

---

## Anhang

- **Ratingskalen (I - IX)**
- **Rückmeldungsformulare (X – XVI)**
- **Selbständigkeitserklärung (XVII)**
- **Lebenslauf (XVIII)**
- **Danksagung (XIX)**

## Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) I

<b>Anleitung</b> Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! <b>Bitte alle Feststellungen beantworten!</b>	
Nicht vorhanden Sehr gering Gering Mäßig Mäßig stark Stark Extrem stark	Nicht vorhanden Sehr gering Gering Mäßig Mäßig stark Stark Extrem stark
<b>1. Körperbezogenheit</b> Grad der Anteilnahme am augenblicklichen körperlichen Gesundsein. Bewerten Sie, in welchem Ausmaß physische Gesundheit vom Patienten als Problem angesehen wird, gleichgültig ob ein realer Grund für die Klagen besteht oder nicht.	<b>6. Gespanntheit</b> Körperlich- motorische Anzeichen für Gespanntheit, „Nervosität“ und allgemein erhöhte Aktivität. Bewerten Sie nur die körperlichen Anzeichen von Gespanntheit, nicht das geschilderte subjektive Erleben des Patienten.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<b>2. Angst</b> Besorgnis, Befürchtungen, Überbesorgnis in bezug auf Gegenwart und Zukunft. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über sein subjektives Erleben. Es soll nicht von körperlichen Symptomen oder neurotischen Abwehrmechanismen auf Angst geschlossen werden.	<b>7. Manieriertheit, Affektiertheit, Positur</b> Auffälligkeiten der Psychomotorik, unübliches motorisches Verhaltensbild, das bestimmte psychisch Kranke aus der Gruppe der „Normalen“ heraushebt. Bewerten Sie nur die Abnormität des Bewegungsbildes und nur der Ausdrucksmotorik, nicht einfach erhöhte motorische Aktivität.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<b>3. Emotionale Zurückgezogenheit</b> Mangel an emotionalem Kontakt zum Interviewer und unzureichende Beziehungen zur Interviewsituation. Beurteilen Sie lediglich, wie sehr es dem Patienten anscheinend mißlingt, emotionalen Kontakt zu anderen Personen in der Interviewsituation herzustellen.	<b>8. Größenideen</b> Überhöhte Selbsteinschätzung, Überzeugung, in Besitz ungewöhnlicher Kräfte und Fähigkeiten zu sein. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über sich selbst oder im Vergleich zu anderen, nicht jedoch das Verhalten in der Interviewsituation.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<b>4. Zerfall der Denkprozesse</b> Grad, bis zu dem der Denkprozeß verworren, inkohärent oder zerfahren ist. Bewerten Sie nur die Integration der verbalen Äußerungen, nicht den subjektiven Eindruck, den der Patient von seinem eigenen Denkvermögen hat.	<b>9. Depressive Stimmung</b> Mutlosigkeit, Traurigkeit. Bewertung Sie nur den Grad der Mutlosigkeit. Ziehen Sie keine Rückschlüsse auf Grund von depressiven Begleitsymptomen wie allgemeiner Verlangsamung und körperlichen Beschwerden.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<b>5. Schuldgefühle</b> Überbesorgnis oder Gewissensbisse in Hinsicht auf früheres Verhalten. Bewerten Sie das subjektive Schuldgefühle aufgrund der verbalen Äußerungen, des Patienten und seiner angemessenen affektiven Beteiligung. Es soll nicht von Depressionen, Angst oder neurotischer Abwehr auf Schuldgefühle geschlossen werden.	<b>10. Feindseligkeit</b> Animosität, Geringschätzung, Feindseligkeit, Verachtung gegenüber Personen außerhalb der Interviewsituation. Bewerten Sie nur die Verbalen Äußerungen des Patienten über seine Gefühle und Handlungen anderen gegenüber. Es soll nicht von neurotischer Abwehr, Angst oder körperlichen Beschwerden auf Feindseligkeit geschlossen werden. Das Verhalten dem Interviewer gegenüber ist unter 14 (mangelnde Kooperation) zu bewerten.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7



