

Scott Caton¹ und Wolfgang Kaiser²

**Krankheitseinsicht, psychosoziales Funktionsniveau,
Unterstützungsbedarf und subjektive Lebensqualität bei
schizophrenen Klienten im Betreuten Wohnen**

Institutsangaben:

¹ Freundeskreis Integrative Dienste e.V., Neue Bergstraße 6, 13585 Berlin

² VIVANTES Klinikum Spandau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin

E-Mail: Scott@planet-caton.de
Wolfgang.Kaiser@Vivantes.de

Zusammenfassung

Anliegen. Obwohl schon in der deutschen, phänomenologisch orientierten Psychiatrie bei Jaspers und Conrad das Thema der Krankheitseinsicht in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts behandelt wurde, existiert bislang keine deutschsprachige Studie zur Erfassung dieses Konstrukts mit einem neueren Erfassungsinstrument. **Methode.** Bei schizophrenen Klienten im Betreuten Wohnen (N=43) wurde die Krankheitseinsicht mit einer deutschen Version der Scale Of Unawareness of a Mental Disorder (SUMD) erfasst und der Zusammenhang zum psychosozialen Funktionsniveau, dem Unterstützungsbedarf seitens der Klienten und Bezugsbetreuer (Case-Manager), subjektiver Lebensqualität und zusätzlich der Medikamenten-Compliance untersucht. Bezugsbetreuer (Case-Manager) und Klienten wurden in Interviews befragt und für den Zusammenhang der Variablen wurden Korrelationskoeffizienten und Odd's Ratios berechnet. **Ergebnisse.** Erhebliche Misattributionen traten bei 80% (bei der Hälfte der Symptome) oder 50% (3/4 der Symptome) der Stichprobe auf. Eine signifikante Korrelation der SUMD-Variablen bestand aber nur zwischen dem psychosozialen Funktionsniveau und dem Misattributions-Score. Die Wahrscheinlichkeit erheblicher psychosozialer Defizite (GAF-Score \leq 40) steigt bei Misattributionen von $\frac{3}{4}$ oder mehr der Symptome auf das sechsfache. Zu den anderen Variablen, auch zur Medikamenten-Compliance bestanden keine wesentlichen Zusammenhänge. Untereinander korrelierten Unterstützungsbedarf und Lebensqualität in dem auch aus anderen Studien bekannten Muster mit einem signifikanten Zusammenhang zwischen hohem Unterstützungsbedarf seitens der Klienten und niedriger subjektiver Lebensqualität. **Schlussfolgerungen.** Niedrige Krankheitseinsicht im Sinne eines hohen Ausmaßes an Misattributionen psychotischer Symptome kann eine diagnostische Bedeutung für die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus haben. Interventionen der Case-Manager im Betreuten Wohnen sollten aber eher an dem von den Klienten geäußerten Unterstützungsbedarf ansetzen und sich damit und generell an Vorgehensweisen orientieren, für die eine Evidenzbasierung vorliegt.

Schlüsselwörter. Krankheitseinsicht, Unterstützungsbedarf, Lebensqualität, Schizophrenie, Betreutes Wohnen

The Relationship between Illness Insight, Social Functioning, Support Needs and Subjective Quality of Life for Consumers of Community Based Case Management Services in Supported Housing

Abstract

Objective. Although in the German psychiatric tradition Jaspers and Conrad discussed insight into illness in the middle of the last century so far no study in German language exists which uses one of the newer standardised instruments.

Methods. Illness insight in schizophrenia was assessed using a German version of Amador's Scale Of Unawareness of a Mental Disorder (SUMD) and relationship with the level of social functioning, social support needs and subjective quality of life and also medication adherence was analysed for consumers of community based case management services in supported housing. The sample (N=43) was recruited from community based independent service agencies providing case management service and supported housing in Berlin (Germany). Separate interviews were conducted with case managers and their clients. Pearson correlations and odd's ratios were calculated for the relationship between variables.

Results. Significant misattributions of psychotic symptoms were to be seen in 50% (3/4 misattributions) or 80% (1/2 misattributions) of the sample. A significant correlation between SUMD-variables and others was noticed only between the attribution-score and the GAF-score. Misattributions for $\frac{3}{4}$ of the symptoms predicted with an OR of 6 a GAF-score ≤ 40 . There were no other significant SUMD-correlations and also medication adherence was independent from insight. Between client rated needs for care and subjective quality of life we noticed an inverse correlation which has been reported in several studies. **Conclusions.** Low illness insight in the sense of misattributing psychotic symptoms may predict low psycho-social functioning. Interventions of case-managers should rather start with patient rated needs and so be based in general on scientific evidence.

