, da sie mit hohen direkten Krankheits- und indirekten Folgekosten verbunden ist. Letztere resultieren vor allem aus der verminderten Erwerbsfähigkeit der Betroffenen, Frühberentungen, Wohnungslosigkeit und Arbeitslosigkeit. Hinzu kommen erhöhte Komorbiditäten und Suchterkrankungen (Gaebel et al., 2010).
Schätzungen besagen, dass die jährlichen Gesamtausgaben des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems für schizophrene Erkrankungen circa 4,2 bis 9,2 Milliarden Euro betragen. Dies sind circa 2-4% der Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen in Deutschland (Gaebel et al., 2010).

## 1.4 Psychiatrische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen

Es wurden zahlreiche Studien zur Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen durchgeführt. Die Vergleichbarkeit dieser Studien, die in vielen verschiedenen Ländern stattfanden, ist schwierig, da der Begriff „Wohnungslosigkeit“ sehr unterschiedlich definiert wird. Hinzu kommt, dass die Untersuchungsorte sich stark voneinander unterscheiden wie auch die Studiendesigns und die verwendete Diagnostik. Dennoch lassen sich ähnlich hohe Prävalenzen in den verschiedenen Studien erkennen. Fazel und Mitarbeiter schlossen 2008 in eine Metaanalyse 29 Studien aus sieben Ländern in den USA, Australien und Europa mit insgesamt 5.684 wohnungslosen Menschen ein, 82% davon waren Männer. Die Ergebnisse sollen hier zusammengefasst aufgeführt werden:

Die häufigste psychische Erkrankung war die Alkoholabhängigkeit mit einer gepoolten Prävalenz von 37,9% (Daten aus zehn Studien, nur Männer).

Die zweithäufigste Diagnose war die Drogenabhängigkeit mit einer gepoolten Prävalenz von 24,4% (Daten aus 7 Studien, nur Männer) und 24,2% bei einer Studie mit 33 Frauen. Persönlichkeitsstörungen wurden mit einer gepoolten Prävalenz von 23,1% (Daten aus 14 Studien) diagnostiziert.

Die gepoolte Prävalenz für Psychosen aus 28 Studien lag bei 12,7%.

Major Depression wurde mit einer gepoolten Prävalenz von 11,4% (19 Studien) diagnostiziert (Fazel et al., 2008).

Folsom und Jeste vergleichen in einer weiteren Übersichtsarbeit die Prävalenzen von schizophrenen Erkrankungen bei Wohnungslosen von 33 Studien aus 8 westlichen Ländern. Die gewichtete durchschnittliche Prävalenz betrug 11%. Für jüngere Personen, Frauen und Langzeit-Wohnungslose fielen höhere Prävalenzen auf (Folsom et al., 2002).

## 1.5 Internationaler Forschungsstand zu Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei Schizophrenie

Den Kenntnissen der Autorin nach gibt es bis dato nur wenige publizierte Studien zu Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei Schizophrenie, die im Folgenden kurz zusammenfassend beschrieben werden.

2005 untersuchten Folsom und Hawthorne anhand Daten des Public Mental Health System in San Diego/USA die Prävalenz von Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei 10.340 Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung. Die Studie beinhaltet Daten von Patienten, die sich wegen einer Schizophrenie, einer Bipolaren Störung oder einer Major Depression in Behandlung befanden. Im Schnitt waren 15% aller Diagnosen innerhalb eines Jahres mindestens einmal wohnungslos, bei den F2-Patienten betrug die Prävalenz von Wohnungslosigkeit 20%. Die Wohnungslosen und Nicht-Wohnungslosen wurden anhand der erhobenen Daten zu Soziodemographie, Ethnie, Substanzabusus, dem GAF-Wert und Diagnose verglichen. Das männliche Geschlecht, Zugehörigkeit zur afroamerikanischen Ethnie, eine vorhandene substanzbezogene Störung und ein mangelhafter Krankenversicherungsstatus waren mit höheren Wohnungslosigkeitsraten assoziiert. Auch Patienten mit einem niedrigen Funktionsniveau (erhoben mittels GAF) wurden eher wohnungslos. Ein weiterer wesentlicher Unterschied bestand in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems: Diejenigen, die wohnungslos wurden, besuchten viel häufiger eine Notaufnahme, wurden häufiger stationär aufgenommen und konsultierten häufiger eine Krisenintervention. Eine ambulante Behandlung hatten hingegen viel weniger von ihnen.

Als wohnungslos wurden in dieser Studie Menschen bezeichnet, die ein Jahr keinen festen Wohnsitz hatten und in dieser Zeit mindestens einmal soziale Hilfedienstleistungen in Anspruch genommen haben und in Kontakt mit dem öffentlichen Gesundheitssystem standen; aus diesem Kontakt wurden die Daten generiert.

Olfson et al. untersuchten 1999 in New York die Einflüsse verschiedener Faktoren auf das Wohnungslosenrisiko drei Monate nach Entlassung stationärer Patienten mit Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung. Die Untersuchungen fanden direkt nach Entlassung aus der Klinik statt und erneut nach drei Monaten. Hierbei waren 7,6% der 263 Patienten innerhalb der Re-Evaluationsperiode von drei Monaten wohnungslos mit einer durchschnittlichen Dauer von 27,8 Tagen. Bei der Datenauswertung ergaben sich keine signifikanten soziodemographischen Unterschiede zwischen denjenigen, die wohnungslos geworden waren und denjenigen, die nicht wohnungslos geworden waren. Das gleiche gilt für den Alkoholabusus, wobei diese Daten durch die Autoren insofern relativiert werden, als die relativ kleine Wohnungslosen-Stichprobe und der breit vorhandene Alkoholabusus in beiden Gruppen die mangelnde Assoziation erklären könnten. Für einen Drogenabusus hingegen zeigten sich signifikante Unterschiede. Auch waren Patienten mit einem niedrigeren Funktionsniveau und stärkeren psychiatrischen Symptomen eher wohnungslos geworden (Olfson et al., 1999). Als wohnungslos galten innerhalb dieser drei-monatigen Episode alle, die auf der Straße, in Parks, in Busstationen, verlassenen Gebäuden oder ähnlichem lebten. Menschen, die in Unterkünften, Gefängnissen oder betreutem Wohnen lebten, zählten nicht als wohnungslos.

Caton (1994) führte ebenfalls in New York eine Fall-Kontroll-Studie durch, bei der 100 nie wohnungslose Männer (Kontrollgruppe) mit 100 wohnungslosen Männern (Fallgruppe) verglichen wurden, die alle an einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung erkrankt waren. Alle hatten mindestens einen Klinikaufenthalt in der Psychiatrie im Alter zwischen 18 und 44 hinter sich. Untersucht wurden anhand standardisierter Messverfahren die Schwere der Erkrankung, der familiäre Hintergrund und die Inanspruchnahme von psychiatrischer Versorgung.
Die wohnungslosen Männer (auch hier WF2) hatten signifikant höhere Levels an psychotischen Symptomen, sowie höhere Raten an Drogenabusus und einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Zudem erlebten viel mehr aus der Fallgruppe (WF2) problematische familiäre Umstände in ihren ersten 18 Lebensjahren und erhielten aktuell schlechtere familiäre Unterstützung. Außerdem hatten signifikant weniger Wohnungslose einen langfristigen Therapeuten.
Die Wohnungslosigkeit der Fälle war dadurch definiert, dass die Betroffenen keinen festen Wohnsitz hatten und auf der Straße oder in Unterkünften schlafen mussten.
Ein Jahr später untersuchten Caton et al mit dem gleichen Studiendesign 100 wohnungslose und 100 nicht-wohnungslose Frauen, die an einer Schizophrenie erkrankt waren (Caton et al., 1995). Hier ergaben sich signifikant höhere Raten an Alkoholabusus, Drogenabusus und antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Als einer der stärksten Risikofaktoren ergab sich eine schlechtere familiäre Unterstützung.

# 2 Fragestellungen

Aufgrund der in 1.4 geschilderten überdurchschnittlich hohen Prävalenz von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis unter wohnungslosen Personen ergibt sich die Frage, warum Personen mit dieser Erkrankung so häufig wohnungslos werden.
Die Zielsetzung dieser Arbeit ist, Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu identifizieren. Dabei wird untersucht, welchen Einfluss eine unabhängige Variable auf das Outcome Wohnungslosigkeit hat. Herangezogen werden hierzu Daten von zwei Gruppen von schizophren Erkrankten: eine Gruppe von Wohnungslosen (SEEWOLF-F2-Probanden), kurz WF2 und eine Gruppe von Nicht-Wohnungslosen (COGPIP-Patienten), kurz NWF2. Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit verfolgt aufgrund der eingeschränkten Fallzahl einen explorativen Ansatz. Da die Datenerhebung zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Arbeit bereits durchgeführt war, konnte nur der Einfluss jener Variablen untersucht werden, die in beiden Studien erhoben wurden. Somit müssen sich die folgenden Fragestellungen auf jene Daten konzentrieren, die zur Verfügung standen.

## 2.1 Soziodemographie

### 2.1.1 Alter und Geschlecht

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich ihres Alters? Lässt sich daraus ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit ableiten? Untersucht wird dies anhand der unabhängigen Variable Alter (V1).
Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant bezüglich ihres Geschlechtes? Lässt sich daraus ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit ableiten? Untersucht wird dies anhand der Variable Geschlecht (V2).

### 2.1.2 Familienstand

Unterscheidet sich der Familienstand signifikant in den Gruppen und ist daraus ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit abzuleiten? Untersucht wird das anhand der Variable Familienstand (V3).

### 2.1.3 Bildungsstand

Unterscheiden sich Schulabschlüsse und Bildung signifikant in den beiden Gruppen und ist ein niedriges Niveau ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit? Untersucht werden hierzu die Variablen Schulabschluss (V4) und Bildung (V5).

## 2.2 Familienanamnese

Ist eine positive Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit? Untersucht wird dies anhand der Variable V6.

## 2.3 Kognitiver Status

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant bezüglich ihres IQ? Lässt sich daraus ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit ableiten? Untersucht wird dies mittels der Variable Kognitiver Status (V7).

## 2.4 Aktuelle Erkrankung und Psychopathologie

### 2.4.1 Diagnostische Kategorien

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich ihrer ICD-10-F2-Diagnose? Lässt sich daraus ein Risikofaktor ableiten? Zur Untersuchung wird die Variable diagnostische Kategorie (V8) herangezogen.

### 2.4.2 CGI (Clinical Global Impression)

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich ihrer Krankheitsdynamik? Kann daraus ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit abgeleitet werden? Untersucht wird dies anhand der Variable CGI (V9).

### 2.4.3 Krankheitseinsicht

Unterscheidet sich die Krankheitseinsicht signifikant in den beiden Gruppen und kann daraus ein Risikofaktor abgeleitet werden? Untersucht wird dies anhand der Variable Krankheitseinsicht (V10).

### 2.4.4 Medikation und Compliance

Ist eine nicht vorhandene Neuroleptika-Einnahme ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit? Untersucht wird dies anhand der Variable aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11).
Ist eine schlechtere Compliance ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit? Untersucht wird dies mittels der Variable Medikamenten-Compliance (V15).

## 2.5 Krankheitsvorgeschichte

### 2.5.1 Alter bei Krankheitsbeginn

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant in Bezug auf den Erkrankungsbeginn? Lässt sich daraus ein Risikofaktor ableiten? Untersucht wird hierbei die Variable Alter bei Krankheitsbeginn (V12).

### 2.5.2 Krankheitsdauer

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich ihrer Erkrankungsdauer? Ist daraus ein Risikofaktor abzuleiten? Analysiert wird dies mittels der Variable Krankheitsdauer (V13).

### 2.5.3 Anzahl der stationären Klinikaufenthalte

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich ihrer Anzahl der stationären Klinikaufenthalte? Ist hieraus ein Risikofaktor abzuleiten? Untersucht wird dies anhand der Variable Anzahl der stationären Klinikaufenthalte (V14).

## 2.6 Komorbiditäten und Komplikationen

### 2.6.1 Suizidalität

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich erfolgter Suizidversuche? Ergibt sich daraus ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit? Untersucht wird dies mittels der Variable Suizidversuche in der Lebensspanne (V16).

### 2.6.2 Suchtvorerkrankungen

Haben die WF2 signifikant häufiger einen Substanzabusus? Ist ein Substanzabusus ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit? Untersucht wird dies unter Berücksichtigung dreier Variablen: Alkoholabusus in der Lebensspanne (V17), Cannabisabusus in der Lebensspanne (V18) und weiterer Drogenabusus in der Lebensspanne (V19).

### 2.6.3 Vernachlässigung/delinquentes Verhalten

Unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant hinsichtlich Vernachlässigung und delinquentem Verhalten? Ist daraus ein Risikofaktor abzuleiten? Analysiert wird dies mittels der Variable Vernachlässigung/delinquentes Verhalten in der Lebensspanne (V20).

# 3 Methodik

Die SEEWOLF- sowie die COGPIP- Studie wurden durch die Ethikkomission der Technischen Universität München genehmigt.

## 3.1 Beschreibung der SEEWOLF-Studie

Die Informationen zur Beschreibung der SEEWOLF-Studie unter 3.1 entstammen dem Kapitel 4 Methoden aus der Monografie: Die SEEWOLF-Studie (Bäuml et al., 2017).

SEEWOLF ist ein Kürzel für **S**eelische **E**rkrankungsrate in **E**inrichtungen der **WO**hnungs**L**osenhil**F**e im Großraum München. Bei dieser Studie wurden 20 Jahre nach der Pionierarbeit von Fichter Menschen in Einrichtungen der Münchner Wohnungslosenhilfe untersucht (Fichter et al., 1996).

Es ging dabei um Häufigkeit, Art und Ausmaß der psychischen und körperlichen Auffälligkeiten der Menschen. Zudem wurde erstmals in Deutschland die kognitive Leistungsfähigkeit von wohnungslosen Menschen untersucht und ausführliche Daten über die Krankheits- und Behandlungsgeschichte erhoben. Die Lebensgeschichte allgemein und die Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation wurden sehr detailliert erfasst.

Das Ziel der Studie war, „auf Grundlage dieser Erhebungen zu analysieren, inwieweit die aktuellen Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen wohnungsloser Menschen gerecht werden, bzw. welche Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuung“ (Brönner, 2013) erforderlich sind.

### 3.1.1 Studiendesign

Die SEEWOLF- Studie wurde als Querschnittsstudie durchgeführt. Um jedoch einen ausführlichen Überblick zum bisherigen Längsschnitt zu erhalten, wurden viele retrospektive Informationen sorgfältig erhoben, besonders zum Verlauf der Wohnungslosigkeit und psychischen sowie somatischen Erkrankungen.

### 3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Vor Teilnahme wurden alle Probanden über den Studieninhalt und Datenschutz aufgeklärt. Danach wurde von ihnen oder ihren Betreuern hierzu eine schriftliche Einwilligung unterzeichnet.
Aufgrund der umfangreichen verbal gestützten Tests wurden nur Personen mit ausreichenden Deutschkenntnissen in die Studie eingeschlossen. Deshalb konnten circa 15% der Ausgangsstichprobe nicht untersucht werden.

### 3.1.3 Probandengewinnung und Drop-Outs

Den Angaben der Koordinationsstelle Wohnungslosenhilfe München und Oberbayern zufolge standen Anfang 2010 im Großraum München 1.653 Plätze für alleinstehende Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe freier Träger zur Verfügung. 1.313 für Männer und 340 für Frauen.
Geplant war, von dieser Grundgesamtheit eine repräsentative Stichprobe von 25% zu untersuchen. Sie wurde „geschichtet nach Geschlecht, Einrichtungsträgern und Unterbringungsart (Langzeithilfe, Reintegration, niedrigschwellige Hilfe, Hilfe nach §§ 53 ff. SGB XII, Beratung /Notunterkunft, Betreutes Wohnen)“. Die Unterbringungsarten unterscheiden sich stark in Bezug auf Betreuung und Aufenthaltsdauer (von einer Nacht bis Jahre).
Innerhalb der Schichten wurde jeweils eine Zufallsstichprobe generiert und 420 BewohnerInnen zu einer Studienteilnahme eingeladen.
Untersucht werden konnten 232 Bewohnerinnen und Bewohner, was einer Teilnahmerate von 55% entspricht.
Das mittlere Alter der StudienteilnehmerInnen betrug 48,1 Jahre (SD: 14,6; Streubreite: 19 – 78). Der Anteil an weiblichen wohnungslosen Personen an der Stichprobe entspricht mit 20,7% dem Frauenanteil in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München.

### 3.1.4 Untersuchungsablauf

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Mai 2010 bis Juli 2012. Die Untersuchungen fanden in den jeweiligen Unterkünften statt.
Jeder der Probanden hatte drei Untersuchungstermine, deren Umfang in Abbildung 5 dargestellt ist. Für jeden Termin erhielten die TeilnemerInnen der Studie jeweils 10 Euro Aufwandsentschädigung.
Der erste Termin galt der psychiatrischen Untersuchung. Es wurden biografische Angaben erhoben, der Verlauf der Wohnungslosigkeit erfragt und eine klinische Anamnese durchgeführt. Bei diesem Termin wurden auch die standardisierten Diagnose-Interviews SKID-I und SKID-II angewendet (Wittchen et al., 1997). Dabei handelt es sich um die deutsche

Übersetzung des Verfahrens zur Diagnose psychischer Störungen nach den Kriterien des DSM-IV, herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA).
Der zweite Termin galt der neuropsychologischen Untersuchung mit der Durchführung des Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene (WIE) (Aster et al., 2006). Hierbei handelt es sich um die deutschsprachige Bearbeitung der Wechsler Adult Intelligence Scale in der dritten Generation (WAIS-III), welche das weltweit gebräuchlichste Intelligenzmessverfahren ist.
Der dritte Termin galt der körperlichen Untersuchung (neurologisch-internistisch) mit Blutabnahme. Zudem wurden der MMST (Mini Mental Status Test) (Folstein et al., 1975) durchgeführt und einige Fragebögen durch die Probanden ausgefüllt: Der MALT-S (Münchner AlkoholismusTest- Selbstbeurteilung) (Feuerlein W. et al., 1979), der BDI (Beck-Depression-Inventar) (Hautzinger et al., 1995) und die Beschwerden-Liste (Zerssen, 1976).
In einem weiteren Schritt wurde eine Fremdanamnese erhoben, zum Beispiel bei den betreuenden Sozialarbeitern, die den Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009) ausfüllten. Hierbei handelt es sich um ein Instrument zur Beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Außerdem wurden - nach Einverständniserklärung - Arztbriefe und Klinikakten angefordert und weitere Daten zur Biografie des Studienteilnehmers hinzugefügt. Hierzu wurde der Dokumentationsbogen „ergänzende Aktenrecherche“ (ANHANG 8.4.2) entwickelt.

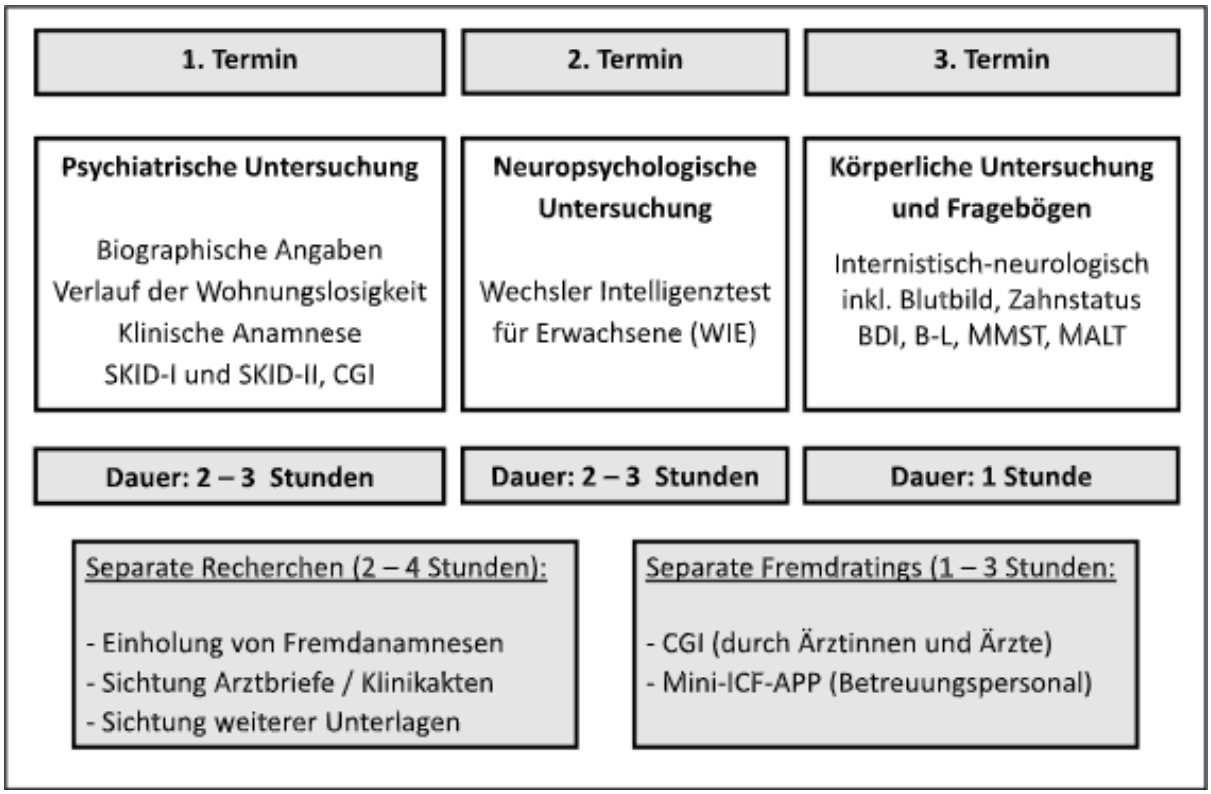



*Abbildung 5: Schematische Darstellung des Umfangs der SEEWOLF-Studie (Bäuml et al., 2017, S.53)*

### 3.1.5 Untersuchungsinstrumente

Zur biographischen und psychiatrischen Anamnese wurde der Fragebogen Anamnesebogen mit Psychopathologischer Untersuchung (ANHANG 8.4) entwickelt. Hierbei wurden im ersten

Teil Daten erhoben zu Alter, Nationalität, Familie, Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Sozialanamnese. Im zweiten Teil wurden die psychiatrische Krankheitsvorgeschichte und der aktuelle Psychopathologische Befund erhoben: „die psychiatrische Familienanamnese, Besonderheiten zur eigenen Geburt, zum Kindes- und Jugendalter, zu psychischen Beschwerden und der psychiatrischen Symptomatik in der Vergangenheit und zum Untersuchungszeitpunkt, zu Suizidalität/Autoaggressionen, zur Suchtanamnese, zu Therapie und aktueller Medikation, zu Konflikten mit dem Gesetz, zur Krankheitseinsicht und Compliance sowie zur somatischen Gesundheit. Zudem wurde der jeweilige Behandlungsbedarf eingeschätzt. Die Studienteilnehmer wurden des Weiteren nach Kontakten zu ihren Angehörigen und zu Seelsorgern gefragt. Zum Schluss wurde noch die Zufriedenheit mit den Versorgungsstrukturen (…) erfragt.“ (Bäuml et al., 2017).

Hieraus ergaben sich die Variablen Alter (V1), Familienstand (V3), Schulabschluss (V4), Bildung (V5), Krankheitsdauer (V13), Suizidversuche (V16), Anzahl der stationären Klinikaufenthalte (V14), Alkohol-(V17), Cannabis-(V18) und weiterer Drogenabusus (V19), aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11) und Medikamenten-Compliance (V14), Vernachlässigung/ delinquentes Verhalten (V20).

Die psychiatrische Diagnosestellung gemäß ICD-10 fand auf Grundlage des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID) statt (Wittchen et al., 1997).

Folgende Achse-I DSM-IV-Diagnosen können im SKID-I beurteilt werden: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

Zu Beginn verschafft sich „der Interviewer anhand eines kurzen Explorationsleitfadens einen Überblick über derzeitige und frühere Beschwerden und Symptome, bevor im weiteren Verlauf systematisch nach spezifischen Krankheitssymptomen gefragt wird“.

Diese sind jeweils in Abstufungen (z.B. „Symptom nicht vorhanden“ / „Symptom unterschwellig vorhanden“) zu kodieren, um am Ende eine Differenzialdiagnose stellen zu können. Sprungregeln ermöglichen es, sich nicht bei diagnostisch irrelevanten Symptomen aufzuhalten, wenn zum Beispiel ein zur Diagnose notwendiges Symptom nicht vorhanden ist. Die Durchführung dauert circa 100 Minuten (Bäuml et al., 2017).

Die Diagnosestellung wurde ergänzt durch fremdanamnestische Informationen wie Arztbriefe, Atteste, Gutachten, relevante Informationen aus den Bewohnerakten der jeweiligen Einrichtungen und Patientenakten von stationären Behandlungsaufenthalten, wenn die Einverständniserklärung des Studienteilnehmers vorlag. Aus allen vorhandenen Daten wurden die Konsensusdiagnosen festgelegt. Hieraus ergab sich die Variable F2-Diagnose (V8).

Der IQ wurde mittels Wechsler-Intelligenz-Test erhoben (Aster et al., 2006). In dieser Arbeit wurde der Gesamt-IQ (V7) verwendet, der sich aus Handlungs- und Verbal-IQ zusammensetzt und das allgemeine intellektuelle Leistungsniveau kennzeichnet. „Der Verbal-IQ ist ein Maß für das erworbene Wissen, das schlussfolgernde verbale Denken und die Aufmerksamkeit für sprachliche Inhalte. Der Handlungs-IQ ist ein Maß für die Flüssigkeit des schlussfolgernden Denkens, für räumliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit für Details und visuomotorische Integration“ (Bäuml et al., 2017).

Die Clinical Global Impression, kurz CGI (V9), der klinische Gesamteindruck, unterteilt sich in 3 Items. Item 1 ist die Einschätzung der Schwere der Erkrankung, Item 2 die Zustandsänderung seit Behandlungsbeginn und Item 3 der Effekt der medikamentösen Behandlung und die

Nebenwirkungen. In der Seewolf-Studie wurde nur das erste Item erhoben, da es nur einen Untersuchungszeitpunkt gab, nach der Durchführung des SKID-I und SKID-II. Bei der Festlegung der Konsensusdiagnosen wurden die Einschätzungen noch einmal durch den psychiatrisch sehr erfahrenen Studienleiter Prof. Dr. Josef Bäuml beurteilt (Bäuml et al., 2017).

## 3.2 Beschreibung der COGPIP-Studie

COGPIP steht für **Cog**nitive Determinants of **P**sychoeducation and **I**nformation in Schizophrenic **P**sychoses. Untersucht wurde bei dieser Studie, „wie relevant das neuropsychologische Leistungsniveau schizophren Erkrankter für deren Teilnahmefähigkeit an und ihren Benefit durch Psychoedukation ist und ob ein vorgeschaltetes kognitives Training den Erfolg von Psychoedukation verbessern kann“ (Pitschel-Walz et al., 2013).

### 3.2.1 Studiendesign

Es handelt sich um eine Verlaufsuntersuchung „zur Identifikation kognitiver Prognosefaktoren für den Therapieerfolg einer manualisierten, bifokalen Gruppentherapie zur Psychoedukation schizophren erkrankter Patienten“.

Wie Abbildung 6 zu entnehmen, fand zu Studienbeginn (t1) eine ausführliche Untersuchung statt. Danach erfolgte die Randomisierung in 2 Gruppen.

Eine Hälfte absolvierte vor Beginn der Psychoedukation ein computerbasiertes, kognitives Training und die andere Hälfte durchlief die übliche stationäre Behandlung mit entsprechender Kunst-, Arbeits-, und Beschäftigungstherapie in der Zeit, in der die andere Gruppe das kognitive Training absolvierte. Danach erfolgte eine Wiederholungsmessung (t2). Danach nahmen beide Gruppen über 4 Wochen an 8 psychoedukativen Sitzungen teil.

Nach Abschluss der Psychoedukation (t3) wurden erneut psychoedukationsrelevante und weitere Maße erhoben. Schließlich erfolgte eine katamnestische Nachuntersuchung 9 Monate später (t4).

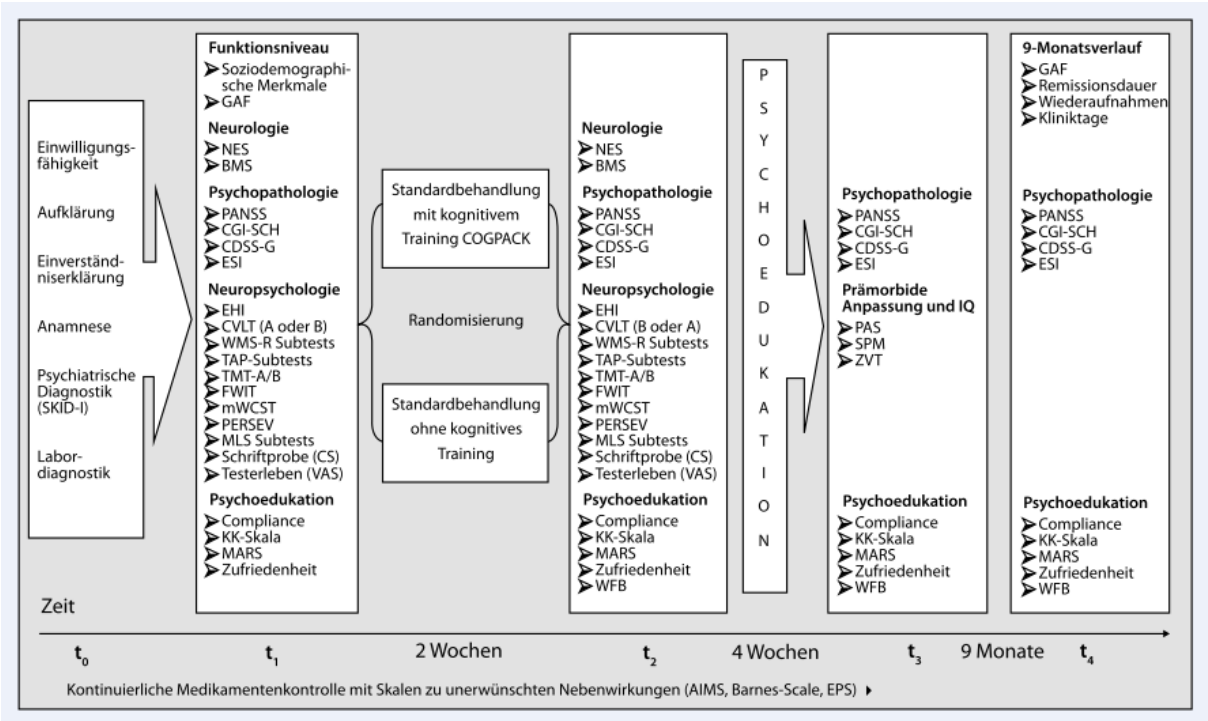


*Abbildung 6: Studienablauf und Messinstrumente der COGPIP-Studie (Pitschel-Walz et al., 2013)*

Für die vorliegende Arbeit wurde das Gesamt-Kollektiv der COGPIP-Studie, unabhängig ihrer Zuteilung zu Interventions- und Kontrollgruppe, untersucht und - bis auf wenige Ausnahmen - ihre Daten von Aufnahme in die Studie bis vor der Randomisierung verwendet (t1). Bei einigen Variablen war es günstiger, die Werte eines späteren Zeitpunktes (t3 oder t4) zu wählen, da dies eher mit der ambulanten Situation der SEEWOLF-Probanden zu vergleichen war. Als Beispiel seien hierfür die Medikamentencompliance und der CGI genannt.

