



www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass das Kompetenznetz Schizophrenie nach erfolgreicher Zwischenbegutachtung nun in die zweite Förderphase startet. Alle neun „alten“ Kompetenznetze in der Medizin sind nach zweieinhalb Jahren Laufzeit von international und hochrangig besetzten Expertengremien begutachtet und für die zweite Förderphase empfohlen worden. Seit der Erstauswahl aus 160 Konzepten im Jahr 1999 sind fünf neue Netze gegründet worden, weitere befinden sich in Planung. In den Kompetenznetzen sind die wichtigsten Forschungseinrichtungen mit wesentlichen Versorgungseinrichtungen eines bestimmten Krankheitsbereichs zusammengeschlossen. Diese vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierten Strukturen sind international einzigartig.

Im Kompetenznetz Schizophrenie kooperieren mehr als 50 Einrichtungen und Organisationen. Untersucht werden Fragen der Prävention, Therapie und Rehabilitation der Schizophrenie. Darüber hinaus werden im Kompetenznetz Schizophrenie unter anderem auch Fragen der Gesundheitsökonomie, der Öffentlichkeitsaufklärung und der professionellen Weiterbildung aufgegriffen.

In dieser achten Ausgabe des Newsletters möchten wir unseren Leserinnen und Lesern die vorläufigen Ergebnisse und Highlights aus den Projektverbänden der ersten Förderphase vorstellen sowie einen Ausblick auf die vor uns liegenden zwei Jahre bieten. Der Grundstein für die weitere Arbeit nach Ablauf der BMBF-Förderung im Jahr 2005 ist mit Gründung des PsychoseNetz e.V. – Verein zur Förderung der Ziele im Kompetenznetz Schizophrenie bereits gelegt. Das PsychoseNetz hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Ziele des Kompetenznetzes Schizophrenie ideell und materiell zu unterstützen und eine Kernstruktur zu erhalten, die den Netzwerkgedanken fortbestehen lässt. Auch Ihre Unterstützung ist uns willkommen. Die Termine wichtiger Kongresse für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte, die im Frühjahr/Sommer stattfinden, haben wir wieder im Veranstaltungskalender für Sie zusammengestellt.

Ihr Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

Zwischenbegutachtung der Projekte erfolgreich abgeschlossen

Zu den Zwischenergebnissen der Projekte in der ersten Förderphase kommen die Koordinatoren der Projektverbände zu Wort. Über die Highlights aus dem PVI „Früherkennung und Frühintervention“ berichtet Herr **Prof. Dr. Dr. Heinz Häfner, Mannheim**.

Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wird unter Ihrer Leitung ein Früherkennungsinventar entwickelt. Welche Etappenziele konnten in der ersten Förderphase erreicht werden?

Das Inventar soll die frühzeitige Diagnose und die Voraussage der Schizophrenie verbessern.

zum Frühverlauf der Schizophrenie und im Vergleich mit gematchten Kontrollen aus der gesunden Bevölkerung entwickelt. Es ist in zwei Instrumente und Anwendungsstufen gegliedert:

