

Aus der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. P. Falkai)
im Zentrum Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Analyse der Versorgungsstruktur schizophrener
Patienten
der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Georg-August-Universität Göttingen
anhand der Basisdokumentation (BADO)

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
für Zahnheilkunde
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Diana Ulrike Nischwitz, geb. Miketiuk

aus

Fürstehagen

Göttingen 2012

Dekan: Prof. Dr. M. Schön

I. Berichterstatter: Prof. Dr. med. E. Rüther

II. Berichterstatter/in: Prof. Dr. med. J.-F. Chenot

III. Berichterstatter/in: Prof. Dr. rer. nat. R. Hilgers

Tag der mündlichen Prüfung: 04.09.2012

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
1 Einleitung	2
1.1 Basisdokumentation	2
1.2 Schizophrenie	3
1.2.1 Geschichtlicher Rückblick	3
1.2.2 Epidemiologie	4
1.2.3 Ätiopathogenese	5
1.2.4 Diagnostik	6
1.2.5 Verlauf	7
1.2.6 Therapie	8
1.2.7 Prognose	11
1.3 Fragestellung	11
2 Patienten und Methoden	15
2.1 Datenerfassung der Patienten	15
2.2 Patientenkollektiv	16
2.3 Studientyp	17
2.4 Psychometrische Messinstrumente	17
2.4.1 Clinical Global Impression	17
2.4.2 Global Assessment of Functioning Scale	18
2.5 Internationale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10	21
2.5.1 Diagnostische Leitlinien nach ICD-10	24
3 Ergebnisse	26
3.1 Patientenkollektiv	26

3.2	Qualität der Dokumentation	27
3.2.1	Patientenalter bei stationärer Aufnahme	28
3.3	Diagnose nach ICD-10	29
3.4	Dauer des Aufenthalts	29
3.4.1	Dauer des Aufenthalts der einzelnen Subgruppen	30
3.5	Frühere Stationäre Behandlung in anderen Psychiatrischen Kliniken	32
3.6	Art der Einweisung	33
3.6.1	Nichtärztliche Einweisung	33
3.6.2	Ärztliche Einweisungen	34
3.6.3	Änderungen der Rechtsgrundlage während der Einweisung .	35
3.7	Sozialer Status	35
3.7.1	Familiensituation	35
3.7.2	Wohnsituation vor Aufnahme in die Klinik	36
3.7.3	Wohnsituation nach Entlassung	36
3.7.4	Schulbildung	37
3.7.5	Berufsausbildung	38
3.7.6	Berufliche Tätigkeit	39
3.8	Selbst- und Fremdgefährdung	40
3.8.1	Frühere Suizidversuche	40
3.8.2	Suizidversuch im Vorfeld der stationären Aufnahme	41
3.8.3	Suizidalität im Vorfeld der stationären Aufnahme	42
3.8.4	Akute Manifeste Suizidalität während des stationären Auf- enthaltes	43
3.8.5	Suizidales Verhalten während des stationären Aufenthaltes .	44
3.8.6	Bedrohungen, Tötlichkeiten im Vorfeld der stationären Auf- nahme	45
3.8.7	Bedrohungen, Tötlichkeiten während des stationären Aufent- haltes	46
3.9	Spezielle Diagnostik	47
3.10	Pharmakologische Behandlung	48
3.11	Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung	49
3.12	Analyse des Behandlungsverlaufs anhand der CGI-Werte	49
3.12.1	CGI-Werte bei der Entlassung	50