Key words. Insight into illness, needs for care, subjective quality of life, schizophrenia, supported housing

Konsequenzen für Klinik und Praxis:

- In einer Gruppe schizophrener Klienten des Betreuten Wohnen (N=43) war eine erhebliche Misattribution psychotischer Symptome – erfasst mit der deutschen Version der Scale Of Unawareness of a Mental Disorder (SUMD) – bei 50-80% der Stichprobe festzustellen. Dies entspricht den aus der Literatur bekannten Raten.
- Der einzig signifikante Zusammenhang der SUMD-Variablen bestand zum psychosozialen Funktionsniveau. Zu anderen subjektiven Evaluationskriterien (Unterstützungsbedarf, Lebensqualität) und zur Medikamentencompliance waren keine signifikanten Korrelationen zu beobachten.
- Eine Rate von 75% Misattributionen psychotischer Symptome erhöhte die Wahrscheinlichkeit eines niedrigen psychosozialen Funktionsniveaus (GAF \leq 40) um das sechsfache. Niedrige Krankheitseinsicht hat insofern diagnostische Bedeutung. Direkt auf deren Veränderung ausgerichtete Interventionen scheinen aber wenig aussichtsreich. Hingegen sind die Effekte eines Ansatzens bei dem von Klienten geäußerten Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Verbesserung subjektiver Lebensqualität belegt und ein evidenzbasiertes Arsenal psychosozialer Interventionen steht generell zur Verfügung.

1. Einleitung

Wenn Darstellungen zur Entwicklung des in der englischsprachigen Literatur unter dem Begriff Insight (Krankheitseinsicht) gängigen Konstrukts gegeben werden, beinhalten diese meist ausführliche Verweise auf dessen ‚Vorgeschichte‘ in der deutschen, phänomenologisch orientierten Psychiatrie in der Mitte des 20. Jahrhunderts [1]:

- Karl Jaspers hatte der ‚Stellungnahme des Kranken zu seiner Krankheit‘ ein ganzes Kapitel der ‚Allgemeinen Psychopathologie‘ gewidmet und nach Krankheitsbewusstsein und Krankheitseinsicht differenziert [2].
- Klaus Conrad hatte beschrieben, wie es in der Entwicklung einer Schizophrenie immer weniger möglich wird den ausschließlichen Bezug des Erlebens auf das eigene Ich zu relativieren und mit den Betroffenen die Möglichkeit einer krankheitsbedingten Ursache ihres Erlebens zu erörtern: „Nichts mehr ist aus dem Ich-Bezug auszunehmen, kein Überstieg ist möglich. Deshalb vermag der Kranke kaum jemals auch nur mitzumachen, wenn man, gewissermaßen in gemeinsamer Arbeit, ihn zu einer ‚kopernikanischen‘ Wendung zu bringen versucht. ...“ [3]

Vor dem Hintergrund dieser reichhaltigen theoretischen Tradition ist es verwunderlich, dass bislang keine neuere deutschsprachige Studie existiert, in der das Thema Insight/Krankheitseinsicht anhand standardisierter Skalen untersucht wird, wie sie sich seit ca. 20 Jahren in der englischsprachigen Literatur etabliert haben [4] und die über die Ein-Item-Erhebungen von Krankheitseinsicht in den gängigen psychopathologischen Inventaren [5] in multidimensional konstruierten Instrumenten hinausgehen.

Immerhin liegt eines der am häufigsten gebrauchten Erfassungsinstrumente, die Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) [6], als Skala zur Einschätzung mangelnder Krankheitseinsicht bei psychischen Störungen in einer autorisierten deutschen Fassung vor [7].

Dieses Forschungsdefizit hat sich auch nicht geändert, nachdem sich auch in der neueren deutschen Psychiatrie die Beschäftigung mit der subjektiven Perspektive der Patienten in Forschung und Praxis [8] an Bedeutung gewann und es seit einigen Jahren auch in deutscher Adaptation oder Äquivalenz zu Instrumenten in englischer

Sprache entsprechende, standardisierte Erhebungsinstrumente zur Erfassung des Unterstützungsbedarf (needs) [9] und subjektiver Lebensqualität [10] gibt. Der Versuch, durch den Gebrauch dieser ‚subjektiven Evaluationskriterien‘ eine spezifischer an den Bedürfnissen der Patienten orientierte und sich effektiv in der Verbesserung der Lebensqualität auswirkende Behandlung und Betreuung zu etablieren [11], hat möglicherweise aber eine Grenze an dem Mangel an Krankheitseinsicht bei den Betroffenen [12]. 50% bis 80% der Patienten, die längerfristig von einer schizophrenen Psychose betroffen sind, glauben nach gängigen Kriterien nicht, dass sie krank sind [13]. Es scheint somit geboten, in einem für die Versorgung längerfristig schizophrener Patienten in Deutschland inzwischen typischen Setting der ambulanten Versorgung, dem Betreuten Wohnen [14], den Zusammenhang zwischen subjektiven Kriterien der Evaluation und der Einsicht in die Erkrankung in einer Gruppe längerfristig kranker schizophrener Patienten zu untersuchen.

2. Fragestellung und Erhebungsinstrumente

Krankheitseinsicht soll in dieser explorativen Studie analysiert werden – in ihrem Zusammenhang zum

- psychosozialem Funktionsniveau,
- Unterstützungsbedarf (needs), wie ihn Klienten und Betreuer sehen, und zur
- subjektiven Lebensqualität aus der Perspektive der Klienten.

Zusätzlich wurde die Compliance und Zufriedenheit mit der Psychopharmaka-Medikation in ihrem Zusammenhang zur Krankheitseinsicht ermittelt.

