

J. Zimmermann¹ · A. Wolter^{1,2} · N.R. Krischke³ · U.W. Preuß⁴ · T. Wobrock⁵ · P. Falkai⁵
¹ Karl-Jaspers-Klinik, Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH, Bad Zwischenahn
² Institut für Psychologie, Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg
³ Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin
⁴ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Martin-Luther-Universität, Halle/Saale
⁵ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen

Response und Remission bei an Schizophrenie erkrankten Patienten

Der Begriff Response betrifft die Abnahme der Zielsymptomatik innerhalb eines vordefinierten Zeitraums [17]. Demgegenüber bezeichnet Remission den längerfristigen Behandlungserfolg [2]. In der Literatur werden von Leucht et al. [15] verschiedene Studien mit Responsedefinitionen aufgeführt. Hierbei wurden durchschnittliche Responsehäufigkeiten von 50–80% auf Basis von 20%- bis 50%-Responsedefinitionen gemessen [3, 5, 8, 9, 19, 20]. Die Häufigkeiten von Remission liegen zwischen 22% und 60% in Abhängigkeit von zum Teil erheblichen methodischen Unterschieden zwischen den Publikationen (zusammengefasst bei Zimmermann et al. [22], ergänzt durch Beitinger et al. [6] und Lambert et al. [13]).

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Datenbasis

Die hier vorgestellte prospektive und naturalistische Verlaufsstudie wurde an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Evangelischen Krankenhauses Bethanien in Greifswald durchgeführt. Das Evangelische Krankenhaus Bethanien ist ein psychiatrisches Fachkrankenhaus mit Pflichtversorgung

für einen überwiegend ländlichen Bereich mit ca. 220.000 Einwohnern. Es verfügt unter anderem über stationäre, teilstationäre und ambulante Spezialangebote für die Behandlung an Schizophrenie erkrankter Patienten.

Alle Patienten gaben nach mündlicher und schriftlicher Aufklärung und vor der Studienteilnahme ihre schriftliche Einwil-

ligung. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald genehmigt.

Untersuchungsdesign

Die vorgestellten Daten beziehen sich auf den Zeitraum vom 01.01.2006 bis zum 31.12.2008.

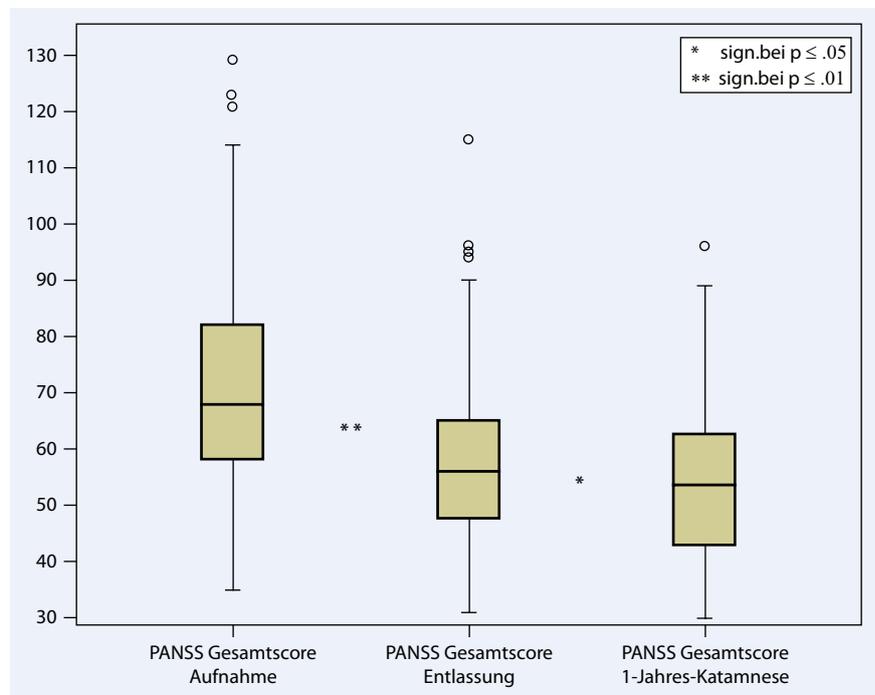


Abb. 1 ▲ Box-Plots zum Verlauf der PANSS-Gesamtsymptomatik bei Patienten mit Schizophrenie von der Aufnahme über die Entlassung (n=183) bis zur Einjahreskatamnese (n=78)

Ziel der Studie war es, im Zuge der Qualitätssicherung einen umfassenden Eindruck über den Verlauf der schizophrenen Störung (ICD-10: F20.x) zu erhalten. Aus diesem Grund wurde die Menge der Ausschlusskriterien (Vorliegen einer Intelligenzminderung [F7x.x] oder einer organischen psychischen Störung [Fox.x]) sehr gering gehalten. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 von geschulten Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie gestellt. Die Patienten wurden bei Entlassung aus der stationären Behandlung und ein Jahr danach untersucht.

Untersuchungsinstrumente

Die Psychopathologie wurde mithilfe der PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, [12]) erfasst.

PANSS-Syndrome

Auf Basis von verschiedenen Faktorenanalysen (zusammengefasst bei Mass et al. [18]) konnte sich ein 5-stufiges faktorenanalytisches Modell der PANSS durchsetzen. Aufgrund der geringfügig unterschiedlichen Faktorenuordnung zwischen den Studien wurden folgende Kriterien zur endgültigen Faktorenuordnung angelegt:

- mindestens 3 Übereinstimmungen in den Faktorenuordnungen über alle bei Mass et al. [18] zusammengefassten Studien oder
- 2 Übereinstimmungen und keine andere Faktorenuordnung.