3.12.2	Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme anhand der CGI-Werte	51
3.13	Analyse des Behandlungsverlaufs anhand der GAF-Werte	53
3.13.1	GAF-Werte bei Aufnahme in die Klinik	53
3.13.2	GAF-Werte bei Entlassung	54
3.14	Empfehlungen der Weiterbehandlung	56
3.14.1	Empfehlung psychopharmakologischer Weiterbehandlung nach Entlassung	56
3.14.2	(Teil)-stationäre Weiterbehandlung	56
3.14.3	Weiterversorgung	57
3.14.4	Ambulante Weiterbehandlung/ Betreuung	58
4	Diskussion	59
4.1	Qualität und Limitationen einer Dokumentation mittels BADO . . .	59
4.2	Kritische Betrachtung der BADO-Dokumentation	60
4.3	Kritische Betrachtung des untersuchten Kollektivs	61
4.4	Sozialer Status	62
4.5	Schul- und Berufsausbildung	63
4.6	Selbst- und Fremdgefährdung	63
4.7	Einweisung und Weiterbehandlung	65
4.8	Kritische Betrachtung der Diagnostik	66
4.9	Pharmakotherapie	67
4.10	Kritische Betrachtung des Therapieerfolges	68
4.11	Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt	70
4.12	Ausblick	70
5	Zusammenfassung	72
6	Literaturverzeichnis	75
7	Abbildungsverzeichnis	84
8	Tabellenverzeichnis	86

A	Anhang: Abb. A.1 - A.5	87
	Aufnahmebogen der Basisdokumentation BADO, Seite 1	88
	Aufnahmebogen der Basisdokumentation BADO, Seite 2	89
	Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 1	90
	Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 2	91
	Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 3	92

Abkürzungsverzeichnis

BADO	Basisdokumentation
CGI-Scale	<i>Clinical Global Impression Scale</i>
EKT	Elektrokrampftherapie
GAF-Scale	<i>Global Assessment of Functioning Scale</i>
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, revision 10</i>
rTMS	repetitive transkranielle Magnetstimulation
SQL	<i>Structured Query Language</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

1 Einleitung

1.1 Basisdokumentation

Die Basisdokumentation (BADO) ist eine standardisierte Dokumentation besonderer Patientenmerkmale in der Psychiatrie. Entwickelt wurde BADO in den Jahren 1979 bis 1982 als Minimalkatalog von [Dilling et al. \(1983\)](#) und wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Zwecke der internen und externen Qualitätssicherung weiterentwickelt ([Cording, 1995](#); [Cording et al., 1995](#); [Dilling et al., 1983](#)). Die Basisdokumentation stellt eine störungsübergreifende Dokumentation dar, welche Ergebniskriterien abbildet und verschiedenste Patientenmerkmale sowie Behandlungsprozesse erfasst. Sie besteht aus einem Aufnahme- und Entlassungsbogen, welche beide verschiedenste Items zur Erfassung u.a. von Alter, Familienstand, Schulabschluss, beruflicher Situation, Dauer des stationären Aufenthaltes sowie den Therapieformen beinhalten. Mit Hilfe dieser Items kann der behandelnde Arzt die Patientensituation vor, während und nach der Behandlung erfassen. Seit der Einführung von BADO wurden auf Grundlage der Basisdokumentation diverse Varianten entwickelt, welche auf die fachspezifischen Bedürfnisse zugeschnitten wurden. Die sind unter anderem BADO-PIA (psychiatrische Institutsambulanz), PO-BADO (psycho-onkologische Basisdokumentation), BADO-KJP (Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie), PSY-BADO (Basisdokumentation der Psychotherapie), FODOBA (forensische Basisdokumentation der Psychiatrie). Heute wird BADO allen stationären und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland zur Einführung empfohlen ([Arolt et al., 2007](#); [Cording und Gastpar, 1997](#)).

Mit Hilfe von BADO ist es möglich, soziodemographische, biographische und psychiatrisch anamnestiche Daten, sowie Therapieformen und deren Behandlungs-

ergebnisse aufzunehmen und auszuwerten. Die BADO soll als Unterstützung des Klinik- und Qualitätsmanagement sowie der Versorgungsforschung dienen. Mit ihr sollen gesundheitsökonomische Fragestellungen beantwortet werden können.

In einer Studie von [Hübner-Liebermann et al. \(2000\)](#) zeigte sich, dass eine differenzierte Erfassung des therapeutischen Vorgehens Voraussetzung ist für eine genaue Analyse der Prozessqualität und damit für die Interpretation der Ergebnisqualität ([Hübner-Liebermann et al., 2000](#)).