Krankheitseinsicht wurde mit der von Amador und Strauss entwickelten Scale Of Unawareness of a Mental Disorder (SUMD) in der deutschen Übersetzung von Griese und Thom ermittelt [7]. Nach dem Rating von drei Globalitems wird in diesem teilstandardisierten Interview in 17 Items das ‚bewusst Sein‘ und die Attribution psychiatrischer Symptome im Bezug auf Gegenwart und Vergangenheit erfragt und vom Interviewer anhand einer fünfstufigen Skala bewertet (Bewusstsein: 1=bewusst bis 5=nicht bewusst; Attribution: 1= hängt mit psychischer Störung zusammen bis 5=hat nichts mit einer psychischen Störung zu tun, d.h. Misattribution).

Die Globalbewertung des sozialen Funktionsniveaus wurde anhand der im DSM-III-R [15] enthaltenen Revision der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vorgenommen, die eine kombinierte Bewertung des sozialen Funktionsniveaus und krankheitsbezogener Störungen auf einer in 10-Punkt-Intervalle unterteilten 90-Punkt-Skala enthält.

Der Unterstützungsbedarf wurden mit dem Berliner Bedürfnis-Inventar (BeBI) erhoben, bei dem separat vom Klienten und dem Betreuer in 15 Bereichen erfragt wird, ob ein Hilfebedarf besteht oder nicht (Ja/Nein) [9].

Subjektive Lebensqualität wurde mit der Kurzfassung des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF) bewertet, bei dem in 14 Lebensbereichen vom Klienten auf einer 7-stufigen Skala eine Zufriedenheitsbewertung (1=völlig unzufrieden bis 7=völlig zufrieden) vorgenommen wird [10].

Medikamenten-Compliance wurde anhand der Compliance-Items 1a (Akzeptiert der Patient die Behandlung ?) und 1b (Fragt er selber nach Behandlung, ohne dass er dazu veranlasst oder gedrängt wird ?) aus dem Schedule for assessing the three components of insight (SAI) von David [16] mit einer 3-stufigen Skala (0=nie, 1=manchmal, 2=oft) bewertet. Nach der Zufriedenheit „mit der Wirkung der Medikamente oder der Spritze, die sie wegen ihrer seelischen Erkrankung bekommen“ fragt die Frage 12 des BELP-KF.

3. Stichprobenrekrutierung und Interviewdurchführung

Das Untersuchungskonzept wurde an 15 Anbieter Betreuten Wohnens und 7 Sozialpsychiatrische Dienste in Berlin versandt. Bei Antworten, die die Möglichkeit von Patienteninterviews und Kontakten zu deren Bezugsbetreuern eröffneten, wurden das Untersuchungskonzept und die Untersuchungsinstrumente noch einmal detailliert in Teamkonferenzen der Bezugsbetreuer erläutert. Die Benennung der Kandidaten für die Interviews und die Vereinbarung der Termine oblag dann den so informierten Bezugsbetreuern, die bei ihren Informationen an die Klienten die Freiwilligkeit und Vertraulichkeit des Interviews betonten und, falls gewünscht, als Kompensation 4 € oder eine Schachtel Zigaretten in Aussicht stellten.

Die Datenerhebung bestand im ersten Teil aus einem Interview mit dem Bezugsbetreuer, bei dem soziodemographische, krankheits- und behandlungs-

bezogene Daten erhoben wurden und anhand der Unterlagen über stationäre Krankenhausaufenthalte die Zugehörigkeit zur ICD 10 Diagnosegruppe F20 (Schizophrenie) gesichert wurde. Danach wurden die Daten für die Compliance-Items des SAI erhoben, die Symptom-Checkliste des SUMD bearbeitet und die Betreuer-Version des BeBI ausgefüllt. Das Interview mit dem Bezugsbetreuer endete mit seinem GAF-Rating.

Die Patienten konnten den Ort, an dem das Interview mit ihnen stattfinden sollte, selbst bestimmen und bei Bedarf ein Vorgespräch vereinbaren.

4. Auswertung und Statistik

Für die SUMD wurde für das Krankheitsbewusstsein und für die Attribution ein jeweils itemstandardisierter Summenscore aus gegenwarts- und vergangenheitsbezogener Bewertung berechnet. Wir haben jeweils auch die Anzahl der Items mit einer Negativbewertung hinsichtlich des Krankheitsbewusstseins oder eines Krankheitszusammenhangs (5=nicht bewusst/Misattribution) berücksichtigt und ausgewertet, welche Patienten 50% oder gar 75% der Items mit einer Negativbewertung (=5) hatten. – Beim BeBI wird das Ergebnis jeweils als Summenscore des Hilfebedarfs (seitens des Klienten und aus der Perspektive des Betreuers) berechnet. - Beim BELP-KF wird ein itemstandardisierter Gesamtwert ausgewertet. - Als GAF-Bewertung wählten wir entsprechend der Empfehlungen von Söderberg et al. [17] einen Mittelwert aus zwei GAF-Ratings: dem des Bezugsbetreuers und dem des Interviewers nach dem durchgeführten Interview. Wir berücksichtigten für die GAF-Skala besonders die Anzahl von Patienten mit einer Bewertung von 40 Punkten und weniger, bei der „starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen“ festzustellen sind. – Hinsichtlich der mit der SAI definierten Medikamenten-Compliance wurde zwischen Patienten unterschieden, die „nie“ Medikation akzeptierten oder danach fragten und solchen, die dies „manchmal“ oder „oft“ taten.