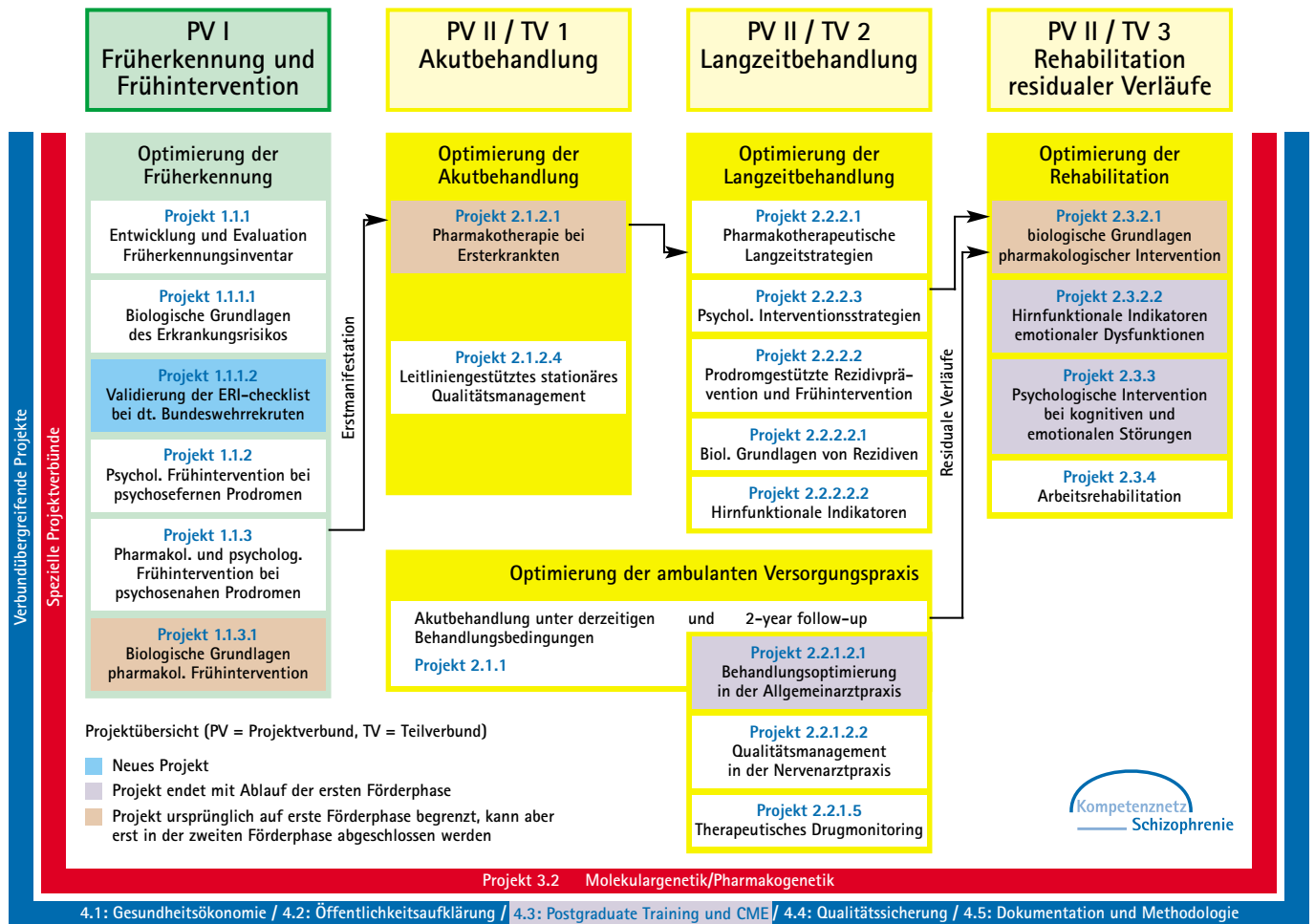
1. Eine Checkliste mit 17 Prodromalzeichen und -symptomen kommt im nicht psychiatrischen Vorfeld (Allgemeinarztpraxen, Beratungszentren etc.) bei Personen mit psychischen Problemen zur Anwendung. Sie soll Personen mit leicht erhöhtem Schizophrenierisiko erfassen, aber auch unbekannte manifest Erkrankte. Die Checkliste wird in den Interventionsprojekten des PVI genutzt.



Gruppenfoto anlässlich der Zwischenbegutachtung des Kompetenznetzes Schizophrenie

Es musste den Therapieprojekten schon von Beginn an zur Verfügung stehen. Deswegen haben wir es zu Beginn der Förderphase auf der Grundlage der retrospektiv erhobenen ABC-Studien-Daten (die Studie wurde von 1987 bis 2002 als Sfb-Projekt durchgeführt)

2. Wenn eine Person in der Checkliste einen erhöhten Risikowert aufweist, soll sie an ein Früherkennungszentrum überwiesen werden. Auf dieser zweiten Risikoerkennungsebene wird sie mit dem von uns auf den angegebenen Grundlagen und in engem



Kontakt mit den Zentren in Köln, Düsseldorf, Bonn und München entwickelten ERIraos-Interview untersucht.

Es besteht aus 110 jeweils vierstufigen Merkmalen (deren Ziel eine optimale aussagekräftige Erfassung des Psychoserisikos und der Diagnose ist). Das Instrument ist für die Praxis-Anwendung entwickelt worden und basiert auf wahrgenommenen und beobachteten Merkmalen. Die prognostische Aussagekraft dieses Instruments wird in den Zentren Köln und Bonn durch biologische Parameter – von neuropsychologischen Untersuchungsergebnissen bis zur strukturierten Bildgebung – ergänzt und optimiert. In die ERIraos-Symptomliste ist eine Zeitmatrix zur Messung von Auftreten und Verlauf der Symptome integriert. Außerdem gehören Module zur Erfassung von Medikamenteneinnahme, Alkoholkonsum, Delinquenz, Alltagsverhalten sowie von Geburtskomplikationen und Verzögerungen der kindlichen Entwicklung dazu.