Da sich bisher nur wenige Studien finden, welche sich mit der Analyse der mittels BADO erhobenen Daten befassen ist das Ziel dieser Dissertation die Exploration der mittels BADO gewonnen Daten von Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der ICD-10-Diagnosegruppe F20-F29.

1.2 Schizophrenie

1.2.1 Geschichtlicher Rückblick

Eine derzeit gebräuchliche und übliche Unterscheidung in der Psychiatrie ist die Einteilung in affektive Störungen sowie in psychotische Störungen.

Das von Emil Kraepelin 1898 als „Dementia praecox“ beschriebene Krankheitsbild, welches er den manisch-depressiven Psychosen gegenüberstellte, wird heute als Schizophrenie bezeichnet ([Engstrom et al., 2006](#)).

Kraepelin unterteilte die Dementia praecox in eine paranoide, hebephrene und eine katatone Form, welche als Gemeinsamkeit eine „eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhangs der psychischen Persönlichkeit mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens“ vorwies ([Scharfetter, 1999](#)).

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde durch Eugen Bleuler 1908 eingeführt. Er unterteilte die Symptome in „Grundsymptome“ und „akzessorische Symptome“. Als Grundsymptome nannte er Störung der Assoziation, Störung der Affektivität, Ambivalenz, Autismus, Störungen des Willens und Handelns und Störungen der Person. Akzessorische Symptome sind beispielsweise Halluzinationen, Wahnideen, funk-

tionelle Gedächtnisstörungen, Katatonie und Störungen von Schrift und Sprache (Kraepelin, 1898; Scharfetter, 1999).

Kurt Schneider entwickelte eine deskriptive phänomenologische Psychiatrie und unterteilte die Symptome der Schizophrenie in Symptome ersten Ranges, z.B. akustische bzw. Leibeshalluzinationen und Ich-Störungen, und zweiten Ranges, z.B. Zoenästhesien und Wahneinfälle (Schneider, 1957).

Symptome der Schizophrenie können in positive und negative Symptome unterteilt werden. Als positive Symptome gelten z.B. Halluzinationen, Wahnphänomene und formale Denkstörungen, sowie als negative Symptome z.B. Affektverarmung, Apathie und Aufmerksamkeitsstörungen (Crow, 1980). Als sehr große Belastung für Patienten gelten vor allem die negativen Symptome. Diese sind im Gegensatz zu positiven Symptomen schwerer zu behandeln und dauern meist länger an (Velligan und Alphas, 2008).

In der aktuellen Forschung kristallisieren sich bei schizophrenen Patienten drei Funktionsbereiche als in besonderem Ausmaß beeinträchtigt heraus. Diese sind Störungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des deklarativen Gedächtnis und der exekutiven Funktionen (Lauterbacher und Möser 2004; Snitz und Daum, 2001).

1.2.2 Epidemiologie

Weltweit liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 0,55 und 4,6 % (Goldner et al., 2002; Jablensky, 2000). Die Inzidenzrate im Hauptrisikualter von 15 bis 59 Jahren liegt zwischen 0,16 und 0,42 pro 1000 Einwohner. Zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr tritt eine Schizophrenie bevorzugt auf (Jablensky, 2000; Wobrock et al., 2004 a). Männer erkranken 3 bis 4 Jahre früher, was unter anderem mit einem möglichen protektiven Effekt des Hormons Östrogen erklärt wird (Häfner, 2003). Das Lebenszeitrisiko ist jedoch für beide Geschlechter gleich (Jablensky, 2000). Hambrecht et al. kommen dagegen zu dem Ergebnis, dass Frauen in epidemiologischen Studien zur Schizophrenie eher unterrepräsentiert sind (Hambrecht et

al., 1992). Diese Autoren finden daher keinen Hinweis für eine höhere Inzidenz einer Schizophrenie bei Männern im Gegensatz zu Frauen (Hambrecht et al., 1992). Ebenso konnten Leventhal et al. keine eindeutigen Geschlechtsunterschiede bei an Schizophrenie Erkrankten finden (Leventhal et al., 1984). Ein Großteil der in diesen Studien gefundenen Ergebnisse ist nach Meinung dieser Autoren repräsentativer für Männer als für Frauen (Hambrecht et al., 1992). In Deutschland befinden sich nach Angabe psychiatrischer Einrichtungen ca. 3,3 % aller an Schizophrenie Erkrankten längerfristig in stationärer Behandlung (Besthehorn et al., 1999).