In **Tab. 1** sind die Zuordnungen der Items zu den Syndromen sowie die nicht zugeordneten Items zusammengefasst.

Operationalisierung von Response

Bei der Operationalisierung von Response wurden alle von Leucht et al. [15] aufgeführten Responsedefinitionen (20%-, 30%-, 40%- und 50%-PANSS-Abnahme) berücksichtigt. Weiterhin werden die einzelnen PANSS-Syndrome im Hinblick auf Response dargestellt und der jeweils vorhandene Prozentsatz an Patienten, die initial keine Symptomatik in diesem Bereich aufwiesen, separat angegeben.

Zusammenfassung · Summary

Nervenarzt 2011 · 82:1440–1448 DOI 10.1007/s00115-010-3202-6
© Springer-Verlag 2011

J. Zimmermann · A. Wolter · N.R. Kruschke · U.W. Preuß · T. Wobrock · P. Falkai

Response und Remission bei an Schizophrenie erkrankten Patienten

Zusammenfassung

Hintergrund. In der vorliegenden naturalistischen Studie werden die Abnahme der Symptomatik während der Akutbehandlung (Response), die längerfristige Symptomfreiheit in der postakuten Phase (Remission) sowie die Häufigkeit von Rehospitalisierungen detailliert untersucht.

Material und Methoden. In die Analyse einbezogen wurden 183 Patienten. Als Kriterien für Response wurde eine Abnahme des PANSS-Gesamtscores und deren faktorenanalytischer Syndrome um 20%, 30%, 40% und 50% angewandt. Die Kriterien für Remission orientieren sich an der Empfehlung von Andreasen et al.

Ergebnisse. Die mittlere Behandlungsdauer lag bei 45,6 Tagen (SD 42,7). Die Häufigkeiten von Response im PANSS-Gesamtscore lie-

gen für das 20%-Kriterium bei 63,9% und reduzieren sich zur jeweils nächst engeren Definition um rund 15%. Nur 10,3% der Patienten remittierten im Follow-up-Zeitraum über ein Jahr. 43,9% wiesen mindestens eine Rehospitalisierung auf.

Schlussfolgerung. Die Häufigkeiten von Response und Remission sind deutlich geringer als in den zumeist randomisierten und kontrollierten Vergleichsstudien. In der stationären Routineversorgung ist der Anteil chronischer Krankheitsverläufe demzufolge weit höher, als es die Studienlage nahelegt.

Schlüsselwörter

Schizophrenie · Response · Remission · Naturalistische Studie · Follow-up

Response and remission in schizophrenic subjects

Summary

Background. This naturalistic study investigates in detail symptom reduction during acute inpatient treatment (response), long-term symptom improvement in the post-acute phase (remission) and the rate of rehospitalisations.

Material and methods. A total of 183 patients were enrolled. Criteria for response were PANSS total score and syndrome reductions of 20, 30, 40 and 50%. Remission criteria employed were based on recommendations from Andreasen et al.

Results. The average length of stay was 45.6 days (SD 42.7). PANSS total score response rates were found to be 63.9% for the 20% level and were reduced in the following con-

secutive levels by approximately 15%. Only 10.3% of the patients remitted during a 1-year follow-up period. At least one rehospitalisation was reported for 43.9% of the subjects.

Conclusion. Compared to previous randomised and controlled trials, the rates of response and remission are significantly lower. In daily inpatient care, the chronic course of schizophrenia is far commoner than expected from previous reports.

Keywords

Schizophrenia · Response · Remission · Naturalistic trial · Follow-up

Tab. 1 PANSS-Syndrome (in Anlehnung an [18])

PANSS-Syndrom	Zugehörige Items der PANSS
Positivsyndrom	P1. Wahnideen
	P3. Halluzinationen
	P5. Größenwahn
	P6. Misstrauen/Verfolgungswahn
	G9. Ungewöhnliche Denkinhalte
Negativsyndrom	N1. Affektverflachung
	N2. Emotionaler Rückzug
	N3. Mangelnder affektiver Rapport
	N4. Soziale Passivität und Apathie
	N6. Mangelnde Spontaneität und Sprachflüssigkeit
	G7. Motorische Verlangsamung
	G10. Desorientiertheit
Kognitives Syndrom	P2. Formale Denkstörungen
	N5. Schwierigkeiten beim abstrakten Denken
	G11. Mangelnde Aufmerksamkeit
Feindseligkeitssyndrom	P4. Erregung
	P7. Feindseligkeit
	G8. Unkooperatives Verhalten
	G14. Mangelnde Impulskontrolle
Depressives Syndrom	G2. Angst
	G3. Schuldgefühle
	G6. Depressive Verstimmung
Nicht zugeordnete Items	N7. Stereotypes Denken
	G1. Sorge um die Gesundheit
	G4. Anspannung
	G5. Manierismen und unnatürliche Körperhaltung
	G12. Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht
	G13. Willensschwäche
	G15. Selbstbezogenheit
	G16. Aktives soziales Vermeidungsverhalten

PANSS Positive and Negative Syndrome Scale.

Operationalisierung von Remission

Entsprechend den Empfehlungen von Andreasen et al. [2] dürfen die Items der PANSS „P1 Wahnideen“, „G9 Ungewöhnliche Denkinhalte“, „P3 Halluzinationen“, „P2 Formale Denkstörungen“, „G5 Manierismen und unnatürliche Körperhaltung“, „N1 Affektverflachung“, „N4 Soziale Passivität und Apathie“ und „N6 Mangel an Spontaneität und Sprachflüssigkeit“ über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten höchstens „leicht“ (maximaler Score: 3) ausgeprägt sein. In der vorliegenden Definition mussten die Patienten zum Entlassungs- und Einjahreskatamnesezeitpunkt remittiert sein (verlängertes Zeitkriterium) und durften keine Rehospitalisierung in diesem Zeitraum aufweisen.