## Clinical Global Impressions (CGI)

<p><b>Schweregrad der Krankheit (CGI)</b> Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Krankheit in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.</p>	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> Patient ist überhaupt nicht krank <input type="checkbox"/> Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung <input type="checkbox"/> Patient ist nur leicht krank <input type="checkbox"/> Patient ist mäßig krank <input type="checkbox"/> Patient ist deutlich krank <input type="checkbox"/> Patient ist schwer krank <input type="checkbox"/> Patient gehört zu den extrem schwer Kranken
<p><b>Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI)</b> Beurteilen Sie bei der Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem zu Beginn der Studie, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat.</p>	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> Zustand ist sehr viel besser <input type="checkbox"/> Zustand ist viel besser <input type="checkbox"/> Zustand nur wenig besser <input type="checkbox"/> Zustand ist unverändert <input type="checkbox"/> Zustand ist etwas schlechter <input type="checkbox"/> Zustand ist viel schlechter <input type="checkbox"/> Zustand ist sehr viel schlechter
<p><b>Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkung)</b></p>	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> sehr gut – umfassende Besserung vollständige oder fast vollständige Remission <input type="checkbox"/> mäßig – deutliche Besserung teilweise Remission der Symptome <input type="checkbox"/> gering – leichte Besserung eine weitere Behandlung des Patienten dennoch nötig <input type="checkbox"/> Zustand unverändert oder verschlechtert
<p><b>Unerwünschte Wirkungen (Therapierisiken)</b></p>	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Beeinträchtigen den Patienten nicht wesentlich <input type="checkbox"/> Beeinträchtigen den Patienten wesentlich <input type="checkbox"/> Überwiegen die therapeutische Wirksamkeit

## Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE)

<p><b>CIPS</b> Collegium Internationale Psychiatriae Sclarum</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: right;"><b>NOSIE</b></p> <p style="text-align: center;">Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation</p>
--	--	--

<b>Anleitung</b> Beurteilen Sie das Verhalten des Patienten während der letzten 3 Tage. Bitte kreuzen Sie jeweils nur die zutreffende Ziffer an. Bitte beantworten Sie jede Feststellung!							
nie manchmal oft meistens immer	nie manchmal oft meistens immer						
1. Ist nachlässig	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1						
2. Ist ungeduldig	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
3. Weint	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
4. Zeigt Interesse an den Vorgängen seiner Umgebung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
5. Sitzt herum, wenn er nicht zu einer Betätigung angehalten wird	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
6. Wird leicht wütend oder ärgerlich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
7. Hört Dinge, die nicht da sind	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
8. Hält seine Kleidung ordentlich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
9. Versucht gegenüber anderen freundlich zu sein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
10. Regt sich leicht auf, wenn ihm etwas nicht paßt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
11. Weigert sich, alltägliche Dinge zu tun, die von ihm erwartet werden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
12. Ist reizbar und nörglerisch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
13. Hat Schwierigkeiten, sich zu erinnern	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1						
14. Weigert sich zu sprechen	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1						
15. Lacht oder lächelt bei lustigen Bemerkungen oder Ereignissen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
16. Beschmutzt sich beim Essen	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1						
17. Fängt eine Unterhaltung mit anderen an	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
18. Sagt, daß er sich schwermütig oder niedergeschlagen fühlt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
19. Spricht über seine Interessen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
20. Sieht Dinge, die nicht da sind	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
21. Muß daran erinnert werden, was er tun soll	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1						
22. Schläft, wenn er nicht zu einer Beschäftigung angehalten wird	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
23. Sagt, daß er zu nichts nütze sei	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
24. Muß angehalten werden, sich in die Krankenhausordnung einzufügen	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1						
25. Hat Schwierigkeiten, selbst einfache Aufgaben selbständig durchzuführen	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1						
26. Spricht mit sich selbst, murmelt vor sich hin	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
27. Ist in seinen Bewegungen langsam und schwerfällig	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
28. Kichert oder lächelt ohne jeden erkennbaren Grund vor sich hin	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
29. Braust schnell auf	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
30. Hält sich sauber	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
<b>Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!</b>							
Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	Score 6	Score 7	Score 8
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Frankfurter Befindlichkeits-Skala für schizophrene Erkrankte (FBS)

Im folgenden sind Beschwerden aufgeführt, von denen Sie spontan entscheiden sollen, ob Sie jetzt bei Ihnen vorliegen und wenn ja, wie stark sie sind.