1.2.3 Ätiopathogenese

Bei der Schizophrenie handelt sich um eine komplexe, multifaktorielle Erkrankung, deren Ursachen noch nicht eindeutig nachgewiesen werden konnten (Wobrock et al., 2004 a). Angenommen werden unter anderem genetische und umweltbedingte Faktoren. Die von G. Bateson entwickelte Doppelbindungs-Theorie beschreibt Beziehungsstrukturen, die in der Folge zu Verhaltensstrukturen führen, welche als Schizophrenie bezeichnet werden können (Bateson et al., 1956). Zu den wenigen gesicherten Einflussfaktoren dieser multifaktoriellen Störung gehört eine genetische Teildetermination (Maier et al., 1999).

Bei der genetischen Komponente wird unter anderem von einer polygenen Übertragung von mehreren Suszeptibilitätsgenen ausgegangen, von denen jedes einzelne allerdings nur einen moderaten Effekt zum Erkrankungsrisiko beiträgt (Harrison PJ und Owen, 2003; McDonald und Murphy, 2003; Owen et al., 2005).

Als umweltbedingte Faktoren gelten zum Beispiel perinatale Virusinfekte, Geburtsort- und zeitpunkt, Migration und Drogenkonsum. Die Prävalenz eines möglichen Substanzmissbrauchs von schizophrenen Patienten liegt zwischen 15 und 65% (Cantor et al., 2001; Mueser et al., 1990). Für den Konsum von Cannabis konnte eine dosisabhängige Risikosteigerung für die Entwicklung einer psychischen Störung nachgewiesen werden (Moore et al., 2007). Kam es während der Kindheit zum Verlust eines Elternteils, zu einem sexuellen Missbrauch oder einer Misshandlung, so kann es möglicherweise im Erwachsenenalter bei reduzierter Verarbeitungskapazität

und nicht ausreichenden Bewältigungsstrategien zu einem erhöhten Risiko, an einer späteren psychischen Störung zu erkranken, kommen. Dieser Zusammenhang wird am besten mit dem „Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell“ erklärt, welches erstmals von J. Zubin und B. Spring beschrieben wurde (Nuechterlein et al., 1994; Zubin und Spring, 1977).

Die medizinische Wissenschaft ist bemüht, genetische Faktoren und deren Wechselspiele mit der Umwelt zu identifizieren, um die Ursache und Pathogenese der Schizophrenie besser verstehen zu können (Braus, 2005). Durch Assoziationsstudien mit internen Kontrollen können mit wachsender Kenntnis der Pathophysiologie schizophrener Störungen in Zukunft Kandidatengene identifiziert und auf Assoziation mit der Schizophrenie hin untersucht werden (Maier et al., 1999).

1.2.4 Diagnostik

Die Diagnose einer Schizophrenie wird klinisch gestellt und mit Hilfe des ICD-10 (2005) einer diagnostischen Gruppe zugeführt. Von den in Tabelle 1.1 aufgelisteten Symptomen müssen mindestens ein eindeutiges Symptom aus den Gruppen 1-4 oder mindestens 2 aus den Gruppen 5-8 über mindestens einen Monat deutlich vorhanden gewesen sein. Die Symptome der Gruppe 9 dienen zur Diagnosestellung einer Schizophrenia simplex und müssen über den Zeitraum eines Jahres vorhanden sein (Machleidt et al., 2004 a; Wobrock et al., 2004 b).

Tabelle 1.1: Diagnostische Leitlinien der Schizophrenie nach ICD-10, aus [Wobrock et al. \(2004 b\)](#), S. 167

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Gruppen 1-4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5-8. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Symptome der Gruppe 9 beziehen sich auf die Schizophrenia simplex und müssen mindestens ein Jahr vorhanden sein.