Rehospitalisierungen

Bei allen innerhalb des Zeitraums vom 01.01.2006 bis 31.12.2007 in die Studie eingeschlossen Patienten, wurden die Rehospitalisierungen innerhalb des ersten Jahres nach Indexaufenthalt (bis zum 31.12.2008) erfasst. Aufenthalte in anderen psychiatrischen Kliniken wurden in den Katamneseuntersuchungen mit erfasst.

Statistische Auswertungsverfahren

Da die vorliegende Arbeit vor allem zum Ziel hat, den stationären und poststationären Verlauf der Symptomatik darzustellen, wurden im Wesentlichen Häufigkeitsverteilungen und Skalenmittelwerte berichtet. Für die Längsschnittdaten wurden je nach gegebener Skalierung der Stu-

dent-T-Test oder der χ^2 -Test eingesetzt. Bei fehlender Varianzhomogenität wurde der Student-T-Test für separate Varianzen berechnet. Eine Kaplan-Meier-Überlebenskurve wurde zur Schätzung der Zeit bis zu einer Rehospitalisierung innerhalb des Katamnesezeitraums errechnet.

Zur Bemessung individueller statistisch signifikanter Veränderungen wurde eine Kritische Differenz [1] im PANSS-Gesamtscore von 16 oder höher auf Basis der Interraterreliabilität der PANSS von ICC=0,85 [12] berechnet.

Die Datenanalyse wurde mithilfe von SPSS 15.0 für Windows® durchgeführt.

Ergebnisse

In die Analyse einbezogen wurden 183 Patienten zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt. Hiervon wurden 78 bei Einjahreskatamnese nachuntersucht. Die Ausschöpfung beträgt 61%. 55 Patienten wurden innerhalb des Zeitraums vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 aufgenommen und konnten dementsprechend noch nicht nachuntersucht werden. Hauptgründe für die Nichtteilnahme waren die Ablehnung der Teilnahme und der Wechsel des Wohnorts (Patient nicht erreichbar oder zu weit entfernt). Es liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den ausgeschöpften (n=78) und nichtausgeschöpften Patienten (n=50) zum Entlassungszeitpunkt in ausgewählten klinischen und demographischen Variablen (PANSS-Gesamtscore, GAF-Score, Geschlecht, Alter, Krankheitsdauer, Hospitalisierungen innerhalb der 2 Jahre vor Indexaufenthalt) vor.

Soziodemographie und medikamentöse Behandlung

Das Durchschnittsalter betrug 39,0 Jahre und 59% der Stichprobe waren männlich. Die durchschnittliche Krankheitsdauer lag bei 11,1 Jahren. Bei 51,9% der Patienten lag eine gesetzliche Betreuung vor. 70,3% der Patienten waren ledig. 49,5% lebten allein, 20,9% in Neufamilie und 17,6% bei ihren Eltern. 44,5% erhielten eine Erwerbsunfähigkeitsrente, 27,5% waren arbeitslos gemeldet und 15,4% waren berufstätig oder in Ausbildung/Studium.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beim Indexaufenthalt betrug

45,6 Tage (Standardabweichung [SD] 42,7). 43,9% der Patienten wiesen Hospitalisierungen innerhalb der 2 Jahre vor Indexaufenthalt auf (davon hatten knapp die Hälfte der Patienten einen Aufenthalt und die übrigen 2 und mehr Aufenthalte).

Zum Entlassungszeitpunkt erhielten 3,3% der Patienten keine Neuroleptika, 8,3% konventionelle Antipsychotika in Monotherapie, 64,6% Antipsychotika der 2. Generation (sog. Atypika) in Monotherapie und 23,8% eine Kombinationstherapie aus mehreren Neuroleptika.

Verlauf der Symptomatik

Der Verlauf der PANSS-Gesamtsymptomatik ist in **Abb. 1** dargestellt. Der Mittelwert bei Aufnahme betrug 70,45 (SD 17,89), bei Entlassung 57,31 (SD 14,62) und bei Einjahreskatamnese 53,86 (SD 14,66). Die Unterschiede sind jeweils signifikant ($p=0,000$ bzw. $p=0,022$). Auf Basis der berechneten Kritischen Differenz im PANSS-Gesamtscore von 16 für den Follow-up-Zeitraum ergaben sich Häufig-

keiten von 65,4% an Patienten ohne signifikante Veränderungen zwischen Entlassung und Einjahreskatamnese, 10,3% mit signifikanten Verschlechterungen sowie 24,4% mit signifikanten Verbesserungen. Diese Ergebnisse sind im Scatterplot in **Abb. 2** aufgeführt.

Die Syndromscores wurden jeweils auf eine Skala von 1 bis 7 genormt. Der Verlauf der Syndrome ist in **Abb. 3** dargestellt. Zwischen den Balken ist jeweils aufgeführt, ob es sich um einen signifikanten Unterschied zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten handelt. Bei allen 5 Syndromen traten signifikante Verbesserungen zwischen Aufnahme und Entlassung auf. Nur im Positivsyndrom fanden sich auch weitere signifikante Verbesserungen im Follow-up-Zeitraum zwischen Entlassung und Einjahreskatamnese.

Response

Die Häufigkeiten von Response sind in **Abb. 4** zusammengefasst. Hierbei sind auch die Responseraten innerhalb der

einzelnen Syndrome aufgeführt. Zusätzlich wird jeweils auch die Menge an Patienten aufgeführt, die keinerlei Symptomatik in dem jeweiligen Syndrom bei Aufnahme aufwiesen. 63,9% der Patienten wiesen eine 20%-Response in der Gesamtsymptomatik auf. Die Responsehäufigkeiten nahmen stetig ab und lagen bei 50%-Definition bei 23,5%. Die höchste Response wurde im Positivsyndrom erzielt. Die höchste Nonresponse fand sich beim Negativsyndrom.