### 3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Als Einschlusskriterien galten das Vorliegen einer F2-Diagnose, das Alter zwischen 20 und 60 Jahren, der Ausschluss instabil eingestellter somatischer Begleiterkrankungen sowie ausreichende Deutschkenntnisse. Nach Einverständniserklärung wurden 116 der 242 möglichen Patienten ausführlich untersucht (t1).

### 3.2.3 Probandengewinnung und Drop-Outs

Es wurden 242 Patienten mit einer F2-Diagnose gescreent, 122 erfüllten die Einschlusskriterien und erklärten sich einverstanden für die Teilnahme.
Danach schieden sechs aus, drei davon, weil sie ihr Einverständnis zurückzogen und weitere drei, weil sie in eine andere Klinik verlegt wurden.
So wurden zu t1 116 Teilnehmer untersucht. Bis zu t3 gingen weitere 19 Teilnehmer verloren: sieben wegen Rücknahme des Einverständnisses, fünf wegen zu geringer Teilnahme an psychoedukativen Sitzungen, fünf wegen vorzeitiger Entlassung und zwei wegen Elektrokrampftherapie und Chemotherapie.

### 3.2.4 Untersuchungsablauf

Zu t0 wurde der einzelne Studienteilnehmer über den Ablauf und das Ziel der Studie aufgeklärt, und nach Feststellung der Einwilligungsfähigkeit die Einverständniserklärung unterzeichnet. Zudem wurde die Krankheitsvorgeschichte sehr genau erhoben sowie der SKID-I durchgeführt und Blut für ein Routinelabor abgenommen.
Zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t1) wurden soziodemografische und klinische Daten durch die Studienärztin dokumentiert. Ganz im Vordergrund stand hierbei die umfangreiche und ausführliche Untersuchung der kognitiven Leistungsfähigkeit (NPU) mit Ermittlung des Intelligenzniveaus.
Zudem wurden über einen längeren Zeitraum viele weitere Untersuchungen durchgeführt zur Beurteilung der Psychopathologie, der Neuropsychologie und zur Einschätzung der Medikamentencompliance.
Nach der 2-wöchigen randomisiert zugeteilten Intervention fand zu t2 eine erneute Erhebung wie zu t1 statt. Hierbei wurde erneut eine ausführliche Untersuchung der kognitiven Leistungsfähigkeit (NPU) vorgenommen. Zudem wurden von den Teilnehmern noch Wissensfragebögen ausgefüllt zur Abschätzung des krankheitsbezogenen Wissens vor Teilnahme an der Psychoedukation (Baumgärtner, 2012).
Zum dritten Untersuchungszeitpunkt (t3) nach 4-wöchiger Teilnahme an 8 Psychoedukations-Sitzungen wurde erneut die Psychopathologie beurteilt, die Compliance geratet und der

Wissensfragebogen erneut ausgefüllt, um den Wissenszuwachs nach Psychoedukation zu erfassen.
Zum letzten Untersuchungszeitpunkt t4, neun Monate später, fanden katamnestische Erhebungen statt. Hierbei wurden die Psychopathologie, die Krankheitseinsicht (V10) und die Anzahl der seit Entlassung stattgefundenen Wiederaufnahmen erhoben. Außerdem wurde erfragt, ob die Neuroleptika (V11) noch eingenommen wurden mit Erfassung der Medikamenten-Compliance (V15) und das Wissen wurde erneut untersucht.

### 3.2.5 Untersuchungsinstrumente

In den nachfolgenden Ausführungen werden nur die Untersuchungsinstrumente beschrieben, die für die Daten in vorliegender Arbeit verwendet wurden. Zur Übersicht über alle erhobenen Daten in den beiden Studien wird auf Tabelle 1 verwiesen.
Auf dem Screeningbogen (ANHANG 8.3.1) wurden Alter (V1), Geschlecht (V2), Zeitpunkt der stationären Aufnahme sowie Haupt- und Nebendiagnose notiert.
Der *SKID-I* wurde zu t0 durchgeführt und daraus die ICD-10 Hauptdiagnose abgeleitet. Hieraus ergab sich die Variable Diagnostische Kategorie (V8).
Zu t1 wurden soziodemographische und klinische Daten laut Patientenakten und einem speziellen Patientenfragebogen AMDP (kurz) (ANHANG 8.3.2) dokumentiert.
Hierbei wurde auch die Schulbildung (V4,V5), die berufliche Ausbildung (V5), der Familienstand (V3), die Krankheitsdauer (V13), die Anzahl stationärer Aufenthalte (V14), das Vorliegen eines Abusus in der Lebensspanne (V17,V18,V19) und vorhandene Suizidversuche (V16) erfragt. Auch die Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen (V6) und Vernachlässigung/delinquentes Verhalten in der Lebensspanne (V20) wurden abgefragt.

Die Krankheitseinsicht (V10) wurde im Rahmen der PANSS zu t1 und t4 erhoben, wobei hierfür der Wert des Items G12 (Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht) verwendet wurde (Kay et al., 1992).

Die aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11) wurde mittels eines Medikationsbogens zu t1, t2, t3 und t4 dokumentiert (ANHANG 8.3.3). Die Medikamenten-Compliance (V15) wurde mit einer von Bäuml, Kissling und Pitschel-Walz entwickelten Fremd-Rating Compliance-Beurteilung (2016) (ANHANG 8.3.4) erhoben und ebenfalls auf dem Medikationsbogen dokumentiert. Die Beurteilung bezieht sich immer auf die letzte Woche und gilt sowohl für orale als auch Depot-Medikation. In dieser Arbeit werden die Daten für die Neuroleptika-Einnahme (V11), das Compliance-Rating (V15) sowie die Krankheitseinsicht (V10) zu t4 verwendet, da sich die Probanden zu diesem Zeitpunkt in einem ambulanten Setting befanden, was der Situation der SEEWOLF-Probanden eher ähnelt und somit eine bessere Grundvoraussetzung für einen Vergleich gegeben ist.

Die Clinical Global Impression (CGI) (V9) wurde zu mehreren Untersuchungszeitpunkten mittels CGI-Schizophrenia (Haro et al., 2003) erhoben. Dies ist die angepasste Version des CGI auf Schizophrenie, die von Haro et al. (2003) entworfen wurde unter Vergleich der Psychopathologie (PANSS) und des Funktionsniveaus (GAF). Es hat sich als eine valide Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung und des Behandlungserfolgs bewährt.

Wie bei der SEEWOLF-Studie auch wurde ausschließlich das Item 1 zur Erhebung der Krankheitsschwere erhoben. Verwendet wird der Wert zu t4.

Der Kognitive Status (V7) als IQ wurde anhand der Ravens Standard Progressive Matrices (SPM) erhoben. Es handelt sich um eine Computer-gestützte Version aus dem Wiener Testsystem (Schuhfried, 2005). Der IQ wurde bei t3, also nach der Psychoedukation erhoben (Pitschel-Walz et al., 2009). Erfasst wird hierbei die Fähigkeit des schlussfolgernden Denkens als Indikator für Intelligenz.

## 3.3 Tabellarische Gegenüberstellung der in den beiden Studien erhobenen Daten

Zur besseren Veranschaulichung der in den beiden Studien gewonnenen Daten werden diese in Tabelle 1 thematisch gruppiert gegenübergestellt aufgelistet. Hierbei werden auch Daten aufgeführt, die statistisch nicht ausgewertet werden konnten. Wenn in der gegenüberliegenden Spalte nichts aufgeführt wird, wurden die entsprechenden Daten nicht erhoben. So liegen z.B. bei SEEWOLF keine Informationen zu Psychoedukation vor und bei COGPIP keine Information zur Wohnkarriere.
Unterstrichen werden alle Erhebungsinstrumente, Fragebögen, oder Teilaspekte, deren Daten in den Vergleich eingeflossen sind. In Klammern stehen die Variablen, welche daraus gewonnen wurden. Manche Variablen wurden aus mehreren Erhebungsinstrumenten geschaffen.

*Tabelle 1: Gegenüberstellung der in beiden Studien erhobenen Daten*

| | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| DIAGNOSE | - SKID-1 und SKID-2 (V8)<br>- CGI (V9)<br>- Medikamentöse Compliance (V15)<br><br>- Psychopathologie nach AMDP (V20)<br>- Krankheitseinsicht nach Amador (V10)<br><br>*Ergänzende Selbst- und Fremdbeurteilung:*<br>- Depressive Symptome mittels BDI (Beck Depressions Inventar)<br>- MALT (Münchner Alkoholismus Test)<br>- subjektiv erlebte Allgemeinbeschwerden) anhand der | - SKID-1 (V8)<br>- CGI-SCH (V9)<br>- Compliance mittels MARS (Medikation Adherence Rating Scale) und DAI (Drug Attitude Inventory) (V15)<br>- Kurz-AMDP (V20)<br>- Psychopathologie mittels PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale) (V10)<br><br>- Skalen zu unerwünschten Nebenwirkungen:<br>- AIMS(Abnormal Involuntary Movement Scale),<br>- Barnes-Scale (Akathisie-Beurteilung),<br>- EPS (Extrapyramidalsymptome)<br><br>- Depressive Symptome mittels CDSS (Calgary Depression Score for Schizophrenia)<br>- psychosoziales Funktionsniveau mittels GAF (Global Assessment of Functioning) |

| | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| | B-L (Beschwerden-Liste)<br>- SF-36 (subjektiv bewerteter Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit)<br>- Mini-ICF-APP (Fremdbeurteilung von Aktivitätsniveau und Partizipationsverhalten) | - KK-Skala (KrankheitsKonzept-Skala)<br>- GKB (Globalwert kognitiver Beeinträchtigung) aus 40 von 60 neuropsychologischen Testvariablen<br>- ESI (Eppendorfer Schizophrenie-Inventar)<br>- Zufriedenheit |
| Neuropsy-chologie | - MMST (Mini- Mental-Status-Test)<br><br>*Intelligenz*<br>- <u>WIE</u> (Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) (V7) | - EHI (Edinburgh Handedness Inventory)<br>- CVLT (California Verbal Learning Test)<br>- WMS-R (Wechsler Memory Scale Revised), Subtest „Zahlennachsprechen“<br>- TAP (Testbatterie Aufmerksamkeitsprüfung), Subtest „Alertness“<br>- TMT-B (Trail Making Test B)<br>- FWIT (Farb-Wort-Interferenztest)<br>- mWCST (modifizierter Wisconsin Card Sorting Test)<br>- PERSEV (Perseverationstest)<br>- MLS (Motorische Leitungsserie nach Schoppe), Subtests „Steadiness“, „Lange Stifte Stecken“, „Tapping“<br>- CS (Schriftprobe)<br>- VAS (Testerleben)<br><br>*Intelligenz*<br>- <u>Intelligenzniveau mittels SPM</u> (Standard Progressive Matrices) (V7)<br>- ZVT (Zahlen-Verbindungs-Test): sprachfreier Intelligenztest zur Erfassung der Leistungsgeschwindigkeit) |
| Soziodemo-grafie | <u>Alter, Geschlecht, Familienstand</u> (V1, V2, V3)<br>(inclusive aktueller Partnerschaft, Kinder und Geschwister)<br>Elternhaus, Kindheit, Jugend<br><u>Schulische und Berufliche Bildung</u> (V4, V5)<br>Arbeits- und Beschäftigungssituation<br>Migrationshintergrund und Muttersprache<br>Konfession<br><u>Delinquenz</u> (V20)<br>Wohnkarriere und Wohnsituation | <u>Alter, Geschlecht, Familienstand</u> (V1, V2, V3)<br><br>Prämorbide Anpassung Kindheit, frühe Adoleszenz, späte Adoleszenz, Erwachsenalter<br><u>Schulbildung und Berufliche Bildung</u> (V4, V5)<br><br><u>Verwahrlosung/Kriminalität</u> (V20) |

| | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| Krankheits-vorge-schichte | Familienanamnese (V6)<br>Krankheitsbeginn (V12, V13)<br>Fremdgefährdung, Unterbringung, Zwangsmaßnahmen, Betreuung<br><br>Behandlungsmaßnahmen in der Vorgeschichte (V14)<br><br>Suchtanamnese (V17, V18, V19)<br><br>Suizidale Handlungen und Selbstverletzungen (V16) | Familienanamnese (V6)<br>Krankheitsdauer in Jahren (V12, V13)<br>Dauer der Symptomatik bis Aufnahme<br>Zahl der Krankheitsmanifestationen<br>Zeitpunkt der letzten stationären Wiederaufnahme<br>Zeitpunkt der letzten ambulanten Behandlung<br>Zahl der Aufenthalte in unserer Klinik<br>Zahl der Aufenthalte insgesamt (V14)<br>Verlaufsform (akut-chronisch-intermittierend-andere)<br>Schweregrad (zunehmend-gleichbleibend-abnehmend-wechselnd)<br>Anzahl der Wiederaufnahmen zwischen t3 und t4<br>Neue Belastungen in den letzten 3 Monaten<br>Abusus (V17, V18, V19)<br>Alkohol/Hypnotika/Sedativa/Analgetica/Stimulantien (V17, V18, V19)<br>Suizidversuche (V16) |
| | *Aktuelle Betreuungs- und Behandlungssituation*<br>Somatische Medikation<br>Psychopharmakotherapie (V11)<br>Psychiatrische und Psychotherapeutische Behandlung<br>Psychosoziale Maßnahmen<br><br>Kontakt zu Angehörigen | Detaillierte Anamnese der Medikation mit Neuroleptika (V11)<br><br>*Psychoedukation*<br>Vorerfahrung mit Psychoedukation oder mit Literatur zu Psychoedukation<br>Vorerfahrung mit COGPAK<br>WBF-52 (Krankheitsbezogenes Wissen) mit Wissenszuwachs<br><br>Anzahl an teilgenommenen Sitzungen, Frage, ob Angehörige teilgenommen haben |
| Somatisch | Somatische Krankheitsvorgeschichte<br>Internistisch-neurologische Untersuchung<br>Labordiagnostik | Körpergröße, Gewicht<br>Neurologie: NES (neurologische soft signs), BMS<br>Labordiagnostik |

## 3.4 Statistische Vorgehensweisen

Zu Beginn dieser Arbeit lag von jeder der beiden Studien jeweils ein SPSS Datensatz vor. Aus dem Datensatz der SEEWOLF-Studie wurden alle Studienteilnehmer herausgefiltert, die eine Diagnose zwischen F20 und F29 erhalten hatten. Die Daten dieser 30 Studienteilnehmer wurden weiter verarbeitet. Aus diesen Datensätzen wurden vergleichbare Variablen herausgesucht und nach entsprechenden Umcodierungen in einem neuen Datensatz zusammengeführt. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick, wie die Variablen in den beiden Studien erfasst wurden und wie die neuen Variablen entstanden sind.

Ein Beispiel hierfür ist die Erhebung von Suizidalität: In einer Studie wurden Suizidgedanken und –versuche separat abgefragt mit je 4 verschiedenen Antwortmöglichkeiten: gar nicht, früher, jetzt, früher und jetzt. In der anderen Studie wurden nur Suizidversuche abgefragt: ja oder nein. So wurde für den neuen Datensatz eine neue Variable mit dem Namen SuizidversucheLifetime erstellt mit den Möglichkeiten Ja, Nein und Unbekannt für fehlende Daten.

Die Werte einiger neuer Variablen wurden zusammengefasst, damit die einzelnen Gruppen nicht so klein sind. Dieses Verfahren wurde bei der Bildung (V5), der CGI (V9) angewendet. Auch die Diagnostische Kategorie (V8) wurde zur besseren statistischen Auswertbarkeit dichotomisiert, um die Signifikanz der beiden häufigsten Diagnosen zu erhalten.

In Tabelle 2 wird veranschaulicht, wie die Originalvariablen in den beiden Studien jeweils aufgeführt sind und wie die Werte heißen mit den zugeteilten Zahlen (Spalte in der Mitte und an der rechten Seite). Die linke Spalte gibt Auskunft darüber, wie die Variable in der neu angelegten SPSS-Datei heißt, mit der die Regressionsberechnungen durchgeführt wurden. Das Zeichen ≙ bedeutet, zu welchem Wert der Wert umcodiert wurde, um ihn vergleichbar zu machen.

*Tabelle 2: Übersicht der zum Vergleich stehenden Daten*

| STUDIENVERGLEICH | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| **Neuer Variablenname**<br>*verwendete Werte* | Beschriftung der Originalvariable<br>Wertebeschriftung | Beschriftung der Originalvariable<br>Wertebeschriftung |
| **Alter (V1)**<br>*in Lebensjahren* | Alter<br>in Lebensjahren | Alter des Patienten zum Screeningzeitpunkt<br>in Lebensjahren |
| **Geschlecht (V2)**<br>*1=männlich*<br>*2=weiblich* | Geschlecht<br>0=weiblich≙2<br>1=männlich≙1 | Geschlecht<br>1= männlich<br>2= weiblich |
| **Familienstand (V3)**<br>*1=ledig*<br>*2=verheiratet* | Aktueller Familienstand (9 Werte)<br>1= Ledig, noch nie Partner≙1 | Familienstand (5 Werte)<br>1=ledig<br>2=verheiratet |

| STUDIENVERGLEICH | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| *3=geschieden*<br>*4=getrennt*<br>*5=verwitwet* | 2= ledig ohne Partner ≙1<br>3= ledig mit Partner≙1<br>4= verheiratet, mit Partner≙2<br>5=Verheiratet, getrennt≙4<br>6=geschieden, ohne Partner≙3<br>7= geschieden, mit Partner≙3<br>8= verwitwet, ohne Partner≙5<br>9=verwitwet, mit Partner≙5 | 3=geschieden<br>4=getrennt<br>5=verwitwet |
| **Schulabschluss (V4)**<br>*0=kein Schulabschluss*<br>*1=Hauptschulabschluss*<br>*2=Mittlere Reife*<br>*3=Abitur/Fachhochschulreife* | Art des Schulabschlusses (4 Werte)<br>0=keiner<br>1=Hauptschule<br>2=Mittlere Reife<br>3=Abitur≙3 | Schulbildung (5 Werte)<br>0= kein Schulabschluss≙0<br>1=Sonderschule(keine vorhanden!)<br>2=Hauptschule≙1<br>3=Realschule≙2<br>4=Gym/FOS≙3 |
| **Bildung (V5)**<br>Vereinfacht, damit die einzelnen Gruppen nicht so klein sind<br>*0=kein Abschluss*<br>*1=Hauptschulabschluss*<br>*2=Mittlere Reife*<br>*3=Fachhochschulreife*<br>*4=Akademischer Abschluss* | modifizierte CASMIN (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) Bildungsqualifikation (9 Werte)<br>Unterschied: hier gibt es keine zusätzliche Variable „in beruflicher Ausbildung“, sondern nur mit und ohne berufliche Ausbildung<br>0=kein Abschluss≙0<br>1=Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung≙1<br>2=Hauptschulabschluss und berufliche Ausbildung≙1<br>3=Mittlere Reife ohne berufliche Ausbildung≙2<br>4=Mittlere Reife und berufliche Ausbildung≙2<br>5=Fachhochschulreife/Abitur ohne berufliche Ausbildung≙3 | modifizierte Bildungsvariable nach CASMIN mit 12 Werten<br>0=kein Abschluss≙0<br>1=Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung≙1<br>2=Hauptschulabschluss in beruflicher Ausbildung≙1<br>3=Hauptschulabschluss und berufliche Ausbildung≙1<br>4=Mittlere Reife ohne berufliche Ausbildung≙2<br>5=Mittlere Reife in beruflicher Ausbildung≙2 |

| STUDIENVERGLEICH | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| | 6=Fachhochschulreife/Abitur und berufliche Ausbildung≙3<br>7= Fachhochschulabschluss≙4<br>8=Hochschulabschluss≙4 | 6=Mittlere Reife und berufliche Ausbildung≙2<br>7=Fachhochschulreife/Abitur ohne berufliche Ausbildung≙3<br>8= Fachhochschulreife/Abitur in beruflicher Ausbildung≙3<br>9=Fachhochschulreife/Abitur und berufliche Ausbildung≙3<br>10= Fachhochschulabschluss≙4<br>11=Hochschulabschluss≙4 |
| **positive Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen (V6)**<br>0=ja<br>1=nein<br>2=unbekannt | Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen<br>0= nein≙1<br>1=ja≙0<br>2=unbekannt≙2 | 2 Variablen vorhanden mit jeweils 7 Werten:<br>Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades<br>Erkrankungen bei ferneren Verwandten<br>1= nicht zutreffend ≙1<br>2= nicht eruierbar≙2<br>3= hirnorganisch ≙0<br>4= Schizophrenie ≙0<br>5= affektive Psychose ≙0<br>6= nicht psychot. Auffälligkeit ≙0<br>7= Erkrank. nicht bestimmbarer Art ≙0<br>Beide Variablen zusammenge-fasst zu Familienanamnese |
| **Kognitiver Status (V7)**<br>*Nominaler Wert* | WIE Gesamt-IQ | Raven`s Standard Progressive Matrices IQ-Wert t3 |

| STUDIENVERGLEICH | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| **Diagnostische Kategorie (V8)**<br>F2_ICD10<br><br>*0=F20*<br>*1=F22*<br>*2=F25*<br>*3=F29* | 8 Items von F20 Schizophrenie bis F29 nichtorganische Psychose (jeweils 2 Werte)<br>0= nein<br>1= ja<br>Z.B. ja bei F20 ≙ 0 | Hauptdiagnose nach ICD-10<br>Angaben nach dem Komma wurden weggelassen. |
| Relevanz von F20 (zu V8)<br>*0= F20*<br>*1= F22, F25, F29* | Dichotomisiert aus der Diagnostischen Kategorie | Dichotomisiert aus der Diagnostischen Kategorie |
| Relevanz von F25 (zu V8)<br>*0= F25*<br>*1= F20, F22, F29* | Dichotomisiert aus der Diagnostischen Kategorie | Dichotomisiert aus der Diagnostischen Kategorie |
| **CGI (V9)**<br>Vereinfacht für die logistische Regressionsberechnung, damit die einzelnen Gruppen nicht so klein sind<br>0=*nicht bis mäßig krank*<br>*1=deutlich bis extrem schwer krank* | CGI-Schweregrad (Haro et al, 2003)(7 werte)<br>1= nicht krank≙0<br>2= minimal krank≙0<br>3= Leicht ≙0<br>4= Mäßig≙0<br>5= Deutlich≙1<br>6= Schwer ≙1<br>7= Unter den extrem schwer Kranken≙1 | CGI-Wert nach Haro t4 (7 Werte)<br>1= normal, überhaupt nicht krank≙0<br>2= minimal krank≙0<br>3= leicht krank≙0<br>4= mäßig krank≙0<br>5= deutlich krank≙1<br>6= schwer krank≙1<br>7= extrem schwer krank≙1<br>T4 wurde gewählt, da es nicht dem Zeitpunkt der akuten Psychose mit Klinikaufnahme entspricht, sondern eher einem ambulanten Setting. |
| **Krankheitseinsicht (V10)**<br>*1= krankheitsuneinsichtig/ etwas krankheitseinsichtig*<br>*2= krankheitseinsichtig* | Krankheitseinsicht nach Amador (1994) (3 Werte)<br>1= äußerst krankheitsuneinsichtig≙1<br>2= etwas krankheitseinsichtig≙1<br>3= krankheitseinsichtig≙2 | PANSS G12 Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht zu t4 (7 Werte)<br>1= nicht vorhanden ≙2<br>2= fraglich pathologisch ≙2<br>3= leicht≙1 |

| STUDIENVERGLEICH | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| | | 4= mäßig≙1<br><br>5= mäßig schwer ≙1<br><br>6= schwer≙1<br><br>7=extrem schwer≙1 |
| **aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11)**<br><br>*0= nein*<br><br>*1= ja*<br><br>*2= unbekannt* | Einnahme von Neuroleptika?<br><br>0= nein≙ 0<br><br>1= ja ≙ 1<br><br>2= fraglich (keine vorhanden) | 2 Variablen:<br><br>-Datum der Katamnese (t4): Wenn das Datum befüllt ist, wurde T4 durchgeführt, ansonsten ist die Medikation unbekannt ≙2<br><br>-T4 NL Kombi/Monotherapie gibt an, ob Neuroleptika eingenommen werden ≙ 1, wenn kein Wert angegeben ist, dann ≙ 0<br>Datum von t4 wurde verwendet, um zu sehen, ob überhaupt eine Erhebung zu t4 vorhanden. Wenn keine Daten da sind, dann wurde es mit 2 (unbekannt) gewertet. So kam es zu vielen fehlenden Werten. Dennoch ist t4 besser zum Vergleich geeignet wegen ähnlicheren Umständen. |
| **Alter bei Krankheitsbeginn (V12)**<br><br>*In Jahren* | Neue Variable berechnet:<br><br>AlterKrankheitsbeginn=Alter - (Dauer_PsychKrank / 12) | Neue Variable berechnet:<br><br>Alter- Krankheitsdauer in Jahren |
| **Krankheitsdauer (V13)**<br><br>*in Jahren* | Neue Variable berechnet:<br><br>Dauer der psychischen Erkrankung in Monaten/12 | Krankheitsdauer in Jahren<br><br>Eine 0 haben hier Studienteilnehmer mit einem akuten Geschehen, die ersterkrankt sind. |
| **Anzahl der stationären Klinikaufenthalte (V14)** | Anzahl stationärer Therapieaufenthalte | Zahl der Aufenthalte insgesamt<br><br>(abgefragt in Bezug auf therapeutische Aufenthalte) |
| **Medikamenten-Compliance (V15)**<br><br>*1=sehr gut*<br><br>*2=gut*<br><br>*3=mäßig*<br><br>*4=schlecht* | Compliance bezüglich Psychopharmakaeinnahme<br><br>1=schlecht≙4<br><br>2=mäßig≙3<br><br>3=gut≙2<br><br>4=sehr gut≙1 | Compliance-Rating T4<br><br>1=sehr gut<br><br>2=gut<br><br>3=mäßig<br><br>4=schlecht |

| STUDIENVERGLEICH | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| **Suizidversuche in der Lebensspanne (V16)**<br>*0=nein*<br>*1=ja*<br>*2=unbekannt* | Lifetime Suizidversuche (2 Werte)<br>0=nein<br>1=ja | Suizidversuche (4 Werte)<br>0=gar nicht≙0<br>1=früher≙1<br>2=jetzt≙1<br>3=früher und jetzt≙1 |
| **Alkoholabusus in der Lebensspanne (V17)**<br>*0=nein*<br>*1=ja*<br>*2=unbekannt* | 7 Items vorhanden zur Suchtanamnese vorhanden<br>-Alkohol Lebensspanne (höchste Bewertung aus Jugend, Adoleszenz, Erwachsenenalter und letztes Halbjahr, 4 Werte)<br>0= nie probiert≙0<br>1= normaler Konsum≙0<br>2= Missbrauch≙0<br>3= Abusus≙1 | 2 Variablen vorhanden<br>Abusus (4 Werte) Alc/Hypnotika/Sedativa/Analgetika/Stimulantien<br>0=nicht vorhanden ≙ 0<br>1=früher≙1<br>2=jetzt≙ 1<br>3=jetzt und früher≙1<br>-Welcher Abusus?<br>Substanz wurde notiert<br>Erläuterung:<br>Wenn 1-3 bei Abusus und die entsprechende Substanz angegeben wurde, wird der jeweilige Abusus (Alkohol, Cannabis, Andere Drogen) mit Ja angegeben. Unbekannt wurde angegeben, wenn ein Abusus angegeben wurde aber keine Substanz notiert war. |
| **Cannabisabusus in der Lebensspanne (V18)**<br>*0=nein*<br>*1=ja*<br>*2=unbekannt* | -Cannabis Lebensspanne (höchste Bewertung aus Jugend, Adoleszenz, Erwachsenenalter und letztes Halbjahr, 4 Werte)<br>0= nie probiert≙0<br>1= nur einmal ausprobiert≙0<br>2= Gelegentlich Konsumiert (2-10 Mal) ≙0<br>3=regelmäßig konsumiert≙1 | |

| STUDIENVERGLEICH | SEEWOLF | COGPIP |
|---|---|---|
| **weiterer Drogenabusus in der Lebensspanne (V19)**<br>Drogenabusus ohne Alk und Cannabis angeglichen<br>*0=nein*<br>*1=ja*<br>*2=unbekannt* | AndereDrogen aus: (4 Werte wie bei Cannabis Lebensspanne)<br>-Sedativa etc. Lebensspanne<br>-Stimulanzien Lebensspanne<br>-Opiate Lebensspanne<br>-Kokain Lebensspanne<br>-Halluzinogene/PCP Lebensspanne | |
| **Vernachlässigung/ Delinquentes Verhalten in der Lebensspanne (V20)**<br>*0=nein*<br>*1=ja*<br>*2=unbekannt* | 2 Variablen<br>-Deliktart<br>wenn Deliktart angegeben wurde, wurde 1 geratet.<br>-äußeres Erscheinungsbild<br>0=unauffällig<br>1=auffällig<br>Wenn ein Delikt, ein auffälliges Erscheinungsbild oder beides vorlag, wurde mit 1 geratet | Var 64 Verwahrlosung/ Kriminalität<br>0= nicht vorhanden≙0<br>1= früher≙1<br>2=jetzt≙1<br>3=jetzt und früher≙1 |
| **Studienzugehörigkeit**<br>SEEWOLF oder COGPIP<br>*Seewolf=1*<br>*Cogpip=0* | | |