Die Vorauswertungen zeigen, dass die Instrumente praktikabel sind, dass sie die

Prodromalsymptome und ihren Anstieg über Zeit adäquat abbilden sowie zwischen Personen mit hohem und niedrigem Risiko unterscheiden lassen. Die erfassten Anteile an Komorbidität (z. B. Substanzmissbrauch) und an Begleitrisiken (z. B. Delinquenz) sind bemerkenswert, aber wegen der kleinen Zahlen noch nicht verallgemeinerungsfähig. Gegenwärtig wird die Reliabilitätsprüfung des Inventars abgeschlossen. Weitere Ziele sind:

- Erstens soll das Inventar im Rahmen der Projekte prospektiv validiert werden, um seine Aussagekraft hinsichtlich der beiden Aspekte Früherkennung und Vorhersage zu verbessern.
- Zweitens soll es hinsichtlich eines gezielten Einsatzes einer Frühintervention in der Praxis zu einem leistungsfähigen Instrumentarium weiterentwickelt werden.
- Ein weitergehendes Ziel ist der Vergleich der Prodromalphasen von Ersterkrankungen und Rückfällen, was als Projekt 4.5.2 in Partnerschaft mit den Projekten 1.1.1 und 2.2.2.2 (Prof. Gaebel) erfolgen wird.

Mit Beginn der zweiten Förderphase startet ein neues Projekt im PV I: „Validation of the ERIraos-Checklist in recruits of the German Army“. Welche Chancen bietet das Projekt-design in Bezug auf die Überprüfung des Früherkennungsinventars?

Das von Ihnen angesprochene mit dem deutschen Verteidigungsministerium vereinbarte Projekt dient im ersten Schritt der Validierung der Checkliste. Außerdem können Personen mit leicht erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen unter den Gemusterten unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht erkannt werden.

Diesen Personen wird im Früherkennungs- und Frühinterventionszentrum in Bonn eine weitergehende Untersuchung mit ERIraos und mit biologischen Methoden angeboten. Im Falle einer Behandlungsindikation wird auch eine geeignete Therapie angeboten. Dieses Projekt erlaubt uns, die Ergebnisse der israelischen Rekrutenstudie mit jenen von deutschen Rekruten zu vergleichen.



Die Deutsch-Israelische Projektförderung beim BMBF hat nämlich Prof. Klosterkötter, Prof. Maier und mir ein Projekt über 5 Jahre gemeinsam mit Prof. Rabinowitz (Bar Ilan) und Prof. Davidson (Tel Aviv) für die Replikation des Früherkennungs- und Frühinterventionssteils des PV I an israelischen Rekruten beiderlei Geschlechts bewilligt.

Glauben Sie nach den bisherigen Erfahrungen, dass sich psychologische Interventionsstrategien bei Risikopersonen mit psychosefernen Prodromalstadien in der Praxis etablieren werden?

Um diese Frage zu beantworten, muss man mindestens zwei Perspektiven in Rechnung ziehen:

1. Hat sich die psychologische Interventionsstrategie bei diesen Personen als wirksam erwiesen?
2. Ist der erforderliche Aufwand vertretbar, so dass er sich in der Praxis auch durchsetzen wird?

Was die erste Frage angeht, erlauben die am Ende der ersten Förderperiode verfügbaren Daten noch keine endgültigen Aussagen. Um hier eine Entscheidung zu treffen, ist eine hinreichende Zahl von Studienteilnehmern nötig, die die Behandlung und die gesamte Nachbeobachtungsperiode durchlaufen haben. Immerhin konnten vom Zentrum Köln die Prä-Treatment-Werte mit den Post-Treatment-Werten nach einem Jahr verglichen werden. Sie zeigten eine deutliche Besserung von Prodromalsymptomen und sozialer Anpassung. Ob es gelingen wird, den Ausbruch der Psychose zu verzögern oder abzuschwächen, wird sich erst am Ende der Förderphase beantworten lassen. Die Wirksamkeit psychosozialer Intervention in der präpsychotischen Prodromalphase ist jedoch durch eine kürzlich publizierte kontrollierte Studie mit Zufallszuweisung in Manchester grundsätzlich belegt worden (Lewis et al. 2003). Die Chancen einer breiten Anwendung psychologischer Interventionen sind durch zwei Faktoren belastet: Erstens sind sie aufwändiger als eine medikamentöse Therapie und zweitens muss genügend kompetentes Personal zur Verfügung stehen. Grundsätzlich sollte auch die Pharmakotherapie der Schizophrenie durch gezielte psychosoziale Therapiemaßnahmen ergänzt werden. Dies