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten bez. Körperbewegung, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende Stimmen oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn.
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet von flüchtigen oder unendlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
6. Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluß, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor.
8. „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.
9. Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens mit Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug.

Grundsätzlich müssen neben organischen Grunderkrankungen des ZNS, wie z.B. Hirntumore oder zerebrovaskuläre Erkrankungen bzw. entzündliche ZNS-Prozesse, internistische Grundleiden wie z.B. metabolische Erkrankungen, ausgeschlossen werden ([Machleidt et al., 2004 a](#); [Wobrock et al., 2004 b](#)).

1.2.5 Verlauf

Da dem Vollbild einer Schizophrenie uncharakteristische Störungen im Bereich von Kognition, Affekt und sozialem Verhalten vorausgehen können, ist der Verlauf der Erkrankung von einer großen interindividuellen Variabilität geprägt ([Wobrock et al., 2004 b](#)).

Hegarty et al. konnten in längerfristigen Verlaufsuntersuchungen zeigen, dass nach 5,6 Jahren bereits 40 % der Erkrankten als deutlich gebessert galten (Hegarty et al., 1994). In Langzeitstudien über mehr als 10 Jahre konnte eine Remission bei 21-30 % der Patienten diagnostiziert werden (Häfner, 2003). Faktoren, die sich positiv auf den Verlauf einer Schizophrenie auswirken, sind neben weiblichem Geschlecht unter anderem ein gutes prämorbidem Funktionsniveau, höhere Intelligenz, stabile Partnerschaft, ein akuter Krankheitsbeginn mit auslösenden Faktoren, seltenere Krankheitsepisoden, fehlende Affektverflachung, Behandlungsakzeptanz und ein gutes Ansprechen auf eine frühere Behandlung.

Der Verlauf wird negativ beeinflusst durch biopsychophysisch belastende Faktoren oder sozial belastende Konstellationen (Expressed-Motion-Konzept) (Wobrock et al., 2004 b).

1.2.6 Therapie

„Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient“ (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005).

Die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes, welcher alle am Behandlungsprozess Beteiligten sowie alle Behandlungsinstitutionen beinhaltet, ist für eine erfolgreiche Therapie notwendig. Die individuellen und phasenspezifischen Behandlungsschritte sollten in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden. Diese multifaktorielle Therapie sowie die Einbeziehung eines nichtprofessionellen Hilfe- und Selbsthilfesystems sollte möglichst wohnortnah erfolgen (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005).

Die phasenspezifischen Behandlungsziele werden zeitlich unterteilt in Therapieziele in der Akutphase, Therapieziele in der postakuten Stabilisierungsphase sowie in Therapieziele in der Remissionsphase (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psy-

chotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005).

Pharmakotherapie Die Pharmakotherapie ist wesentlicher Teil eines Gesamtbehandlungskonzepts und sollte eine differentielle Indikation berücksichtigen sowie auf ein klinisches Zielsymptom abgestimmt werden. Der Patient sollte grundsätzlich in den therapeutischen Entscheidungsprozess einbezogen werden (Fleischhacker und Hummer, 2006).

Neben der klassischen Therapieform mit Antipsychotika werden bei Schizophrenie auch additiv Benzodiazepine und selten Antikonvulsiva eingesetzt. Bei depressiver Symptomatik kommen Antidepressiva zur Anwendung. Die Indikation für eine bestimmte medikamentöse Therapie wird anhand von spezifischen Symptomen gestellt. Der Erfolg dieser Therapie wird anhand der Verbesserung bzw. Persistenz der Symptome sowie von Rezidivraten beurteilt (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005).

Antipsychotika Antipsychotika wurden erstmals in den 1950er Jahren entwickelt. Sie werden unterteilt in typische Antipsychotika der ersten Generation und atypische Antipsychotika der zweiten Generation, und kommen in der Therapie der Schizophrenie und von bipolaren Erkrankungen zur Anwendung. Beide Antipsychotiktypen beeinflussen zentrale Dopaminsignalwege, vor allem durch Blockade des Dopaminrezeptors D₂ (Jeste et al., 1999). Antipsychotika werden in nieder-, mittel- und hochpotente Substanzen eingeteilt. Als unerwünschte Arzneimittelwirkungen finden sich Gewichtszunahme, Agranulozytose, tardive Dyskinesie, tardive Akathisie, sexuelle Dysfunktion, tardive Psychosen und tardive Dysphrenie.