Mein Befinden zur Zeit:	nicht vorhanden	gering	mäßig	stark
1. Erschöpft				
2. Unruhig				
3. Kann schwer stillsitzen				
4. Innerlich getrieben				
5. Zu wenig Kontrolle über mich selbst				
6. Angespannt				
7. Ohne Grund ängstlich				
8. Gedanken laufen durcheinander				
9. Bekomme nicht mit, was um mich herum vorgeht				
10. Muß mich sehr antreiben etwas zu tun				
11. Geräusche stören mich sehr				
12. Teilnahmslos				
13. Übermäßig wach				
14. Zu sehr von außen beeinflussbar				
15. Menschen stören mich				
16. Bin durcheinander				
17. Unkonzentriert				
18. Unsinnige Gedanken tauchen auf				
19. Bin innerlich wie leer				
20. Die Muskeln gehorchen nicht richtig				
21. Die Gedanken jagen				
22. Muß ständig etwas tun				
23. Bin langsam				
24. Fühle mich sehr bedrückt				
25. Bin konfus				
26. Menschen ängstigen mich				
27. Kann Gesprächen schlecht folgen				
28. Möchte völlig in Ruhe gelassen werden				
29. Beobachte mich genau				
30. Habe Angst mich falsch zu verhalten				
31. Alles um mich herum irritiert mich				
32. Bin wie blockiert				
33. Kann mich nicht genügend abschirmen				
34. Kann keinen klaren Gedanken fassen				
35. Einzelne Gedanken beherrschen mich ungewöhnlich				
36. Es kommt mir alles wenig vertraut vor				

## Short Form Health Survey (SF-36) I

Monika Bullinger und Inge Kirchberger

### Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36

Selbstbeurteilungsbogen

Zeitfenster 1 Woche

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet 1	Sehr gut 2	Gut 3	Weniger gut 4	Schlecht 5
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?					

	Derzeit viel besser 1	Derzeit etwas besser 2	Etwa wie vor einer Woche 3	Derzeit etwas schlechter 4	Derzeit viel schlechter 5
2. Im Vergleich zur vergangenen Woche, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?					

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.			
3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3.a <b>anstrengende Tätigkeiten</b> , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
3.b <b>mittelschwere Tätigkeiten</b> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3.c Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
3.d <b>mehrere</b> Treppenabsätze steigen	1	2	3
3.e <b>einen</b> Treppenabsatz steigen	1	2	3
3.f sich beugen, knien, bücken	1	2	3
3.g <b>mehr als 1 Kilometer</b> zu Fuß gehen	1	2	3
3.h <b>mehrere</b> Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
3.i <b>eine</b> Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
3.j sich baden oder anziehen	1	2	3

## Short Form Health Survey (SF-36) II

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer <b>körperlichen</b> Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4.a Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	1	2
4.b Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	1	2
4.c Ich konnte <b>nur bestimmte Dinge</b> tun	1	2
4.d Ich hatte <b>Schwierigkeiten</b> bei der Ausführung	1	2

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund <b>seelischer</b> Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
5.a Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	1	2
5.b Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	1	2
5.c Ich konnte nicht so <b>sorgfältig</b> wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der <i>vergangenen Woche</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in der <i>vergangenen Woche</i> ?	1	2	3	4	5	6

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der <i>vergangenen Woche</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

## Short Form Health Survey (SF-36) III

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in der vergangenen Woche</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie <i>in der vergangenen Woche</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9.a ... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
9.b ... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
9.c ... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern könnte?	1	2	3	4	5	6
9.d ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
9.e ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
9.f ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
9.g ... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
9.h ... glücklich?	1	2	3	4	5	6
9.i ... müde?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der <i>vergangenen Woche</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
11.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden?	1	2	3	4	5
11.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
11.c Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
11.d Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

## Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8)

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

- ausgezeichnet     gut     angemessen     dürftig

2. Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?

- eindeutig nicht     ich glaube nicht     ich glaube ja     eindeutig ja

3. In welchem Maße hat unsere Klinik den Bedürfnissen entsprochen?

- sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen     sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen     sie hat den wenigsten meiner Bedürfnisse entsprochen     sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

4. Würden Sie einem Freund (einer Freundin) unsere Klinik empfehlen, wenn er (oder sie) eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

- eindeutig nicht     ich glaube nicht     ich glaube ja     eindeutig ja

5. Wie zufrieden sind Sie über das Ausmaß der Hilfe, welches Sie hier erhalten haben?

- ziemlich unzufrieden     leicht unzufrieden     weitgehend zufrieden     sehr zufrieden

6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

- ja, sie half eine Menge     ja, sie half etwas     nein, sie half eigentlich nicht     nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

- sehr zufrieden     weitgehend zufrieden     leicht unzufrieden     ziemlich unzufrieden

8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie wieder Hilfe bräuchten?

- eindeutig nicht     ich glaube nicht     ich glaube ja     eindeutig ja

9. Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?

- viel besser     ein wenig besser     ein wenig schlechter     viel schlechter

10. Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?

---

11. Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?