lässt sich jedoch in der Praxis häufig nicht durchsetzen. So bleibt derzeit nur zu hoffen, dass sich psychologische Interventionsstrategien in der präpsychotischen Phase mit Unterstützung durch die betroffenen Risikopersonen, ihrer Familien und der Öffentlichkeit doch in der Praxis breit etablieren lassen.

Welche Rolle werden künftig pharmakologische Interventionsstrategien bei Risikopersonen im Vor- und Frühstadium schizophrener Erkrankungen spielen?

Derzeit bleibt die pharmakotherapeutische Frühintervention in Deutschland aus ethischen Gründen auf die psychotische Vorphase beschränkt. Die Gründe dafür sind das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen, die Unklarheit hinsichtlich Spätdyskinesien bei Neuroleptika der zweiten Generation und eine Förderung von Stigmatisierung. Die Neuroleptika der zweiten Generation sind – wenn auch nur in bescheidenem Maße – auch bei negativen Symptomen und kognitiver Beeinträchtigung wirksam. Es ist daher ernsthaft zu fragen, ob eine frühere medikamentöse Intervention, vor dem Auftreten des ersten psychotischen Symptoms, bei Hochrisikopersonen vertretbar ist. Tatsächlich haben Prof. McGorry et al., Melbourne (2003), Hochrisikopatienten bereits in der präpsychotischen Phase mit niedrigen Risperidon-dosen erfolgreich behandelt. Allerdings wurde in dieser Studie gleichzeitig eine gezielte psychosoziale Therapie durchgeführt. Es bleibt also unklar, auf welche der beiden Komponenten die durchschnittliche Minderung psychotischer Episoden nach einem Jahr Behandlungsdauer zurückgeht. Die Gruppe um Prof. Ming Tsuang in Harvard hat Angehörige ersten Grades schizophrener Erkrankter, die nichtpsychotische Symptome der Schizophrenie bspw. „Schizotypal Personality“ in erheblichem Ausmaße aufwiesen, in fünf von sechs Fällen mit signifikantem Erfolg mit Risperidon behandelt. Inzwischen hat die Gruppe vom NIMH Fördermittel und Erlaubnis bekommen, einhundert solcher Risikopersonen ohne psychotische Symptome mit Neuroleptika der zweiten Generation zu behandeln.

Sie sehen also, dass das Problem der gezielten Pharmakotherapie nichtpsychotischer schizophrener Zustände derzeit im Fluss ist. Eine zuverlässige Aussage über den Ausgang ist noch nicht möglich. Wenn der

Nachweis der Wirksamkeit einiger Neuroleptika der zweiten oder dritten Generation bei präpsychotischen Prodromalphasen und bei nichtpsychotischen, genetisch vermittelten Formen der Schizophrenie gelänge, würde dies neue Möglichkeiten der Sekundärprävention der Schizophrenie eröffnen.

Über den Status quo der Projekte des PV II TV 1 „Akutbehandlung und -versorgung“ haben wir Herrn Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München, gesprochen.

Mit Spannung werden die Ergebnisse einer naturalistischen Verlaufsstudie zur Akut- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie erwartet. Welche Bedeutung hat eine bessere Prognose des Therapieverlaufs für den Behandlungserfolg?

Die naturalistische Verlaufsstudie zur Akut- und Langzeitbehandlung gibt uns Einsicht in die Versorgungsrealität unter den derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten. Insbesondere geht es um Fragen wie die Häufigkeit der Verordnung von typischen bzw. atypischen Neuroleptika und den damit zusammenhängenden Vor- und Nachteilen bezüglich Wirkungen und unerwünschten Begleitwirkungen. In Deutschland ist ja die Verordnung der atypischen Neuroleptika im internationalen Vergleich noch auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Es wird sich z. B. als Ergebnis dieser Studie zeigen, welchen psychopathologischen Querschnittsbildern deutsche Klinikpsychiater Typika bzw. Atypika den Vorrang geben. Eine interessante Frage ist, ob sich die Vorteile der Atypika im Bereich von klinischer Wirksamkeit und unerwünschten Begleitwirkungen auch unter den Bedingungen der naturalistisch evaluierten Routineversorgung zeigen lassen. Bedeutsam ist in dem Zusammenhang insbesondere die Frage, ob die frühe Verordnung von atypischen Neuroleptika eventuell zu positiveren Langzeitergebnissen führt. Ganz wichtig ist die Frage der Prognose des Therapieverlaufs.