Nachdem der neue SPSS-Datensatz mit insgesamt 20 zu vergleichenden Variablen erstellt war, wurde zunächst eine deskriptive Statistik erstellt. Für nominal- und ordinalskalierte Werte wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie Median und Range angegeben und für intervallskalierte der Mittelwert mit Standardabweichung und Range.
Zunächst war geplant, ein Profil der wohnungslosen F2-Patienten zu erstellen und Merkmale dieses Profils in der Gruppe der Nicht-Wohnungslosen F2-Patienten zu suchen und so Risikopersonen zu identifizieren. Doch diese Vorgehensweise wurde verworfen, da die Gruppe der Wohnungslosen mit n=30 dafür als zu klein betrachtet wurde.
Für die Fragestellung war es nötig, ein statistisches Modell zu finden, mit dem sich berechnen lässt, einen wie großen Einfluss eine unabhängige Variable (V1-V20) auf die Wahrscheinlichkeit von Wohnungslosigkeit hat. Es wird also der Einfluss untersucht, den ein Faktor (z.B. Bildungsstand) darauf hat, ob eine Person mit Schizophrenie wohnungslos ist oder nicht. Um

die Fragestellung rechnerisch zu bearbeiten, wurde das Verfahren der binären logistischen Regression gewählt.
Die logistische Regressionsanalyse berechnet Wahrscheinlichkeiten, dass die abhängige Variable, in diesem Fall die Wohnungslosigkeit, den Wert 1 annimmt. Diese Wahrscheinlichkeiten variieren zwischen 0 und 1.
Die Fragestellung der logistischen Regression kann so verkürzt werden:
Haben die unabhängigen Variablen (in diesem Fall Variable 1-20) einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass die abhängige Variable den Wert 1 (Wohnungslosigkeit) annimmt? Wie stark ist der Einfluss der unabhängigen Variablen auf das Outcome (Methodenberatung_Universität_Zürich, 2019) ?
Bei diesem Verfahren fließt jeder einzelne Fall in die Berechnung ein, nicht nur der Mittelwert einer Gruppe. Dies bedeutet aber auch, dass ein Fall, bei dem ein Wert fehlt, aus der Berechnung ausgeschlossen wird.
Als Ergebnis erhält man den Signifikanzwert und den Regressionskoeffizienten.
Als Beurteilung der Güte des Modells dient das Nagelkerksche R-Quadrat, das die durch die Faktoren des Modells aufgeklärte Varianz des Outcomes angibt.
Anschließend wurden logistische Regressionsmodelle mit allen Variablen berechnet.
Zuvor wurden die Daten zweier Studienteilnehmer der SEEWOLF-Gruppe ausgeschlossen, da bei ihnen mindestens 12 Werte fehlten. Somit ist bei den Regressionsmodellen n=28 für SEEWOLF und n=116 für COGPIP.
Aufgrund der hohen Anzahl an potentiellen Risikofaktoren und der kleinen Stichprobe an Wohnungslosen wurde entschieden, 17 Regressionsmodelle zu rechnen und diese jeweils für Alter und Geschlecht zu kontrollieren, da diese allgemein als die größten potentiellen Confounders gelten. In diesem Schritt wurden also 17 Berechnungen durchgeführt um die Signifikanz einer jeden Variable zu berechnen. Dabei wurden fehlende Werte nicht in das Modell mit hinein gegeben.
Outcome-Variable war der Status der Wohnungslosigkeit: 1 war Wohnungslosigkeit, 0 nicht.
Hierfür wurden im nächsten Schritt alle diejenigen Variablen, die sich als signifikant herausgestellt haben, zusammen in einem gemeinsamen Modell gerechnet, um so ihre tatsächliche Signifikanz zu erhalten.
Aufgrund der vielen fehlenden Werte bei der Variable Kognitiver Status (V7) wurde der IQ - wo der Wert fehlte - durch den Mittelwert der jeweiligen Gruppe befüllt, da sonst im finalen Modell alle Fälle ausgeschlossen worden wären, bei denen der IQ nicht erhoben wurde. Der Mittelwert der Gruppe COGPIP war 98,9, es wurde 99 bei 19 Studienteilnehmern eingetragen. Bei SEEWOLF betrug der Mittelwert 86,7. Bei den beiden Studienteilnehmern, bei denen der Wert fehlte, wurde 87 eingetragen.
Da die Compliance (V15) bei 41 Studienteilnehmern nicht vorlag, wurde diese Variable aus dem finalen Modell ausgeschlossen. Ebenso wurde mit der Neuroleptika-Einnahme (V11) verfahren, dieser Wert fehlte bei 30 Studienteilnehmern. Da für die bessere Vergleichbarkeit der CGI (V9) der Wert bei COGGPIP zu t4 gewählt wurde, fehlen hier insgesamt 41 Werte, was diese Variable ebenfalls vom finalen Modell ausschließt. Für diese drei Variabeln mit vielen fehlenden Werten wurde ein weiteres Regressionsmodell berechnet (Tabelle 7).
Zwei neue Variablen wurden kreiert, um den Einfluss der häufigsten Diagnosen zu berechnen. Die Diagnostische Kategorie (V8) wurde dichotomisiert für die beiden größten Gruppen

(jeweils F20 und F25 gegen alle anderen), da die übrigen Gruppen zu klein sind, um eine Aussage über deren Relevanz machen zu können.
Nach der Berechnung aller Einzelmodelle wurde diejenige Bildungsvariable (V4, V5) mit der kleineren Signifikanz beziehungsweise dem größeren Regressionskoeffizienten gewählt, da davon ausgegangen wurde, dass sie stark voneinander abhängen und sich bedingen.

# 4 Ergebnisse

## EXKURS: Genauere Charakterisierung der SEEWOLF-F2 innerhalb der Gesamt-SEEWOLF-Stichprobe

Hierbei soll die Population von F2-Patienten aus der SEEWOLF-Studie im Kontext denjenigen gegenübergestellt werden, die im Rahmen der SEEWOLF-Studie keine F2-Diagnose erhielten (SEEWOLF-Nicht-F2). Tabelle 3 verdeutlicht deskriptiv, wie sich die WF2 von den anderen Wohnungslosen unterscheiden.

Bei 223 der 232 bei der SEEWOLF-Studie untersuchten Studienteilnehmer wurde das SKID-I-Interview im Rahmen der psychopathologischen Untersuchung durchgeführt. Dabei erhielten 30 eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10-F2). Das entspricht 13,5% der diagnostizierten Studienteilnehmer. Dabei werden auch Merkmale genannt, die bei COGPIP nicht erhoben wurden aber in diesem Zusammenhang dennoch als wichtig erscheinen.

*Tabelle 3: Gegenüberstellung der SEEWOLF-F2 und den SEEWOLF-Nicht-F2*

| Merkmale | SEEWOLF-F2 | | SEEWOLF-Nicht-F2 | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % |
| Alter | N=30<br>M=43,2 (SD=14,1;<br>Streubreite=19-67) | | N=193<br>M=48,8 (SD=14,6;<br>Streubreite=19-78) | |
| Geschlecht<br>männlich:<br>weiblich: | N=30<br>22<br>8 | <br>73,3%<br>26,7% | N=193<br>156<br>37 | <br>80,8%<br>19,2% |
| gesetzliche Betreuung | N=28<br>14 | <br>50% | N=187<br>23 | <br>12,3% |
| Ausbildungsabbruch | N=26<br>14 | <br>53,8% | N=178<br>71 | <br>39,9% |
| Je Sonderschule besucht | N=18<br>3 | <br>16,7% | N=124<br>20 | <br>16,1% |
| Scheidung der Eltern | N=28<br>6 | <br>21,4% | N=188<br>50 | <br>26,6% |
| zeitweiser Heimaufenthalt | N=24<br>9 | <br>37,5% | N=173<br>26 | <br>15% |
| pos. Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen | N=25<br>22 | <br>88% | N=191<br>94 | <br>49,2% |
| psychisch auffällig in Kindheit und Jugend | N=26<br>19 | <br>73,1% | N=187<br>70 | <br>37,4% |
| Suizidgedanken in Lebensspanne | N=27<br>15 | <br>55,6% | N=191<br>81 | <br>42,4% |
| Suizidversuche in Lebensspanne | N=27<br>11 | <br>40,7% | N=191<br>25 | <br>13,1% |
| Alkoholabusus in der Lebensspanne | N=28<br>12 | <br>42,9% | N=191<br>98 | <br>51,3% |
| Nikotinkonsum aktuell | N=29<br>22 | <br>75,9% | N=191<br>152 | <br>79,6% |

| Merkmale | SEEWOLF-F2 | | SEEWOLF-Nicht-F2 | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % |
| Persönlichkeitsstörungen gesamt. | 13 v. 23 (N) | 56,5% | 81 v. 188 (N) | 43,1% |
| Persönlichkeitsstörung<br>Typ A (schizoid)<br>Typ B (antisozial)<br>Typ C (selbstunsicher) | <br>0 v. 23 (N)<br>7 v. 21 (N)<br>6 v. 23 (N) | <br>0%<br>33,3%<br>26,1% | <br>38 v. 188 (N)<br>30 v. 175 (N)<br>13 v. 188 (N) | <br>20,2%<br>17,1%<br>6,9% |
| IQ:<br>gesamt:<br>verbal:<br>handlungsbezogen: | <br>N=26 M=86,9 (SD=19,7; SB=58-131)<br>N=26 M=88,5 (SD=21,7; SB=62-134)<br>N=27 M=87,1 (SD=16,2; SB=61-121) | | <br>N=174 M=83,5 (SD=16,6; SB=50-127)<br>N=147 M=86,0 (SD=17,9; SB=45-134)<br>N=178 M=82,7 (SD=14,8; SB=56-127) | |
| Ambulante Therapie Lebensspanne | N=27<br>21 | <br>77,8% | N=182<br>67 | <br>36,8% |
| Anzahl stationärer Aufenthalte Lebensspanne | N=28<br>3,5 (SD=4,8; SB=0-2) | | N=184<br>1,23 (SD=2,9; SB=0-20) | |
| Zwangsbehandlung Lebensspanne | N=28<br>10 | <br>35,7% | N=189<br>14 | <br>7,4% |
| sehr gute bis gute Compliance bezüglich Psychopharmaka-Einnahme | N=20<br>13 | <br>65% | N=45<br>34 | <br>75,5% |
| aktuelle Einnahme von Nicht-Psychopharmaka | N=24<br>9 | <br>37,5% | N=179<br>88 | <br>49,2% |
| aktueller psychiatrischer Behandlungsbedarf (Einschätzung Untersucher/in) | N=28<br>25 | <br>89,3% | N=180<br>130 | <br>72,2% |
| aktueller somatischer Behandlungsbedarf (Einschätzung Untersucher/in) | N=21<br>9 | <br>42,9% | N=164<br>84 | <br>50,3% |
| Krankheitseinsicht nach Amador<br>-äußerst krankheitsuneinsichtig/<br>-etwas krankheitseinsichtig<br>-krankheitseinsichtig | N=22<br><br>6<br>7<br>9 | <br><br>27,3%<br>31,8%<br>40,9% | N=117<br><br>32<br>24<br>61 | <br><br>27,4%<br>20,5%<br>52,1% |
| Konflikte mit dem Gesetz Lebensspanne | N=28<br>20 | <br>71,4% | N=191<br>126 | <br>66% |
| Gründe für Wohnungslosigkeit | N=25 | | N=184 | |
| materielle Gründe | 8 | 32% | 56 | 30,4% |
| Trennung von oder Tod des Mitwohnenden (Partner, Eltern…) | 3 | 12% | 37 | 20,1% |
| Kündigung seitens Vermieter aus anderen Gründen als Mietschulden | 4 | 16% | 16 | 8,7% |
| Krankheit (somatisch oder psychisch) | 5 | 20% | 32 | 17,4% |
| Wohnortwechsel | 1 | 4% | 15 | 8,2% |
| Haft | 2 | 8% | 9 | 4,9% |
| Koppelung der Unterkunft an verlorene Arbeitsstelle | 1 | 4% | 3 | 1,6% |

| Merkmale | SEEWOLF-F2 | | SEEWOLF-Nicht-F2 | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % |
| Sonstiges | 1 | 4% | 16 | 8,7% |
| somatische Komorbidität | | | | |
| Pathologischer GPT-Wert (> 35 U/l) | N=26<br>10 | 38,5% | N=182<br>56 | 30,6% |
| Pathologischer HbA1c-Wert (>6%) | N=26<br>5 | 19,2% | N=182<br>21 | 11,5% |
| pathologischer HDL-Wert (<40mg/dl) | N=26<br>11 | 42,3% | N=178<br>30 | 16,9% |
| Adipositas (BMI > 30kg/m2) | N=26<br>9 | 34,6% | N=188<br>41 | 21,8% |

Exemplarisch sollen hier einige Werte aus Tabelle 3 beschrieben werden: Die SEEWOLF-Probanden, die eine F2-Diagnose erhielten, waren im Schnitt 5 Jahre jünger als diejenigen, die keine F2-Diagnose im SKID erhalten hatten. Außerdem waren die Frauen unter den F2 überrepräsentiert: 26,7% versus 19,2% bei den SEEWOLF-nicht-F2.
50% der F2 hatten hatten eine gesetzliche Betreuung während dies nur auf 12,3% der nicht-F2 zutraf.
88% der F2 hatten eine positive Familienanamnese, wohingegen dies nur bei 49,2% der nicht-F2 der Fall war. Innerhalb dieser 88% von F2-Probanden mit einer positiven Familienanamnese berichteten 20% von einer schizophrenen Erkrankung, bei den 49,2% der nicht-F2 wurde von keinem einzigen Fall von Schizophrenie berichtet.
Suizidversuche lagen bei 40,7% der F2 vor, jedoch nur bei 13,1% der nicht-F2.
Zwangsbehandlungen hatten 35,7% der F2 mindestens einmal erlebt, bei den nicht-F2 waren es nur 7,4%.
16% der F2 wurden vom Vermieter aus anderen Gründen als Mietschulden gekündigt, während dies nur bei 8,7% der nicht-F2 zutraf.
Auch somatische Auffälligkeiten sind bei den SEEWOLF-F2 häufiger vorhanden:

- einen pathologischen GPT-Wert haben 38,5% versus 30,6% der nicht-F2.
- einen pathologischen Hba1c haben 19,2% versus 11,5% der nicht-F2.
- einen pathologischen HDL-Wert haben 42,3% versus 16,9% der nicht-F2.
- adipös sind 34,6% versus 21,8% der nicht-F2.

## 4.1 Deskriptive Ergebnisse von SEEWOLF- und COGPIP-Studie im Vergleich

Tabelle 4 beinhaltet eine Gegenüberstellung aller Variablen, die statistisch auswertbar sind. Das **N** in der jeweiligen Spalte gibt an, von wie vielen Studienteilnehmern die jeweilige Information erfasst wurde.

*Tabelle 4: Deskriptive Ergebnisse*

| **Variable** | **SEEWOLF-Studie: F2-Probanden** | **COGPIP-Studie: F2-Patienten** |
|---|---|---|
| **Alter (V1)** | N=30 | N=116 |

| Variable | SEEWOLF-Studie: F2-Probanden | COGPIP-Studie: F2-Patienten |
|---|---|---|
| | M=43,2 (SD=14,1; Streubreite=19-67) | M=34,5 (SD=10,5; Streubreite=18-69) |
| **Geschlecht (V2)** | N=30 | N=116 |
| Männlich: | 22 (73,3%) | 52 (44,8%) |
| Weiblich: | 8 (26,7%) | 64 (55,2%) |
| **Familienstand (V3)** | N=29 | N=116 |
| Ledig: | 22 (75,9%) | 79 (68,1%) |
| Verheiratet: | 0 | 17 (14,7%) |
| Geschieden: | 6 (20,7%) | 12 (10,3%) |
| Getrennt: | 0 | 5 (4,3%) |
| Verwitwet: | 1 (3,4%) | 3 (2,6%) |
| **Schulabschluss (V4)** | N=28 | N=116 |
| Kein Abschluss: | 3 (10,7%) | 4 (3,4%) |
| Hauptschulabschluss: | 18 (64,3%) | 29 (25,0%) |
| Mittlere Reife: | 3 (10,7%) | 45 (38,8%) |
| Abitur: | 4 (14,3%) | 38 (32,8%) |
| **Bildung (V5)** | N=28 | N=116 |
| Kein Abschluss: | 3 (10,7%) | 3 (2,6%) |
| Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung: | 4 (14,3%) | 7 (6,0%) |
| Hauptschulabschluss und berufliche Ausbildung: | 14 (50,0%) | 21 (18,1%) |
| Mittlere Reife ohne berufliche Ausbildung: | 2 (7,1%) | 20 (17,2%) |
| Mittlere Reife und berufliche Ausbildung: | 1 (3,6%) | 27 (23,3%) |
| Fachhochschulreife/Abitur ohne berufliche Ausbildung: | 1 (3,6%) | 13 (11,2%) |
| Fachhochschulreife/Abitur und berufliche Ausbildung: | 1 (3,6%) | 5 (4,3%) |
| Fachhochschulabschluss: | 2 (7,1%) | 0 |
| Hochschulabschluss: | 0 | 20 (17,2%) |
| **positive Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen (V6)** | N=25 | N=116 |
| Ja: | 22 (88,0%) | 67 (57,8%) |
| Nein: | 2 (8,0%) | 34 (29,3%) |
| Unbekannt: | 1 (4,0%) | 15 (12,9%) |
| **Kognitiver Status (V7)** | N=26 | N=97 (t3) |
| IQ-Wert | M=86,9 (SD=19,7 Streubreite= 58-131) | M=98,8 (SD=14,3; Streubreite= 74-131) |
| **Diagnostische Kategorie (V8)** | N=30 | N=116 |
| F20 | 10 (33,3%) | 69 (59,5%) |
| F22 | 0 | 1 (0,9%) |
| F25 | 13 (43,3%) | 46 (39,7%) |
| F29 | 7 (23,3%) | 0 |

| Variable | SEEWOLF-Studie: F2-Probanden | COGPIP-Studie: F2-Patienten | |
|---|---|---|---|
| **CGI (V9)**<br>1 nicht krank:<br>2 minimal krank:<br>3 leicht krank:<br>4 mäßig krank:<br>5 deutlich krank:<br>6 schwer krank: | N=25<br>0<br>2 (8%)<br>2 (8%)<br>10 (40%)<br>8 (32%)<br>3 (10%)<br>M= 4,32 | N=116 (t1)<br>0<br>0<br>3 (2,6%)<br>59 (50,9%)<br>46 (39,7%)<br>8 (6,9%)<br>M= 4,51 | N=80 (t4)<br>10 (12,5%)<br>12 (15,5%)<br>20 (25,0%)<br>33 (41,3%)<br>5 (6,3%)<br>0<br>M= 3,14 |
| | | Für die Regressionsmodelle wurde t4 verwendet | |
| **Krankheitseinsicht (V10)**<br>Krankheitsuneinsichtig/ etwas krankheitseinsichtig:<br>krankheitseinsichtig: | N=22<br>13 (59,1%)<br>9 (40,9%) | N=116 (t1)<br>97 (83,6%<br>19 (16,4%) | N=82 (t4)<br>19 (23,2%)<br>63 (76,8%) |
| **aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11)**<br>Ja:<br>Nein: | N=27<br>17 (63%)<br>10 (37%) | N=89 (t4)<br>78 (87,6%)<br>11 (12,4%) | |
| **Alter bei Krankheitsbeginn (V12)** | N=10<br>M=23,7 Jahre (SD=15,1; Streubreite= 10-61) | N=116<br>M=25,9 Jahre<br>(SD=8,7; Streubreite= 15-55,5) | |
| **Krankheitsdauer (V13)** | N=10<br>M=14,0 Jahre<br>(SD=8,4; Streubreite= 0-24) | N=116<br>M=8,6 Jahre<br>(SD=7,7; Streubreite= 0-33) | |
| **Anzahl der stationären Klinikaufenthalte (V14)** | N=28<br>M=3,5 (SD:4,8; Streubreite= 0-20) | N=116<br>M=5,1 (SD=5,5; Streubreite= 1-40) | |
| **Medikamenten-Compliance (V15)**<br>sehr gut:<br>gut:<br>mäßig:<br>schlecht: | N=20<br>9 (45%)<br>4 (20%)<br>1 (5%)<br>6 (30%) | N=83 t4<br>62 (74,7%)<br>9 (10,8%)<br>10 (12,0%)<br>2 (2,4%) | |
| **Suizidversuche in der Lebensspanne (V16)**<br>Ja:<br>Nein: | N=27<br>11 (40,7%)<br>16 (59,3%) | N=116<br>38 (32,8%)<br>78 (67,2%) | |
| **Alkoholabusus in der Lebensspanne (V17)**<br>Ja:<br>Nein: | N=28<br>12 (42,9%)<br>16 (57,1%) | N=115<br>5 (4,3%)<br>110 (95,7%) | |
| **Cannabisabusus in der Lebensspanne(V18)**<br>Ja:<br>Nein: | N=28<br>6 (21,4%)<br>22 (78,6%) | N=115<br>32 (27,8%)<br>83 (72,2%) | |

| Variable | SEEWOLF-Studie: F2-Probanden | COGPIP-Studie: F2-Patienten |
|---|---|---|
| **weiterer Drogenabusus in der Lebensspanne (V19)**<br>Ja:<br>Nein: | N=28<br><br>4 (14,3%)<br>24 (87,7%) | N=115<br><br>26 (22,6%)<br>89 (77,4%) |
| **Vernachlässigung/ delinquentes Verhalten in der Lebensspanne (V20)**<br>Ja:<br>Nein: | N=26<br><br><br>20 (76,9%)<br>6 (23,1%) | N=116<br><br><br>19 (16,4%)<br>97 (83,6%) |

## 4.2 Einzelne Regressionsmodelle

In Tabelle 5 werden die Ergebnisse der einzelnen Regressionsmodelle mit dem Regressionskoeffizienten und der Signifikanz aufgeführt. Sie wurden jeweils korrigiert für Alter und Geschlecht berechnet. Fett gedruckt sind die Modelle, in denen die unabhängige Variable signifikant war (p≤0,05). In der Spalte rechts wird vereinfacht dargestellt, in welcher Richtung sich das Risiko für Wohnungslosigkeit verhält.

*Tabelle 5: Einzelne Regressionsmodelle mit Wohnungslosigkeits-Risiko*

| Unabhängige Variable | Regressionskoeffizient | Signifikanz | Wolo-Risiko steigt |
|---|---|---|---|
| Familienstand (V3) | -0,399 | 0,151 | |
| **Schulabschluss (V4)** | **-1,249** | **0,000** | **mit schlechterem Abschluss** |
| **Bildung (V5)** | **-0,585** | **0,000** | **mit schlechterer Bildung** |
| positive Familienanamnese mit psychiatrischen Erkrankungen (V6) | -0,880 | 0,077 | |
| **Kognitiver Status (V7)** | **-0,055** | **0,003** | **mit schlechterem kognitiven Status** |
| **Vorliegen einer Schizophrenie vs. die anderen Störungen (zu V8)** | **-1,145** | **0,021** | **beim Vorliegen von F20** |
| Vorliegen einer Schizoaffektiven Störung vs. die anderen (zu V8) | 0,221 | 0,642 | |
| **CGI (V9)** | **2,376** | **0,001** | **bei höherem CGI** |
| **Krankheitseinsicht (V10)** | **-1,038** | **0,009** | **bei schlechterer Krankheitseinsicht** |
| **aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11)** | **-1,635** | **0,009** | **wenn keine Neuroleptika eingenommen wurden** |
| Alter bei Krankheitsbeginn (V12) | -0,067 | 0,227 | |
| Krankheitsdauer (V13) | 0,067 | 0,227 | |
| **Anzahl der stationären Klinikaufenthalte (V14)** | **-0,125** | **0,029** | **bei weniger Klinikaufenthalten** |
| **Medikamenten-Compliance (V15)** | **0,845** | **0,006** | **bei schlechterer Compliance** |

| Unabhängige Variable | Regressionskoeffizient | Signifikanz | Wolo-Risiko steigt |
|---|---|---|---|
| Suizidversuche in der Lebensspanne (V16) | 0,214 | 0,661 | |
| **Alkoholabusus in der Lebensspanne (V17)** | **2,307** | **0,000** | **bei Alkoholabusus** |
| Cannabisabusus in der Lebensspanne (V18) | 0,128 | 0,827 | |
| weiterer Drogenabusus in der Lebensspanne (V19) | -0,221 | 0,726 | |
| **Vernachlässigung/delinquentes Verhalten in der Lebensspanne (V20)** | **2,898** | **0,000** | **bei Vernachlässigung oder delinquentem Verhalten in der Vergangenheit** |

## 4.3 Finales Regressionsmodell

In das finale Regressionsmodell wurden nun - korrigiert mit Alter (V1) und Geschlecht (V2) - folgende Variablen gegeben: Schulabschluss (V4), kognitiver Status (V7), F20 versus die übrigen Diagnosen (zu V8), die Anzahl der stationären Klinikaufenthalte (V14), das Vorliegen eines Alkoholabusus in der Lebensspanne (V17) und Vernachlässigung/delinquentes Verhalten in der Lebensspanne (V20). Die Ergebnisse befinden sich in Tabelle 6. Wie in 0 im letzten Absatz erläutert, wurden die Medikamenten-Compliance (V15), die aktuelle Neuroleptika- Einnahme (V11), der CGI (V9) und die Krankheitseinsicht (V10) aufgrund der hohen Anzahl an fehlenden Werten nicht in das finale Modell eingeschlossen. Diese vier Variablen werden in einem weiteren Modell zusammen anhand Alter und Geschlecht korrigiert ausgewertet, siehe Tabelle 7.

Die Datensätze von 139 Studienteilnehmern wurden in das finale Regressionsmodell mit einbezogen. Fünf fehlten, da bei ihnen ein oder mehrere Werte nicht vorhanden waren. Wie bereits erwähnt, führt das Fehlen eines Wertes zum Ausschluss des Datensatzes des Studienteilnehmers in der Regressionsberechnung.

*Tabelle 6: Finales Regressionsmodell*

| Unabhängige Variable | Regressionskoeffizient | Signifikanz |
|---|---|---|
| **Alter (V1)** | **0,118** | **0,002** |
| **Geschlecht (V2)** | **-2,086** | **0,030** |
| **Schulabschluss (V4)** | **-1,239** | **0,023** |
| Kognitiver Status (V7) | 0,019 | 0,491 |
| **Vorliegen einer Schizophrenie vs. die anderen Störungen (zu V8)** | **-2,163** | **0,019** |
| Anzahl der stationären Klinikaufenthalte (V14) | -0,156 | 0,062 |
| **Alkoholabusus in der Lebensspanne (V17)** | **3,309** | **0,003** |
| **Vernachlässigung/Delinquentes Verhalten in der Lebensspanne (V20)** | **2,544** | **0,003** |

Es ergaben sich nur noch das Alter und Geschlecht, der Schulabschuss, das Vorliegen einer Schizophrenie (F20), das Vorliegen eines Alkoholabusus sowie die Dokumentation von Vernachlässigung/Delinquentem Verhalten als signifikant.
Laut Nagelkerkes R-Quadrat erklären diese Variablen 73,4% der Varianz der Daten in Bezug auf das Zustandekommen der Wohnungslosigkeit.

*Tabelle 7: Finales Modell der signifikanten Variablen mit vielen fehlenden Werten*

| Unabhängige Variable | Regressionskoeffizient | Signifikanz |
|---|---|---|
| **CGI (V9)** | **2,446** | **0,014** |
| Aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11) | 1,274 | 0,473 |
| Medikamenten-Compliance (V15) | 0,760 | 0,192 |
| Krankheitseinsicht (V10) | 0,41 | 0,633 |

In diesem Modell, in dem 77 Fälle – korrigiert durch Alter und Geschlecht - einbezogen wurden, ergab sich nur die CGI (V9) als signifikant. Das Nagelkerke R-Quadrat beträgt 61,9%.

# 5 Diskussion

## 5.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Gefahr der Wohnungslosigkeit wird im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen sehr häufig erwähnt. Doch über konkrete Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei Schizophrenie gibt es nur sehr wenige Daten.

Die Kernfrage der vorliegenden Arbeit ist, welche Faktoren das Risiko für Wohnungslosigkeit bei einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erhöhen. Im Folgenden werden die deskriptiven Ergebnisse sowie die Ergebnisse der Regressionsberechnung erläutert und interpretiert sowie in Relation zu den in 1.5 beschriebenen Studien gesetzt, soweit die Variablen dort erhoben und diskutiert wurden.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass ein Nagelkerkes R-Quadrat von 73,4% für eine gute Passung zwischen Modell und Daten spricht und somit die erhobenen potentiellen Risikofaktoren einen großen Anteil der Varianz erklären.

### 5.1.1 Soziodemographische Variablen

#### 5.1.1.1 *Alter und Geschlecht*

Das Alter (V1) ergab sich als signifikant für das Outcome Wohnungslosigkeit (p=0,002). So nimmt das Risiko für Wohnungslosigkeit pro Lebensjahr zu. Olfson (1999) beschreibt keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Alters. Folsom (2005) stellt fest, dass die Wohnungslosen sogar jünger sind, dass dieser Unterschied jedoch nicht signifikant sei. Auch in den beiden Studien von Caton (1994,1995) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Alter.

Der deskriptiven Statistik ist zu entnehmen, dass die Nicht-Wohnungslosen im Schnitt 8,7 Jahre jünger sind (bei einer sehr ähnlichen Streubreite). Bei genauerer Betrachtung der Wohnbiographie der WF2 fallen Daten auf, die hier deskriptiv wiedergegeben werden sollen: sie waren zum Untersuchungszeitpunkt im Schnitt 5,9 Jahre wohnungslos mit einer großen Streubreite von 0,25-33,75 Jahren. Zudem waren sie im Mittel 5,72 Jahre vor Beginn der Wohnungslosigkeit erstmals wegen ihrer Erkrankung in Behandlung (Streubreite -29 vor bis 8 Jahre nach Beginn der Erkrankung). Bei 56% trat die Erkrankung vor der Wohnungslosigkeit auf, bei 20% trat beides im gleichen Jahr und bei weiteren 24% trat die Erkrankung erst nach Eintritt in die Wohnungslosigkeit auf.