Der Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und anderen kontinuierlichen Variablen wurden mit Produkt-Moment Korrelationskoeffizienten bestimmt, wobei die Normalverteilung zuvor mit Kolmogorov-Smirnow-Tests überprüft worden war.

Für den Zusammenhang zwischen binären Auswertungen der Variablen wurden Odd's Ratios (OR) mit einem 95%-Konfidenzintervall berechnet. Differenzen zwischen unterschiedlichen, binär kodierten Messungen wurden mit McNemar-Tests überprüft. Gruppenunterschiede wurden ansonsten mit t-Tests untersucht.

Alle Analysen wurden mit SPSS 14.0.1 gerechnet.

Die Werte für die statistische Power der Korrelationsrechnungen wurden den in den entsprechenden Tabellen bei Cohen [18] angegebenen Werten entnommen.

5. Ergebnisse

N=16 Bezugsbetreuer von sieben Anbietern Betreuten Wohnens benannten insgesamt N=47 Kandidaten für Klienten-Interviews. Vier Klienten zogen ihre ursprüngliche Zusage später wieder zurück.

Alle Interviews wurden vom Erstautor dieser Studie durchgeführt: Die Betreuer-Interviews dauerten 30-45 Minuten. - Die Klienten-Interviews fanden ganz überwiegend in den Wohnräumen der Klienten statt. Einige zogen es vor, in den Diensträumen der Betreuer interviewt zu werden. Die Dauer der Interviews betrug ca. 1 ½ Stunden mit der Ausnahme von 4 Klienten, bei denen mehrere Verabredungen nötig waren, um die Interviews zu vervollständigen.

Von den interviewten Klienten lebten

- a) N=17 (39,5%) im Betreuten Einzelwohnen,
- b) N=7 (16,3%) in einer Betreuten Wohngemeinschaft und
- c) N=19 (44,2%) im Intensiv Betreuten Wohnen.

Alle Klienten werden nach im einzelnen variierenden Case-Management-Konzepten betreut, wobei bei a und b ein Bezugsbetreuer/Case-Manager (CM) in der Regel 4 Klienten betreut, während bei c eine Ratio von 1:2 und eine 24-Stunden-Betreuung vorhanden ist.

Alle Interviewten wurden bei ihren stationären Krankenhausaufenthalten mit der ICD Diagnose F20.0-F20.5 diagnostiziert und haben regelmäßige psychiatrische Behandlung. - Die interviewten Klienten waren zu 72% (N=31) Männer und im Mittel 40,6 Jahre (s=12,5) alt. Andere demographische und krankheitsbezogene Daten können aus der Tabelle 1 entnommen werden.

Für die beiden Scores der SUMD – SUMD-Bew = Krankheitsbewusstsein und SUMD-Att = Attribution – ergeben sich folgende itemstandardisierte Mittelwerte: SUMD-Bew = 2,47 (s=1,10) und SUMD-Att = 4,05 (s=1,01). Beide Scores korrelieren erwartungsgemäß signifikant: $r=.44$ ($p=.005$), unterscheiden sich aber hochsignifikant ($p<.00001$) in ihrer Ausprägung.

Die Häufigkeit von Negativbewertungen ($\geq 50\%$ oder $\geq 75\%$ Cut-Off), im Bezug auf das Krankheitsbewusstsein und die Attribution zeigt die Tabelle 2.

Sowohl für die 50%-Grenze als auch für die 75%-Grenze unterscheiden sich die Häufigkeiten zwischen dem Bewusstseins-Score und Attributions-Score hochsignifikant ($p<.0001$).

Nach den bei Cohen [18] angegebenen Werten reicht eine Stichprobengröße von $N=41$ aus, um einen mittleren bis starken Korrelations-Effekt von $r=.40$ mit einer Teststärke (Power) von 75 zu testen. Mit unserer Stichprobengröße ($N=43$) wird das übliche 80-Prozent-Kriterium demnach fast erreicht.

Für die beiden Scores der SUMD, ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang nur zwischen dem SUMD-Attributions-Score und dem GAF-Rating: $r= -.32$ ($p=.047$). Eine hohes Maß an Misattribution entspricht demnach einem niedrigen sozialen Funktionsniveau.

Wenn man die Zusammenhänge als Odd's Ratios ausdrückt, so besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p=.012$) zu einem niedrigen sozialen Funktionsniveau ($GAF \leq 40$), wenn 3/4 und mehr Misattributionen vorhanden sind: $OR=6,0$ (95%CI: 1,5 bis 23,9).