Eine wichtige Fragestellung im Gesamtkonzept dieser Studie ist auch, wie häufig Therapienonresponse unter Akut- und Langzeitbedingungen ist und wie häufig suizidale Ereignisse sind. Es soll versucht werden, einen Prognoseindex zu entwickeln, der mit ausreichender Sensitivität und Spezifität vorhersagen lässt, welche Patienten wahrscheinlich Nonresponder der üblichen medikamen-



tösen Therapie sein werden, so dass man schon frühzeitig genug eine alternative medikamentöse Therapiestrategie wählen kann, um von vornherein das Entstehen von Non-response so weit wie möglich zu verhindern.

In welchen Punkten können die momentanen Standardversorgungsbedingungen bei der Therapie der Schizophrenie eventuell optimiert werden? Liefert die Studie dazu schon Ergebnisse?

Die Studie liefert diesbezüglich noch keine detaillierten Ergebnisse. Wichtig ist aber in diesem Zusammenhang, die oben schon gemachte Bemerkung aufzugreifen, dass in Deutschland die Verordnungsquote von aty-

die wiederum für sich, gerade im Hinblick auf die Langzeittherapie, von größter Bedeutung auch für bessere Therapieergebnisse und in objektiver Sicht (Psychopathologie) und subjektiver Sicht (Lebensqualität) sprechen. So zeigt sich aus neueren Langzeitstudien zur Rezidivprophylaxe, dass die rezidivprophylaktische Wirksamkeit unter Atypika besser war als unter klassischen Neuroleptika, was möglicherweise mit der verbesserten Compliance zusammen hängen könnte, allerdings möglicherweise auch mit dem breiteren klinischen Wirkprofil.

Aber nicht nur unter medikamentösen Gesichtspunkten lässt sich die derzeitige Standardversorgung optimieren. Nach dem

praxis stellt sicher, dass Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung nach dem neuesten Wissensstand therapiert werden. Das eingeführte computergestützte Leitlinienmodul ermöglicht es dem Arzt, während der Behandlung entsprechende Leitlinien zu dem aktuellen Problem direkt einzusehen und individuell für die Behandlung des Patienten umzusetzen. Wie erste Studienergebnisse des Projektes im Kompetenznetz Schizophrenie zeigen, konnte durch diese Vorgehensweise, im Vergleich zu Kontrollgruppen, eine Verbesserung der Behandlung der Patienten erreicht und die Wiedereinweisungsrate zur stationären Behandlung vermindert werden.

Gibt es erste Ergebnisse hinsichtlich des Erfolgs pharmakotherapeutischer Strategien zur Rückfallprävention bei ersterkrankten Schizophrenen?

Die Haupthypothese des ersten Studienjahres lautete, dass es Unterschiede in der Rückfallrate unter Haloperidol- vs. Risperidonbehandlung gibt. Dazu liegen bislang noch keine Ergebnisse vor, da es sich um ein verblindetes Studiendesign handelt und die Studie noch nicht abgeschlossen ist. Bislang sind 107 Patienten ins erste Studienjahr eingeschlossen worden, bis zum jetzigen Zeitpunkt ist kein Rezidiv aufgetreten. Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass sich die Patienten im Studienverlauf in ihrer Symptomatik deutlich verbessern. Die Compliance war zu Beginn der Studie bereits relativ gut und konnte noch gesteigert werden.

Im zweiten Studienjahr wird nach Randomisation bei einem Teil der Patienten die neuroleptische Behandlung weitergeführt, bei dem anderen Teil schrittweise abgesetzt. In beiden Gruppen findet in Fällen von frühen Anzeichen eines Rückfalls eine randomisierte medikamentöse Frühintervention statt, entweder mit dem jeweiligen Neuroleptikum oder einem Benzodiazepin. Nach den bisherigen Untersuchungen zeichnet sich eine gute Durchführbarkeit des zweiten Studienjahres ab, endgültige Aussagen können erst gemacht werden, wenn eine genügend grosse Stichprobe an Patienten das zweite Studienjahr beendet haben wird.