Nicht ableiten lässt sich aus den vorliegenden Daten die Ursache und die Wirkung von Wohnungslosigkeit und Erkrankung, da auch diejenigen, die erst nach Eintritt in die Wohnungslosigkeit erkrankt sind, schon unter Symptomen der Prodromalphase gelitten und dies zum Wohnungsverlust geführt haben könnte. Andersherum könnte auch der Verlust der Wohnung ein krankheitsauslösender Faktor gewesen sein. Die mangelnde Übereinstimmung mit anderen Forschungsergebnissen könnte daraus resultieren, dass die Nicht-Wohnungslosen in vorliegendem Vergleich aufgrund der Vorselektion jünger sind, die genauer unter Limitationen erklärt wird. Außerdem könnte sich hier die ungleiche Erhebung verdeutlichen: Für alle Studien, die zum Vergleich herangezogen werden, wurden Daten aus dem Gesundheitssystem im weitesten Sinne verwendet. Also wurden nur solche in die Studien einbezogen, deren Daten bei stationären Aufenthalten erhoben wurden. Dies ist bei

vorliegender Arbeit nicht der Fall, da die WF2 über die Münchner Wohnungslosenhilfe rekrutiert wurden. Eine stationäre Behandlung war also keine Voraussetzung.

Das Geschlecht (V2) ergab sich als signifikant für das Outcome (p=0,026). Männer haben ein erhöhtes Risiko, wohnungslos zu werden. In der deskriptiven Statistik steht ein Männeranteil von 73,7% bei den WF2 gegenüber 44,8% bei NWF2. Frauen werden seltener wohnungslos, was zahlreiche Gründe hat. Zum einen sind laut Bäuml (2017) bessere soziale Kompetenzen und ein größeres soziales Netzwerk protektiv und es gelingt ihnen somit leichter, bei drohender Wohnungsnot bei Angehörigen oder Bekannten unterzukommen.
Zum anderen leben Frauen laut Kellinghaus häufig in prostitutionsähnlichen Verhältnissen (Kellinghaus et al., 1999), wenn sie von Wohnungsnot bedroht sind. Das heißt, dass die geringere Anzahl an wohnungslosen Frauen nicht automatisch bedeutet, dass sich weniger Frauen in dieser prekären (Wohn-)Situation befinden.
Den wesentlich größeren Anteil an Männern unter Wohnungslosen erklärt Folsom (2005) auch mit einem größeren Hilfs-Angebot für Familien, das vor allem von Frauen in Anspruch genommen wird. Tinland et al. fanden in Ihrer Studie mit wohnungslosen psychisch schwerkranken Frauen heraus, dass Frauen ein höheres Risiko für Suizid haben, häufiger Opfer von Gewalttaten und eher depressiv werden (Tinland et al., 2018). Auf weitere geschlechtsspezifische Unterschiede wird - wenn zutreffend – in der Diskussion der jeweiligen Variablen eingegangen.

#### 5.1.1.2 *Familienstand*

Der Familienstand (V3) ergab sich im Regressionsmodell als nicht signifikant für das Outcome Wohnungslosigkeit (p=0,151). Beim Betrachten der deskriptiven Daten fällt auf, dass 96,6% der F2-SEEWOLF-Probanden ledig oder geschieden sind versus 78,4% bei COGPIP. Hier sind 14,7% verheiratet, hingegen bei den SEEWOLF-F2 sind es 0%. Im Vergleich dazu waren in der deutschen Allgemeinbevölkerung im Jahr 2016 53% der über 20-Jährigen verheiratet (Statistisches Bundesamt, 2018).
Die Ergebnisse decken sich im Wesentlichen mit denen von Folsom (2005), die zwar belegen, dass die Wohnungslosen zwar eher nicht verheiratet waren, sich jedoch auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben. Auch Olfson (1999) beschreibt keine Signifikanz hinsichtlich des Familienstandes. Auch in den Stichproben der New Yorker Studien von Caton (1994, 1995) waren die Teilnehmer in allen 4 Gruppen (männliche WF2 und NWF2 sowie weibliche WF2 und NWF2) zu über 80% ledig oder getrennt. Wesentlich beteiligt an dem hohen Anteil an Alleinstehenden unter F2-Patienten ist hier die Erkrankung an sich, bei der Betroffene häufig Schwierigkeiten haben, eine Beziehung einzugehen oder aufrechtzuerhalten, wie in 1.1.2.2 beschrieben. Grundsätzlich ist das Sozialverhalten bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis stark beeinträchtigt, wie in 1.1.6.3 beschrieben. Auch die Belastungen für das Umfeld sind groß und Beziehungen sind starken Strapazen ausgesetzt.

### 5.1.1.3 *Bildungsstand*

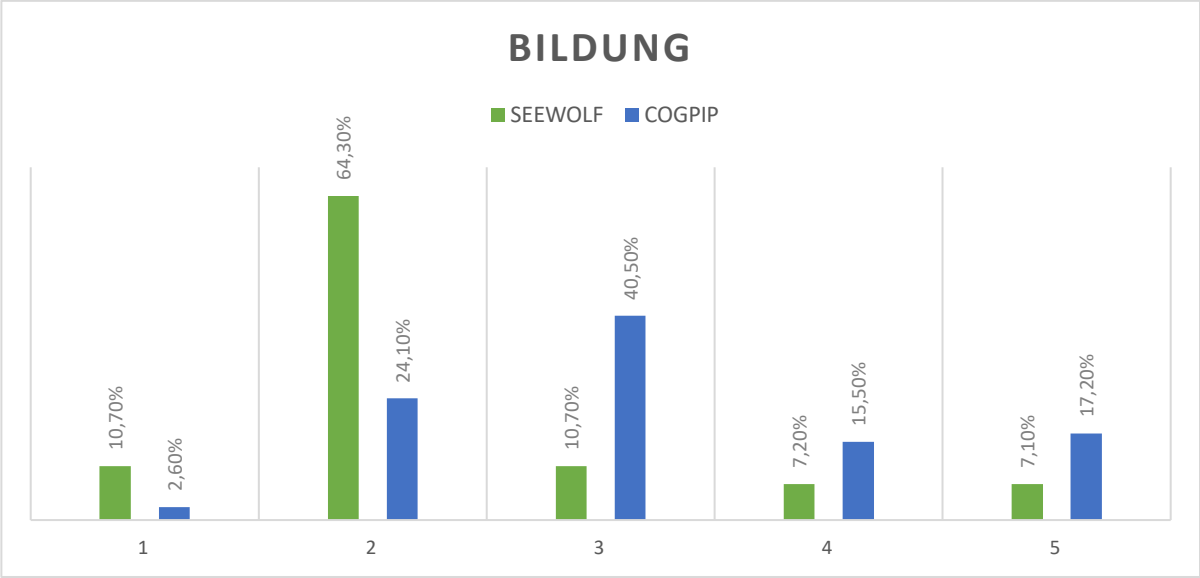



*Abbildung 7: Säulendiagramm Bildung 1: kein Schulabschluss, 2: Hauptschulabschluss, 3: Mittlere Reife, 4: Abitur/Fachhochschulreife, 5: Akademischer Abschluss*

Der Bildungsstand erwies sich im vorliegenden Vergleich als Prädiktor für Wohnungslosigkeit. Beide Bildungsvariablen ergaben im einzelnen Modell einen signifikanten Wert (p=0,000). Davon ausgehend, dass die beiden Variablen stark voneinander abhängen, wurde die Bildungsvariable mit dem größeren Regressionskoeffizienten in das finale Modell gegeben. Darin behielt der Schulabschluss seine Signifikanz (p=0,023). Jede niedrigere Stufe des Schulabschlusses (V4) hat ein erhöhtes Risiko für Wohnungslosigkeit. In der deskriptiven Statistik –veranschaulicht durch Abbildung 7- wird deutlich, dass sich die WF2 eher in den Gruppen mit niedrigerem Bildungsniveau befinden. So haben 10,7% keinen Abschluss und 64,3% einen Hauptschulabschluss. In den Gruppen 3, 4 und 5 befinden sich nur 25% der WF2. Bei NWF2 verhält es sich genau spiegelverkehrt; hier haben lediglich 2,8% keinen Abschluss und nur 24,1% einen Hauptschulabschluss, während 40,5% eine Mittlere Reife abgeschlossen hat und 32,7% Hochschulreife oder einen akademischen Abschluss erlangten.
Bei Olfson (1999) fanden sich hingegen keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Bildungsstandes, wenn sich auch die Wohnungslosen eher in den Gruppen befanden, die weniger als 12 Jahre in Schule und Bildung verbracht haben als in denen, bei denen es über 13 Jahre waren. Auch Folsom (2005) konnte keine signifikanten Unterschiede im Bildungsstand zwischen den Wohnungslosen und Nicht-Wohnungslosen schwer psychisch Kranken feststellen, allerdings liegen keine separaten Auswertungen für die F2-Patienten vor. In den beiden Studien von Caton (1994, 1995) erwies sich das Bildungsniveau auch als sehr ausgewogen in den beiden Gruppen.
Zu diesem Ergebnis, das sich stark von den bisherigen Studien unterscheidet, könnte auch der Umstand einer Vorselektion geführt haben, die genauer unter Limitationen erläutert wird.
Grundsätzlich spielt hinsichtlich des Bildungsstandes die Erkrankung an sich wohl die größte Rolle, da Betroffene übermäßig häufig Schule, Ausbildungen und Studium abbrechen wie unter 1.1.2.3 bereits beschrieben.

### 5.1.2 Familienanamnese

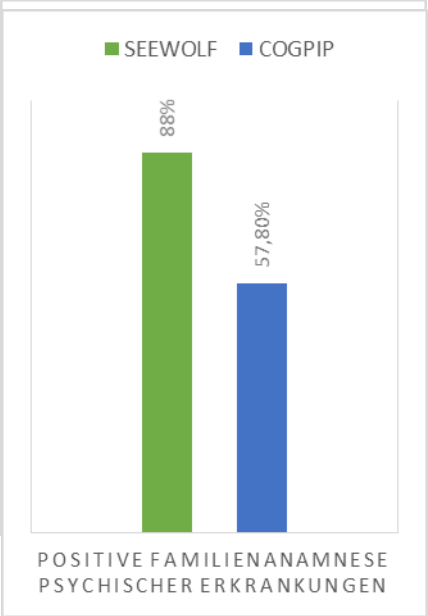



*Abbildung 8: Säulendiagramm Familienanamnese*

Eine positive Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen (V6) zeigte sich in der Regressionsberechnung nicht als signifikanter Prädiktor für Wohnungslosigkeit (p=0,77). Dennoch sei an dieser Stelle erwähnt, dass 88% der WF2 eine positive Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen aufwies während dies lediglich bei 57,8% der NWF2 der Fall ist, wie Abbildung 8 veranschaulicht. Naheliegend ist, dass bei weiteren Erkrankungsfällen in der Familie -oder gar der Eltern- der Betroffene weniger gut aufgefangen werden kann, da im Umfeld weniger Angehörige die nötigen Kapazitäten aufbringen können.
Vor allem Caton hat in seinen beiden Studien zu Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit bei Männern und Frauen mit Schizophrenie den familiären Hintergrund detailliert untersucht. Bei dem sogenannten family disorganization index wurden viele Daten zu Kindheit und Jugend erhoben: die Konstanz der Bezugsperson, Wohnortwechsel, die ökonomische Stellung der Familie, Abhängigkeit von öffentlicher Hilfe, Gewalt in der Familie, Kriminalität der Eltern, psychische Erkrankungen der Eltern und Substanzmissbrauch der Eltern. Dieser Index war bei den Männern in der Wohnungslosen-Gruppe signifikant höher, was für größere Beeinträchtigungen in Kindheit und Jugend spricht. Auch die Unterstützung durch die Familie wurde geratet und unterschied sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen signifikant zwischen den Wohnungslosen und Nicht-Wohnungslosen. Bei den Wohnungslosen war sie weniger adäquat in Bezug auf Kontakthäufigkeit, Qualität der Beziehung, materielle sowie emotionale Unterstützung und gemeinschaftlicher Unternehmungen (Caton et al., 1995; Caton et al., 1994).

### 5.1.3 Kognitiver Status

Der Kognitive Status erweist sich zwar im Einzelmodell als signifikant, im finalen Regressionsmodell jedoch nicht mehr. Erstaunlich ist, dass der Kognitive Status im Modell mit der Bildung nicht mehr signifikant war. Vermutlich beeinflusst hier die Erkrankung den IQ, sodass die beiden Gruppen gleichermaßen beeinträchtigt sind. Betrachtet man jedoch die deskriptiven Mittelwerte der beiden Gruppen der Boxplots (Abbildung 9), wird der Unterschied sehr deutlich.
In keiner der Vergleichsstudien (Caton und Folsom) wurde eine Intelligenzmessung durchgeführt. Es gibt jedoch zahlreiche Erhebungen zu kognitiven Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Personen. In der Übersichtsarbeit von Depp et al beträgt die geschätzte Häufigkeit für kognitive Beeinträchtigungen 25%. Der durchschnittliche IQ von insgesamt 2969 wohnungslosen Personen betrug 85, was genau eine Standardabweichung unter der Allgemeinbevölkerung liegt (Depp et al., 2015). Die Autoren der SEEWOLF-Studie (Bäuml et al., 2017) betrachten die Tatsache des niedrigeren Durchschnitts-IQ der Wohnungslosen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als eine der Hauptrisiken in Kombination mit Persönlichkeitsstörungen und schlechter Krankheitseinsicht. Dies deckt sich auch mit dem

häufigeren Besuch von Sonderschulen mit 16% im Gegensatz zu 4% in der Allgemeinbevölkerung. Das Zusammenwirken dieser Faktoren habe eine massive Überforderung der Bewältigungskapazitäten zur Folge, weshalb diese Menschen ein erhöhtes Risiko haben, ins soziale Abseits zu geraten.
Wie Zakzanis und Heinrichs (1998) in ihrer Metaanalyse belegen, befinden sich 74% der Schizophrenie-Patienten unter dem Median beim HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) (Heinrichs et al., 1998).

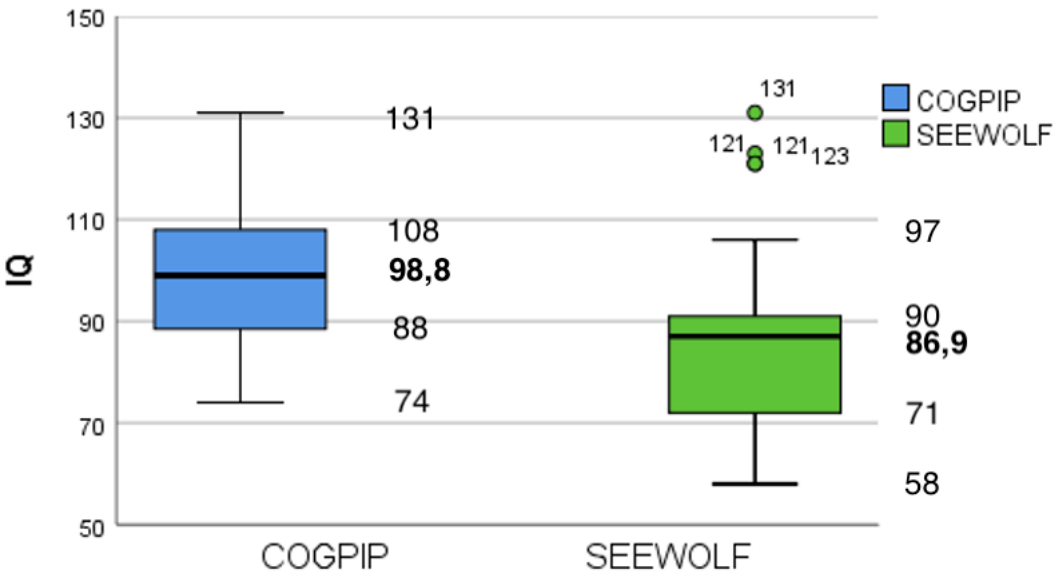



*Abbildung 9: Boxplot zur Veranschaulichung der IQ-Unterschiede zwischen NWF2 und WF2*

Der durchschnittliche IQ bei WF2 von 86,9 versus dem bei NWF2 von 98,8 unterscheidet sich um fast 12 Punkte. Die Streubreite in der WF2 ist sehr groß, auch erkennbar an den 4 Ausreisern in oben genanntem Boxplot. Bei Betrachtung der 26 Einzelwerte fällt auf, dass 13 von ihnen in der Intelligenztestung unterdurchschnittliche Werte (<85) erzielten, dies entspricht 50%. Lediglich 9 (34,6%) hatten durchschnittliche Werte (85-115) und weitere 4 (15,3%) überdurchschnittliche.
Bei den NWF2 hatten lediglich 22,7% der Teilnehmer einen unterdurchschnittlichen IQ, wobei der Durchschnittswert der unterdurchschnittlichen Werte bei 80,8 lag versus 72 bei den WF2. Einen Einfluss könnte hier auch das unterschiedliche Setting der beiden Studien haben, was genauer unter Limitationen erläutert wird. Veranschaulicht werden die IQ-Unterschiede deskriptiv in Tabelle 8. Hier werden alle IQ-Werte der beiden Gruppen jeweils in Minderbegabung (IQ<70) und dann in die Bereiche IQ<85, 85-115 sowie >115 aufgelistet.

*Tabelle 8: Detaillierte Gegenüberstellung der IQ-Werte*

| | WF2 | | | NWF2 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | IQ | n | % | IQ |
| IQ-Durchschnitt | 26 | - | 86,9 | 97 | - | 98,8 |
| < 70 (Minderbegabung) | 4 | 15,4 | 64 | 0 | 0 | - |
| < 85 | 13 | 50,0 | 72 | 22 | 22,7 | 80,8 |
| 85 - 115 | 9 | 34,4 | 92 | 62 | 63,9 | 100,3 |
| > 115 | 4 | 15,3 | 124 | 13 | 11,2 | 122 |

### 5.1.4 Erkrankung

#### 5.1.4.1 *Diagnostische Kategorie*

Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant bezüglich ihrer ICD-10-F2 Diagnose. Untersucht wurde dies jeweils anhand der beiden häufigsten Diagnosen F20 (Schizophrenie) und F25 (schizoaffektive Störung). Für das Vorliegen von F25 ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, für das Vorliegen von F20 jedoch sowohl im Einzelmodell als auch im finalen Modell (p=0,019). Das Vorliegen einer Schizophrenie (F20) gilt auf Basis der vorliegenden Daten mehr als Risikofaktor für Wohnungslosigkeit als das Vorliegen einer schizoaffektiven Störung. Diese unterscheidet sich im Wesentlichen durch manische oder depressive Episoden zusätzlich zu Symptomen der Schizophrenie und hat eine etwas bessere Prognose. Dies könnte der Grund sein, warum das Risiko für Wohnungslosigkeit bei einer Schizophrenie etwas höher ist. Folsom et al. (2005) untersuchten zwar nicht die unterschiedlichen F2-Diagnosen, doch zeigen ihre Daten deutlich, dass die F2-Patienten in Ihrer Studie am überdurchschnittlich häufigsten wohnungslos sind; 20% waren es innerhalb eines Jahres versus 17% derer mit bipolarer Erkrankung und nur 9% der Personen mit Major Depression.

#### 5.1.4.2 *CGI*

Der CGI zeigte sich im Einzelmodell als signifikanter Faktor, im finalen Modell wurde er nur mit den anderen Variablen mit vielen fehlenden Werten – korrigiert durch Alter und Geschlecht - berechnet (Tabelle 7). Auch hier ergab sich ein signifikanter Unterschied (p=0,008). Ein höherer (schlechterer) CGI ist mit einem erhöhten Risiko verbunden, wohnungslos zu sein.
Hier könnte die Vorselektion der Untersuchungsteilnehmer eine Rolle spielen, die genauer unter Limitationen erläutert wird.
Bei Betrachtung von Abbildung 10 wird deutlich, dass sich die WF2 viel weniger häufig in der Gruppe der nicht bis leicht Kranken befinden. Lediglich 16% sind hier vertreten versus 52,5% der NWF2. In der Gruppe der deutlich bis schwer Kranken ist das Verhältnis genau umgekehrt. Hier sind 42% der WF2 und nur 6,3% der NWF2. Auch die CGI-Durchschnittswerte der beiden Gruppen sprechen für sich: 4,32 bei WF2 versus 3,14 bei NWF2. Deskriptiv sind die WF2 im Schnitt also schwerer krank.

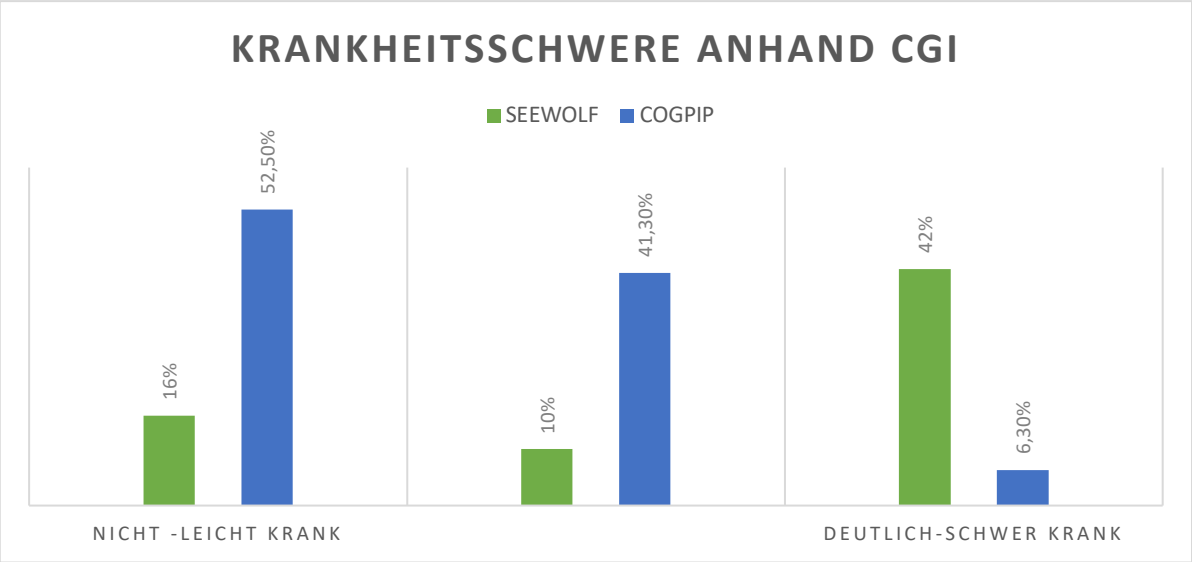



*Abbildung 10: Säulendiagramm CGI*

Olfson untersuchte zwar nicht den CGI, aber den Einfluss von aktuellen Symptomen und Beeinträchtigungen der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen (erhoben durch Global Assessment of Functioning). Patienten mit persistierenden psychotischen Symptomen und beeinträchtigten globalen Funktionen wurden nach Entlassung signifikant häufiger wohnungslos (Olfson et al., 1999). Auch Folsom (2005) stellte ein signifikant niedrigeres Funktionsniveau bei den wohnungslosen schwer psychisch Kranken fest als bei den nicht wohnungslosen schwer psychisch Kranken.

#### 5.1.4.3 *Krankheitseinsicht*

Die Krankheitseinsicht (V10) zeigte sich im Einzelmodell als signifikant (p=0,009), im finalen Modell jedoch nicht mehr. Hier zeigte sich nur noch der CGI signifikant. Die Erwartung der Autoren war hier, eindeutig ein signifikantes Ergebnis zu sehen. Möglicherweise ist hier auch der Einfluss durch eine schlechtere Krankheitsdynamik stärker als der der Krankheitseinsicht bzw. möglicherweise stark zusammenhängend. Wie Kellinghaus et al. (1999) erhoben, haben wohnungslose psychisch Kranke häufig Denkstörungen, die zu einer wenig realistischen positiven Selbsteinschätzung führe. Aufgrund der folglich niedrigen Therapiemotivation sei dies also eine besonders schwierig zu behandelnde Gruppe. Paradoxerweise fand sich bei Kellinghaus et al. (1999) unter wohnungslosen psychisch kranken eine doppelt so hohe Rate an Menschen, die ihre Gesundheit als „gut“ einstuften als in der Allgemeinbevölkerung.
Bäuml et al. (2017) äußern die Vermutung, dass es sich bei den wohnungslosen psychisch Kranken hierbei um einen lebenswichtigen Anpassungsprozess handeln könnte, ohne den viele der Betroffenen diesen Zustand nicht über Jahre ertragen und überleben könnten.
Wie Abbildung 11 zeigt, wurden 59,1% der WF2 als „krankheitsuneinsichtig“ geratet, während dies nur bei 23,2% der NWF2 der Fall war. Das heißt, dass über mehr als die Hälfte dieser Personen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung leben, es jedoch nicht einsehen und sich vermutlich nicht behandeln lassen, was folgende Analysen unterstreichen: Unter den Wohnungslosen korreliert eine gute Krankheitseinsicht mit einer besseren Compliance und mehr Klinikaufenthalten. So hatten die WF2 mit einer guten Krankheitseinsicht im Schnitt 14 stationäre Klinikaufenthalte im Gegensatz zu 4,4 bei den Krankheitsuneinsichtigen. Auch

hatten 78% der Krankheitseinsichtigen eine sehr gute Compliance, während dies nur bei 20% der Krankheitsuneinsichtigen der Fall war.
Für die Berechnung der Krankheitseinsicht wurde in der COGPIP-Studie, den NWF2, der Wert zu t4 gewählt, 9 Monate nach Entlassung. Im absoluten Vergleich der WF2 und NWF2 wird deutlich, dass diejenigen, die eine bessere Krankheitseinsicht haben, also die NWF2, eher im System bleiben und Hilfe in Anspruch nehmen. Somit steigt bei einer mangelnden Krankheitseinsicht offensichtlich das Risiko für eine spätere Wohnungslosigkeit.

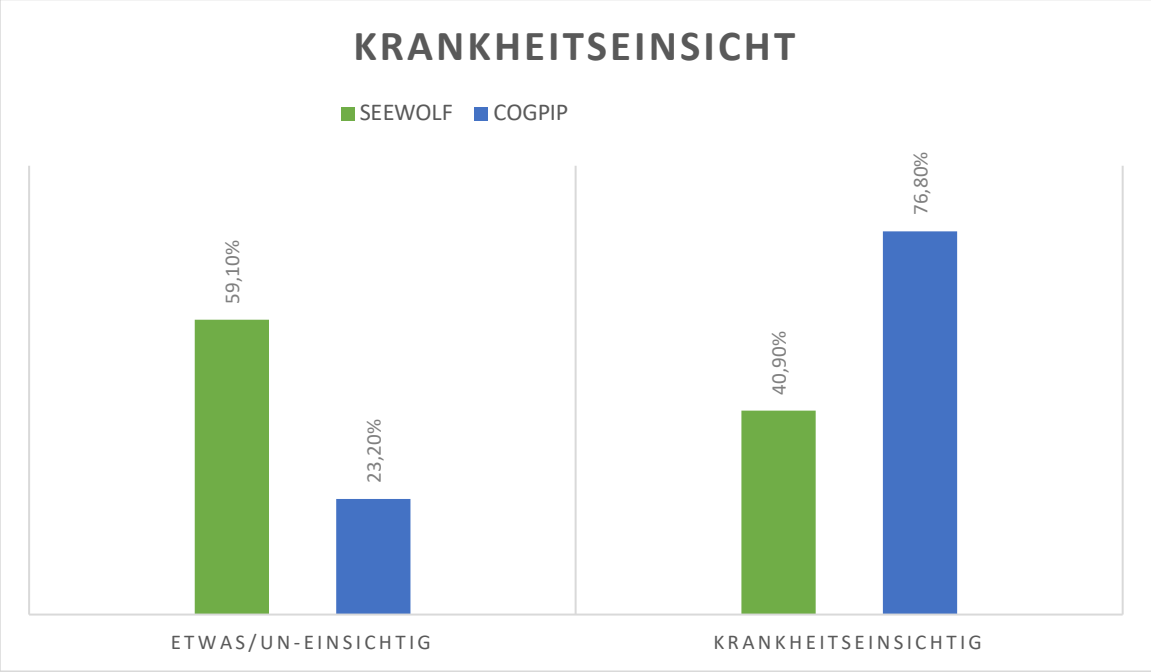



*Abbildung 11: Säulendiagram Krankheitseinsicht*

### 5.1.4.4 *Medikation und Compliance*

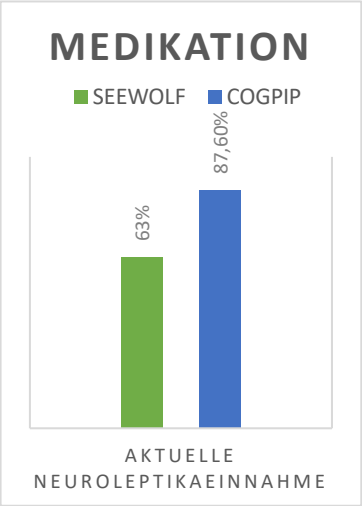



*Abbildung 12: Säulendiagramm Medikation*

Die beiden Gruppen unterschieden sich in den Einzelmodellen signifikant bezüglich Medikation (V11) (p=0,009) und Compliance (V15) (p=0,006). Aufgrund der vielen fehlenden Werte konnten die aktuelle Neuroleptika-Einnahme (V11) und die Medikamenten-Compliance (V15) nicht in das finale Modell gegeben werden, sondern wurde mit der CGI (V9) und korrigiert durch Alter und Geschlecht gesondert berechnet. Dabei verloren beide Variabeln ihre Signifikanz (pV11=0,076) und (pV15=0,509).
Wie Abbildung 12 veranschaulicht, nehmen nur 63% der WF2 eine Medikation mit Neuroleptika ein, während dies bei 87,6% der NWF2 der Fall ist. Vor dem Hintergrund, dass die SEEWOLF-Stichprobe höhere Suizidversuchsraten (V16) hat und laut CGI (V9) als schwerer krank gelten, wird deutlich, dass die Medikation nicht suffizient ist.
Olfson (1999) beschreibt, dass vor allem eine Behandlung mit Risperidon, Olanzapin und Clozapin psychotische Symptome reduziert und so einen wichtigen Risikofaktor für Wohnungslosigkeit verringert.