Remission

In **Abb. 5** sind die Remissionshäufigkeiten zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten zusammengefasst. Dabei beziehen sich die Häufigkeiten zu den einzelnen Zeitpunkten nur auf das Symptomkriterium der o.g. Operationalisierung von Andreasen et al. [2]. Der 4. Balken zeigt die Häufigkeit von Remission zum Entlassungs- und Einjahreskatamnesezeitpunkt an. Der 5. und letzte Balken gibt hingegen die Remissionshäufig-

Hier steht eine Anzeige.

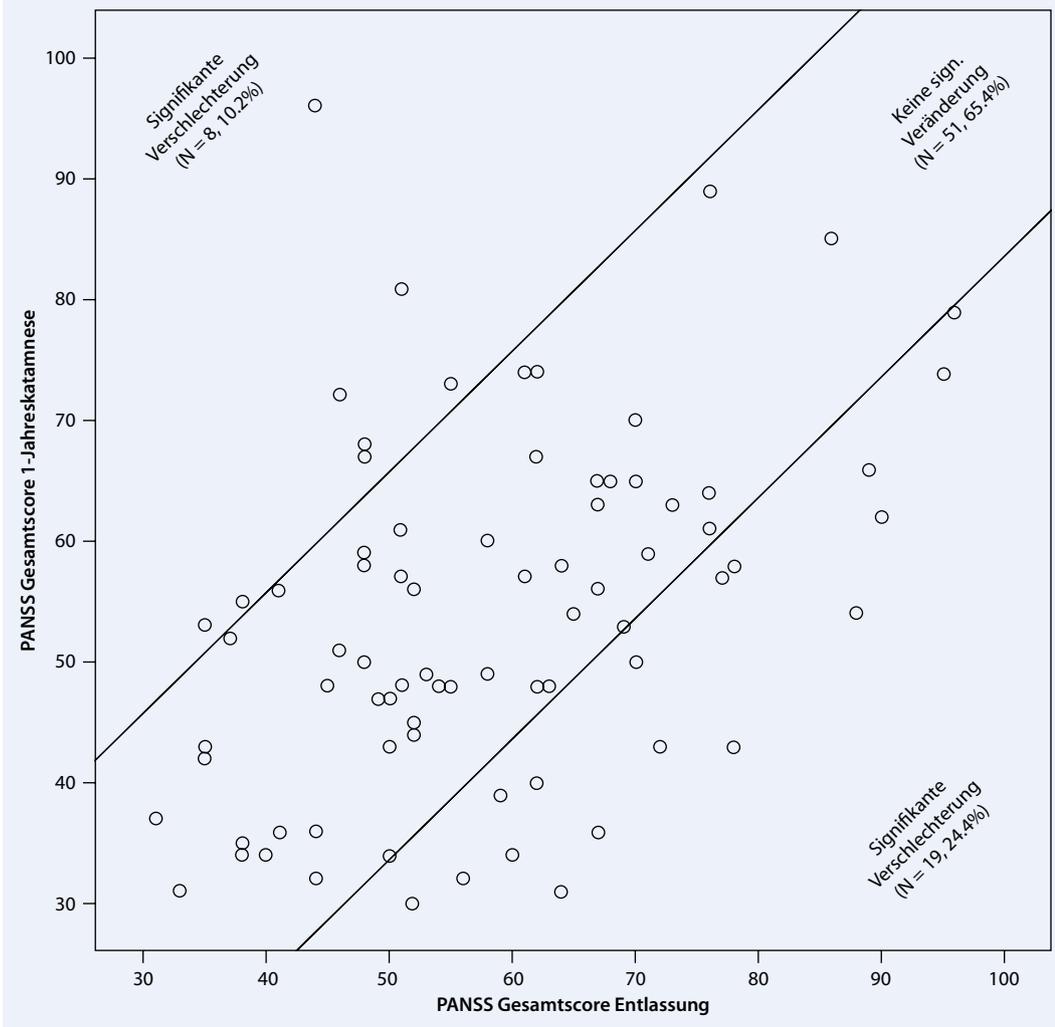


Abb. 2 Streupunkt-diagramm des PANSS-Gesamtscores bei Entlassung und Einjahreskatamnese und den Bereichen Kritischer Differenz bei 78 Patienten mit Schizophrenie