Typische Antipsychotika Als erstes typisches Antipsychotikum kam Chlorpromazin zur Anwendung, welches zur Gruppe der Phenothiazine zählt. Es wurde erstmals von Delay, Deniker und Harl 1952 beschrieben (Delay et al., 1952). Typische Antipsychotika werden in hochpotente und niedrigpotente Antipsychotika unterteilt. Diese unterscheiden sich nicht nur bezüglich ihrer pharmakologischen Potenz, son-

dern auch in ihrem Nebenwirkungsprofil. Hochpotente typische Antipsychotika führen vor allem vermehrt zu extrapyramidal motorischen Nebenwirkungen wie Akathisie, Parkinsonismus und Dystonie, mehr als dies bei niedrigpotenten typischen Antipsychotika der Fall ist (Korczyn und Goldberg, 1976; Matz et al., 1974). Häufige Nebenwirkungen typischer Antipsychotika wie Mundtrockenheit sind unter anderem Folge der Blockade von muskarinischen Acetylcholinrezeptoren. Des Weiteren können Muskelsteifigkeit, Muskelkrämpfe, Tremor und Gewichtszunahme auftreten. Als schwerwiegende, jedoch seltene Nebenwirkung gilt das Maligne Neuroleptische Syndrom, welches durch extrapyramidale (Akinese, Rigidität, Opisthotonus), vegetative (Hyperthermie, Tachykardie, Tachypnoe, Harn- und Stuhlinkontinenz) sowie psychische Störungen (Stupor, Mutismus, Verwirrtheit, Bewusstseinsstörung bis zum Koma und Katatonie) charakterisiert ist. Es wurde erstmals von Delay und Deniker 1968 beschrieben (Delay und Deniker, 1968).

Atypische Antipsychotika Atypische Antipsychotika bilden eine heterogene Gruppe von Substanzen. Ihnen gemein ist ein geringeres Risiko, extrapyramidal motorische Störungen und Spätdyskinesien auszulösen (Margolese et al., 2005). Metabolische Probleme, wie Gewichtszunahme, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, sowie QT-Zeit-Verlängerung, Myokarditis, Katarakt und sexuelle Dysfunktion können als mögliche Nebenwirkungen auftreten (Ücok und Gaebel, 2008). Als erstes atypisches Antipsychotikum gilt Clozapin, welches erstmals 1966 von Gross und Langner beschrieben wurde (Gross und Langner, 1996). Eine schwerwiegende Nebenwirkung von Clozapin ist eine mögliche Agranulozytose (Anderman und Griffith, 1977).

Somatische Verfahren Neben der pharmakologischen Therapie kommen somatische Verfahren im Rahmen der Therapie einer Schizophrenie zum Einsatz. Hierbei handelt es sich zum einen um die Elektrokrampftherapie (EKT) sowie um die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005).

Elektrokrampftherapie Kommt es im Einzelfall trotz adäquater medikamentöser Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer zu einer Behandlungsresistenz, so

ist die EKT im Einzelfall gerechtfertigt ([Tharyan und Adams, 2005](#)). Die Elektrokrampftherapie wird besonders bei der katatonen Schizophrenie angewendet.

Die EKT sollte unter gleichzeitiger Gabe von Antipsychotika erfolgen. Nach der EKT sollte der Patient mit Antipsychotika weiterbehandelt werden. Dabei ist der Erfolg der EKT abhängig von der Begleitbehandlung mit Antipsychotika ([Tharyan und Adams, 2005](#)).

Repetitive transkranielle Magnetstimulation Die rTMS ist ein Verfahren, das v.a. gegen akustische Halluzinationen der Schizophrenie wirkt. Dagegen scheint dieses Verfahren keinen Einfluss auf psychotische Symptome der Schizophrenie zu haben ([Aleman et al., 2007](#)).