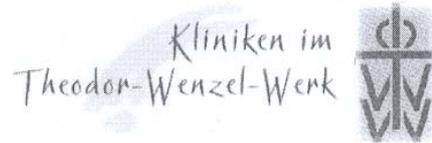
---

12. Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?

---

## Rückmeldungsformular 1

### **Projekt Behandlungspfad**



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin

### **Rückmeldung zur Zusatzdiagnostik**

**Patientenetikett  
hier einkleben**

wir möchten Sie gerne gemäß Behandlungspfad Schizophrenie an Folgendes erinnern:

### **Zusatzdiagnostik bei einer Ersterkrankung**

Haben Sie schon an folgende Diagnostik gedacht?

- CCT
- EEG
- EKG
- Labor
- Schwangerschaftstest bei Frauen bis 50 Jahre

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Projektgruppe Schizophrenie

Hr. Dr. Steinacher      Tel: 1324

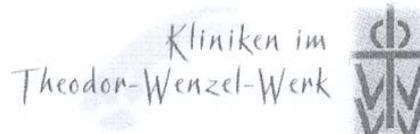
Fr. Mausloff

Hr. Berton              Tel: 1102

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Rückmeldungsformular 2

### **Projekt Behandlungspfad**



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin

### **Rückmeldung zur Zusatzdiagnostik**

**Patientenetikett  
hier einkleben**

wir möchten Sie gerne gemäß Behandlungspfad Schizophrenie an Folgendes erinnern:

### **Zusatzdiagnostik bei einer wiederholten stationären Behandlung**

Haben Sie schon an folgende Diagnostik gedacht?

- EKG
- Labor
- Schwangerschaftstest bei Frauen bis 50 Jahre

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Projektgruppe Schizophrenie

Hr. Dr. Steinacher      Tel: 1324

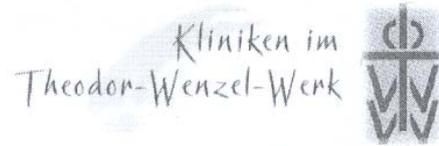
Fr. Mausolff

Hr. Berton              Tel: 1102

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Rückmeldungsformular 3

### **Projekt Behandlungspfad**



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin

### **Rückmeldung zur Pharmakotherapie**

**Patientenetikett  
hier einkleben**

wir möchten Sie gerne gemäß Behandlungspfad Schizophrenie an Folgendes erinnern:

#### **Bei der Behandlung einer Ersterkrankung**

- sollten Sie die Anwendung eines atypischen Neuroleptikums, außer Clozapin, in Erwägung ziehen.
- sollte die tägliche Dosierung zwischen 300 und 500 CPZ - Äquivalenten liegen.
- sollten Sie nur in begründeten Ausnahmefällen mehr als ein Neuroleptikum verschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Projektgruppe Schizophrenie

Hr. Dr. Steinacher      Tel: 1324

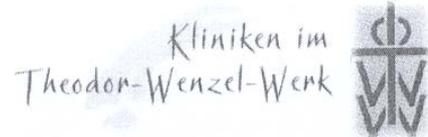
Fr. Mausolf

Hr. Berton              Tel: 1102

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Rückmeldungsformular 4

### **Projekt Behandlungspfad**



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin

### **Rückmeldung zur Pharmakotherapie**

**Patientenetikett  
hier einkleben**

wir möchten Sie gerne gemäß Behandlungspfad Schizophrenie an Folgendes erinnern:

#### **Im Rahmen einer wiederholten stationären Behandlung**

- sollten Sie ein Neuroleptikum, außer Clozapin, als Medikament der ersten Wahl in Erwägung ziehen.
- sollte die tägliche Dosierung zwischen 300 und 1000 CPZ – Äquivalenten liegen.
- sollten Sie nur in begründeten Ausnahmefällen mehr als ein Neuroleptikum verschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Projektgruppe Schizophrenie

Hr. Dr. Steinacher      Tel: 1324

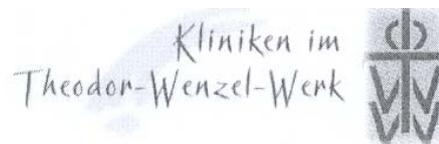
Fr. Mausolff

Hr. Berton              Tel: 1102

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Rückmeldungsformular 5

### **Projekt Behandlungspfad**



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin

### **Rückmeldung zur Basistherapie**

**Patientenetikett  
hier einkleben**

wir möchten Sie gerne gemäß Behandlungspfad Schizophrenie an Folgendes erinnern.