Caton beschreibt, dass 96% der NWF2 ein Neuroleptikum verschrieben wurde, was nur bei 83% der WF2 der Fall war. Die Compliance unterschied sich nach Korrektur durch potentielle Confounders nicht mehr signifikant zwischen den beiden Gruppen (Caton et al., 1994).
In der „Frauenstudie“ von Caton (1995) unterscheiden sich die weiblichen WF2 gar nicht bezüglich ihrer Compliance von den weiblichen NWF2.
Tinland problematisiert auch, dass die meisten Neuroleptika vor allem mit Männern mittleren Alters entwickelt werden, um eine potentielle Verabreichung während einer Schwangerschaft zu vermeiden. So betreffen die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern den Effekt von vielen Medikamenten in Bezug auf Pharmakodynamik- und -kinetik. Bei Frauen sind dies zum Beispiel ein geringeres Gewicht, kleinere Organe, proportional mehr Körperfett und eine geringere glomeruläre Filtrationsrate (Tinland et al., 2017). Diese biologischen Unterschiede führen zu unterschiedlichen geschlechtsabhängigen Wirkweisen und Nebenwirkungen der Medikamente.
Laut Rezansoff et al. sind WF2 besonders von Non-Compliance betroffen. Er beschreibt Interventionen, die zur Beendigung der Wohnungslosigkeit führen, als die wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance (Rezansoff et al., 2016).
Wie aus Abbildung 13 ersichtlich, sind die WF2 deutlich seltener - nur mit 65% - in der Gruppe „sehr gute bis gute“ Compliance vertreten im Vergleich zu den NWF2 mit 85,5%. 30% haben hingegen eine schlechte Compliance, während dies nur bei 2,4% der NWF2 zutrifft. Diese Daten können in verschiedene Richtungen interpretiert werden. Zum einen könnte die bessere Compliance ein Ergebnis des längeren stationären Aufenthaltes der NWF2-Stichprobe sein. Zum anderen könnte die bessere Compliance die Ursache sein, warum die therapeutischen Interventionen überhaupt erst möglich sind und die NWF2 sich auch öfter in Behandlung geben (siehe Anzahl der Stationären Klinikaufenthalte, V14).

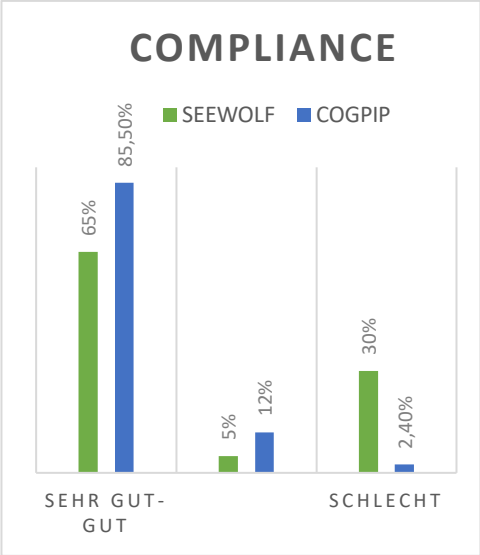


*Abbildung 13: Säulendiagramm Compliance*

Tinland et al. führten eine umfangreiche Studie zur Medikamenten-Compliance bei WF2 durch; Frauen haben ihnen zufolge eine schlechtere Compliance, vor allem aufgrund stärkerer unerwünschter Nebenwirkungen, die noch stärker bei Neuroleptika der ersten Generation auftreten (Tinland et al., 2017).
Für die Noncompliance bei antipsychotischen Medikamente ergaben sich in einer Studie von Olfson (1999) zwar keine signifikanten Werte, ein Trend wird jedoch auch hier beschrieben, dass das Risiko für Wohnungslosigkeit durch Noncompliance steigt.
Die Folge von generell weniger Neuroleptika-Einnahme und schlechterer Compliance dürften mehr chronische Verläufe mit häufigeren Rückfällen und länger anhaltenden Beeinträchtigungen sein, sodass die Betroffenen ihre Wohnung dadurch verlieren.

### 5.1.5 Krankheitsvorgeschichte

#### 5.1.5.1 *Alter bei Krankheitsbeginn*

Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich des Alters bei Krankheitsbeginn (p=0,227). Die WF2 waren im vorliegenden Vergleich im Schnitt 2 Jahre jünger bei Krankheitsbeginn, nämlich 23,7 Jahre, während das Durchschnittsalter bei den NWF2 25,9 Jahre betrug. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der New Yorker Studie von Caton (1994), auch hier fanden sich keine signifikanten Altersunterschiede; das mittlere Erkrankungsalter betrug 20 Jahre für die WF2 und 21 Jahre für die NWF2.
Es ist davon auszugehen, dass dieser frühere Erkrankungsbeginn mit früheren Beeinträchtigungen assoziiert ist, die dazu führen, dass die Ausbildung nicht beendet oder gar nicht erst begonnen werden kann und somit eine weitere ungünstige Ausgangslage entsteht. Zudem kann das frühere Erkrankungsalter sich auch negativ auf die Krankheitsschwere auswirken wie in 1.1.7 beschrieben.

#### 5.1.5.2 *Krankheitsdauer*

Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer Krankheitsdauer (p=0,227). Deskriptiv steht eine mittlere Krankheitsdauer von 14 Jahren bei den WF2 jener von 8,6 Jahren der NWF2 gegenüber. Die Krankheitsschwere beachtend (höhere Suizidversuchsrate, mehr schwere Erkrankungen laut CGI) wird klar, dass die WF2 im Schnitt über 5,4 Jahre länger eine schwere und weniger gut behandelte (weniger stationäre Klinikaufenthalte) Erkrankung haben. Ausgehend von der Tatsache, dass die Erkrankung zu zunehmenden kognitiven Beeinträchtigungen führt, wird deutlich, welche Auswirkungen eine längere Krankheitsdauer haben kann.

Auch die Latenz zwischen der ersten Behandlung der psychischen Erkrankung und dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit ist hierbei erwähnenswert: So waren 56% im Schnitt bereits 11,4 Jahre (Streubreite= 2-29 Jahre) wegen ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung, bevor sie wohnungslos wurden, weitere 20% wurden mit Aufnahme der psychiatrischen Behandlung noch im selben Jahr wohnungslos. Lediglich 24% gaben an, dass die erste Behandlung erfolgte, nachdem sie schon wohnungslos geworden waren, im Schnitt nach 2,8 Jahren (Streubreite= 1-8 Jahre).

#### 5.1.5.3 *Anzahl der stationären Klinikaufenthalte*

Die Anzahl der stationären Aufenthalte erwies sich im Einzelmodell als signifikant, im finalen Regressionsmodell hingegen knapp nicht mehr (p=0,062). Es ist also ein Trend zu erkennen, dass mehr stationäre Aufenthalte protektiv sind. Zur Länge der jeweiligen Aufenthalte gibt es keine Daten, diese hätte vermutlich einen entscheidenden Einfluss.
Die vorliegenden Daten lassen die Vermutung zu, dass diejenigen, die öfter Hilfe suchen und in Anspruch nehmen, ein geringeres Risiko haben, wohnungslos zu werden.
Setzt man die Anzahl der stationären Aufenthalte rechnerisch in Zusammenhang mit der Krankheitsdauer, so kommt man auf folgendes Ergebnis:
Die WF2 waren im Durchschnitt 14 Jahre erkrankt und hatten 3,5 stationäre Aufenthalte. (14:3,5=4). Dies entspricht einem stationären Aufenthalt alle vier Jahre.

Demgegenüber stehen eine mittlere Erkrankungsdauer von 8,6 Jahren und 5,1 stationäre Aufenthalte der NWF2. 8,6:5,1= 1,7. Dies entspricht einem stationären Aufenthalt alle 1,7 Jahre, also circa alle 20 Monate. Normalerweise spricht eine geringere Anzahl von stationären Aufenthalten für eine geringere Krankheitsaktivität und geht in der Regel mit einem deutlich besseren Outcome im Langzeitverlauf einher. In diesem Fall ist jedoch von einem inversen Zusammenhang auszugehen; das schlechtere Befinden der WF2 zum Zeitpunkt der Untersuchung dürfte vor allem mit deren geringerer Therapiebereitschaft zusammenhängen, so dass es trotz eines deutlich höheren Lebensalters und eines längeren Krankheitsverlaufes zu weniger stationären Aufenthalten kam. Diese Verschleppung bzw. Nicht-wahrnehmung einer stationären Behandlung trägt vermutlich sehr entscheidend zur Chronifizierung mit Übergang in die Wohnungslosigkeit bei.

Das heißt, die NWF2 waren in viel geringeren zeitlichen Abständen in stationärer Behandlung. Eine schizophren erkrankte Person, die öfter Hilfe aufsucht, hat eine größere Chance, im System zu bleiben. Sie sind sozusagen diejenigen, die im System Hilfe gesucht haben und diese Hilfe vermutlich wieder in Anspruch nehmen werden. Doch die Aussagekraft der vorliegenden Daten über die Ursache und Wirkung ist sehr begrenzt. So könnten sie auch bedeuten, dass die WF2 weniger Aufenthalte haben, weil sie sich aufgrund ihrer Wohnungslosigkeit weniger gut selber für ihre medizinische Behandlung einsetzen können. Ein weiterer Aspekt ist, dass Patienten mit einem zusätzlich vorhandenen Substanzabusus auf geringere Aufnahmebereitschaft bei therapeutischen Institutionen treffen. Für die zusätzlichen therapeutischen Herausforderungen bei einem begleitendem Abusus bestehen oft nicht die nötigen Kapazitäten. Diese geringere Rate an stationären Aufenthalten bei den WF2 könnte deshalb möglicherweise auch auf deren erhöhte Rate an Alkoholabusus zurückgeführt werden (NWF2: 4,3%; WF2: 42,9%).
Drake et al. beschrieben 1989 in ihrer Studie mit 187 chronisch psychisch kranken Menschen, dass die jeweils behandelnden Ärzte häufig der Überzeugung waren, dass ein Klinikaufenthalt für die 17 Wohnungslosen unter ihnen häufig eine zusätzliche Wohnalternative war und deswegen die Rehospitalisierungsrate während des einjährigen Erhebungszeitraums bei ihnen signifikant erhöht war (Drake et al., 1989).
Caton beschreibt ähnliche Hospitalisierungsraten von WF2 und NWF2 während eines Jahres: 58% versus 56%. Unterschiedlich war jedoch die Länge der Klinikaufenthalte: So waren die NWF2 im Schnitt 60 Tage in stationärer Behandlung, während die WF2 nur auf 46 Tage kamen. Außerdem wurden 11 der WF2 gegen ärztlichen Rat entlassen, was nur bei einem der NWF2 der Fall war (Caton et al., 1994).
In der Studie von Folsom ergaben sich signifikant höhere Werte für stationäre Behandlungen und die Inanspruchnahme vom psychiatrischen Notdienst für die wohnungslosen psychisch schwer kranken Patienten. Hinzufügend sei erwähnt, dass nur diejenigen in die Studie eingeschlossen wurden, die innerhalb eines Jahres das öffentliche psychiatrische Gesundheitssystem überhaupt in Anspruch genommen hatten. Somit wurden die Daten derjenigen nicht erhoben, die sich einer Behandlung oder Krisenintervention völlig entzogen hatten (Folsom et al., 2005).
Die eingeschränkte Vergleichbarkeit der zitierten Studien beruht vor allem auf den unterschiedlichen Studiendesigns. Zum einen wurden die Daten häufig aus Datenbanken bezogen,

die auf medizinischer Behandlung basierten, was bedeutet, dass nur die Patienten in die Studie eingeschlossen wurden, die bereits Kontakt zum öffentlichen Gesundheitssystem hatten. Außerdem unterscheiden sich die Gesundheitssysteme zum Teil sehr stark in Deutschland und den USA. Interessant wäre eine genaue Analyse der Inanspruchnahme von medizinischer und sozialer Versorgung in Bezug auf Anzahl und Dauer ambulanter und stationärer Behandlungen und Kriseninterventionen.

### 5.1.6 Komorbiditäten und Komplikationen

#### 5.1.6.1 *Suizidalität*

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich begangener Suizidversuche (p=0,661). Somit scheint Suizidalität laut den vorliegenden Daten kein spezieller Risikofaktor für Wohnungslosigkeit zu sein. Doch soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass 40,7% WF2 schon mindestens einen Suizidversuch hinter sich hatten im Gegensatz zu 32,8% der NWF2. Suizidgedanken hatten in ihrem Leben schon 55,6% der WF2. Diese Zahlen verdeutlichen wie krank und hilfsbedürftig diese Menschen sind. Dem gegenüber steht eine Rate von Suizidversuchen von circa 10% in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Wolfersdorf, 2019).

Weiser et al. stellten 2014 das Suizidrisiko bei Männern mit einer F2-Diagnose im Bezug zum prämorbiden IQ und der Entlassung aus dem Krankenhaus. Dabei fiel auf, dass diejenigen, die einen höheren prämorbiden IQ hatten, ein erhöhtes Suizidrisiko hatten, vor allem im ersten Jahr nach Entlassung aus einer stationären Behandlung (Weiser et al., 2015). Dies verdeutlicht, dass dieses Risiko grundsätzlich hoch und problematisch ist und eher weniger spezifisch im Kontext von Wohnungslosigkeit zu sehen ist, denn als Folge der Erkrankung.

#### 5.1.6.2 *Suchtvorerkrankung*

Ein jemals vorhandener Alkoholabusus in der Lebensspanne ist ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit. Dafür ergaben sich sowohl im Einzelmodell als auch im finalen Modell signifikante Werte (p=0,003). Er ist den Daten der vorliegenden Arbeit zufolge der Risikofaktor mit dem stärksten Einfluss zusammen mit dem Alter (V1) mit (p=0,002) und dem Vorliegen von Vernachlässigung und delinquentem Verhalten (V20) mit (p=0,003). 42,9% der WF2 hatten einen Alkoholabusus in ihrer Lebensspanne versus 4,3% der NWF2.

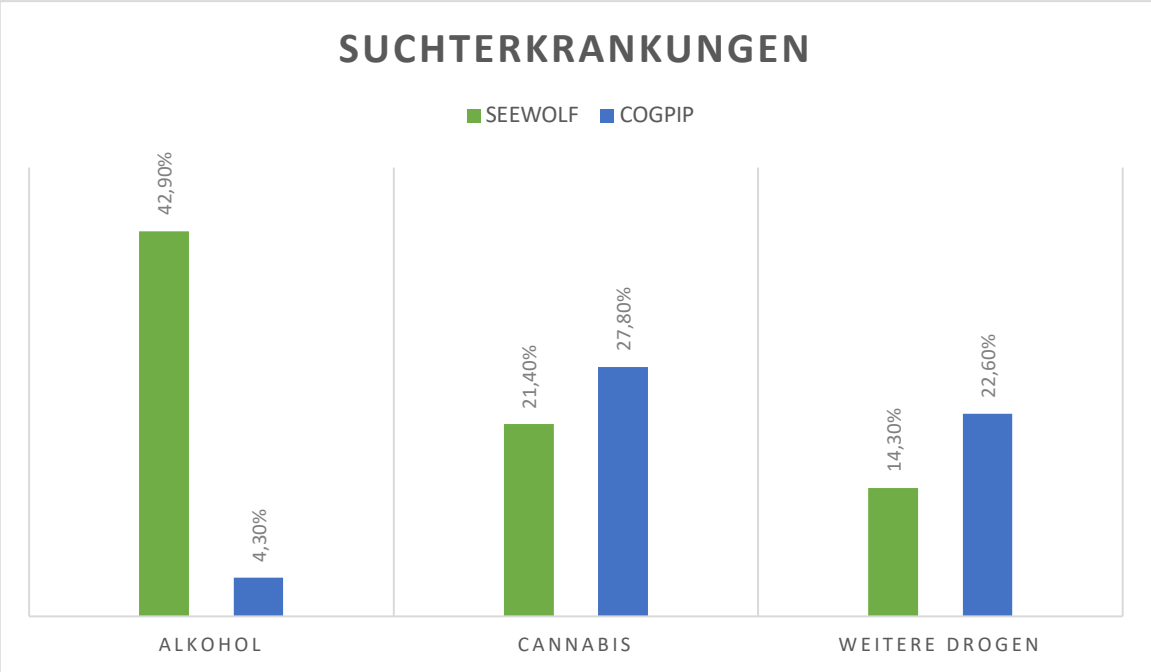



*Abbildung 14: Säulendiagramm Suchterkrankungen*

Wie Abbildung 14 zu entnehmen, ist der Unterschied der beiden Gruppen bezüglich Suchterkrankungen bei Alkohol am gravierendsten. Bei Cannabis war der Konsum unter den NWF2 höher. Vor allem Männer mit einer niedrigen Schulbildung, keinem Abschluss und einem instabilen Elternhaus gelten als Risikogruppe für Cannabis-Konsum (WHO, 2016). Dies in Zusammenhang mit dem erhöhten Suchtpotential bei den Personen mit F2-Diagnose heizt die Problematik weiter an: Der Substanzgebrauch ist sozusagen als Ursache und Folge zu sehen.
Die Personen, die in ihrer Adoleszenz Schwierigkeiten mit Familie und Ausbildung haben, werden eher Drogen konsumieren, wie die Daten der WHO belegen. Andererseits werden die Drogen, insbesondere der Cannabiskonsum, die Probleme weiter verstärken und eventuell, wie in Abschnitt 1.1.11.2 erläutert, die Manifestation der schizophrenen Erkrankung triggern.
Auch bei Folsom et al. (2005) ergab eine aktuelle substanzbezogene Störung den stärksten Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit bei einer schweren psychischen Erkrankung (Bipolare Erkrankungen und Major Depression sind hier mit eingeschlossen).
Caton beschreibt zwar auch eine höhere Rate an Substanzabusus. Signifikante Unterschiede ergaben sich hier jedoch nur für den Drogenabusus, der als Risikofaktor für Wohnungslosigkeit gilt (Caton et al., 1994).
Auch bei Olfson (1999) wurden diejenigen signifikant häufiger wohnungslos, die an einem Drogenkonsum erkrankt waren. Für einen Alkoholabusus hingegen ergaben sich keine signifikanten Werte.
Caton (1994) untersuchte auch das Alter beim ersten Drogenabusus und stellte fest, dass die WF2 im Schnitt 2 Jahre jünger waren (16 Jahre) als NWF2. Beim ersten Alkoholabusus waren beide Gruppen im Schnitt 18 Jahre alt. Hier zeigten sich vor allem wesentliche Unterschiede in der Behandlung, die sie dafür erhalten hatten: In den letzten 12 Monaten vor der Datenerhebung bekamen 34% der männlichen NWF2 eine Behandlung ihrer Suchtproblematik, während dies nur auf 15% der männlichen WF2 zutraf. Dabei lag bei 49% der WF2 ein Alkoholabusus versus bei 44% der NWF2. Zusammenfassend wurden die WF2 trotz häufigerem Abusus weniger behandelt.

Gonzalez beschreibt, dass die psychisch kranken Wohnungslosen, die an einem Substanzabusus leiden, durch eine Behandlung ihrer Suchtprobleme eine wesentliche klinische Besserung erlangen. Eine intensive Behandlung in Form therapeutischer und ärztlicher Interventionen und Teilnahme an Selbsthilfe-Gruppen führt zum gleichen klinischen Niveau wie dem von wohnungslosen Kranken ohne Substanzabusus. Ihr Outcome wird verbessert (Gonzalez et al., 2002). Dies verdeutlicht die Bedeutung von Suchtpräventionsprogrammen und Behandlung der substanzbezogenen Störungen, auch und vor allem bei wohnungslosen Menschen, da diese weniger häufig deswegen in Behandlung sind (Caton et al., 1994).
In der Zusammenschau dieser Ergebnisse ist zu berichten, dass substanzbezogene Störungen bei F2-Patienten generell häufig vorkommen und als Komorbidität den klinischen Zustand des Patienten verschlechtern, dabei mitunter die Wohnungslosigkeit begünstigen können und eine Behandlung dringend indiziert ist. Keine Aussage ist zu treffen über die Kausalität, da eine F2-Diagnose und substanzbezogene Störungen stark zusammenhängen so wie Wohnungslosigkeit und substanzbezogenen Störungen. Außerdem könnten die Betroffenen laut Bäuml auch versucht haben, durch Alkoholkonsum die Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung besser erträglich zu machen (Meyer, 2014).

#### 5.1.6.3 *Vernachlässigung/delinquentes Verhalten*

Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant (p=0,003) bezüglich des Vorliegens von vernachlässigtem äußeren Erscheinungsbild und/oder delinquentem Verhalten in der Lebensspanne (V20). Dieses Item ist auf Grundlage der vorliegenden Daten als Risikofaktor für Wohnungslosigkeit zu betrachten. Dies deckt sich grundsätzlich mit den Ergebnissen der New Yorker Studie von Caton, wenn auch dort keine Signifikanz-Werte vorliegen. 25% der NWF2 gegenüber 72% der WF2 waren bei dieser Studie schon einmal im Gefängnis. Bis zum 15. Lebensjahr waren 46% der WF2 schon mindestens einmal polizeilich auffällig geworden im Vergleich zu 13% der NWF2 (Caton et al., 1994).
Interessant wäre in diesem Zusammenhang das Verhältnis von Fremdgefährdung zur Selbstgefährdung, da dieses bei psychisch kranken Menschen in der Regel bei 1:3 liegt, mit Ausnahme von F2- Patienten, bei denen das Verhältnis ausgeglichen ist (Kirschenbauer et al., 2008). Auffällig war in der SEEWOLF-Studie (gesamte Studie), dass Zwangsbehandlungen zu 52,6% wegen Fremdgefährdungen und zu 42,1% wegen Selbstgefährdung stattfanden.
Bei genauerer Untersuchung der WF2 fällt auf, dass sich die Anzahl der Krankenhausaufenthalte stark unterscheidet zwischen denjenigen, die wegen Vernachlässigung und delinquentem Verhalten jemals auffällig wurden, und denjenigen, bei denen dies nicht der Fall war. Wie Tabelle 9 veranschaulicht, beträgt die mittlere Anzahl an stationären Klinikaufenthalten bei denjenigen, die auffällig wurden nur 2,3 im Vergleich zu den Nicht-Auffälligen mit 8,3 stationären Klinikaufenthalten.

*Tabelle 9: Anzahl der Klinikaufenthalte in Abhängigkeit von Vernachlässigung/delinquentem Verhalten bei WF2*

| | auffällig wegen Vernachlässigung oder delinquentem Verhalten (V20) | nicht auffällig wegen Vernachlässigung oder delinquentem Verhalten (V20) |
|---|---|---|
| Anzahl der stationären Klinikaufenthalte(V14) | N=19<br>2,32 (SD: 2,335; SB: 0-6) | N=5<br>8,33 (SD: 8,066; SB: 0-20) |

Dies führt zu der Vermutung, dass diejenigen, die jemals durch Vernachlässigung oder delinquentes Verhalten auffällig geworden sind, sich weniger behandeln lassen, oder schlechteren Zugang zu einer adäquaten Behandlung haben. Weiterhin ist auch zu vermuten, dass dies diejenigen sind, die das System meiden und eher auf sich gestellt versuchen, ihren Alltag mit der Erkrankung zu bewältigen.

## 5.2 Limitationen und methodische Einschränkungen

Das einheitliche stationäre Setting bei COGPIP auf der einen Seite steht der Vielfältigkeit unterschiedlicher Aufenthaltsorte der Probanden bei SEEWOLF gegenüber. Dies beeinflusst sicher die Motivation bei der Teilnahme an Tests und Untersuchungen.
Die COGPIP-Studie im Klinikum München Rechts der Isar hat Patienten mit einer gewissen Vorselektion von zum Teil eher motivierteren Patienten oder von Patienten mit engagierten Angehörigen, die speziell Wert auf eine Behandlung in der Uniklinik legen. Zudem wurden die Studienteilnehmer fortlaufend in die Studie eingeschlossen, damit handelt es sich nicht um eine klassische Querschnittsuntersuchung wie bei der SEEWOLF-Studie.
Zudem wurden die Daten nicht gleich erhoben, weder durch die gleichen Personen, noch durch die gleichen Untersuchungsinstrumente. Auch die Antwortmöglichkeiten waren unterschiedlich genau und hatten einen anderen Fokus. Dabei ging in der vorliegenden Arbeit oft ein Teil der Datenvielfalt zugunsten der Vergleichbarkeit verloren.
Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für die vorliegende Arbeit Daten von 30 WF2 mit Daten von 116 NWF2 verglichen werden und somit die Wohnungslosen-Stichprobe im Vergleich zur Nicht-Wohnungslosen-Stichprobe relativ klein ist. Somit sind die vorliegenden Ergebnisse lediglich als Trend zu betrachten und die Limitationen der einzelnen Variablen immer zu berücksichtigen. Von wie vielen Studienteilnehmern eine Variable jeweils mit einem Wert befüllt wurde, ist Tabelle 4 zu entnehmen. Dort steht das N für die Anzahl.
In folgender Ausführung werden die speziell auf einzelne Variablen zutreffenden Limitationen und Einschränkungen erläutert.

Alter (V1)
Möglicherweise kümmern sich jüngere Patienten eher um einen Behandlungsplatz im Klinikum Rechts der Isar, weil sie sich davon viel erwarten. Ältere, häufig Wiedererkrankte haben möglicherweise eher resigniert. Doch Patienten, die sich während ihrer stationären Behandlung im Klinikum Rechts der Isar wohl gefühlt haben, stellen sich häufig bei erneuter Erkrankung wieder vor, somit sind in der NWF2-Gruppe auch wiedererkrankte ältere Patienten zu finden.

Bildungsstand (V4+V5)
Möglich ist, dass die COGPIP-Probanden eher aus Familien mit höherem Bildungsniveau kommen, die sich bemühen, für Ihre Angehörigen einen Therapieplatz am Rechts der Isar zu bekommen. Auch die Betroffenen selbst recherchieren eher und bemühen sich besonders, dort behandelt zu werden, da sie sich unter Umständen eine bessere Behandlung in einer Universitätsklinik versprechen.

Kognitiver Status (V7)
Bei COGPIP wurde der IQ zu t3 erfasst, um den Test möglichst frei von psychotischen Symptomen durchführen zu können. Außerdem waren die Patienten zu diesem Zeitpunkt schon mehrere Wochen in stationärer Behandlung und hatten schon die Psychoedukations-Sitzungen absolviert. Bei SEEWOLF war die Freiheit von psychotischen Symptomen nicht gewährleistet und somit ist die Vergleichbarkeit nur eingeschränkt gegeben. Wünschenswert wäre die Erfassung des IQ vor Erkrankungsbeginn, um wirklich zu eruieren, ob ein schlechter IQ als Risikofaktor gelten kann.

Krankheitseinsicht (V10)
Hier wird der Wert von t4 der COGPIP-Studie in der logistischen Regressionsberechnung verwendet, der den naturalistischen Bedingungen der SEEWOLF-Probanden am nächsten stand. Somit sind das Werte der Personen, die sich 9 Monate nach Entlassung erneut befragen ließen. Dies kommt einer gewissen Vorselektion gleich, da dies Personen sind, die in Kontakt mit der Studie/dem Klinikum blieben und somit eher eine bessere Krankheitseinsicht haben, als diejenigen, von denen der Wert zu t4 fehlt.

Vernachlässigung und delinquentes Verhalten i.d.L (V20)
Auch hier könnte die Vorselektion eine Rolle spielen, da in der COGPIP-Studie gewalttätige oder straffällig gewordene Patienten eher unterrepräsentiert sind, da dort nur Patienten mit einem Minimalkonsens an Zustimmung aufgenommen werden konnten, sonst hätten sie die Einwilligungserklärung nicht unterzeichnet.
Limitierend kommt auch die unterschiedliche Erhebung der Daten in den beiden Studien hinzu: in der COGPIP-Studie wurde nur abgefragt, ob Delinquenz oder Verwahrlosung jemals aufgetreten seien und bei SEEWOLF wurden die beiden Bereiche unabhängig voneinander erfragt.

## 5.3 Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis

### 5.3.1 Forschung

Wünschenswert wäre eine groß angelegte Kohortenstudie, bei der parallel WF2 und NWF2 durch gleiche Untersucher mit den gleichen Untersuchungsinstrumenten erfasst werden. Dabei sollte der Krankheitsverlauf genauer untersucht werden, um feststellen zu können, ob diejenigen mit einem schwereren Krankheitsverlauf ein erhöhtes Risiko haben, wohnungslos zu werden. Hierbei wäre es angebracht, gezielt nach dem Vorhandensein von Faktoren zu suchen, die mit einer günstigen oder ungünstigen Langzeitprognose assoziiert werden. Unter anderem wäre eine genaue Analyse weiterer Faktoren sinnvoll, die mit einem schlechten

Outcome zusammenhängen wie die DUP (Duration of untreated Psychosis), die Schwere der kognitiven Defizite und der Negativsymptome (Tandon et al., 2009).
Zudem wäre eine Persönlichkeitsdiagnostik wünschenswert, da ihr Einfluss auf Krankheitseinsicht, Compliance sowie den allgemeinen Krankheitsverlauf hoch sein könnte. So hatten 42% der Wohnungslosen der Studie von Caton (1994) gegenüber 8% der Nicht-Wohnungslosen eine antisoziale Persönlichkeitsstörung.
Ein gleichsinniges Ergebnis wurde auch bei den SEEWOLF-Probanden gefunden mit einer Rate von 33,3 % antisozialen Persönlichkeitsstörungen.
Zudem sollte der GAF erhoben werden, denn niedrige Werte im Global Assessment of Functioning Scale Score zeigten starke Zusammenhänge mit Wohnungslosigkeit (Folsom et al., 2005).
Desweiteren ist selbstverständlich immer das Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu berücksichtigen, beispielhaft sei hier genannt: Ein niedriger IQ führt zu einer schlechteren Bildung und zu weniger Erfolg in der Therapie, somit vermutlich zu weniger Klinikaufenthalten, da sich der Betroffene eher der Behandlung entzieht, da diese ihm subjektiv weniger nützt. Ein früherer Erkrankungsbeginn führt ebenfalls zu einer schlechteren Bildung. Männer tun sich generell schwerer, Hilfe in Anspruch zu nehmen und sind sozial schlechter vernetzt (Bäuml et al., 2018).
So scheinen alle Komponenten sich gegenseitig zu beeinflussen. Interessant wäre hierbei, an welcher „Stellschraube“ man drehen könnte um einen möglichst positiven Effekt zu erreichen. Ob beispielsweise eine bessere Versorgung bei zusätzlich vorhandenen substanzbezogenen Störungen effektiv Wohnungslosigkeit verhindern könnte?

### 5.3.2 Klinik

Selbstverständlich brauchen alle Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis eine sehr gute Behandlung. Wichtig ist dabei vor allem ein Ansprechpartner in einer Praxis oder Ambulanz, an den sich die Betroffenen jederzeit vertrauensvoll wenden können. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Arbeit lässt sich ableiten, dass bestimmte Personen noch mehr Aufmerksamkeit brauchen, um dem Abrutschen in die Wohnungslosigkeit möglichst präventiv zu begegnen. Besonders zum Einsatz sollte hier die Psychoedukation unter Einbeziehung der Angehörigen kommen. Auch Programme zur Suchtarbeit sind wichtig und effektiv. Besonders erwähnt sei hier WALK – Wohnungslos. und alkoholkrank-, ein Programm zum kontrollierten Trinken, welches niederschwellig zugänglich ist und den Teilnehmern selbst die Wahl lässt, wie viel der Konsum reduziert wird (König et al., 2007).
Als Red Flag könnte das Zusammenkommen folgender Umstände gelten: Älterer, männlicher Patient mit Schizophrenie (F20), Alkoholabusus in der Lebensspanne, niedrigem Bildungsstand, wenigen stationären Aufenthalten (nur knapp nicht signifikant) sowie Vernachlässigung und/oder delinquentem Verhalten in der Vergangenheit. Zusätzliches Augenmerk sollte auf einen schlechten CGI gerichtet werden.