Unter den anderen Variablen korrelieren signifikant (vgl. auch Abbildung 1):

- Mehr Hilfebedarf im CM-Rating mit einem niedrigen sozialen Funktionsniveau: $r= -.31$ ($p=.047$),
- die Bewertung des Unterstützungs-/Hilfebedarfs von Case-Managern und Klienten untereinander: $r=.49$ ($p=.001$) und
- höherer Bedarf der Klienten nach Unterstützung und niedrige subjektive Lebensqualität: $r= -.39$ ($p=.009$).

Die Akzeptanz der medikamentösen Behandlung wurde von den Case-Managern bei allen Klienten als grundsätzlich gegeben angesehen, bei $N=11$ (25,6%) allerdings nur mit „manchmal“ bewertet. $N=17$ (39,5%) brachten von sich aus das Thema der

Medikation „nie“ zur Sprache, N=26 (60,5%) „manchmal“ oder „oft“. Zwischen der Akzeptanz der medikamentösen Behandlung und den SUMD-Scores bestand keinerlei signifikanter Zusammenhang. Auch zum Item 12 des BELP-KF, das nach der Zufriedenheit mit der Wirkung der Psychopharmaka fragt, bestand kein bedeutsamer Zusammenhang.

Keinerlei signifikante Zusammenhänge bestehen zwischen den SUMD-Scores und dem Alter, der Anzahl stationärer Aufenthalte und der Dauer der Betreuung im Betreuten Wohnen.

6. Diskussion und Schlussfolgerungen

Wenn auch ein Selektionsprozess in der Auswahl unserer Stichprobe unterstellt werden muss, durch den vermutlich Patienten mit einem größeren Mangel an Krankheitseinsicht eher nicht untersucht wurden, so ist es uns doch immerhin gelungen, eine hinreichend homogene Stichprobe mittlerer Größe ambulanter, schizophrener, im Betreuten Wohnen betreuter Klienten zu gewinnen. Die Vergleichbarkeit und Interpretation von Befunden ist nämlich häufig schon dadurch eingeschränkt, dass in vielen Studien stationäre und ambulante Patienten vermischt werden, wobei Pyne et al. [19] zeigten, dass für diese Gruppen durchaus unterschiedliche Zusammenhänge zwischen Krankheitseinsicht und anderen Variablen vermutet werden müssen.

Im Hinblick auf die Ausprägung der SUMD-Variablen fällt auf, dass das Bewusstsein von Symptomen bei den Klienten durchaus verbreitet ist. Nur ein geringerer Anteil nimmt keine Symptome wahr. Der Mittelwert des Bewusstseins-Scores der SUMD (=2,5) in unserer Studie entspricht dabei ziemlich genau dem anderer größerer Studien: In der aus stationären und ambulanten Patienten (N=129) bestehenden, erwähnten Studie von Young et al. [7] beträgt der Wert 2,5. Freudenreich et al. [20] geben in ihrer Stichprobe ambulanter Patienten (N=122) einen Wert von 2,6 an. - Der Anteil von Klienten mit ausgeprägten Misattributionen ist erheblicher und betrifft in unserer Studie je nach Cut-Off die Hälfte bis 80 Prozent der Stichprobe (siehe Tabelle 2). Auch dieses Phänomen findet sich in den zitierten Vergleichsstudien und in Metanalysen [13].

Ein Zusammenhang zwischen niedriger Krankheitseinsicht und einem herabgesetzten psychosozialen Funktionsniveau durchzieht mit einiger Konsistenz als ‚roter Faden‘ die großen Korrelationsstudien zur Krankheitseinsicht bei schizophrenen Patienten [21,22] – zumindest soweit GAF-Ratings als Kriterium benutzt werden. Häufig wird darin eine Auswirkung mangelnder kognitiver Flexibilität gesehen und neuropsychologische Defizite werden als Moderatorvariablen angesehen. Studien mit homogenen Samples ambulanter Patienten [20,23] kommen allerdings zu abweichenden Ergebnissen und zeigen keine Assoziation zwischen kognitiven Variablen und Krankheitseinsicht, wie sie ansonsten in Metanalysen beschrieben wird [24].

Neben dem Zusammenhang zum psychosozialen Funktionsniveau, der allerdings bei einer Bonferroni-Adjustierung des Signifikanzniveaus der berechneten Korrelationskoeffizienten wegfallen würde, finden sich keine weiteren bedeutsamen Korrelationen der SUMD-Variablen in unserer Studie:

Kein Zusammenhang fand sich unter anderen in unseren Ergebnissen zwischen beiden SUMD-Scores und der Psychopharmaka-Compliance und der Bewertung der Psychopharmaka durch die Klienten. Der Erwartung entspräche eine größere Krankheitseinsicht als Prädiktor besserer Medikamentencompliance, wie häufiger in Übersichtsarbeiten beschrieben [25]. Unser Ergebnis entspricht hingegen eher Studien mit Stichproben ambulanter Patienten, bei denen Krankheitseinsicht sich öfter nicht als notwendige Voraussetzung für Compliance ergab. Vermutet werden andere ‚Kosten-Nutzen-Bewertungen‘ durch die Patienten [26] oder behandlungs- und krankheitsabhängige Variablen, wie u.a. die Arzt-Patient-Beziehung [27], die trotz mangelnder Krankheitseinsicht eine akzeptable Medikamentencompliance bedingen. Auch hier scheinen Befunde in der Akutbehandlung und im längerfristigen Verlauf z.T. widersprüchlich.