Leiter der Netzwerkzentrale, Netzwerksprecher und Mitglieder des internationalen Fachbeirats

pischen Neuroleptika noch deutlich hinter den internationalen Vergleichswerten zurück bleibt. Dies hat verschiedene Hintergründe. Aus meiner Sicht und aus der Sicht vieler Experten kann einem Großteil schizophrener Patienten besser geholfen werden, wenn die neuen „atypischen Neuroleptika“ zum Einsatz kommen. Dabei geht es um verschiedene Aspekte, wie z. B. bessere Wirksamkeit bei Negativsymptomatik, bessere Wirksamkeit bei begleitender depressiver Symptomatik, bessere Wirksamkeit auf kognitive Störungen und natürlich in besonderem Maße die bessere extrapyramidalmotorische Verträglichkeit.

Damit verbunden sind eine bessere Akzeptanz und damit bessere Compliancequoten,

gezeigt worden ist, dass Psychoedukation eine effektive Maßnahme ist, insbesondere um die Ergebnisse der Langzeittherapie zu verbessern, sollte unbedingt die Psychoedukation möglichst breit in die Standardversorgung eingeführt werden.

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel berichtet über die Projekte des PV II TV 2 „Optimierung der Langzeitbehandlung und -versorgung“.

Welche Vorteile bietet ein leitliniengestütztes Qualitätsmanagement in der Nervenarztpraxis?

Die Einführung eines leitliniengestützten Qualitätsmanagements in der Nervenarzt-



Welche Rolle spielen psychologische Interventionsstrategien in der Rezidivprophylaxe schizophrener Ersterkrankungen?

Psychologische Interventionen verbessern die Rückfallverhütung. Die medikamentöse Rezidivprophylaxe ist zwar unverzichtbar, aber allein nicht ausreichend. So jedenfalls lautet das zentrale Ergebnis zahlreicher Untersuchungen, in denen über die prophylaktische Gabe von Antipsychotika hinaus auch psychotherapeutische Strategien eingesetzt wurden. Diese Strategien dienen der Erarbeitung eines angemessenen Krankheitskonzeptes, zur Erkennung und Bewältigung von Frühsymptomen, zur Bewältigung von Belastungen sowie zur Reduktion residualer Symptome. Bei ersterkrankten Patienten ist dies eine besondere Herausforderung, da hier der Prozess der Bewältigung der Erkrankung gerade erst einsetzt. Die Wirksamkeit dieser Interventionen bei ersterkrankten Patienten wird daher im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie geprüft.

Im Rahmen des Projekts 2.2.2.2 wurde ein Entscheidungs-Algorithmus zur Frühintervention bei Ersterkrankten erarbeitet. Auf welche Kriterien stützt sich der Algorithmus?

Die Behandlungsleitlinien zur Langzeitbehandlung ersterkrankter Patienten sehen eine Dauermedikation nur für ein bis zwei Jahre nach der Ersterkrankung vor. Die Frage der Entscheidung zur Weiterbehandlung ist aber bisher empirisch noch nicht eindeutig entschieden. Deshalb wird im zweiten Behandlungsjahr der Ersterkrankten nach Randomisierung bei einem Teil der Patienten die neuroleptische Medikation weitergeführt, bei dem anderen Teil aber schrittweise abgesetzt. In beiden Gruppen findet nun im Falle von „frühen Anzeichen“ eines Rückfalls eine medikamentöse Frühintervention statt, randomisiert entweder mit dem jeweiligen Neuroleptikum oder mit einem Benzodiazepin.

Die Festlegung, was als „frühes Anzeichen“ zu werten ist, geschieht an Hand eines Entscheidungsalgorithmus, der die Frühintervention steuert. Dieser wurde auf Basis theoretischer Überlegungen sowie vielfältiger empirischer Analysen an verschiedenen Datensätzen entwickelt. Er sollte klinisch praktikabel sein und für alle Patienten gleichermaßen gelten. Trotzdem sollte er dem behandelnden Arzt genügend Entscheidungsspielraum lassen, um auf individuelle Belange eingehen zu können.