# 6 Zusammenfassung

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, die unter den ICD-10-Codes F20-F29 zusammengefasst werden, sind häufig schwere Erkrankungen, die starke Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen der Betroffenen mit sich bringen. In der Allgemeinbevölkerung tritt bei 1% mindestens eine Psychose im Leben auf, doch unter Wohnungslosen beträgt die durchschnittliche Prävalenz circa 11-15%. Diese Arbeit konzentriert sich auf die Fragestellung, warum Menschen mit einer F2-Diagnose überproportional häufig wohnungslos werden; es sollen also die entscheidenden Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit eruiert werden. Hierzu wurden zwei Populationen an Menschen mit schizophrenen Erkrankungen verglichen: Eine ist wohnungslos, die andere ist nicht wohnungslos.

Die Daten der wohnungslosen schizophren Erkrankten entstammen der SEEWOLF-Studie, die von Mai 2010 bis Juli 2012 in Einrichtungen der Münchner Wohnungslosenhilfe durchgeführt wurde (Bäuml et al., 2017). Hierbei wurden 232 Probandinnen und Probanden an drei unterschiedlichen Terminen psychiatrisch, neuropsychologisch und körperlich untersucht und viele weitere Informationen erhoben. 30 von ihnen erhielten eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2). Für den Vergleich der Wohnungslosen mit den Nicht-Wohnungslosen wurden nur die Daten dieser 30 SEEWOLF-F2-Probanden verwendet.

Die Daten der 116 Nicht-Wohnungslosen schizophren Erkrankten stammen aus der COGPIP-Studie, deren Einschlusskriterium eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis war. In dieser stationär durchgeführten Studie wurde die Relevanz des kognitiven Leistungsniveaus auf die Teilnahmefähigkeit an und den Benefit durch Psychoedukation untersucht und ob ein vorgeschaltetes Kognitives Training den Erfolg der Psychoedukation verbessern kann (Pitschel-Walz et al., 2013). Nach Sichtung der Datensätze beider Studien wurden 20 Variablen ausgewählt, die in beiden Studien erhoben wurden und für einen statistischen Vergleich in Frage kamen.

Darauf folgten die Erstellung eines Datensatzes mit den Daten aus beiden Studien und die deskriptive Auswertung der 20 Variablen: Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Bildung, positive Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen, kognitiver Status, Diagnostische Kategorie, CGI, Krankheitseinsicht, aktuelle Neuroleptika-Einnahme, Alter bei Krankheitsbeginn, Krankheitsdauer, Anzahl der stationären Klinikaufenthalte, Medikamenten-Compliance, Suizidversuche in der Lebensspanne, Alkoholabusus i.d.L., Cannabisabusus i.d.L., weiterer Drogenabusus i.d.L. und Vernachlässigung/delinquentes Verhalten i.d.L..

Die logistische Regression wurde als statistisches Verfahren ausgewählt, da hier jeder einzelne Fall in die Berechnung einfließt. So wurde zunächst für jede einzelne Variable die Berechnung durchgeführt, korrigiert durch Alter und Geschlecht. Als signifikant ergaben sich folgende 10 Variablen: Schulabschluss, Bildung, kognitiver Status, Vorliegen einer Schizophrenie (F20.0), aktuelle Neuroleptika-Einnahme, Anzahl der stationären Klinikaufenthalte, Medikamenten-Compliance, Alkoholabusus i.d.L., und Vernachlässigung/delinquentes Verhalten i.d.L.. Die Variablen, die sich im Einzelmodell als signifikant zeigten, wurden in das finale Regressionsmodell gegeben, mit Ausnahme von drei Variablen: der CGI, der Medikamenten-Compliance und der aktuellen Neuroleptika-Einnahme. Diese konnten aufgrund der hohen Anzahl fehlender Werte nicht in das finale Modell gegeben werden und wurden nur korrigiert durch Alter und Geschlecht in einem separaten Modell gerechnet.

Im finalen Modell ergaben sich folgende Variablen als Risikofaktoren: höheres Alter, männliches Geschlecht, niedriger Bildungsstand, Vorliegen einer Schizophrenie, vorliegender Alkoholabusus i.d.L., Vorliegen von Vernachlässigung/delinquentem Verhalten i.d.L.. Die Anzahl stationärer Klinikaufenthalte war knapp nicht mehr signifikant mit einem p=0,062.
Bezüglich soziodemographischer Variablen sind die WF2-Probanden signifikant älter und häufiger männlich. Dies könnte zum einen einer gewissen Vorselektion geschuldet sein, die unter Limitationen erläutert wird und zum anderen an der anderen Herangehensweise der Vorstudien: dort wurden Studienteilnehmer über das Gesundheitssystem rekrutiert, in vorliegender Arbeit durch enge Kooperation mit den Trägern der Wohnungslosenhilfeeinrichtungen im Großraum München.
Die signifikanten Unterschiede bezüglich des Bildungsstandes heben sich auch von bisherigen Forschungsergebnissen ab. Dieser Umstand könnte auf der Vorselektion beruhen, die ebenfalls unter den Limitationen erläutert wird.
Der Familienstand unterscheidet sich - den anderen Studien entsprechend - nicht signifikant in den beiden Gruppen WF2 und NWF2.
Die Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen unterscheidet sich zwar nicht signifikant, bei den wohnungslosen F2-Patienten war deren Zahl jedoch augenfällig höher. Wenn man davon ausgeht, dass psychiatrische Erkrankungen im familiären Umfeld für alle eine Belastung darstellen, könnte dies bedeuten, dass dann die Betroffenen auch weniger „Support“ erhalten.
Der kognitive Status unterscheidet sich trotz einem sehr unterschiedlichen Niveau an kognitiver Leistungsfähigkeit nicht signifikant; da dieser in den meisten Vergleichsstudien nicht erhoben wurde, stehen auch nur wenige Vergleichsdaten zur Verfügung. Allerdings beträgt die IQ-Differenz zwischen der SEEWOLF-Population und den COGPIP-Patienten fast 12 Punkte; in Kombination mit der Tatsache, dass in ersterer Gruppe die erreichten Bildungsabschlüsse deutlich niedriger und die Zahl der Ausbildungsabbrüche deutlich höher sind verdichten sich die Hinweise, dass die gefundenen kognitiven Beeinträchtigungen nicht nur als Folge der Erkrankung zu verstehen sind sondern wohl einen bereits prämorbid bestehenden Risikofaktor für die später auftretende Wohnungslosigkeit darstellen.
Das Vorliegen einer Schizophrenie gilt laut vorliegender Daten als Risikofaktor für Wohnungslosigkeit. In den internationalen Vergleichsstudien wurden die Diagnosen nicht separat untersucht, sondern das Vorliegen einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung war Einschlusskriterium dieser Studien, somit kann die Bedeutung der Diagnose als Risikofaktor in diesen nicht beurteilt werden.
Ein schlechterer CGI, das heißt ein höherer Schweregrad der Erkrankung, stellt laut vorliegenden Daten einen Risikofaktor für die Wohnungslosigkeit dar, was sich mit den Befunden aus anderen Studien deckt.
Die Krankheitseinsicht unterscheidet sich im Einzelmodell signifikant in den beiden Gruppen. Im finalen Modell geht die Signifikanz jedoch verloren. Der augenfällige Unterschied der Krankheitseinsichten zwischen den beiden Gruppen sprechen jedoch eindeutig für eine große Bedeutung dieses Faktors, die im vorliegenden Modell am ehesten zugunsten des CGI verloren geht.
Die Medikation und Compliance zeigten sich im finalen Modell (nur mit CGI, Alter und Geschlecht berechnet aufgrund vieler fehlender Werte) nicht mehr signifikant.

Das Alter bei Krankheitsbeginn und auch die Krankheitsdauer unterscheiden sich nicht signifikant im vorliegenden Vergleich. Jedoch soll an dieser Stelle betont werden, dass die WF2 im Schnitt 5,4 Jahre länger erkrankt waren, schwerere Verläufe zeigten (schlechterer CGI) und dennoch weniger stationäre Klinikaufenthalte aufwiesen.
Die Anzahl der stationären Klinikaufenthalte unterscheidet sich zwar nicht signifikant, die WF2 haben aber weniger Aufenthalte, wie im vorstehenden Absatz erwähnt. Die Vergleichbarkeit zu Vorstudien ist eingeschränkt, da hier eher Augenmerk auf die Länge der Aufenthalte und die Inanspruchnahme verschiedener Dienste gerichtet wurde.
Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Zahl an Suizidversuchen in der Vorgeschichte.
Ein jemals vorhandener Alkoholabusus in der Lebensspanne erwies sich als Risikofaktor für die spätere Wohnungslosigkeit. Demgegenüber ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Cannabis- und weiteren Drogenabusus.
Bezüglich des Auftretens von Vernachlässigung oder delinquentem Verhalten in der Lebensspanne zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Diejenigen, die schon mal im Gefängnis waren oder Delikte begangen haben, waren deutlich überrepräsentiert in der Wohnungslosengruppe.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass männliche, ältere Patienten, die an einer Schizophrenie mit aktuell erhöhter Krankheitsdynamik (CGI) leiden, eine niedrige Schulbildung haben, einen Alkoholabusus hatten oder haben und jemals wegen Vernachlässigung oder delinquentem Verhalten auffällig wurden, auf Basis der vorliegenden Daten ein erhöhtes Risiko haben, wohnungslos zu werden.

Für künftige Forschungsvorhaben und zur Verbesserung der klinischen Behandlungskonzepte sollte im Auge behalten werden, dass bei Vorliegen der oben genannten Risikofaktoren bei schizophren erkrankten Patienten die Gefahr des Abgleitens in die Wohnungslosigkeit deutlich erhöht ist. Deshalb sollte bei Patienten mit oben genannten Merkmalen äußerste Vorsicht geboten sein und es müssen weitere Hilfsmaßnahmen mit Intensivierung sowohl der Akut- als auch der Langzeitbehandlung eingeleitet werden, um der drohenden Chronifizierung und Verschlechterung der Lebensqualität vorzubeugen. Insbesondere muss auch überlegt werden, inwiefern bei besonders schwer erkrankten Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht nicht auch die rechtlichen Rahmenbedingungen modifiziert werden müssen, um ihnen im Notfall eine wirksame Hilfe zukommen lassen zu können. Besonderes Augenmerk sollte grundsätzlich auf die rechtzeitige und systematische Einbeziehung der Angehörigen gerichtet werden, um deren wertvolles Unterstützungspotential gewinnbringend einzusetzen.

# 7 Literaturverzeichnis


Akiyama, K., Saito, S., Saito, A., Ozeki, Y., Watanabe, T., Fujii, K., Honda, G., & Shimoda, K. (2016). Predictive value of premorbid IQ, negative symptoms, and age for cognitive and social functions in Japanese patients with schizophrenia: A study using the Japanese version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia. *Psychiatry Res, 246*, 663-671. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.070

An der Heiden, W., Könnecke, R., Maurer, K., Ropeter, D., & Häfner, H. (2005). Depression in the long-term course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 255*(3), 174-184. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00406-005-0585-7

Aster, M. v., Neubauer, A., & Horn, R. (2006). *Wechsler- Intelligenztest für Erwachsene (WIE). Übersetzung und Adaptation des WAIS-III von David Wechsler. Manual*. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services.

Baumgärtner, J. (2012). *Welchen Beitrag kann die Fremdbeurteilung des psychoedukativen Gruppenverlaufs zur frühzeitigen Erkennung von mangelnder Krankheitseinsicht und Compliance sowie einem erhöhten Rückfallrisiko bei schizophren erkrankten Patienten leisten?* (Dissertation). Technische Universität München.,

Bäuml, J., Behrendt, B., Henningsen, P., & Pitschel-Walz, G. (2015). *Handbuch der Psychoedukation: für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Bäuml, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., & Jahn, T. (2017). *Die SEEWOLF-Studie: Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München* (1. ed.). Freiburg: Lambertus-Verlag.

Bäuml, J., Brönner, M., & Leucht, S. (2018). Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F25). In F. H. Leucht S. (Ed.), *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 75-100). doi:http://dx.doi.org/10.1055/b-006-160281

Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull, 32 Suppl 1*, S1-9. doi:http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl017

Bäuml, J., & Pitschel-Walz, G. (2020). Psychoedukation und Angehörigenarbeit bei Schizophrenie. *PSYCH up2date, 14*(02), 111-127. doi:http://dx.doi.org/10.1055/a-0748-8998

Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kessling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry, 68*(6), 854-861. doi: http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v68n0605

Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Luscher, S., Rentrop, M., Kissling, W., & Jahn, T. (2016). Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophr Bull, 42 Suppl 1*, S62-70. doi:http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbw008

Bobon, D., Guy, W., Hoenig, J., Ban, T. A., Ban, T. A., Jamieson, R., Lapierre, Y., Leeds, A., & Lehmann, H. (2012). *The AMDP-System: Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology* (A. f. M. u. D. i. d. P. (AMDP) Ed.): Springer Berlin Heidelberg.

Brönner, M. (2013). SEEWOLF-Studie - Eine Zusammenfassung.

Caldwell, C. B., & Gottesman, I. I. (1990). Schizophrenics Kill Themselves Too: A Review of Risk Factors for Suicide. *Schizophrenia Bulletin, 16*(4), 571-589. doi:http://dx.doi.org/10.1093/schbul/16.4.571

Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res, 35*(3), 247-253. doi:https://doi.org/10.1016/S0920-9964(98)00142-X

Caton, C., Shrout, P., Dominguez, B., Eagle, P., Opler, L., & Cournos, F. (1995). Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *Am J Public Health, 85*(8 Pt 1), 1153-1156. doi:http://dx.doi.org/10.2105/ajph.85.8_pt_1.1153

Caton, C., Shrout, P., Eagle, P., Opler, L., Felix, A., Dominguez, B., & (1994). Risk Faktors for Homelessness among Schizophrenic Men: A Case-Control Study. *American Journal of Public Health, 84*(2), 265-270. doi:https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.84.2.265

Cheng, A. T. (2002). Expressed emotion: a cross-culturally valid concept? *Br J Psychiatry, 181*, 466-467. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.181.6.466

Crow, T. J. (1995). A theory of the evolutionary origins of psychosis. *Eur Neuropsychopharmacol, 5 Suppl*, 59-63. doi:10.1016/0924-977x(95)00032-k

Depp, C. A., Vella, L., Orff, H. J., & Twamley, E. W. (2015). A quantitative review of cognitive functioning in homeless adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease 203*(2), 126-131. doi:http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000248

DGPPN e.V. für die Leitliniengruppe. (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. Kurzfassung, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019. Retrieved from https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Drake, R. E., Wallach, M. A., & Hoffman, J. S. (1989). Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital. *Hosp Community Psychiatry, 40*(1), 46-51. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2536352

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med, 5*(12), e225. doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225

Feuerlein W., Küfner H., Ringer C, & K., A. (1979). *Münchner Alkoholismus-Test (MALT)*. Weinheim: Beltz Test.

Fichter, M. M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H. U., & Wolz, J. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 246*(4), 185-196. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8832196

Folsom, D., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., Garcia, P., Unutzer, J., Hough, R., & Jeste, D. V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *Am J Psychiatry, 162*(2), 370-376. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.370

Folsom, D., & Jeste, D. V. (2002). Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatr Scand, 105*(6), 404-413. doi:http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02209.x

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 159-198. doi:https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fresan, A., de la Fuente-Sandoval, C., Juarez, F., Loyzaga, C., Meyenberg, N., Garcia-Anaya, M., Nicolini, H., & Apiquian, R. (2005). [Sociodemographic features related to violent behavior in schizophrenia]. *Actas Esp Psiquiatr, 33*(3), 188-193. doi:https://pdfs.semanticscholar.org/101a/50350f014928264727361a129ed178e4e9ad.pdf

Gaebel, W., & Wölwer, W. (2010) Schizophrenie In*: Vol. 50. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*.

Gonzalez, G., & Rosenheck, R. A. (2002). Outcomes and service use among homeless persons with serious mental illness and substance abuse. *Psychiatr Serv, 53*(4), 437-446. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.53.4.437

Häfner, H. (2018). *Schizophrenie: Erkennen, Verstehen, Behandeln* (2. ed.). München: C.H. Beck.

Häfner, H., Nowotny, B., Loffler, W., an der Heiden, W., & Maurer, K. (1995). When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 246*(1), 17-28. doi:https://doi.org/10.1007/BF02191811

Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodriguez, M. J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Liontos, N., Gregor, K., & Jones, P. B. (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(416), 16-23. doi: https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch* (2 ed.). Bern: Huber.

Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology, 12*(3), 426-445. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0894-4105.12.3.426

Jacobi, F., Hofler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt, 85*(1), 77-87. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y

Jahn, T., Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., Froböse, T., Kraemer, S., & Bäuml, J. (2011). Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study. *Psychol Med, 41*(3), 533-544. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710001029

Jakhar, K., Bhatia, T., Saha, R., & Deshpande, S. N. (2015). A cross sectional study of prevalence and correlates of current and past risks in schizophrenia. *Asian J Psychiatr, 14*, 36-41. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.005

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull, 13*(2), 261-276. doi:http://dx.doi.org/10.1093/schbul/13.2.261

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1992). *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. New York: Multi-Health Systems.

Kellinghaus, C., Eikelmann, B., Ohrmann, P., & Reker, T. (1999). [Homeless and mentally ill. Review of recent research and results on a doubly disadvantaged minority]. *Fortschr Neurol Psychiatr, 67*(3), 108-121. doi:http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-993988

Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). IQ and schizophrenia in a Swedish national sample: their causal relationship and the interaction of IQ with genetic risk. *Am J Psychiatry, 172*(3), 259-265. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040516

Kim, C. H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res, 60*(1), 71-80. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12505140

Kirschenbauer, H. J., Wagner, P., Seehuber, D., Weber, B., & Grube, M. (2008). [Involuntary Hospitalization in Frankfurt/Main, Germany--anachronism or up-to-date?--the psychiatric information system PISA]. *Psychiatr Prax, 35*(2), 73-79. doi:http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-970819

König, D., Gehring, U., Körkel, J., & Drinkmann, A. (2007). Das Projekt WALK und die Ergebnisse der Begleitstudie. . In B. d. Betriebskrankenkassen (Ed.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen* (pp. S. 161-204). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry, 25*(2), 83-88. doi:http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835035ca

Leung, A., & Chue, P. (2000). Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl, 401*, 3-38. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.0065-1591.2000.0ap25.x

Liberman, R. P., Mueser, K. T., & Wallace, C. J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *Am J Psychiatry, 143*(4), 523-526. doi:http://dx.doi.org/10.1176/ajp.143.4.523

Lincoln, T. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz* (2 ed. Vol. 35). Göttingen: Hogrefe.

Linden, M., Baron, S., & Muaschalla, B. (2009). *Mini-ICF-APP. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Manual*. Bern: Huber.

Marker, K. (2003). *COGPACK: Handbuch zum Programmpaket COGPACK, version 5.9.* Ladenburg: Marker Software.

Meltzer, H. Y., Alphs, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., Bourgeois, M., Chouinard, G., Islam, M. Z., Kane, J., Krishnan, R., Lindenmayer, J. P., Potkin, S., & International Suicide Prevention Trial Study, G. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry, 60*(1), 82-91. doi:http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82

Meltzer, H. Y., & Baldessarini, R. J. (2003). Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry, 64*(9), 1122-1129. doi:http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v64n0920

Messer, T., Tiltscher, C., & Schmauß, M. (2016). Behandlung der Schizophrenie. In T. Messer & M. Schmauß (Eds.), *Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen* (pp. 41-83). Vienna: Springer Vienna.

Methodenberatung_Universität_Zürich. (2019). Logistische Regressionsanalyse. Retrieved from https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/zusammenhaenge/lreg.html#23

Meyer, R. (2014, 24.07.2014). Studie: Viele Wohnungslose sind psychisch krank. *Deutsches Ärzteblatt*. Retrieved from https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59493/Studie-Viele-Wohnungslose-sind-psychisch-krank

Möller, H.-J., & Bottlender, R. (2006). Verlaufsuntersuchungen zur Schizophrenie. In N. Müller (Ed.), *Aktuelle Aspekte der Pathogenese und Therapie der Schizophrenie* (pp. 43-54).

Moritz, S., Krieger, E., Bohn, F., & Veckenstedt, R. (2017). *MKT+: Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose* (2 ed.). Heidelberg: Springer.

Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2009). Registered criminality and sanctioning of schizophrenia patients. *Nord J Psychiatry, 63*(6), 485-492. doi:http://dx.doi.org/10.3109/08039480903118174

Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R. W., & Haddad, P. M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res, 176*(2-3), 109-113. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.004

Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., & Walkup, J. (1999). Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv, 50*(5), 667-673. doi:http://dx.doi.org/10.1176/ps.50.5.667

Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Froböse, T., Gsottschneider, A., & Jahn, T. (2009). Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? *J Intellect Disabil, 13*(4), 305-320. doi:http://dx.doi.org/10.1177/1744629509353237

Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., Froböse, T., Kraemer, S., Bäuml, J., & Jahn, T. (2013). Neuropsychology of psychoeducation in schizophrenia: results of the Munich COGPIP study. *Nervenarzt, 84*(1), 79-90. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00115-011-3383-7

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA, 264*(19), 2511-2518. doi:http://dx.doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026

Remschmidt, H., & Theisen, F. M. (2011). Was erklärbar ist: Ätiologie und Entwicklungspsychopathologie. In *Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Schizophrenie* (pp. 33-97). doi:https://doi.org/10.1007/978-3-540-36273-9

Rezansoff, S. N., Moniruzzaman, A., Fazel, S., Procyshyn, R., & Somers, J. M. (2016). Adherence to antipsychotic medication among homeless adults in Vancouver, Canada: a 15-year retrospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(12), 1623-1632. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1259-7

Roder, V., Brenner, H., & Müller, D. (2019). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT* (7. ed.). Frankfurt: Beltz.

Saha, S., Welham, J., Chant, D., & McGrath, J. (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. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0041-7

Sanz, M., Constable, G., Lopez-Ibor, I., Kemp, R., & David, A. S. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med, 28*(2), 437-446. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291797006296

Schmitt, A., Parlapani, E., & Falkai, P. (2010). Ist die Schizophrenie eine Störung der Synapto- und/oder der Neurogenese? *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 10*(2), 72-76.

Schuhfried, G. (2005). *Wiener Testsystem: Computergestützte psychiologische Diagnostik, version 6.32.020.* Mödlingen/Österreich: Schuhfried.

Statistisches Bundesamt. (2016). Genesis Online-Datenbank: Todesursachenstatistik Deutschland. Retrieved from https://www-genesis.destatis.de/genesis/online

Statistisches Bundesamt. (2017). *Gesundheit: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, einschl. Sterbe- und Stundenfälle 2016*. Retrieved from Wiesbaden: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-

Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaus-2120621167004.html

Statistisches Bundesamt. (2018). Genesis Online-Datenbank; Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Familienstand. Retrieved from https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=DFC29A96ABEB75E55BA0EBF338928379.GO_1_1?operation=begriffsRecherche&suchanweisung_language=de&suchanweisung=familienstand

Statistisches Bundesamt, & Robert-Koch-Institut. (2019, 07.02.2019). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Retrieved from www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_458&OPINDEX=10&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_486&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.100=10103

Taipale, H., Tanskanen, A., Mehtala, J., Vattulainen, P., Correll, C. U., & Tiihonen, J. (2020). 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry, 19*(1), 61-68. doi:http://dx.doi.org/10.1002/wps.20699

Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res, 110*(1-3), 1-23. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005

Taylor, P. J. (2008). Psychosis and violence: stories, fears, and reality. *Can J Psychiatry, 53*(10), 647-659. doi:http://dx.doi.org/10.1177/070674370805301004

Tinland, A., Boyer, L., Loubiere, S., Greacen, T., Girard, V., Boucekine, M., Fond, G., & Auquier, P. (2018). Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatr Dis Treat, 14*, 2269-2279. doi:http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S161377

Tinland, A., Zemmour, K., Auquier, P., Boucekine, M., Girard, V., Loubiere, S., Fond, G., Boyer, L., & French Housing First Study, G. (2017). Homeless women with schizophrenia reported lower adherence to their medication than men: results from the French Housing First experience. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 52*(9), 1113-1122. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1411-z

Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Front Psychiatry, 7*, 116. doi:http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00116

Waters, F., Allen, P., Aleman, A., Fernyhough, C., Woodward, T. S., Badcock, J. C., Barkus, E., Johns, L., Varese, F., Menon, M., Vercammen, A., & Laroi, F. (2012). Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophr Bull, 38*(4), 683-693. doi:http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs045

Weiser, M., Kapra, O., Werbeloff, N., Goldberg, S., Fenchel, D., Reichenberg, A., Yoffe, R., Ginat, K., Fruchter, E., & Davidson, M. (2015). A population-based longitudinal study of suicide risk in male schizophrenia patients: Proximity to hospital discharge and the moderating effect of premorbid IQ. *Schizophr Res, 169*(1-3), 159-164. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.006

Wender, P. H., Rosenthal, D., Kety, S. S., Schulsinger, F., & Welner, J. (1974). Crossfostering. A research strategy for clarifying the role of genetic and experiential factors in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry, 30*(1), 121-128. doi:10.1001/archpsyc.1974.01760070097016

WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

WHO. (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf

Wirtz, C. (2018). *Neben der Spur : wenn die Psychose die soziale Existenz vernichtet : Eine Frau erzählt* (DIETZ Ed. 1. ed.). Bonn.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II.* Göttingen: Hogrefe.

Wobrock T., P. F.-G., D'Amelio R. , Falkai P. (2005). Schizophrenie und Sucht. *psychoneuro, 31*(09), 433-440. doi:http://dx.doi.org/10.1055/s-2005-919171

Wolfersdorf, M. (2019). Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid. In. Bayreuth: AGUS e.V. -Angehärige um den Suizid.

Zemmour, K., Tinland, A., Boucekine, M., Girard, V., Loubiere, S., Resseguier, N., Fond, G., Auquier, P., Boyer, L., & French Housing First Study, G. (2016). Validation of the Medication Adherence Rating Scale in homeless patients with schizophrenia: Results from the French Housing First experience. *Sci Rep, 6*, 31598. doi:http://dx.doi.org/10.1038/srep31598

Zerssen, D. v. (1976). *Die Beschwerden-Liste: Manual*. Weinheim: Beltz Test.

# 8 Anhang

## 8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankheitsausbruch bei Männern und Frauen in Abhängigkeit vom Alter (Bäuml et al., 2018, S.78) - 8 -
Abbildung 2: Risiko für schizophrene Erkrankungen in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad (Bäuml et al., 2018, S.79) ..... - 9 -
Abbildung 3: Diagnosekriterien für schizophrene Psychosen nach ICD-10 (Bäuml et al., 2018, S.84) ..... - 12 -
Abbildung 4: Typischer Verlauf von Plus- und Minussymptomatik (Bäuml et al., 2018, S.94) ..... - 18 -
Abbildung 5: Schematische Darstellung des Umfangs der SEEWOLF-Studie (Bäuml et al., 2017, S.53) ..... - 33 -
Abbildung 6: Studienablauf und Messinstrumente der COGPIP-Studie (Pitschel-Walz et al., 2013) ..... - 36 -
Abbildung 7: Säulendiagramm Bildung 1: kein Schulabschluss, 2: Hauptschulabschluss, 3: Mittlere Reife, 4: Abitur/Fachhochschulreife, 5: Akademischer Abschluss ..... - 60 -
Abbildung 8: Säulendiagramm Familienanamnese ..... - 61 -
Abbildung 9: Boxplot zur Veranschaulichung der IQ-Unterschiede zwischen NWF2 und WF2 ..... - 62 -
Abbildung 10: Säulendiagramm CGI ..... - 64 -
Abbildung 11: Säulendiagram Krankheitseinsicht ..... - 65 -
Abbildung 12: Säulendiagramm Medikation ..... - 65 -
Abbildung 13: Säulendiagramm Compliance ..... - 66 -
Abbildung 14: Säulendiagramm Suchterkrankungen ..... - 70 -

## 8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung der in beiden Studien erhobenen Daten ..... - 38 -
Tabelle 2: Übersicht der zum Vergleich stehenden Daten ..... - 41 -
Tabelle 3: Gegenüberstellung der SEEWOLF-F2 und den SEEWOLF-Nicht-F2 ..... - 50 -
Tabelle 4: Deskriptive Ergebnisse ..... - 52 -
Tabelle 5: Einzelne Regressionsmodelle mit Wohnungslosigkeits-Risiko ..... - 55 -
Tabelle 6: Finales Regressionsmodell ..... - 56 -
Tabelle 7: Finales Modell der signifikanten Variablen mit vielen fehlenden Werten ..... - 57 -
Tabelle 8: Detaillierte Gegenüberstellung der IQ-Werte ..... - 63 -
Tabelle 9: Anzahl der Klinikaufenthalte in Abhängigkeit von Vernachlässigung/delinquentem Verhalten bei WF2- 72 -

## 8.3 Dokumentationsbögen COGPIP

### 8.3.1 Screening-Bogen t0

**COGPIP** **Screeningbogen $t_0$**

**PATIENTENUMMER: _____** **DATUM: _____**

1. Alter des Patienten :..... 2. Gewicht :..... 3. Körpergröße : .....

4. Geschlecht :

männlich ☐1 weiblich ☐2

5. Stationsaufnahme-Datum:.....

6. Diagnose (ICD-10):.....

Nebendiagnosen (ICD-10): .....

.....

7. Compliance in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme (s. Operationalisierungsliste):

sehr gut ☐1 gut ☐2 mäßig ☐3 schlecht ☐4

nicht zutreffend, Erstmanifestation ☐5 nicht eruierbar ☐6

8. Vorerfahrungen mit Psychoedukation (regelmäßige Gruppenteilnahme ≥ 4 Sitzungen)

noch nie ☐0 vor mehr als 12 Monaten ☐1

in den letzten 12 Monaten ☐2 in den letzten 12 Monaten und früher ☐3

9. Vorerfahrungen mit dem COGPACK (≥ 4 Sitzungen)

noch nie ☐0 vor mehr als 12 Monaten ☐1

in den letzten 12 Monaten ☐2 in den letzten 12 Monaten und früher ☐3

10. Vorerfahrungen mit Laienliteratur zum Thema „Schizophrene Psychosen"

Nein ☐0 Ja ☐1 wenn ja, welche (Ratgeber, Internet etc.)?.....