Wenn aus größerer Krankheitseinsicht kein größeres Interesse an der Psychopharmaka-Medikation folgt, so bestünde immerhin die Möglichkeit, dass das Bedürfnis nach psychosozialer Betreuung stärker artikuliert würde. Auch dies ist in unseren Ergebnissen aber nicht der Fall: Krankheitseinsicht und Betreuungsbedarf der Klienten hängen nicht zusammen. Auch für Vorstellungen der Klienten zur Intensität ihrer Betreuung scheinen demnach anders dominierte Überlegungen und Einstellungen zur Erkrankung und deren Bewältigung als die Akzeptanz eines medizinischen Krankheitsmodells bedeutsam zu sein [28].

Der in unserer Studie schließlich ebenfalls mangelnde Zusammenhang zur (subjektiven) Lebensqualität findet sich auch ansonsten mit einiger Häufigkeit [29], wobei die Inkonsistenz der Ergebnisse von Übersichten auch damit zusammenhängen dürfte, dass häufig Ergebnisse aus völlig unterschiedlichen Kulturkreisen von Patienten in ganz unterschiedlichen Stadien der Erkrankung und Settings verglichen werden.

Welche praktischen Schlussfolgerungen können aus unseren Ergebnissen gezogen werden ? - Auch in unserer Studie findet sich die in vielen Arbeiten ermittelte signifikante Beziehung zwischen niedriger subjektiver Lebensqualität und einem sich artikulierenden höheren Betreuungsbedarf seitens der Klienten [30]. Unsere Korrelationsmatrix zeigt des Weiteren, dass Klienten und Case-Manager in der generellen Einschätzung des Betreuungsumfangs übereinstimmen und dass der postulierte Betreuungsbedarf der Case-Manager sich an der Einschätzung des sozialen Funktionsniveaus der Klienten orientiert.

Die Berücksichtigung der Krankheitseinsicht hat in diesem Kontext zusätzliche diagnostische Bedeutung, da nach unseren Ergebnissen erhebliche psychosoziale Defizite zu erwarten sind, wenn Klienten für die Mehrheit ihrer Krankheitssymptome keinen Krankheitszusammenhang sehen. Nach unseren Befunden und auch angesichts der Erfahrungen bei gezielter Psychoedukation und Compliance-Therapie, bei denen sich nie ein Effekt im Hinblick auf die Krankheitseinsicht zeigte [31,32], gibt es aber keine Argumente dafür, Interventionen der Case-Manager direkt auf die Krankheitseinsicht auszurichten [33]. Die Ermittlung des Betreuungsbedarfs, wie der Klient ihn artikuliert, der Prozess der Abstimmung mit der Sichtweise des Case-Managers und die Realisierung eines Kompromisses bieten genügend Raum für Verbesserungen in der Situation des Klienten. Diese Strategie hat auch den Vorteil einer gewissen Evidenzbasierung: Slade et al. [34] konnten eine Kausalbeziehung zwischen einer effektiveren Einbeziehung der Patientenbedürfnisse nach Unterstützung und einer verbesserten Bewertung der Lebensqualität nachweisen.

Neben der subjektiven Lebensqualität sind natürlich auch andere Outcome-Parameter zu berücksichtigen, wiewohl die individualisierte Ermittlung des Betreuungsbedarfs aus der Sicht des Klienten der Ausgangspunkt bleiben sollte. Die Datenlage im Hinblick auf effektive Interventionsstrategien zeigt ein hinreichendes

Arsenal evidenzbasierter psychosozialer Interventionen [35,36,37]. Die Kluft zwischen Möglichkeiten zur Intervention und der Routinepraxis ist nicht nur charakteristisch für deutsche Versorgungsbedingungen [38,39], obwohl Forschungs- und Transformationsbedarf nach unserer Auffassung hier besonders dringend erscheinen, das Rätsels des Transfers allerdings weiter ungelöst erscheint [40].

Interessenkonflikte

Keine angegeben.

Literatur

1. Berrios GE, Markova IS. Insight in the psychoses: a conceptual history. – In: Amador XF, David AS. Insight and Psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders. Second Edition. Oxford, New York: Oxford University Press 2004, S.31-50
2. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Neunte, unveränderte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1973 – „Krankheitsbewusstsein nennt man diejenige Stellung des Kranken, in der wohl ein Gefühl von Kranksein, ein Gefühl von Veränderung zum Ausdruck kommt ... wenn alle einzelnen Krankheitssymptome, die Krankheit als Ganzes ihrer Art und Schwere nach richtig beurteilt wird, sprechen wir von Krankheitseinsicht.“ (S.349)
3. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. 3., unveränderte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 1971, S.79
4. Amador XF, Kronengold H. Understanding and assessing insight. – In: Amador XF, David AS. Insight and Psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders. Second Edition. Oxford, New York: Oxford University Press 2004, S.3-30
5. AMDP-System: Item 97, PANSS: G12, Present-State-Examination: Sektion 17
6. Amador XF, Strauss DH. The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). Columbia University and New York State Psychiatric Institute 1990
7. Skala zur Einschätzung mangelnder Krankheitseinsicht bei psychischen Störungen (SUMD). Übersetzt von Griesse J und Thom A. Wuppertal 1992 (auf Anfrage als PDF-Datei bei den Autoren dieser Studie erhältlich). – Die deutsche Fassung der Skala wurde an einem deutschen Subsample (N=15) im Rahmen einer kanadischen multizentrischen Studie erprobt:
Young DA, Zakzanis KK, Bailey C, et al. Further Parameters of Insight and Neuropsychological Deficit in Schizophrenia and Other Chronic Mental Disease. Journal of Nervous and Mental Disease 1998; 186: 44-50
8. Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. Psychiatrische Praxis 1995; 22: 140-144
9. Das Berliner-Bedürfnis-Inventar (BeBI) (a) als deutsche Adaption des Camberwell Assessment of Need (CAN) (b).
a) Hoffmann K, Priebe S. Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten ? – Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs“.

- Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1996; 64: 473-481
- b) Phelan M, Slade M, Thornicroft G, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 589-595
10. Das Berliner Lebensqualitäts-Profil (Belp-KF) (a) als deutsche Äquivalenzform des Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (b).
 - a) Kaiser W, Isermann M, Hoffmann K, Huxley P, Priebe S. Zur Kurzerfassung subjektiver Lebensqualität. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1999; 67: 413-425
 - b) Priebe S, Huxley P, Knight S, et al. Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life. *International Journal of Social Psychiatry* 1999; 45: 7-12
 11. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, et al. Listening to patients' needs to improve their quality of life. *Psychological Medicine* 2005; 25: 1655-1665
 12. Schwartz RC. The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 1998; 69: 1-22
 13. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2003; 61: 75-88
 14. Im Versorgungsbezirk Berlin-Spandau mit einer Einwohnerzahl von 226.000 Personen existierten Anfang 2007: 101 vollstationäre Psychiatrie-Betten (35 teilstationäre Behandlungsplätze) und 200 Plätze im Betreuten Wohnen (Einzelwohnen, Wohngemeinschaften und Intensiv Betreutes Wohnen), zusätzlich 38 Heimplätze mit einem Jahresbudget von insgesamt ca. 5,5 Mill. EURO für den außerstationären Bereich.
 15. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen HU, Saß H, Zaudig M und Koehler K. Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1989
 16. David AS. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 798-808
 17. Söderberg P, Tungström S, Armelius BA. Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric Services* 2005; 56: 434-438
 18. Cohen J. *Statistical Power for the Behavioural Sciences*. Second Edition. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 1988
 19. Pyne J, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; 189: 146-153
 20. Freudenreich O, Deckersbach T, Goff D C. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110: 14-20
 21. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 826-836
 22. Pini S, Cassano GB, Dell'Rosso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry* 2001; 180: 122-125
 23. McCabe R, Quale E, Beirne AD, Duane M. Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190: 519-525
 24. Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 204-212
 25. Perkins DO. Predictors of non-compliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 1121-1128
 26. McCabe R, Quayle E, Beirne A, Duane M. Is there a role for compliance in the assessment of insight in chronic schizophrenia. *Psychology, Health & Medicine* 2000; 5:173-178
 27. Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al. Attitudes towards antipsychotic medication. *The*

- impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 717-724
28. Tait L, Birchwood M, Tower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 123-128
 29. Karow A, Pajonk FJ. Insight and quality of life in schizophrenia: recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19: 637-641
 30. Slade M, Leese M, Taylor R, et al. The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100: 149-157
 31. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester UK: Wiley & Sons 2006
 32. McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester UK: Wiley & Sons 2006
 33. "The attainment of insight, therefore, may not be a hard and fast necessity in helping people develop better functional outcomes and improved treatment adherence. Clinicians should therefore be flexible in how, to what extent, and when to focus on helping people to develop insight." - Goldberg R, Green-Paden LD, Lehman AF, Gold J. Correlates of insight in serious mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; 189: 137-145
 34. Slade M, Leese M, Cahill S, et al. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 256-261
 35. *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26(1) – Dieses Heft über „Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia“ ist im Internet frei zugänglich: <http://schizophreniabulletin/oxfordjournals.org/archive/2000.dtl>.
 36. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, et al. Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services* 2002; 53: 1272-1284
 37. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30: 193-271
 38. Torrey WC, Drake RE, Dixon L, et al. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services* 2001; 52: 45-50
 39. Drake RE, Torrey WC, McHugo GJ. Strategies for implementing evidence-based practices in routine mental health settings. *Evidence Based Mental Health* 2003; 6: 6-7
 40. Scott I. The evolving science of translating research evidence into clinical practice. *Evidence-based Medicine* 2007; 12: 4-7