Dies geschieht durch eine Kombination verschiedener Merkmale (Psychopathologie mit der PANSS-Skala, Soziales Funktionsniveau mit der GAF-Skala, Prodromalsymptome mit einem neu entwickelten Prodromerfassungsinstrument, Vorliegen belastender Lebensumstände mit der „Münchener Ereignis Liste“, klinische Einschätzung der Veränderung mit der CGI-Skala sowie klinische Einschätzung des Rezidivrisikos mit einer neu entwickelten Skala). Entsprechend der schematischen Darstellung in Abb. 1 findet bei leicht ausgeprägten „frühen Anzeichen“ zunächst ein Zwischenkontakt bereits nach einer Woche statt. Regulär sind 14-tägige Kontakte. Bei deutlich ausgeprägteren Anzeichen folgt eine medikamentöse Frühintervention. Die behandelnden Ärzte übertragen die jeweils erhobenen Skalenwerte auf ein Formblatt, das aus den Einzelkriterien eine Gesamtscheidung bildet.

Im Falle einer Entscheidung „Frühintervention“ wird die entsprechende Medikation nach einem definierten Schema aufdosiert und nach Symptomverbesserung (spätestens aber nach vier Wochen) wieder abdosiert.

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer, Tübingen, hat Fragen zu den Zwischenergebnissen der Projekte der PV II TV 3 „Präventionen und Rehabilitation residualer Krankheitsverläufe“ beantwortet.

Der PV II TV 3 wurde im Newsletter No. 6 ausführlich vorgestellt – gerne senden wir Ihnen die Ausgabe auf Wunsch zu.

Ein spannendes Thema Ihrer Forschungen sind neurophysiologische Untersuchungen der Schizophrenie. Konnten neue neurophysiologische Indikatoren der Negativsymptomatik gewonnen werden?

Die magnetenzephalographischen Untersuchungen zeigten, dass schizophrene Patienten mit ausgeprägter Negativsymptomatik im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen unter emotionsauslösender Stimulation deutlich geringere regionale Hirnaktivität innerhalb eines zeitlich-räumlich definierten neuronalen Netzwerks entwickeln. Die betreffenden Hirnregionen dieses Netzwerks sind bei Gesunden bereits im Kontext emotionalen Erlebens und sozialer Kognition beschrieben. Man kann also davon ausgehen, dass mit diesen Untersuchungen

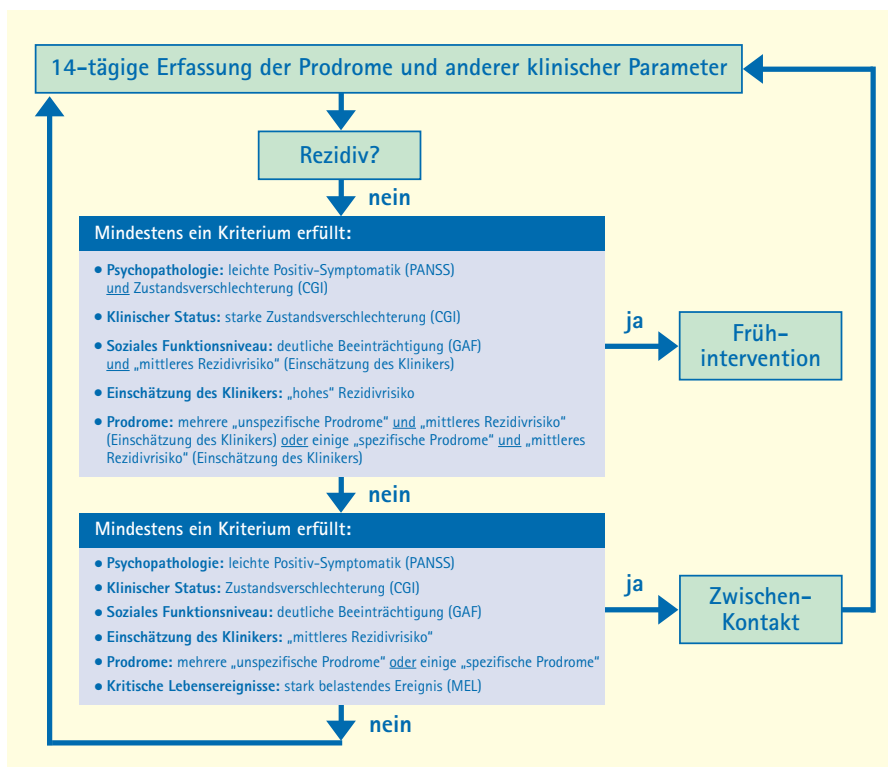


Abb. 1: Entscheidungsalgorithmus zur Steuerung der medikamentösen Frühintervention bei klinisch stabilen Ersterkrankten im zweiten Behandlungsjahr



präzise charakterisierte neurophysiologische Indikatoren schizophrener Negativsymptomatik identifiziert wurden.