11. Ausschlusskriterien:

Alter < 18 Jahre, > 60 Jahre ☐1
IQ<80 ☐2
Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse ☐3
Schwere, nicht stabil eingestellte Zusatzerkrankungen ☐4
Sonstiges ☐5

.....

12. Einverständniserklärung unterschrieben? (falls informed consent zum Screeningzeitpunkt noch nicht möglich, nach entsprechender Besserung erneut fragen; bis Entlassung)

Nein ☐0 Ja ☐1 Datum:.....

Wenn nein, warum?.....

Bemerkungen:.....

8.3.2 AMDP(kurz)

**COGPIP** **AMDP (kurz)** ☐ t1

**PATIENTENUMMER:**_____

**GRUPPENNUMMER:**_____ **DATUM:**_____

**Familienstand:** ledig = 1 verheiratet = 2 geschieden = 3 getrennt = 4 verwitwet = 5 ☐

**Schulbildung:** (abgeschlossen) Hilfs-/Sonderschule = 1 Volks-/Hauptschule = 2 Mittel-/Realschule = 3 Gymnasium/Fachoberschule = 4 ☐

**Berufsausbildung:** (abgeschlossen) Lehre = 1 Fachschule = 2 Hochschule = 3 andere = 4 keine Ausbildung begonnen = 5 ☐

**Rechtsgrundlage der Behandlung:** freiwillig = 1 kraft elterl.Gewalt = 2 ☐
Vormund oder Aufenthaltspfleger = 3 gemäß landeseigenem Unterbringungsgesetz = 4
Begutachtung = 5 andere = 6

**Zahl bisheriger Krankheitsmanifestationen** - auch ohne ärztliche Behandlung - incl. Indexmanifestation ☐☐

**Zeitpunkt der letzten psychiatrischen Behandlung:**

Wann war die letzte stationäre psychiatrische Behandlung? ☐

Wann war die letzte ambulante psychiatrische Behandlung? ☐

Erstbehandlung bzw. erster Aufenthalt = 1 < 1 Monat = 2 < 3 Monate = 3 < 6 Monate = 4
< 1 Jahr = 5 < 2 Jahre = 6 < 5 Jahre = 7 < 10 Jahre = 8 > 10 Jahre = 9

**Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren:** ☐☐

**Anzahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken:**

In unserer Klinik (einschließlich des jetzigen Aufenthalts) ☐☐

Aufenthalte insgesamt in psychiatrischen Kliniken (einschließlich des jetzigen Aufenthalts) ☐☐

**Verlaufsform der Krankheit vor der jetzigen Aufnahme / Behandlung:** ☐
akut = 1 chronisch = 2 intermittierend = 3 andere = 4

**Schweregrad der Krankheit seit Erstmanifestation:** ☐
zunehmend = 1 gleichbleibend = 2 abnehmend = 3 wechselnd = 4

**Psychische Erkrankungen in der Familie:** Verwandte 1. Grades ☐

fernere Verwandte ☐

nicht zutreffend = 1 nicht eruierbar = 2 hirnorganische Krankheiten = 3 Schizophrenie = 4
affektive Psychosen = 5 nicht psychotische Auffälligkeiten = 6 Erkrankungen nicht bestimmbarer Art = 7

Anzahl der erkrankten Personen ☐

**Somatische, psychische und soziale Belastungen, die in den letzten 3 Monaten neu aufgetreten sind:** ☐
keine = 0 fraglich = 1 ja = 2 unbekannt = 3

**Dauer der Symptomatik bis zur Aufnahme / Behandlungsbeginn:** ☐

< 1 Wo = 1, < 1 Mo = 2, < 3 Mo = 3, < 6 Mo = 4, < 1 J = 5, < 2 J = 6, < 3 J = 7, > 3 J = 8,

**Besondere psychische und soziale Störungen des Patienten:**

Verwahrlosung / Kriminalität: früher = 1 jetzt = 2 früher und jetzt = 3 ☐

Abusus oder Abhängigkeit von: Alkohol / Hypnotika / Sedativa / Analgetica / Stimulantien ☐
früher = 1 jetzt = 2 früher und jetzt = 3

Suizidversuche: früher = 1 jetzt = 2 früher und jetzt = 3 ☐

8.3.3 Medikationsbogen

**COGPIP** **Medikationsbogen**

☐ **t1** ☐ **t2** ☐ **t3** ☐ **t4**

**PATIENTENUMMER:**_____

**GRUPPENNUMMER:**_____ **DATUM:**_____

1. Neuroleptika (Name, Dosierung in mg)

.....

.....

.....

.....

2. Antidepressiva

Nein ☐ 0

Ja ☐ 1

Wenn ja, Name, Dosierung?

.....

.....

3. Tranquilizer

Nein ☐ 0

Ja ☐ 1

Wenn ja, Name,

Dosierung?.....

4. Moodstabilizer

Nein ☐ 0

Ja ☐ 1

Wenn ja, Name, Dosierung?

.....

.....

5. Anti-Parkinsonmittel

Nein ☐ 0

Ja ☐ 1

Wenn ja, Name, Dosierung?

.....

6. Medikationsänderungen seit letzter Untersuchung? Nein ☐ 0 Ja ☐ 1

Wenn ja, welche?

Dosisreduktion der Neuroleptika ☐ 1 ab:.....

Gründe?.....

Dosissteigerung der Neuroleptika ☐ 1 ab:.....

Gründe?.....

Zusätzliches Medikament ☐ 1 ab: .....

Gründe?.....

Umstellung auf anderes Neuroleptikum ☐ 1 ab :.....

Gründe?.....

Wenn Umstellung wegen Nebenwirkungen, welche Nebenwirkungen?

.....

Umstellung auf welches Neuroleptikum? (Name, Dosierung)

.....

.....

7. Compliance (s. Operationalisierungsliste):

Sehr gut ☐ 1

Gut ☐ 2

Mäßig ☐ 3

Schlecht ☐ 4

### 8.3.4 Operationalisierungsliste Compliance-Beurteilung

**COGPIP** **Operationalisierungsliste**

## COMPLIANCE-BEURTEILUNG DES PATIENTEN

Sehr gut

orale Medikation
sehr regelmäßige Einnahme

Depot-Medikation
erscheint immer pünktlich zu Injektion
akzeptiert Injektion

Gut

orale Medikation
Einnahme ziemlich regelmäßig
vergisst die Einnahme nur 1-2 mal wöchentlich

Depot Medikation
erscheint meist pünktlich
muss manchmal telefonisch erinnert werden
überzieht nicht länger als eine Woche

Mäßig

orale Medikation
vergisst fast jeden 2. Tag die Einnahme
drängt auf eine aus ärztlicher Sicht nicht vertretbare Dosisreduktion

Depot-Medikation
drängt auf nicht vertretbare Dosisreduktion
überzieht länger als eine Woche
sehr häufig telefonische Erinnerung

Schlecht

orale Medikation
keine oder nur sehr sporadische Einnahme
reduziert auf eine aus ärztlicher Sicht unvertretbare niedrige Dosis

Depot-Medikation
erscheint trotz telefonischer Erinnerung nicht zum vereinbarten Termin
lehnt Injektion ab

## 8.4 Dokumentationsbögen SEEWOLF

### 8.4.1 Anamnesebogen Psychopathologische Untersuchung

1

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**
**der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar**
Prof. Dr. H. Förstl (Direktor); PD Dr. med. J. Bäuml (Ltd. OA)

Klinik u. Poliklinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie d. Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 81675 München
Tel.: 0049-89-4140-4206 /-4205
Fax: 0049-89-4140-4837

**SEEWOLF – Studie**
(**S**eelische **E**rkrankungsrate in den **E**inrichtungen der **W**ohnungs**l**osenhilfe im Großraum München)

# Anamnesebogen Psychopathologische Untersuchung

**Teilnehmer-Nr.:** ..... **Geschlecht:** **w / m**

**Initialen:** ..... **(Vor-/Nachname)** **Geb.-Datum:** .....

**Untersuchungsdatum:** ..... **Untersucher:**.....

## 1. Soziodemographische Daten

### 1.1. Kerndaten

#### 1.1.1. Studienteilnehmer

| | *Alter* |
|---|---|
| **Alter in Jahren** | _____ |

| | *Beruf* |
|---|---|
| **Beruf** | _____ |

| **Konfession** | *Konfession* |
|---|---|
| Römisch-katholisch | 1 |
| Evangelisch | 2 |
| Muslimisch | 3 |
| Jüdisch | 4 |
| griechisch-orthodox | 5 |
| Ohne Bekenntnis | 6 |
| Sonstiges _____ | 7 |

| | *Geburtsort* |
|---|---|
| **geboren in** | _____ |

| **Nationalität** | *Nationalität* | |
|---|---|---|
| Deutsch | nein<br>0 | ja<br>1 |
| Sonstige, welche? | _____ | |

| | *Migration* | |
|---|---|---|
| **Migrationshintergrund** | nein<br>0 | ja<br>1 |

Wenn Migrationshintergrund:

| | *Jahre_inDtl* |
|---|---|
| **Anzahl der Jahre in Deutschland** | _____ |

| **Muttersprache** | *Muttersprache* | |
|---|---|---|
| **Deutsch** | nein<br>0 | ja<br>1 |
| **Sonstige, welche?** | _____ | |

| **Deutschkenntnisse** | *Deutsch* |
|---|---|
| Sehr gut | 1 |
| Mittel | 2 |
| Mäßig | 3 |

**1.1.2. Vater des Studienteilnehmers:**

| **Nationalität des Vaters** | *Vater_Nationalität* | |
|---|---|---|
| Deutsch | nein<br>0 | ja<br>1 |
| Sonstige, welche? | _____ | |

| | *Vater_Alter* |
|---|---|
| **Alter des Vaters in Jahren** | _____ |

| | *Vater_verstorben* | |
|---|---|---|
| **Vater verstorben** | nein<br>0 | ja<br>1 |

**1.1.3. Mutter des Studienteilnehmers:**

| **Nationalität der Mutter** | *Mutter_Nationalität* | |
|---|---|---|
| Deutsch | nein<br>0 | ja<br>1 |
| Sonstige, welche? | _____ | |

| | Mutter _Alter |
|---|---|
| **Alter der Mutter in Jahren** | _____ |

| | Mutter_verstorben | |
|---|---|---|
| **Mutter verstorben** | nein<br>0 | ja<br>1 |

### 1.1.4. Geschwister des Studienteilnehmers:

| | Geschwister_Anzahl |
|---|---|
| **Anzahl der Geschwister** | _____ |

| | Schwestern_Anzahl |
|---|---|
| **Anzahl der Schwestern** | _____ |

| | Brüder_Anzahl |
|---|---|
| **Anzahl der Brüder** | _____ |

| **Stellung in der Geschwisterreihe** | Geschwisterreihe |
|---|---|
| Älteste/r | 1 |
| Mitte | 2 |
| Jüngste/r | 3 |

### 1.1.5. Betreuung

| | Gesetzl_Betreuung | |
|---|---|---|
| **Gesetzliche Betreuung nach §1896 BGB** | nein<br>0 | ja<br>1 |

Wenn gesetzliche Betreuung:

| **Teilbereiche gesetzlicher Betreuung** | | | |
|---|---|---|---|
| **Aufenthaltsbestimmung** | nein<br>0 | ja<br>1 | Betreu_Aufenthalt |
| **Wohnungsangelegenheiten** | nein<br>0 | ja<br>1 | Betreu_Wohnung |
| **Gesundheitsfürsorge** | nein<br>0 | ja<br>1 | Betreu_Gesundheit |
| **Vermögenssorge** | nein<br>0 | ja<br>1 | Betreu_Vermögen |
| **Post und Telefonkontrolle** | nein<br>0 | ja<br>1 | Betreu_Post_Telefon |

## 1.2. Ausbildung

| | *Bildung* |
|---|---|
| Hochschulabschluss | 1 |
| Fachhochschulabschluss | 2 |
| Fachhochschulreife/Abitur und berufliche Ausbildung | 3 |
| Fachhochschulreife/Abitur ohne berufliche Ausbildung | 4 |
| Mittlere Reife und berufliche Ausbildung | 5 |
| Mittlere Reife ohne berufliche Ausbildung | 6 |
| Hauptschulabschluss und berufliche Ausbildung | 7 |
| Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung | 8 |
| kein Abschluss | 9 |

| | *Bildungsabbruch* | |
|---|---|---|
| **Ausbildungsabbrüche** | nein<br>0 | ja<br>1 |

Wenn Ausbildungsabbrüche:

| | *Bildungsabbruch1_wann* |
|---|---|
| **Abbruch 1: Wann (JJJJ)?** | _____ |

| **Abbruch 1:<br>Welche Bildungsstation wurde abgebrochen?** | *Bildungsabbruch1_was* |
|---|---|
| Hauptschule | 1 |
| Realschule | 2 |
| Gymnasium | 3 |
| Lehre | 4 |
| Studium | 5 |

| **Abbruch 1: Grund** | *Bildungsabbruch1_Grund* | |
|---|---|---|
| Psychische Erkrankung | nein<br>0 | ja<br>1 |
| Sonstiger, welcher? | _____ | |

| | *Bildungsabbruch2_wann* |
|---|---|
| **Abbruch 2: Wann (JJJJ)?** | _____ |

| **Abbruch 2: Welche Bildungsstation wurde abgebrochen?** | *Bildungsabbruch2_was* |
|---|---|
| Hauptschule | 1 |
| Realschule | 2 |
| Gymnasium | 3 |
| Lehre | 4 |
| Studium | 5 |

| **Abbruch 2: Grund** | *Bildungsabbruch2_Grund* | |
|---|---|---|
| Psychische Erkrankung | nein 0 | ja 1 |
| Sonstiger, welcher? | _____ | |

| | *Bildungsabbruch_größer2* | |
|---|---|---|
| **Mehr als zwei Bildungsabbrüche?** | nein 0 | ja 1 |

## 1.3. Erwerbstätigkeit

### 1.3.1. Aktuelle berufliche Situation:

| | *Akt_beruf_Situation* |
|---|---|
| **Erwerbstätig** | 1 |
| **Ausbildung/Studium** | 2 |
| | |
| **Sozialhilfeempfänger (SGB XII)** (Alle Bewohner der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe) | 3 |
| | |
| **AU (arbeitsunfähig, d.h. krank)** | 4 |
| **Arbeitslos** | 5 |
| **EU (erwerbsunfähig)** | 6 |
| **Berentet** | 7 |

**1.3.2. Aktuelle Tätigkeit:**

| | | *Akt_Tätigkeit* |
|---|---|---|
| Ausbildung/Studium | | 1 |
| | | |
| Selbständige/r | *Erster Arbeitsmarkt* | 2 |
| Arbeitnehmer (Arbeiter/in/Angestellte/r) | | 3 |
| Mithelfende/r Familienangehörige/r im eigenen Betrieb | | 4 |
| Gelegenheitsjobs, Minijob (< 401€ brutto), Niedriglohnjob (401 – 800€ brutto/Monat) | | 5 |
| | | |
| Staatl. subventioniertes Arbeitsverhältnis (AGH-MAE = Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung = 1-€-Job) | *Zweiter Arbeitsmarkt (ALG II)* | 6 |
| | | |
| Werkstatt für Behinderte/psych. Kranke | | 7 |
| Prämienarbeit in der Einrichtung | | 8 |
| Ergo-/Arbeitstherapie in der Einrichtung | | 9 |
| Sonstiges, was? _____ | | 10 |
| | | |
| Z.Z. keine Tätigkeit | | 11 |

**1.3.3. Umfang der Tätigkeit**

| | *Arbeitsumfang* |
|---|---|
| Geringfügig (< 50%) | 1 |
| Teilzeit (50% - 99%) | 2 |
| Vollzeit (100%) | 3 |

**1.3.4. Regelmäßigkeit der Tätigkeit**

| | *Arbeitsregelmäßigkeit* |
|---|---|
| regelmäßig | 1 |
| unregelmäßig | 2 |

**1.3.5. Minderung der Erwerbsfähigkeit**

| | *MdE* |
|---|---|
| **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in %?** (keine = 0) | _____ |

**1.3.6. Grad der Behinderung**

| | *GdB* |
|---|---|
| **Grad der Behinderung (GdB) in %?** (keine = 0) | _____ |

### 1.3.7. Berufliche Vorgeschichte

| | *erlernter_Beruf* |
|---|---|
| **Welchen Beruf haben Sie erlernt?** | _____ |

### 1.3.8. Welche Tätigkeit haben Sie am längsten (zusammenhängend) ausgeübt?

| | | *längsteTät_Art* | *längsteTät_Dauer* |
|---|---|---|---|
| Ausbildung/Studium | | 1 | ____ Jahre |
| Selbständige/r | *Erster Arbeitsmarkt* | 2 | ____ Jahre |
| Arbeitnehmer (Arbeiter/in/Angestellte/r) | | 3 | ____ Jahre |
| Mithelfende/r Familienangehörige/r im eigenen Betrieb | | 4 | ____ Jahre |
| Gelegenheitsjobs, Minijob (< 401€ brutto), Niedriglohnjob (401 – 800€ brutto/Monat) | | 5 | ____ Jahre |
| Staatl. subventioniertes Arbeitsverhältnis (AGH-MAE = Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung = 1-€-Job) | *Zweiter Arbeitsmarkt (ALG II)* | 6 | ____ Jahre |
| Werkstatt für Behinderte/psych. Kranke | | 7 | ____ Jahre |
| Prämienarbeit in der Einrichtung | | 8 | ____ Jahre |
| Ergo-/Arbeitstherapie in der Einrichtung | | 9 | |
| Sonstiges, was? _____ | | 10 | ____ Jahre |

## 1.4. Sozialanamnese

### 1.4.1. Scheidung der Eltern

| | *Scheidung_Eltern* | |
|---|---|---|
| **Scheidung der Eltern?** | nein<br>0 | ja<br>1 |

Wenn Elterngeschieden,

| | *ScheidungEltern_Alter* |
|---|---|
| **Alter des Probanden bei Scheidung der Eltern** | _____ Jahre |

### 1.4.2. Kindheit

| **Wie haben Sie ihre Kindheit (0–18 J.) meist verbracht?** | *Kindheit_mitwem* | Von.....bis? JJJJ ... JJJJ |
|---|---|---|
| In Familie, gemeinsamer Haushalt mit biologischen Eltern | 1 | _____ |
| In Familie, gemeinsamer Haushalt mit einem nicht-biologischen Elternteil (M / V) | 2 | _____ |
| Bei einem Elternteil (M / V) | 3 | _____ |
| Bei Verwandten (bei welchen? _____) | 4 | _____ |
| Bei Pflege-/Adoptiveltern | 5 | _____ |
| In Heim/Einrichtung/Internat (wo?_____) | 6 | _____ |
| Bei Freunden | 7 | _____ |
| Meist alleine | 8 | _____ |
| Sonstiges (Beschreibung: _____) | 9 | _____ |

### 1.4.3. Aktueller Familienstand

| | *Familienstand* |
|---|---|
| Ledig, noch nie eine Partnerbeziehung gehabt | 1 |
| Ledig, aktuell keine Partnerbeziehung | 2 |
| Ledig, aktuell Partnerbeziehung | 3 |
| Verheiratet, mit Partner zusammenlebend | 4 |
| Verheiratet, von Partner getrennt lebend | 5 |
| Geschieden, aktuell keine Partnerbeziehung | 6 |
| Geschieden, aktuell Partnerbeziehung | 7 |
| Verwitwet, aktuell keine Partnerbeziehung | 8 |
| Verwitwet, aktuell Partnerbeziehung | 9 |

### 1.4.4. Eigene Kinder

| | *Eigene_Kinder* | |
|---|---|---|
| **Eigene Kinder?** | nein 0 | ja 1 |

Wenn eigene Kinder:

| | *Töchter_Anzahl* |
|---|---|
| **Anzahl Töchter?** | _____ |

| | *Söhne_Anzahl* |
|---|---|
| **Anzahl Söhne?** | _____ |

| | *Kinder_u18_Anzahl* |
|---|---|
| **Anzahl eigener Kinder unter 18 Jahren?** | _____ |

### 1.4.5. Aktueller Kontakt zu Familienangehörigen

| | Besteht Kontakt? | | | | Letzter Kontakt? | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Mutter | nein 0 | ja 1 | verstorben 2 | *KontMutter* | vor _____ Wochen | *KontMutter_Dat* |
| Vater | nein 0 | ja 1 | verstorben 2 | *KontVater* | vor _____ Wochen | *KontVater_Dat* |
| Geschwister | nein 0 | ja 1 | verstorben 2 | *KontGeschwist* | vor _____ Wochen | *KontGeschwist_Dat* |
| Kinder | nein 0 | ja 1 | verstorben 2 | *KontKinder* | vor _____ Wochen | *KontKinder_Dat* |
| Partner | nein 0 | ja 1 | verstorben 2 | *KontPartner* | vor _____ Wochen | *KontPartner_Dat* |
| Andere: _____ | nein 0 | ja 1 | verstorben 2 | *KontAndere* | vor _____ Wochen | *KontAndere_Dat* |

| | Kontaktqualität | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mutter | sehr gut 1 | gut 2 | mäßig 3 | schlecht 4 | *KontMutter_Quali* |
| Vater | sehr gut 1 | gut 2 | mäßig 3 | schlecht 4 | *KontVater_Quali* |
| Geschwister | sehr gut 1 | gut 2 | mäßig 3 | schlecht 4 | *KontGeschwist_Quali* |
| Kinder | sehr gut 1 | gut 2 | mäßig 3 | schlecht 4 | *KontKinder_Quali* |
| Partner | sehr gut 1 | gut 2 | mäßig 3 | schlecht 4 | *KontPartner_Quali* |
| Andere: _____ | sehr gut 1 | gut 2 | mäßig 3 | schlecht 4 | *KontAndere_Quali* |

## 1.5. Mobilität und Wohnsituation

### 1.5.1. Aktuelle Wohnsituation

| | *Wohnsit_aktuell* | | *Wohnsit_aktuell* |
|---|---|---|---|
| Haus an der Verdistraße | 1 | Pilgersheimerstraße | 9 |
| Haus Bethanien | 2 | KARLA 51 | 10 |
| Adolf Mathes Haus | 3 | Ambulanter Fachdienst | 11 |
| Heßstraße | 4 | Betreute Wohngemeinschaft | 12 |
| IB-Wohnheim Allach | 5 | Offene Hilfe SkF | 13 |
| Haus am Kirchweg | 6 | Pension | 14 |
| Haus an der Knorrstraße | 7 | Andere: _____ | 15 |
| Gravelottestraße 12 | 8 | Straße | 16 |

### 1.5.2. Seit wann besteht die aktuelle Wohnsituation?

| *Wohnsit_seit* |
|---|
| seit _____ Monaten |

**1.5.3. Wo lebten Sie unmittelbar vor dem Einzug in die 1.5.1. Einrichtung?**

| | *Wohnsit_davor* |
|---|---|
| Straße (wo?_____) | 1 |
| Pension(welche?_____) | 2 |
| Andere Einrichtung der Wohnungslosenhilfe (wo? _____) | 3 |
| Eigene Wohnung | 4 |
| Zur Untermiete | 5 |
| Arbeit mit Unterkunft | 6 |
| Bei Familienangehörigen | 7 |
| Bei Partner(in) | 8 |
| Bei Bekannten/Freunden | 9 |
| Psychiatrisches Krankenhaus (wo? _____) | 10 |
| Therapeutische Wohngemeinschaft | 11 |
| Reha-Einrichtung | 12 |
| Justizvollzugsanstalt (wo? _____wie lange? _____) | 13 |
| Andere ( _____) | 14 |

**1.5.4. Seit wann haben Sie keine eigene Wohnung/keinen eigenen Hausstand mehr?**

| *ohneWohnung_seit* |
|---|
| Seit _____ Monaten |

**1.5.5. Wo lebten Sie unmittelbar vor der Wohnungslosigkeit bzw. bevor Sie Ihren eigenen Hausstand aufgeben mussten?**

| | *WohnvorWohnlos* |
|---|---|
| Eigene Wohnung | 4 |
| Zur Untermiete | 5 |
| Arbeit mit Unterkunft | 6 |
| Psychiatrisches Krankenhaus (wo? _____) | 10 |
| Therapeutische Wohngemeinschaft | 11 |
| Reha-Einrichtung | 12 |
| Justizvollzugsanstalt (wo? _____wie lange? _____) | 13 |
| Andere ( _____) | 14 |

**1.5.6. Was war aus Ihrer Sicht die Ursache für Ihre Wohnungslosigkeit bzw. für die Aufgabe des eigenen Hausstandes?**

| *UrsacheWohnlos* |
|---|
| _____ |
| _____ |

**1.5.7. Übernachtungen auf der Straße („Platte machen")**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Haben Sie schon einmal auf der Straße übernachtet, weil Sie nicht wussten, wohin?** | nein 0 | ja 1 | *Platte* |
| **Wann haben Sie das letzte Mal auf der Straße übernachtet?** | _____ | | *letztePlatte_wann* |
| **Wie lange war der längste Zeitraum, den Sie zusammenhängend auf der Straße übernachtet haben?** | _____Tage | | *längsterZR_Platte* |

**1.5.8. Seit wann leben Sie in München?**

| *München_seit* |
|---|
| seit _____ Jahren |

## 2. Psychiatrische Krankheitsvorgeschichte

### 2.1. Psychiatrische Familienanamnese

| | PsychKrank_Fam | | |
|---|---|---|---|
| **Psychische Erkrankungen in der Familie** | nein 0 | ja 1 | unbekannt 2 |

Wenn psychische Erkrankungen in der Familie:

| | Nicht vorhanden | Vater | Mutter | Geschwister | Entferntere Verwandte väterl. | Entferntere Verwandte mütterl. | Gehäuft in der Familie (≥ zweimal) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Schizophrene Erkrankung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Schizo_Fam* |
| Depressive Erkrankung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Depri_Fam* |
| Bipolare Erkrankung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Bipolar_Fam* |
| Demenz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Demenz_Fam* |
| Suchterkrankung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Sucht_Fam* |
| Suizidversuch | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Suizidversuch_Fam* |
| Suizid | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Suizid_Fam* |
| Andere _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *andere_PsychKrank_Fam* |
| Unbekannt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *PsychKrank_Fam_unbekannt* |

Falls oben **„6" (gehäuft in der Familie)** gewählt wurde, bitte **hier eintragen**, **welche Familienmitglieder** betroffen sind/waren:

_____

### 2.2. Eigene Geburt

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Geburtskomplikationen** | nein 0 | ja 1 | unbekannt 2 | *Geburt_Komplikat* |

| **Geburtsverlauf** | Geburt_Art |
|---|---|
| Spontan (ohne Hilfen) | 0 |
| Sectio | 1 |
| Forzepsextraktion | 2 |
| Vakuumextraktion | 3 |

## 2.3. Kindes- und Jugendalter

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Psychiatrische Auffälligkeiten in Kindheit/Jugend?** | nein 0 | ja 1 | *KiJu_psychAuffällig* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Wegen psychischer Erkrankungen während Kindheit/Jugend in Behandlung gewesen?** | nein 0 | ja 1 | *KiJu_psychBehand* |

| **Arten psychiatrischer Auffälligkeiten in Kindheit/Jugend** | | | |
|---|---|---|---|
| **Entwicklungsverzögerungen?** **Welche?** _____ | nein 0 | ja 1 | *KiJu_EntwVerzög* |
| **Verhaltensauffälligkeiten?** O Enuresis O Trichotillomanie O Enkopresis O Daumenlutschen (> 3 J.) O Nägelkauen O Sonstiges | nein 0 | ja 1 | *KiJu_VHAuffällig* |
| **ADHS** | nein 0 | ja 1 | *KiJu_ADHS* |
| **Ess-Störungen** | nein 0 | ja 1 | *KiJu_Essstör* |
| **Depressive Störung** | nein 0 | ja 1 | *KiJu_Depri* |
| **Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis** | nein 0 | ja 1 | *KiJu_Schizo* |
| **Sonstiges?** _____ | | | |

## 2.4. Lifetime

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Hatten Sie schon einmal psychische Beschwerden (lifetime)?** | nein 0 | ja 1 | *LT_psychBeschwer* |

### 2.4.1. Screening-Fragen (psychische Symptome)

**Depression**

1. Hatten Sie jemals eine Phase in Ihrem Leben, in der Sie sich fast jeden Tag durchgängig depressiv oder niedergeschlagen fühlten? (S.1/A1)

**O** nein **O** ja

2. Gab es schon einmal eine Zeitspanne, in der Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren haben, die Ihnen gewöhnlich Freude machen? (S.1/A1)

**O** nein **O** ja

**Manie**

3. Hatten Sie jemals eine Phase, in der Sie sich so gut oder übermäßig fühlten, dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten? (Sagte irgendjemand, Sie seien manisch? Handelte es sich dabei um mehr als nur gute Stimmung?) (S.10/A55)

**O** nein **O** ja

4. Gab es eine Phase, in der Sie so reizbar waren, dass Sie andere anschrien oder in Streit oder Auseinandersetzungen gerieten? (S.10/A55)
O nein O ja

**Psychotische Symptome**

| | | |
|---|---|---|
| 5. Hinweise auf Wahn | O nein | O ja |
| 6. Hinweise auf Halluzinationen | O nein | O ja |
| 7. Hinweise auf Ich-Störungen | O nein | O ja |

**Angst, Zwang, PTSD**

8. Hatten Sie jemals in Ihrem Leben einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder starke Angst hatten? (S.61/F2)
O nein O ja

9. Hatten Sie jemals Angst, allein das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren? (S.65/F30)
O nein O ja

10. Hatten Sie schon einmal Angst davor oder war es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben? (S.67/F41)
O nein O ja

11. Gibt es andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie z.B. in einem Flugzeug sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhen? (S.70/F56)
O nein O ja

12. Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten? (S.72/F68)
O nein O ja

13. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten, wie z. B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicher zu gehen, dass Sie es richtig gemacht haben? (S.72/F73)
O nein O ja

14. Haben Sie jemals eine schreckliche Erfahrung gemacht, wurden Sie z.B. ernsthaft körperlich bedroht, angegriffen oder verletzt? Hatten Sie einen schwerwiegenden Unfall? Haben Sie Missbrauch erlebt? Oder waren Sie Zeuge, als etwas Ähnliches einer anderen Person passierte? (S.75/F85)
O nein O ja

15. Waren Sie in den letzten 6 Monaten besonders nervös oder ängstlich? (S.79/F115)
O nein O ja

**Substanzabhängigkeit**

16. Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol (Bier, Wein oder Likör) auf einmal getrunken haben?
O nein O ja

17. Haben Sie jemals Drogen genommen?
O nein O ja

18. Fühlten Sie sich jemals von einem ärztlich verschriebenen Medikament abhängig, oder nahmen Sie mehr davon ein, als Ihnen verschrieben wurde?