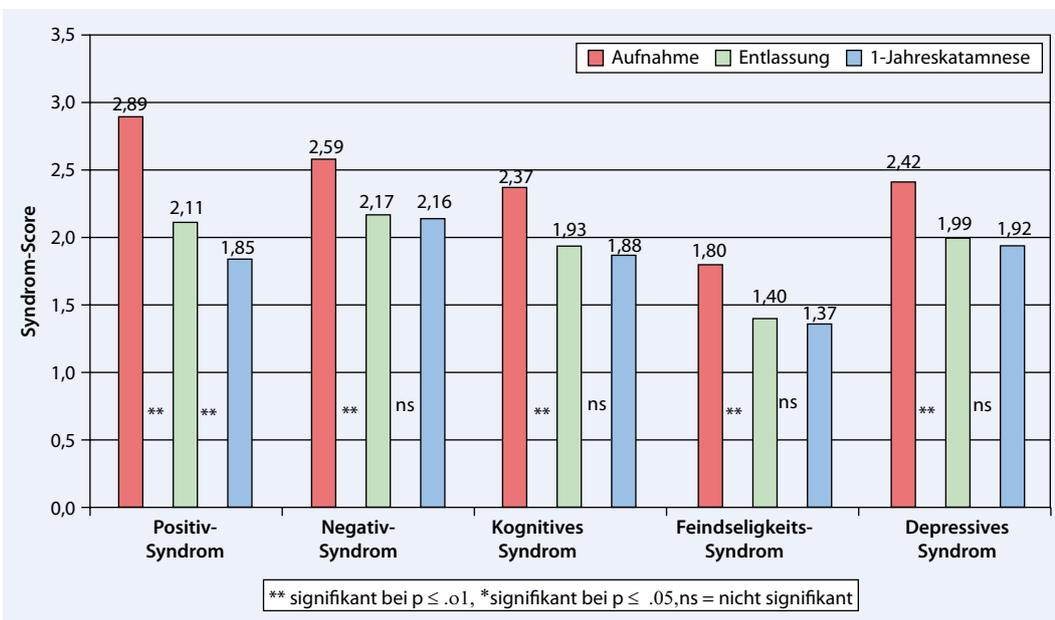


Abb. 3 Verlauf der PANSS-Syndrome (in Anlehnung an die Faktorenanalysen bei Mass et al. [18]) bei Patienten mit Schizophrenie über die 3 Messzeitpunkte

Abb. 4 ▶ Response- und Nonresponseraten in den PANSS-Gesamtscores und den PANSS-Syndromen (in Anlehnung an die Faktorenanalysen bei Mass et al. [18])

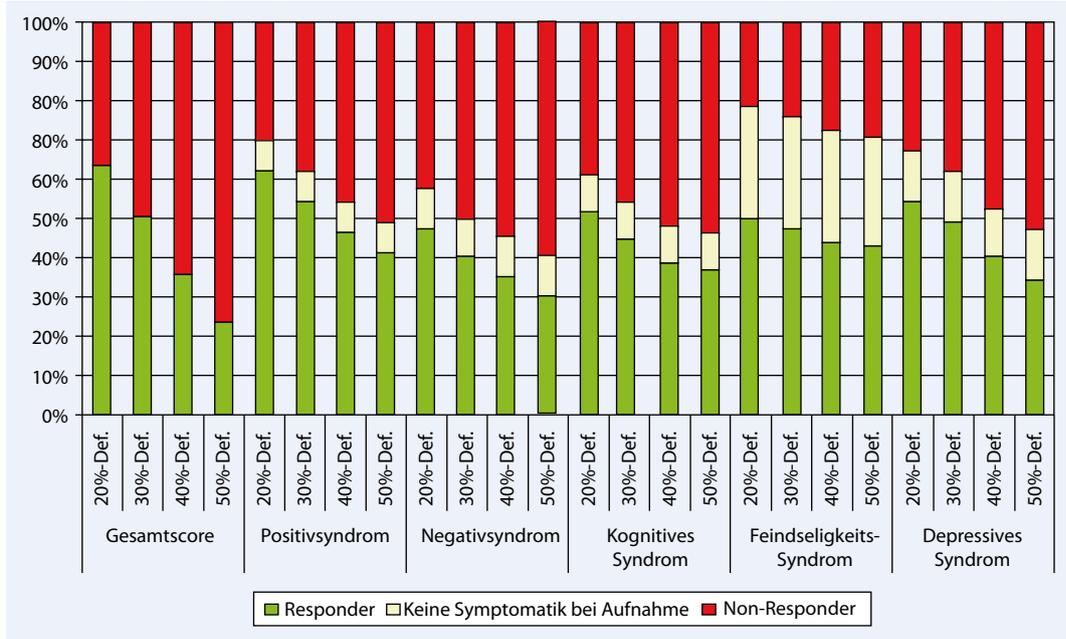
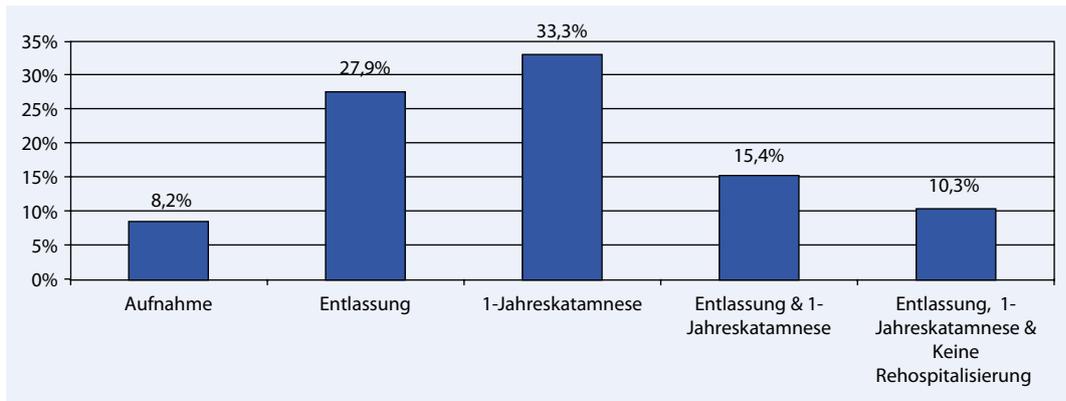


Abb. 5 ▶ Balkendiagramm der Remissionshäufigkeiten zu den einzelnen Zeitpunkten und zum Entlassungs- und Einjahreskatamnesezeitpunkten mit und ohne Rehospitalisierung im Beobachtungszeitraum bei Patienten mit Schizophrenie.



keit inklusive des (verlängerten) Zeitkriteriums (bei Entlassung und Einjahreskatamnese) sowie des hinzugefügten Kriteriums „ohne Rehospitalisierung“ wieder. Für diesen Balken ergab sich eine Häufigkeit von 10,3% (A). Die Häufigkeit der Patienten, die nur zu einem der Zeitpunkt

te remittierten und/oder eine Rehospitalisierung aufwiesen, betrug demgegenüber 33,2% (B). Zu keinem der beiden Zeitpunkte remittierten 56,4% der Patienten (C). Das Verhältnis von A zu B zu C beträgt dementsprechend ungefähr 1:3:6.