Sie vergleichen derzeit die Effekte von arbeitsrehabilitativen Maßnahmen mit denen von unspezifischen, nicht arbeitsweltorientierten ergotherapeutischen Maßnahmen. Zielkriterium sind dabei „arbeitsrelevante Fähigkeiten“. Zeigen sich erste Unterschiede zwischen den Studiengruppen?

Die Rekrutierung für das Projekt 2.3.4.1 wurde bis Ende August 2002 verlängert; somit dauern die 6-Monats-Katamnesen noch bis April 2003 an. Eine vorläufige Zwischenauswertung im August 2002 ergab für einen Beobachtungszeitraum von vier Wochen keine Unterschiede zwischen Maßnahme- und Kontrollgruppe auf den Skalen des Arbeitsfähigkeitsprofil („Lernfähigkeit“, „Soziale Kommunikation“, „Anpassung“). Es bleibt abzuwarten, was die endgültige Auswertung der 3- und 6-Monats-Katamnesen ergibt.

Die Auswertung der psychopathologischen Messwerte (Psychopathologie, PANSS; Soziale Anpassung, GAF; Schweregrad der Erkrankung, CGI) zeigte in beiden Gruppen erwartungsgemäß zwar eine statistisch signifikante Verbesserung über die Zeit. Allerdings wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen beobachtet.

Aufgrund des Gutachtervotums wurde im Januar 2003 eine zweite Projektphase beantragt.

In dieser zweiten Phase ist eine Verlängerung und Intensivierung der katamnestischen Untersuchungen auf einen 2-Jahres-Zeitraum vorgesehen – mit dem Ziel, langfristige Verläufe der sozialen und beruflichen Integration sowie den Krankheitsverlauf abzu-

bilden. Des Weiteren soll im Hinblick auf die Realisierung der im Einzelfall indizierten Rehabilitationsziele anhand einer neuen Stichprobe ein ambulantes Reha-Management evaluiert werden. Einbezogen werden kurz vor der Entlassung stehende Patienten der Arbeitstherapie, die einen weitergehenden Beratungsbedarf bzgl. beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen haben.

Veranstaltungskalender

- 15. – 17. Mai 2003 Society of Biological Psychiatry 2003 Meeting, San Francisco, USA, www.sobp.org
- 17. – 22. Mai 2003 156th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, USA, apa@psych.org
- 29. Mai – 1. Juni 2003 3rd European Conference on Psychotherapie of the Association of European Psychiatrists – AEP – Section Psychotherapy, Heidelberg, www.akm.ch/aep2003
- 13. – 15. Juni 2003 119. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater, Baden-Baden, www.akm.ch/wv2003
- 18. – 21. Juni 2003 World Psychiatric Association: The Future of Nosology in Psychiatry, Wien, Genpsychiatry@akh-wien.ac.at
- 27. – 28. Juni 2003 Perspektiven in der Psychiatrie – Kongress der Klinik mit Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Impressum

Netzwerksprecher: Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf
 Herausgeber: Kompetenznetz Schizophrenie, Netzwerkzentrale: Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-Universität Rheinische Kliniken Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, D-40629 Düsseldorf, Tel.: +49 (0)211 / 922-2770, Fax: +49 (0)211 / 922-2780, e-mail: kompetenznetz.schizophrenie@uni-duesseldorf.de, internet: www.kompetenznetz-schizophrenie.de
 Psychose Netz e. V. – Verein zur Förderung der Ziele im Kompetenznetz Schizophrenie, c/o Rheinische Kliniken Düsseldorf: www.psychosenetz.de, Konto-Nr. 6 358 675, BLZ 30070024, Deutsche Bank AG
 Konzept, Redaktion: OgilvyHealthcare, Geleitsstraße 14, Frankfurt/M.
 Gestaltung: Impressum PR, Hamburg, Druck: Pucher & Beppler Produktionsservice GmbH, Frankfurt/Main
 Auflage: 20.000 © Kompetenznetz Schizophrenie, Düsseldorf, Mai 2003, Newsletter No. 8

Das Kompetenznetz Schizophrenie wird gefördert vom



Die Herstellung dieses Newsletters wird durch freundliche Unterstützung von Pfizer Neuroscience ermöglicht.