**O** nein **O** ja

**Essstörungen**

19. Kam es schon einmal vor, dass andere Menschen sagten, Sie seien zu dünn? (S.91/H1)

**O** nein **O** ja

20. Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können? (S.93/H11)

**O** nein **O** ja

**Somatisierung**

21. Wie war Ihre Gesundheit während der letzten Jahre? Wie oft mussten Sie zum Arzt gehen, weil Sie sich nicht wohl fühlten? (Weshalb?) (S.83/G)

_____

_____

**Sonstiges**

_____

_____

### 2.4.2. Suizidalität / Autoaggressionen

| | *LT_Suizidged* | | *LT_Suizidged_Anz* | *LT_Suizidged_letzt* | *LT_Suizidged_Meth* |
|---|---|---|---|---|---|
| **Suizidgedanken** | nein 0 | ja 1 | Anzahl: _____ | wann zuletzt? (JJJJ) _____ | Methode: _____ |
| | *LT_Suizidversuch* | | *LT_Suizidversuch_Anz* | *LT_Suizidversuch_letzt* | *LT_Suizidversuch_Meth* |
| **Bereits gescheiterte Suizidversuche** | nein 0 | ja 1 | Anzahl: _____ | wann zuletzt? (JJJJ) _____ | Methode: _____ |
| | *LT_Selbstverletz* | | *LT_Selbstverletz_Anz* | *LT_Selbstverletz_letzt* | *LT_ Selbstverletz_Meth* |
| **Selbst-verletzungen** | nein 0 | ja 1 | Anzahl: _____ | wann zuletzt? (JJJJ) _____ | Methode: _____ |

## 2.4.3. Suchtanamnese

| Haben Sie heute schon Alkohol getrunken? | nein 0 | ja 1 | *Alk_heute* |
|---|---|---|---|

| | Jugend < 15 Jahre | Adoleszenz 15-18 Jahre | Erwachsenenalter 18 Jahre bis dato | Letzte 6 Monate |
|---|---|---|---|---|
| | *Alk_Jugend* | *Alk_Adolesz* | *Alk_Erwachs* | *Alk_letzt_6Mon* |
| **Alkohol** | 0 O nie probiert<br>1 O gelegentlich<br>2 O Missbrauch (gelegentliche Überdosierung)<br>3 O Abusus | 0 O nie probiert<br>1 O gelegentlich<br>2 O Missbrauch (gelegentliche Überdosierung)<br>3 O Abusus | 0 O nie probiert/kein Alk.<br>1 O normaler Konsum (w 20g/d, m 60g/d)<br>2 O Missbrauch (gelegentliche Überdosierung)<br>3 O Abusus | 0 O nie probiert/kein Alk.<br>1 O normaler Konsum (w 20g/d, m 60g/d)<br>2 O Missbrauch (gelegentliche Überdosierun<br>3 O Abusus |
| | *Nik_Jugend* | *Nik_Adolsz* | *Nik_Erwachs* | *Nik_letzt_6Mon* |
| **Nikotin** | 0 O nie probiert<br>1 O gelegentlich<br>2 O regelmäßig<br>Anzahl Zigaretten pro Tag: _____ | 0 O nie probiert<br>1 O gelegentlich<br>2 O regelmäßig<br>Anzahl Zigaretten pro Tag: _____ | 0 O nie probiert/kein Nik.<br>1 O gelegentlich<br>2 O regelmäßig<br>Anzahl Zigaretten pro Tag: _____ | 0 O nie probiert/kein Nik.<br>1 O gelegentlich<br>2 O regelmäßig<br>Anzahl Zigaretten pro Tag: _____ |
| | *SedHyp_Jugend* | *SedHyp_Adolesz* | *SedHyp_Erwachs* | *SedHyp_letzt_6Mon* |
| **Sedativa/ Hypnotika/ Anxiolytika/ Analgetika** | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumier |
| | *Cannab_Jugend* | *Cannab_Adolesz* | *Cannab_Erwachs* | *Cannab_letzt_6Mon* |
| **Cannabis:** Marihuana, Haschisch, THC | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumier |
| | *Stimul_Jugend* | *Stimul_Adolesz* | *Stimul_Erwachs* | *Stimul_letzt_6Mon* |
| **Stimulanzien:** Amphetamine, Speed, Ritalin, Ice | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumier |
| | *Opiate_Jugend* | *Opiate_Adolesz* | *Opiate_Erwachs* | *Opiate_letzt_6Mon* |
| **Opiate:** Heroin, Opium, Morphium, Methadon, Codein, Percodan, Demerol | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumier |
| | *Kokain_Jugend* | *Kokain_Adolesz* | *Kokain_Erwachs* | *Kokain_letzt_6Mon* |
| **Kokain:** Freebase, Crack, Speedball | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumier |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *Hallu_Jugend* | *Hallu_Adolesz* | *Hallu_Erwachs* | *Hallu_letzt_6Mon* |
| **Halluzinogene/ PCP:** LSD, Meskalin, Psilocybin, PCP, Angel Dust, Ecstasy | 0 O nie probiert<br>1 O nur aus-probiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur aus-probiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich kon-sumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich kon-sumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumier |
| | *Ander_Jugend* | *Ander_Adolesz* | *Ander_Erwachs* | *Ander_letzt_6Mon* |
| **Andere:** Steroide, Inhalantien, Nitrooxide (Lachgas), Amyl-/Butylnitrate/ Poppers, Appetitzügler | 0 O nie probiert<br>1 O nur aus-probiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur aus-probiert (1x)<br>2 O gelegentlich konsumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich kon-sumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumiert | 0 O nie probiert<br>1 O nur ausprobiert (1x)<br>2 O gelegentlich kon-sumiert (2-10x)<br>3 O regelmäßig konsumier |

### 2.4.4. Therapie

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Erfolgte je eine Therapie der psychischen Beschwerden/Erkran-kungen/Sucht** | nein<br>0 | ja<br>1 | *LT_Ther* |

Falls Therapiekontakte:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Wann erstmals <u>ambulante</u> Therapie?** | keine<br>0 | _____<br>(JJJJ) | *Theramb_erst* |
| **Wo?** | _____ | | *Theramberst_wo* |
| **Art** | 1 O psychiatrisch/ neurologisch<br>2 O psycho-therapeutisch<br>3 O psychiatrisch & psychotherapeutisch<br>4 O Entzug/ Entgiftung | | *Theramberst_Art* |
| **Grund/Diagnose** | _____<br>_____ | | *Theramberst_Diag* |

| | | |
|---|---|---|
| **Anzahl stationärer Aufenthalte gesamt** | _____ | *Therstat_Anz* |
| **Wann?** | _____(JJJJ) (1)<br>_____(JJJJ) (2)<br>_____(JJJJ) (3)<br>_____(JJJJ) (4)<br>_____(JJJJ) (5) | *Therstat1_wann*<br>*Therstat2_wann*<br>*Therstat3_wann*<br>*Therstat4_wann*<br>*Therstat5_wann* |
| **Dauer des Aufenthaltes (in Wochen)** | _____ (1)<br>_____ (2)<br>_____ (3)<br>_____ (4)<br>_____ (5) | *Therstat1_Dauer*<br>*Therstat2_Dauer*<br>*Therstat3_Dauer*<br>*Therstat4_Dauer*<br>*Therstat5_Dauer* |
| **Wo?** | _____ (1)<br>_____ (2)<br>_____ (3)<br>_____ (4)<br>_____ (5) | *Therstat1_wo*<br>*Therstat2_wo*<br>*Therstat3_wo*<br>*Therstat4_wo*<br>*Therstat5_wo* |
| **Art** | **1 O psychiatrisch/ neurologisch**<br>(1) (2) (3) (4) (5)<br>**2 O psycho-therapeutisch**<br>(1) (2) (3) (4) (5)<br>**3 O psychiatrisch & psychotherapeutisch**<br>(1) (2) (3) (4) (5)<br>**4 O Entzug/ Entgiftung**<br>(1) (2) (3) (4) (5)<br>**5 O Forensik**<br>(1) (2) (3) (4) (5) | *Therstat1_Art*<br>*Therstat2_Art*<br>*Therstat3_Art*<br>*Therstat4_Art*<br>*Therstat5_Art* |
| **Grund/Diagnose** | _____ (1)<br>_____ (2)<br>_____ (3)<br>_____ (4)<br>_____ (5) | *Therstat1_Diag*<br>*Therstat2_Diag*<br>*Therstat3_Diag*<br>*Therstat4_Diag*<br>*Therstat5_Diag* |

Wenn **mehr als 5 stationäre Aufenthalte**, hier bitte das Datum, die Kliniken, die Art der Behandlung und die Diagnosen eintragen:

_____

_____

_____

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Wann war der <u>letzte stationäre Aufenthalt?</u>** | keine 0 | _____ (JJJJ) | *Therstat_letzt* |
| **Wo?** | _____ | | *Therstat_letzt_wo* |
| **Dauer des letzten stationären Aufenthaltes (in Wochen)** | _____ | | *Therstat_letzt_Dauer* |
| **Art** | 1 O psychiatrisch/ neurologisch<br>2 O psycho-therapeutisch<br>3 O psychiatrsich & psychotherapeutisch<br>4 O Entzug/ Entgiftung<br>5 O Forensik | | *Therstat_letzt_Art* |
| **Grund/Diagnose** | _____<br>_____ | | *Therstat_letzt_Diag* |

Erfolgten Zwangsbehandlungen/Zwangseinweisungen?

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Zwangsbehandlungen?** | nein 0 | ja 1 | *Zwangsbehandl* |

Falls ja:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Anzahl Zwangsbehandlungen** | _____ | | *Zwangsbehandl_Anz* |
| **Grund Zwangsbehandlungen** | Fremd-gefährd. 1 | Selbst-gefährd. 2 | *Zwangsbehandl_Grund* |

## 2.5. Konflikte mit dem Gesetz

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gab es Konflikte mit dem Gesetz?** | nein 0 | ja 1 | *KonflGesetz* |

Falls ja:

| **Deliktart** | *Delikt* |
|---|---|
| Schwarzfahren | 1 |
| Diebstahl | 2 |
| Betrug | 3 |
| Körperverletzung | 4 |
| Sonstiges _____ | 5 |

| **Strafart** | *Strafe* |
|---|---|
| Geldstrafe | 1 |
| Führerscheinentzug | 2 |
| Bewährungsstrafe | 3 |
| Forensikaufenthalt | 4 |
| Gefängnisaufenthalt | 5 |

## 2.6. Aktueller psychopathologischer Befund

| **Äußeres Erscheinungsbild** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *ÄußErschein* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Alkoholgeruch** | nein 0 | ja 1 | *Alkgeruch* |
|---|---|---|---|

| **Bewusstsein und Orientierung** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Bewusstsein* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Aufmerksamkeit* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Antrieb/Psychomotorik** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Antrieb* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Formales Denken** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *FormalDenk* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Inhaltliches Denken/Wahn** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *InhaltDenk* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Sinnestäuschungen** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Sinnestäusch* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Ich-Störungen** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *IchStörung* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Stimmung/Affekt** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Stimmung_Affekt* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Befürchtungen und Zwänge** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Angst_Zwang* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Schlaf** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Schlaf* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Appetit** | unauffällig 0 | auffällig 1 | *Appetit* |
|---|---|---|---|
| Falls 1, beschreibe: | | | |

| **Aktuelle Suizidalität** | nein 0 | ja 1 | *Akt_Suizid* |
|---|---|---|---|
| Falls 1: Handlungsbedarf aus psychiatrischer Sicht? | nein 0 | ja 1 | *AktSuizid_Handl* |
| Falls 1, Begründung: | _____ | | *AktSuizid_HandlBeg* |

| **Aktuelle Fremdgefährdung** | nein 0 | ja 1 | *Akt_Fremdg* |
|---|---|---|---|
| Falls 1: Handlungsbedarf aus psychiatrischer Sicht? | nein 0 | ja 1 | *AktFremdg_Handl* |
| Falls 1, Begründung | _____ | | *AktFremdg_HandlBeg* |

## 2.7. Aktuelle Medikation:

| **Neuroleptika** | nein 0 | ja 1 | *Neuroleptika* |
|---|---|---|---|
| Falls Einnahme, welche: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *Neuroleptika1_welche*<br>*Neuroleptika2_welche* |
| Falls Einnahme, Dosis in mg: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *Neuroleptika1_Dosis*<br>*Neuroleptika2_Dosis* |
| Falls Einnahme, seit wann (wie vielen Monaten)? | _____ (1)<br>_____ (2) | | *Neuroleptika1_wann*<br>*Neuroleptika2_wann* |
| Falls Einnahme, Nebenwirkungen?? welche? _____ | nein 0 | ja 1 | *Neuroleptika_NW* |

| **Antidepressiva** | nein 0 | ja 1 | *Andtidepressiva* |
|---|---|---|---|
| Falls Einnahme, welche: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *Antidepressiva1_welche*<br>*Antidepressiva2_welche* |
| Falls Einnahme, Dosis in mg: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *Antidepressiva1_Dosis*<br>*Antidepressiva2_Dosis* |
| Falls Einnahme, seit wann (wie vielen Monaten)? | _____ (1)<br>_____ (2) | | *Antidepressiva1_wann*<br>*Antidepressiva2_wann* |
| Falls Einnahme, Nebenwirkungen?? welche? _____ | nein 0 | ja 1 | *Antidepressiva_NW* |

| **Mood-Stabilizer** | nein 0 | ja 1 | *MoodStab* |
|---|---|---|---|
| Falls Einnahme, welche: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *MoodStab1_welche*<br>*MoodStab2_welche* |
| Falls Einnahme, Dosis in mg: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *MoodStab1_Dosis*<br>*MoodStab2_Dosis* |
| Falls Einnahme, seit wann (wie vielen Monaten)? | _____ (1)<br>_____ (2) | | *MoodStab1_wann*<br>*MoodStab2_wann* |
| Falls Einnahme, Nebenwirkungen?? welche? _____ | nein 0 | ja 1 | *MoodStab_NW* |

| **Tranquilizer/Hypnotika/Sedativa** | nein 0 | ja 1 | *Tranq_Hyp* |
|---|---|---|---|
| Falls Einnahme, welche: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *TranqHyp1_welche*<br>*TranqHyp2_welche* |
| Falls Einnahme, Dosis in mg: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *TranqHyp1_Dosis*<br>*TranqHyp2_Dosis* |
| Falls Einnahme, seit wann (wie vielen Monaten)? | _____ (1)<br>_____ (2) | | *TranqHyp1_wann*<br>*TranqHyp2_wann* |
| Falls Einnahme, Nebenwirkungen?? welche? _____ | nein 0 | ja 1 | *TranqHyp_NW* |

| **Sonstige Psychopharmaka** | nein 0 | ja 1 | *SonstPsych* |
|---|---|---|---|
| Falls Einnahme, welche: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *SonstPsych1_welche*<br>*SonstPsych2_welche* |
| Falls Einnahme, Dosis in mg: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *SonstPsych1_Dosis*<br>*SonstPsych2_Dosis* |
| Falls Einnahme, seit wann (wie vielen Monaten)? | _____ (1)<br>_____ (2) | | *SonstPsych1_wann*<br>*SonstPsych2_wann* |
| Falls Einnahme, Nebenwirkungen?? welche? _____ | nein 0 | ja 1 | *SonstPsych_NW* |

| **Nicht-Psychopharmaka** | nein 0 | ja 1 | *NichtPsych* |
|---|---|---|---|
| Falls Einnahme, welche: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *NichtPsych1_welche*<br>*NichtPsych2_welche* |
| Falls Einnahme, Dosis in mg: | _____ (1)<br>_____ (2) | | *NichtPsych1_Dosis*<br>*NichtPsych2_Dosis* |
| Falls Einnahme, seit wann (wie vielen Monaten)? | _____ (1)<br>_____ (2) | | *NichtPsych1_wann*<br>*NichtPsych2_wann* |
| Falls Einnahme, Nebenwirkungen??<br>welche? _____ | nein 0 | ja 1 | *NichtPsych_NW* |

## 2.8. Krankheitseinsicht nach Amador (falls psychiatrische Erkrankung)

| **Krankheitseinsicht (Amador 1994)** | *KrankEinsicht* |
|---|---|
| **Äußerst krankheitsuneinsichtig**<br>(Patient ist davon überzeugt, keine psychische Erkrankung zu haben) | 1 |
| **Etwas krankheitseinsichtig**<br>(Patient ist unsicher, ob er eine psychische Erkrankung hat oder nicht, kann aber die Vorstellung annehmen) | 2 |
| **Krankheitseinsichtig**<br>(Patient ist überzeugt, eine psychische Krankheit zu haben) | 3 |

## 2.9. Compliance (falls psychiatrische Medikation)

| **Compliance** | *Compliance* |
|---|---|
| **Schlecht**<br>(Keine oder nur sehr sporadische Einnahme, reduziert auf eine aus ärztlicher Sicht unvertretbare niedrige Dosis bzw. erscheint trotz telefonischer Erinnerung nicht zum vereinbarten Termin, lehnt Injektion ab) | 1 |
| **Mäßig**<br>(Vergisst fast jeden zweiten Tag die Medikamenten-Einnahme bzw. überzieht Injektionstermine länger als eine Woche, muss sehr häufig telefonisch erinnert werden und drängt auf eine aus ärztlicher Sicht nicht vertretbare Dosisreduktion) | 2 |
| **Gut**<br>(Medikamenten-Einnahme ziemlich regelmäßig, vergisst die Einnahme nur 1-2x wöchentlich bzw. erscheint meist pünktlich zur Injektion, muss manchmal telefonisch erinnert werden, überzieht nicht länger als eine Woche) | 3 |
| **Sehr gut**<br>(Sehr regelmäßige Medikamenten-Einnahme bzw. erscheint pünktlich zur Injektion und akzeptiert Injektion) | 4 |

### 2.10. Somatische Gesundheit/Krankheit

| **Wenn Sie ein gesundheitliches/somatisches Problem haben, an wen/was wenden Sie sich?** | *Welch_Arztprax_KH* |
|---|---|
| Arztpraxis in der Pilgersheimer Strasse | 1 |
| Arztpraxis in St. Bonifaz | 2 |
| Obdachlosenmobil | 3 |
| Konsilarzt in der Einrichtung | 4 |
| andere Praxis | 5 |
| Krankenhaus | 6 |
| Sonstige _____ | 7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Wann waren Sie zuletzt in ambulanter ärztlicher Behandlung (Hausarzt, Allgemeinarzt, Konsilarzt in der Einrichtung, and. Facharzt)?** | keine 0 | _____ (JJJJ) | *somTheramb_letzt* |
| **Wo?** | _____ | | *somTheramb_letzt_wo* |
| **Art** | _____ | | *somTheramb_letzt_Art* |
| **Grund/Diagnose** | _____ _____ | | *somTheramb_letzt_Diag* |

## 3. Einschätzung des Behandlungsbedarf

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Behandlungsbedarf psychiatrisch?** | nein 0 | ja 1 | *Bhdlbedarf_psych* |

Falls ja, Begründung: _____

_____

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Behandlungsbedarf somatisch?** | nein 0 | ja 1 | *Bhdlbedarf_som* |

Falls ja, Begründung: _____

_____

## 4. Sonstiges

| | | |
|---|---|---|
| **Wann hatten Sie zuletzt Kontakt zu einem Seelsorger?** | vor _____Monaten | *Seelsorgerkontakt* |

## 5. Zufriedenheit mit den Versorgungsstrukturen

***(Beurteilung nach dem deutschen Notensystem: Noten 1 - 6)***

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Einrichtung, in der Sie zur Zeit leben?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Einricht* |
| **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zimmer?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Zimmer* |
| **Wie zufrieden sind Sie mit den Gemeinschaftseinrichtungen?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Gemein Einricht* |
| **Wie zufrieden sind Sie mit dem Essen?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Essen* |
| **Wie zufrieden sind Sie mit dem Kontakt zu den Mitbewohnern?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Mitbewohner* |
| **Wie zufrieden sind Sie mit den Betreuern der Einrichtung?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Betreuer* |
| **Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in der Einrichtung?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_MedVersorg_ Einricht* |
| **Wie zufrieden sind Sie generell mit der medizinischen Versorgung in München für Wohnungslose?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_MedVersorg_ München* |
| **Wie zufrieden sind Sie mit der psychiatrischen Versorgung in der Einrichtung?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Psychiatr Versorg_Einricht* |
| **Wie zufrieden sind Sie generell mit der psychiatrischen Versorgung in München für Wohnungslose?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | *Zufr_Psychiatr Versorg_München* |

## 6. Anmerkungen

_____

_____

8.4.2 Angaben aus Patientenakten/Arztbriefen

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**
**der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar**
Prof. Dr. H. Förstl (Direktor); PD Dr. med. J. Bäuml (Ltd. OA)

Klinik u. Poliklinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie d. TechnischenTel.: 0049-89-4140-4206 /-4205
Universität München, Ismaninger Straße 22, 81675 München Fax: 0049-89-4140-4837

**SEEWOLF – Studie**
(**S**eelische **E**rkrankungsrate in den **E**inrichtungen der **Wo**hnungs**l**osenhil**f**e im Großraum München)

# Angaben aus Patientenakten/Arztbriefen

**Code:** | | | | | | | **Geschlecht:** **w / m**

**Nachname, Vorname:** ……..... **Geb.-Datum:** ……

**Krankenhaus:** … …….....

**Datum:** ……... **Untersucher:** ……..

## Kopie des letzten Arztbriefes vom ……. (Datum) O ja O nein

*(bitte prüfen, ob vollständige Krankheitsvorgeschichte vorhanden, falls nicht, gegebenenfalls weitere (ältere) Arztbriefe kopieren)*

## 1. Psychiatrische Diagnosen

| | Datum | Diagnose(n) | ICD-10 |
|---|---|---|---|
| **Hauptdiagnose (letzter Arztbrief)** | | | |
| **Weitere Diagnosen (letzter Arztbrief)** | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Weitere Diagnosen (alle Unterlagen)** | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | nein | ja | Anzahl | SV1 Jahr | SV2 Jahr | SV3 Jahr | Methode(n) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Suizidversuche** | 0 | 1 | | | | | **SV1:**<br>**SV2:**<br>**SV3:** |

## 2. Somatische Diagnosen

| | nein | ja | | Diagnosezeitpunkt |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Neurologische Diagnosen** | 0 | 1 | **1. Epilepsie O ja O nein**<br>**2. Meningitis O ja O nein**<br>**3. Encephalitis O ja O nein**<br>**4. Normaldruckhydro-cepahlus O ja O nein**<br>**5. MS O ja O nein**<br>**6. Tumor O ja O nein**<br>**7. Parkinson O ja O nein**<br>**8. Demenz O ja O nein**<br>**9. PNP O ja O nein** | **1.**<br>**2.**<br>**3.**<br>**4.**<br><br>**5.**<br>**6.**<br>**7.**<br>**8.**<br>**9.** |
| **Diagnosen Herz-/ Kreislaufsystem** | 0 | 1 | **1. MI O ja O nein**<br>**2. Apoplex O ja O nein**<br>**3. Hypertonie O ja O nein**<br>**4. Thrombose O ja O nein**<br>**5. Embolie O ja O nein**<br>**6. pAVK O ja O nein** | **1.**<br>**2.**<br>**3.**<br>**4.**<br>**5.**<br>**6.** |
| **Diagnosen Leber** | 0 | 1 | **1. Hepatitis O ja O nein**<br>**2. Zirrhose O ja O nein**<br>**3. Aszites O ja O nein**<br>**4. Ös.-Varizen O ja O nein** | **1.**<br>**2.**<br>**3.**<br>**4** |
| **Diabetes mellitus** | 0 | 1 | **1. Typ I O ja O nein**<br>**2. Typ II O ja O nein** | **1.**<br>**2.** |
| **Endokrine Störungen** | 0 | 1 | **1. SD O ja O nein**<br>**2. Hypophysenadenom O ja O nein** | **1.**<br>**2.** |
| **Infektionen** | 0 | 1 | **1. HIV O ja O nein**<br>**2. TBC O ja O nein** | **1.**<br>**2.** |
| **STDs** | 0 | 1 | **1. Gonorrhoe O ja O nein**<br>**2. Syphilis O ja O nein**<br>**3. Chlamydien O ja O nein** | **1.**<br>**2.**<br>**3.** |

## 3. Stationäre Aufenthalte

| | **Tag der Aufnahme** | **Art der Aufnahme** | | **Tag der Entlassung** | **Art der Entlassung** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Aufenthalt 1** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 2** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 3** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Aufenthalt 4** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 5** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 6** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 7** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 8** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 9** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |
| **Aufenthalt 10** | | **O freiwillig**<br>**O UG, Betreuung**<br>**O Polizei** | **O vollstationär**<br>**O teilstationär**<br><br>**O Forensik** | | **O regulär**<br>**O gegen ärztl. Rat** |

## 4. Entlassungsmedikation

| Medikament | Name | Tagesdosis | Einnahme seit |
|---|---|---|---|
| **O Antidepressivum**<br>**O Neuroleptikum**<br>**O Moodstabilizer**<br>**O Hypnotikum/Sedativum**<br>**O Sonstige (Psychopharm.)**<br>**O Sonstige** | | | |
| **O Antidepressivum**<br>**O Neuroleptikum**<br>**O Moodstabilizer**<br>**O Hypnotikum/Sedativum** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **O Sonstige (Psychopharm.)**<br>**O Sonstige** | | | |
| **O Antidepressivum**<br>**O Neuroleptikum**<br>**O Moodstabilizer**<br>**O Hypnotikum/Sedativum**<br>**O Sonstige (Psychopharm.)**<br>**O Sonstige** | | | |
| **O Antidepressivum**<br>**O Neuroleptikum**<br>**O Moodstabilizer**<br>**O Hypnotikum/Sedativum**<br>**O Sonstige (Psychopharm.)**<br>**O Sonstige** | | | |
| **O Antidepressivum**<br>**O Neuroleptikum**<br>**O Moodstabilizer**<br>**O Hypnotikum/Sedativum**<br>**O Sonstige (Psychopharm.)**<br>**O Sonstige** | | | |
| **O Antidepressivum**<br>**O Neuroleptikum**<br>**O Moodstabilizer**<br>**O Hypnotikum/Sedativum**<br>**O Sonstige (Psychopharm.)**<br>**O Sonstige** | | | |

## 5. Sind im Arztbrief/in der Akte <u>Medikamenten-Nebenwirkungen</u> beschrieben?

**O ja O nein**

## Falls ja, welche?

**O Parkinsonoid** unter …….…… (Medikamentenname)

**O Sedierung** unter …….…… (Medikamentenname)

**O Gewichtszunahme** unter …….…… (Medikamentenname)

**O Sonstige** unter …….…… (Medikamentenname)

**6. Ist im Arztbrief/in der Akte „mangelnde Compliance (bzgl. Medikamenteneinnahme)“ dokumentiert?**

**O ja O nein**

**7. Ist im Arztbrief/in der Akte „mangelnde Krankheitseinsicht“ dokumentiert?**

**O ja O nein**

**8. Sind im Arztbrief/in der Akte „kriminelle Delikte“ beschrieben?**

**O ja O nein**

**Falls ja:**

**Delikt/e: ……**

**Strafart/en: ……**

**9. Sind im Arztbrief/in der Akte gewalttätige Verhaltensweisen während des stationären Aufenthaltes beschrieben?**

**O ja O nein**

**Falls ja, welche? …….**

**10. Sind im Arztbrief/in der Akte Disziplinarverfahren auf Station dokumentiert?**

**O ja O nein**

# 9 Eigene Kurzbiografie

Valeria Susanna Elise Sperling, geboren am 09.08.1989 in Starnberg
Abitur 6/2008 am Städtischen St-Anna-Gymnasium in München
10/2008-11/2018 Studium der Humanmedizin an der Ludwigs-Maximilians-Universität in München
2012 Datenerhebung und -eingabe im Rahmen der SEEWOLF-Studie: internistisch-neurologische Untersuchung inclusive Blutentnahme von circa 70 Studienteilnehmern und Analyse von Patientenakten im Klinikum Haar
11/2018 Ärztliche Prüfung und Erlangung der Approbation
Seit 9/2019 Assistenzärztin in der Medizinischen Klinik I im Klinikum Dritter Orden in München

# 10 Danksagung

Ich danke den vielen Menschen, die an der SEEWOLF- Studie teilgenommen haben, sich uns öffneten und anvertrauten. Die Begegnungen in den Unterkünften haben meinen Blick auf vieles sehr verändert. Auch danke ich allen, die an der Studie mitgearbeitet haben; in der Planung, Durchführung und Auswertung.
Mein besonderer Dank gilt meinem stets zugewandten und fürsorglichen Doktorvater Herrn Prof. Dr. Josef Bäuml: Danke, dass Sie mir auch nach vielen jahrelangen Pausen durch Elternzeit und Praktisches Jahr mit Rat und Tat zur Seite standen und jede noch so unwichtig scheinende Frage geduldig beantworteten. Ich bedanke mich auch für die häufige Durchsicht meiner Arbeit mit detaillierten Anmerkungen.
Bei meiner Mentorin Frau PD Dr. rer.biol.hum. Gabriele Pitschel-Walz: Danke für die Überlassung der COGPIP-Daten, für die wertvolle Einführung in die Details der beiden Studien und Deine Beratung zu Statistik und methodischer Umsetzung. Auch danke ich Dir für Deine moralische Unterstützung!
Bei einer Dame des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der LMU möchte ich mich ebenfalls für die statistische Beratung bedanken. Leider war ein Kontakt bei Finalisierung der Arbeit nicht mehr möglich um nach einer Einverständnis zur namentlichen Erwähnung zu fragen.
Dankbar bin ich meinen Eltern Beate und Gerhard; Ihr habt mich durch mein Studium immer begleitet, meine Sorgen und Zweifel verstanden. Danke, dass ich meinen Weg so gehen konnte, wie mein Bauchgefühl mir sagte. Ich weiß, dass Ihr immer hinter mir steht.
Und ich danke meinem lieben Mann Hamid; Du hast mich immer wieder motiviert, wenn meine Motivation nicht gerade zum Bäume ausreißen war.
Auch danke ich meinen Kindern, die mir durch den Besuch des Kindergartens einen festen zeitlichen Rahmen gegeben haben, in dem ich gerechnet, recherchiert und geschrieben habe. Danach durfte ich die Zeit mit ihnen genießen. Junis war bei der Datenerhebung im Bauch dabei…