Rehospitalisierungen

Innerhalb des Ein-Jahres-Follow-up-Zeitraums wiesen 37,7% der Patienten mindestens eine Rehospitalisierung auf. 60,5% der Patienten hatten dabei eine Rehospitalisierung und die übrigen 2 oder mehr.

Hier steht eine Anzeige.

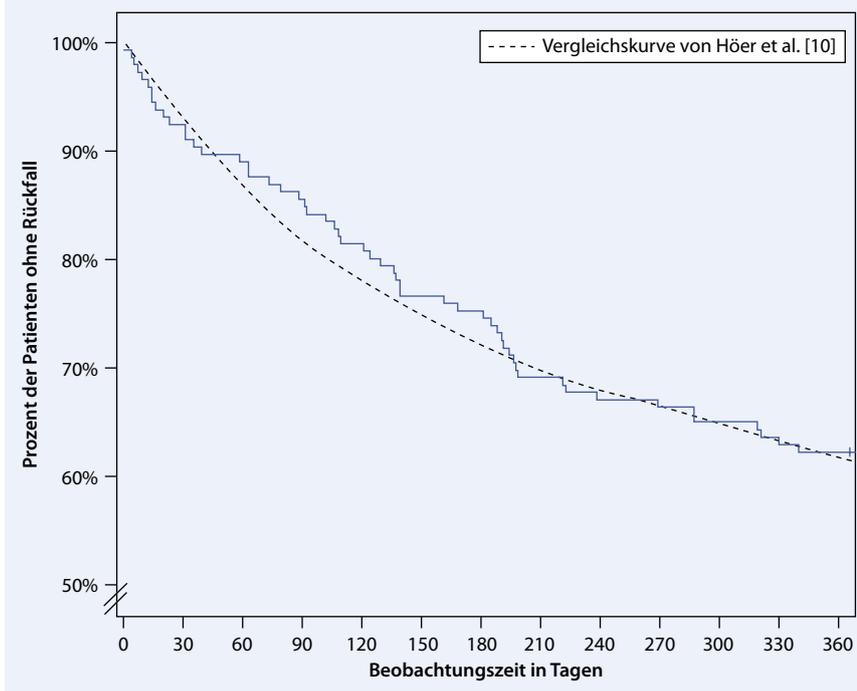


Abb. 6 ▲ Kaplan-Meier-Überlebenskurve zur Schätzung der Rehospitalisierungswahrscheinlichkeiten innerhalb eines Jahres und Vergleichskurve von Höer et al. [10] bei ehemals stationären Patienten mit Schizophrenie (n=78)

Die Dauer bis zur ersten Rehospitalisierung ist in einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve dargestellt (■ **Abb. 6**). In der Abbildung befindet sich auch eine Vergleichskurve von Höer et al. [10] mit einer Stichprobengröße von n=2023. Die Studie von Höer et al. basiert auf den Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse im Zeitraum von 2000 bis 2003. Einschlusskriterien waren hier die Diagnosen F20.x und F25.x, wobei Patienten mit der Diagnose F25.x nur 11,1% der Gesamtstichprobe ausmachten.

Diskussion

Die soziodemographischen Daten und hohen Raten an Patienten mit Aufenthalt vor dem Indexaufenthalt sowie im Follow-up-Zeitraum wie auch der zeitliche Verlauf bis zur Rehospitalisierung spiegeln den vergleichsweise hohen Anteil von chronischen Krankheitsverläufen in stationären Stichprobe wider, auf den Cohen und Cohen bereits Mitte der 1980er Jahre hinwiesen [7]. Die reduzierte Ausschöpfung auf 61% der katamnestisch untersuchbaren Stichprobe stellt eine mögliche Limitation dar.

Verlauf der Symptomatik

Der in ■ **Abb. 1** dargestellte Verlauf der Symptomatik belegt eine starke Abnahme der Symptomatik während der stationären Behandlung und eine schwächere aber signifikante Abnahme im Ein-Jahres-Follow-up-Zeitraum. Auf Basis der Berechnung der Kritischen Differenz (Veränderung des PANSS-Gesamtscores um mindestens 16 Punkte) zeigt sich hierbei jedoch, dass bei knapp zwei Dritteln der Patienten keine signifikanten Veränderungen auftreten. Bei einem Drittel stehen signifikant positive Veränderungen gegenüber signifikant negativen im Verhältnis von 2,4:1. Auf dieses Phänomen – individuell unterschiedlicher Verläufe bei relativ geringen Unterschieden in den Mittelwerten – wiesen bereits Bachmann et al. [4] hin. Es ist insofern von hoher Relevanz, dass es sich auf die Remissionshäufigkeiten in Bezug auf das Zeitkriterium auswirkt, da ein Patient mit starken Schwankungen in der Symptomatik zwischen den Messzeitpunkten nur eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit aufweist, zu beiden Zeitpunkten remittiert zu sein.

Der Verlauf der Symptomatik in den PANSS-Syndromen zeigt ein signifikantes Ansprechen auf die Behandlung in al-

len Syndromen während des stationären Aufenthaltes. Im poststationären Verlauf verbessert sich hingegen ausschließlich die Positivsymptomatik weiter, während in allen anderen Syndromen keine signifikanten Veränderungen vorliegen. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die oben genannten signifikanten Veränderungen des Gesamtscores maßgeblich durch die Veränderungen in der Positivsymptomatik bedingt sind.