Tabelle 1. Stichprobenmerkmale

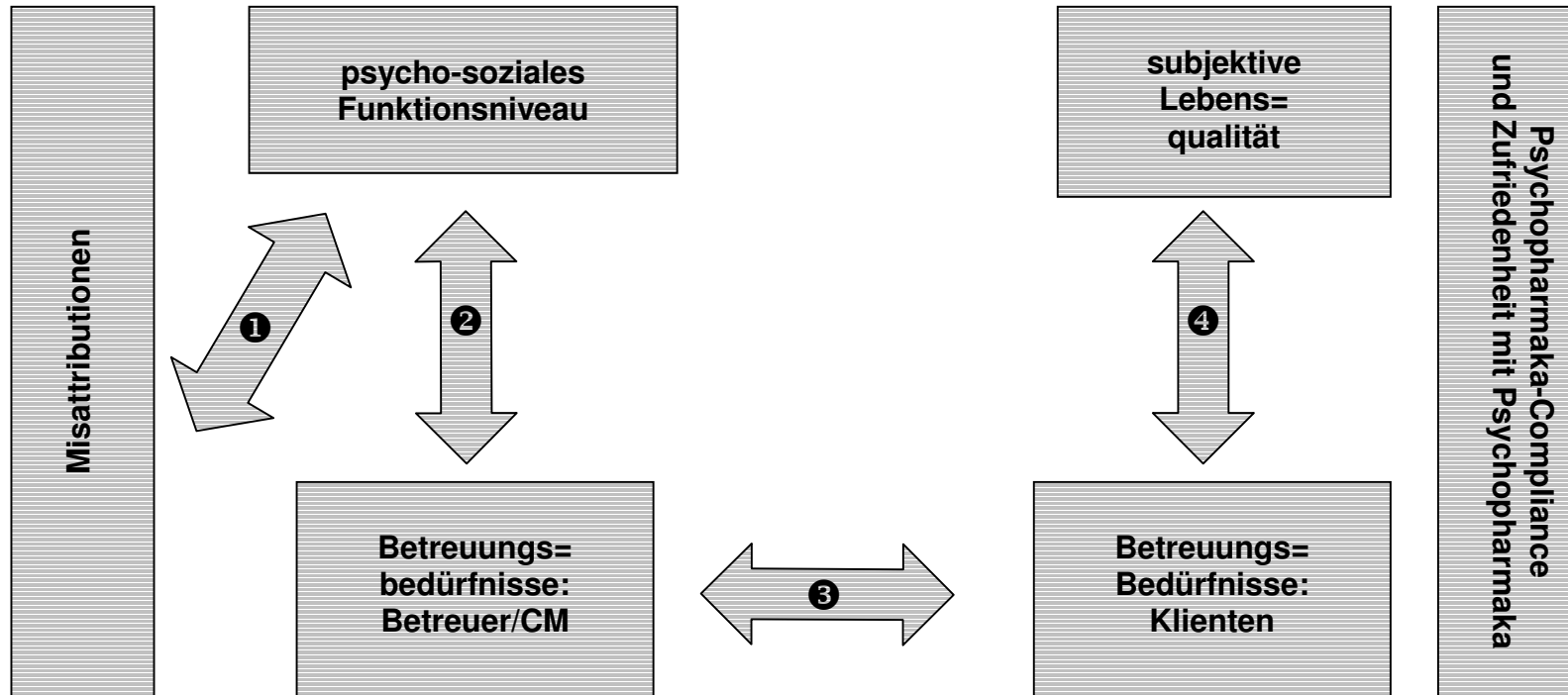
	<u>N</u>	<u>Prozent</u>
<u>Stationäre Aufenthalte</u>		
MW (Anzahl)	15,2	
s	16,1	
bis 5	15	34,9%
6-10	7	16,3%
11-20	8	18,6%
über 20	13	30,2%
<u>Im Betreuten Wohnen</u>		
MW (in Jahren)	6,6	
s	5,6	
bis 5 Jahre	18	41,9%
5 – 10 Jahre	15	34,9%
> 10 Jahre	10	23,3%
<u>Antipsychotika</u>		
aktuell keine	2	4,7%
Präparate der 1. Generation	9	20,9%
Präparate der 2. Generation	15	34,9%
1.+2. Generation gemischt	4	9,3%
Clozapin	6	14,0%
Clozapin kombiniert mit anderen Antipsychotika	7	16,3%
<u>Andere Psychopharmaka</u>		
Antidepressiva	9	20,9%
Stimmungsstabilisierer	4	9,3%

Tabelle 2. Negative SMD-Bewertungen ¹

	<u>Krankheitsbewusstsein</u>		<u>Misattribution</u>	
	<u>N</u>	<u>Prozent</u>	<u>N</u>	<u>Prozent</u>
<u>Häufigkeit</u>				
≥ 50% der Ratings	11	25,6%	34	79,1%
≥ 75% der Ratings	5	11,6%	21	48,8%

¹ negativ = kein Krankheitsbewusstsein, kein Zusammenhang zu einer Erkrankung

Abbildung 1. Zusammenhänge zwischen Variablen



Signifikante Zusammenhänge sind durch Pfeile verbunden (* $p < .05$, ** $p < .01$).

① $r = -.32^*$, $\frac{3}{4}$ Misattributionen-Ratings ($\geq 75\%$) \leftrightarrow GAF ≤ 40 : OR = 6,0 (95%CI: 1,5-23,9)

② $r = -.31^*$, ③ $r = .49^{**}$, ④ $r = -.39^{**}$