### **Haben Sie schon folgende Basistherapie angemeldet?**

- Ergotherapie
- Sitzsport oder
- Stehsport

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

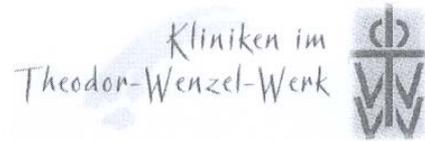
Ihre Projektgruppe Schizophrenie

Hr. Dr. Steinacher      Tel: 1324  
Fr. Mausolff  
Hr. Berton              Tel: 1102

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Rückmeldungsformular 6

### Projekt Behandlungspfad



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin

### Rückmeldung zum 35. Behandlungstag

Patientenetikett  
hier einkleben

wir möchten Sie gerne gemäß Behandlungspfad Schizophrenie an Folgendes erinnern:

#### Diagnostik zum 35. Behandlungstag:

Bei medikamentöser Behandlung sollten Sie 14-tägig

- Eine Blutentnahme („kleine Routine“) und eine
- EKG- Untersuchung durchgeführt haben.

#### Therapie zum 35. Behandlungstag:

Wenn ein hinreichender Therapieerfolg bisher ausgeblieben ist,  
bitten wir auf Folgendes zu achten:

- Aktueller Serumspiegel des Neuroleptikums vorhanden?
- Dosis ggf. anpassen?
- Umstellung auf ein anderes Neuroleptikum erwägen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

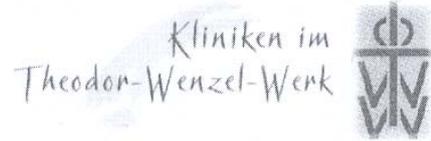
Ihre Projektgruppe Schizophrenie

Hr. Dr. Steinacher      Tel: 1324  
Fr. Mausolf  
Hr. Berton                Tel: 1102

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Rückmeldungsformular 7

### **Projekt Behandlungspfad**



Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin

### **Rückmeldung zum 65. Behandlungstag**

**Patientenetikett  
hier einkleben**

wir möchten Sie gerne gemäß Behandlungspfad Schizophrenie an Folgendes erinnern.

### **Therapie zum 63. Behandlungstag:**

**Wenn ein hinreichender Therapieerfolg bisher ausgeblieben ist,  
bitten wir auf Folgendes zu achten:**

- Bevor Sie eine Umstellung auf Clozapin in Betracht ziehen, sollten zwei Neuroleptika aus verschiedenen strukturellen Stoffklassen jeweils über mindestens vier Wochen verabreicht worden sein.
- Es sollte ein aktueller Serumspiegel des Neuroleptikums vorliegen und die Dosis ggf. angepasst worden sein.
- Sie sollten jetzt eine überlappende Umstellung auf Clozapin erwägen. (Kontraindikationen und notwendige Sicherheitsvorkehrungen sind dabei besonders zu beachten.)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihre Projektgruppe Schizophrenie

Hr. Dr. Steinacher      Tel: 1324

Fr. Mausolf

Hr. Berton              Tel: 1102

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet. Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

Berlin, den 1. März 2008

## Danksagung

Herrn Prof. Dr. Kleiber danke ich für die Überlassung des Themas und sein stetes Interesse an der Arbeit, Herrn Prof. Dr. Mackert für die Genehmigung und Unterstützung der Datenerhebung in der von ihm geleiteten Krankenhausabteilung.

Besonders herzlichen Dank schulde ich Herrn Dr. Burkhard Gusy für seine stets ermunternde, höchst kompetente und immer gut gelaunte Unterstützung meiner Bemühungen – ohne ihn wäre diese Arbeit niemals zustande gekommen. Frau Lilo Mausolff danke ich für ihre unermüdliche Arbeit bei Datenerhebung und Datenmanagement, auch ohne sie wäre diese Arbeit nicht zu bewältigen gewesen. Herrn René Berton, Herrn Alex Pohl und meinem Sohn Philipp danke ich sehr für ihre stets hilfsbereite und freundliche technische Unterstützung.

Ohne die anfängliche Beratung und Ermunterung durch PD Dr. Tom Bschor und PD Dr. Christopher Baethge hätte ich mit der Arbeit wohl erst gar nicht begonnen.

Vor allem aber danke ich meiner Frau Christine und meinen Kindern Philipp und Clara dafür, dass sie mir mit viel Liebe und Geduld beides ermöglichten – Familienleben und wissenschaftliches Arbeiten.