Response

Die Responderaten im PANSS-Gesamtscore lagen bei der 20%-Responsedefinition (RD) mit 63,9% im unteren Bereich der klinischen Studien mit 20%-Definition (Raten zwischen 55% und 80% [8, 9, 19]). Im Vergleich zur 50%-Responsedefinition, welche in der Regel bei Patientenkohorten mit Erstmanifestation Anwendung finden (vgl. [16]) lag die Responderate mit 23,5% deutlich unterhalb der in der Literatur aufgeführten Häufigkeiten von über 50%. Dies spiegelt nochmals den hohen Anteil chronifizierter Verläufe mit vergleichsweise hohen Raten an Nonresponse in der stationären Regelversorgung wider.

Das Auftreten der höchsten Responderaten beim Positivsyndrom ist mit dem Ansprechen auf die neuroleptische Therapie zu erklären.

Die Negativsymptomatik respondiert am schlechtesten, womit einerseits die bekannten Schwierigkeiten in der Beeinflussung der Negativsymptomatik durch die antipsychotische Medikation und andererseits die Notwendigkeit von alternativen Behandlungsstrategien demonstriert werden.

Remission

Auch anhand der Remissionshäufigkeiten lässt sich die oben beschriebene leichte Besserung der Gesamtsymptomatik an der Zunahme der Häufigkeit remittierter Patienten zwischen Entlassung und Einjahreskatamnese um 5,4% auf 33,3% erkennen. Dass bereits bei Aufnahme 8,2% der Patienten remittiert waren, deutet darauf hin, dass bei einem Teil der Patienten die psychotische Symptomatik nicht der Aufnahme Anlass war.

Bei Anwendung des (verlängerten) Zeitkriteriums und Ausschluss von Rehospitalisierungen im Beobachtungszeitraum remittieren nur 10,3% der Patienten. Diesbezüglich ist anzumerken, dass durch das Fehlen zwischenzeitlicher Katamneseuntersuchungen der Anteil remittierter Patienten in der vorliegenden Stichprobe noch geringer sein könnte. Damit liegt die Remissionsquote deutlich unter den eingangs erwähnten 22–60% aus der Literatur. Dieser Umstand ist unseres Erachtens auf den bereits zuvor beschriebenen höheren Anteil chronischer Krankheitsverläufe in unselektierten stationären Stichproben zurückzuführen gegenüber den leichteren Krankheitsverläufen in ambulanten Stichproben [21] und gegenüber den selektierten stationären Stichproben in klinischen Studien. In letzteren wird häufig der Anteil schwer behandelbarer chronisch Kranker durch die engeren Ein- und Ausschlusskriterien reduziert (vgl. u. a. [11]). Des Weiteren sinkt bei dem häufigen Auftreten von Kritischen Differenzen die Wahrscheinlichkeit für eine Remission, da die betroffenen Patienten starke Schwankungen in der Symptomatik aufweisen und so nur mit stark reduzierter Wahrscheinlichkeit zu beiden Zeitpunkten (Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt) remittieren. So wiesen in unserer Stichprobe 0% der Patienten mit einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik eine Remission (ohne Zeitkriterium) zum Entlassungszeitpunkt auf und nur 25% der Patienten mit einer signifikanten Verschlechterung eine Remission bei Einjahreskatamnese. Dementsprechend waren nur 2 von 27 Patienten (7,4% gegenüber 15,4% in der Gesamtstichprobe) mit signifikanten Verbesserungen oder Verschlechterungen zu beiden Zeitpunkten remittiert. Nur einer dieser Patienten (3,7% gegenüber 10,3% in der Gesamtstichprobe) wies keine Rehospitalisierung im Follow-up-Zeitraum auf.

Rehospitalisierungen

Ein Vergleich des zeitlichen Verlaufs bis zur ersten Rehospitalisierung mit der Stichprobe von Höer et al. [10] (■ **Abb. 6**) legt die Vermutung nahe, dass die vorliegende Stichprobe gut vergleichbar mit anderen unselektierten Stichproben (ehe-

mals) stationärer Patienten im deutschen Versorgungssystem ist.

Fazit für die Praxis

Obwohl die zeitliche Charakteristik und Häufigkeit von Rehospitalisierungen nahezu identisch mit einer großen Beobachtungsstudie auf Basis von Krankenkassendaten ist, liegen die Häufigkeiten von Response während der stationären Akutphase und Remission während der poststationären Stabilisierungsphase in der vorliegenden naturalistischen Untersuchung unter den in der Literatur angegebenen Häufigkeiten. Dies deutet auf einen deutlich höheren Anteil chronischer Patienten in der stationären Routineversorgung hin. Besonders relevant erscheint hierbei der hohe Anteil an Nonrespondern noch während der stationären Behandlung trotz sichergestellter medikamentöser Therapie. Dies weist auf die unbedingte Notwendigkeit ergänzen-

der Behandlungsangebote für chronische Patienten im stationären, aber auch ambulanten Bereich, wie z. B. das „need-adapted treatment“ des Finnischen Modells (vgl. [14]) und weiterer sozio- und psychotherapeutischer Maßnahmen hin.

Korrespondenzadresse

J. Zimmermann



Karl-Jaspers-Klinik,
Psychiatrieverbund
Oldenburger Land gGmbH
Hermann-Ehlers-Straße 7,
26160 Bad Zwischenahn
joerg.zimmermann@
karl-jaspers-klinik.de

Interessenkonflikte. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehung/en hin: Dr. Zimmermann erhielt Honorare für Referententätigkeit von Janssen Cilag, Bristol Myers Squibb und AstraZeneca. Dr. Preuss erhielt finanzielle Unterstützung für Studien von folgenden Firmen: Lundbeck, Pfizer, Probiobdrug. Er wurde in den letzten 3 Jahren von folgenden Firmen unterstützt: Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Wyeth and Novartis. Dr. Wobrock erhielt Honorare für Referententätigkeit von AstraZeneca, Alpine Biomed, Bristol Myers Squibb, Janssen-Cilag, Eli Lilly, Essex, Novartis, Organon, Pfizer,

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Sanofi-Synthelabo/Aventis sowie finanzielle Unterstützung bei Forschungsaktivitäten (Investigator initiierte Studie, IIT) durch AstraZeneca.
 Prof. Falkai erhielt Honorare für Referententätigkeit von Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Eli-Lilly, BMS, Lundbeck, Pfizer, Bayer Vital, SKB, Wyeth, Essex sowie finanzielle Unterstützung bei Forschungsaktivitäten (Investigator initiierte Studie, IIT) durch AstraZeneca. Er ist Mitglied im Advisory Board bei Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Lilly und Lundbeck.
 Herr Wolter und Dr. Krischke haben keine möglichen Interessenkonflikte.

Literatur

- Amelang M, Schmidt-Atzert L, Fydrich T (2006) Psychologische Diagnostik und Intervention. (Reihe Springer-Lehrbuch). Springer Medizin, Heidelberg
- Andreasen N, Carpenter W, Kane J et al (2005) Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 162:441–449
- Arvanitis L, Miller B, Group Ts (1997) Multiple fixed doses of „seroquel“ (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo. *Biol Psychiatry* 42:233–246
- Bachmann S, Bottmer C, Schröder J (2008) One-year outcome and its prediction in first-episode schizophrenia – a naturalistic study. *Psychopathology* 41:115–123
- Beasley C, Tollefson G, Tran P et al (1996) Olanzapine versus placebo and haloperidol. Acute phase results of the north american double-blind olanzapine trial. *Neuropsychopharmacology* 14:111–123
- Beitinger R, Lin J, Kissling W et al (2008) Comparative remission rates of schizophrenic patients using various remission criteria. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32:1643–1651
- Cohen P, Cohen J (1984) The clinician's illusion. *Arch Gen Psychiatry* 41:1178–1182
- Correll C, Malhotra A, Kaushik S et al (2003) Early prediction of antipsychotic response in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160:2063–2065
- Emsley R, Rabinowitz J, Medori R (2006) Time course for antipsychotic treatment response in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 163:743–745
- Höer A, Gothe H, Seidlitz C et al (2006) Prädiktoren für die Rehospitalisierung bei Patienten mit Schizophrenie. *Nervenarzt* 77(Suppl 3):135
- Hofer A, Hummer M, Huber R et al (2000) Selection bias in clinical trials with antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 20:699–702
- Kay S, Opler L, Lindenmayer J (1989) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry* 7:59–67
- Lambert M, Naber D, Schacht A et al (2008) Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 118:220–229
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T et al (2000) Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry* 15:312–320
- Leucht S, Beitinger R, Kissling W (2007) On the concept of remission in schizophrenia. *Psychopharmacology* 194:453–461
- Leucht S, Kane J, Etschel E et al (2006) Linking the PANSS, BPRS and CGI: clinical implications. *Neuropsychopharmacology* 31:2318–2325
- Leucht S, Lasser R (2006) The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 39:161–170
- Mass R, Schoemig T, Hitschfeld K et al (2000) Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale. *Schizophr Bull* 26:167–177
- Peuskens J, Bech P, Möller H-J et al (1999) Amisulpride vs risperidone in the treatment of acute exacerbations of schizophrenia. *Psychiatry Res* 88
- Peuskens J, Link C (1997) A comparison of quetiapine and chlorpromazine in the treatment of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 96:265–273
- Wobrock T, Köhler J, Klein P et al (2009) Achieving symptomatic remission in out-patients with schizophrenia – a naturalistic study with quetiapine. *Acta Psychiatr Scand* 120:120–128
- Zimmermann J, Wolter A, Hannover W et al (2009) Remissionshäufigkeit bei schizophren erkrankten Patienten innerhalb eines Jahres nach der Klinikentlassung. *Psychiatr Prax* 36:182–188

Psychotherapie bei nicht abstinenten Abhängigen

Während früher eine Psychotherapie bei Abhängigen Patienten lediglich unter der Voraussetzung der Abstinenz möglich und abrechnungsfähig war, ist diese Einschränkung durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 14.4.2011, in Kraft getreten am 7.7.2011, gelockert worden. Diese Erleichterungen gelten sowohl für die Psychotherapiesitzungen als auch für die probatorischen Sitzungen.

Dennoch sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, um bei dieser Patientenkollektive die entsprechenden Leistungen abrechnen zu können:

- Die Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz muss parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden.

- Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz muss durch eine ärztliche Bescheinigung attestiert werden.

- Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen (z.B. Drogenscreening; MCV, CDT etc.)

- Die Bescheinigung darf nicht durch den/die Therapeuten/in selbst ausgestellt werden.

Bei erneutem Rückfall in den Suchtmittelgebrauch unter der ambulanten Psychotherapie ist die genehmigte Therapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur erneuten Herstellung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz ergriffen werden.

Sinnvoll ist zur Frage des Suchtmittelgebrauchs daher unter Umständen eine enge Kooperation mit dem betreuenden Hausarzt, da er als Ansprechpartner für die geforderte Attestierung in Frage kommt. Schon bei geringstem Zweifel an der Abstinenz sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die Fortführung der begonnenen Therapie nicht zu gefährden.

Quelle: *Ärzte Zeitung*; www.aerztezeitung.de