Da dieses Verfahren zur Therapie der Schizophrenie noch nicht zugelassen ist, sollte es nur in Ausnahmefällen als individueller Heilversuch eingesetzt werden ([S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005](#)).

1.2.7 Prognose

Eine von der WHO koordinierte internationale Langzeit follow-up Studie konnte zeigen, dass 50 % der behandelten Patienten positive Ergebnisse zeigten und als geheilt galten. Der Verlauf innerhalb der ersten zwei Jahre stellte sich dabei als der stärkste Prädiktor für die Langzeitentwicklung dar ([Harrison G et al., 2001](#)).

1.3 Fragestellung

Zu Grunde liegen dieser retrospektiven deskriptiven Studie Krankheitsverläufe von Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“, „schizotype und wahnhafte Störung“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen, damaliger Direktor Prof. Dr. E. Rüter.

In den Jahren 1999-2004 wurden in Göttingen 518 an Schizophrenie erkrankte Patienten stationär behandelt und mittels der Basisdokumentation (BADO) erfasst, siehe Abbildung A.1 bis A.5 im Anhang. Patienten mit anderen Diagnosen wie z.B. Persönlichkeitsstörungen wurden aus der Studie ausgeschlossen, um eine reine Untersuchung von Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zu ermöglichen.

Im Rahmen dieser Dissertation wurden sämtliche Items auf ihre Vollständigkeit hin analysiert. Um den Umfang der vorliegenden Dissertation im Rahmen zu halten wurden in Abwägung der Relevanz folgende Items genauer analysiert:

- „A2 Ärztliche Einweisung“
- „A3 nichtärztliche Zuweisung“
- „A4 Wohnsituation“
- „A5 lebt zusammen mit (vor Aufnahme)“
- „A6 maximaler Schulabschluss“
- „A7 maximale Berufsausbildung“
- „A8 Berufliche Tätigkeit vor Aufnahme“
- „A10 frühere stat. Behandlung in anderer psych. Klinik“
- „A18 jemals Suizidversuch“
- „A19 Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme“
- „A20 Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme“
- „A21 Bedrohung, Tötlichkeit im Vorfeld der Aufnahme“
- „A22 CGI bei Aufnahme“
- „A23 GAF bei Aufnahme“

- „E1 Änderung Rechtsgrundlage während des Aufenthaltes“
- „E4 pharmakologische Behandlung“
- „E11A akute/manifeste Suizidalität während des Aufenthaltes“
- „E11 suizidales Verhalten“
- „E12 Bedrohungen, Tötlichkeiten während des Aufenthaltes“
- „E15 Entlassungsart“
- „E16A (Teil-)stationäre Weiterbehandlung“
- „E16B Kompl. Weiterversorgung“
- „E16C Ambulante Weiterbehandlung/Betreuung“
- „E17 Empfehlung psychopharm. Weiterbehandlung“
- „E18 Empfehlung spezifische Psychotherapie“
- „E19 Wohnsituation nach Entlassung“
- „E21 Teil 1 CGI“
- „E21 Teil 2 CGI“
- „E22 GAF bei Entlassung“
- „ZE6 lebt zusammen mit (nach Entlassung)“

Durch diese Analyse erhält man einen objektiven Überblick über das Patientenkollektiv. Die untersuchten Items aus dem Aufnahme- und Entlassungsbogen werden so der weiteren Evaluation und Erforschung zugänglich gemacht.

Die BADO-Dokumentation ist bereits seit den neunziger Jahren in Gebrauch, trotzdem finden sich bisher nur wenige Studien, welche sich mit der Analyse dieser so erhobenen Daten befassen. Ziel dieser Dissertation ist es daher am Beispiel der ICD-10-Diagnosegruppe F20-F29 die mittels BADO gewonnenen Daten des o.g.

Zeitraums zu erfassen und statistisch auszuwerten.

Folgende Fragen sollen im Rahmen dieser Analyse beantwortet werden:

- Wie vollständig sind die erhobenen Daten?
- Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer und den Behandlungserfolg?
- Lässt sich der soziale Status, die Schul- und Berufsausbildung, die Selbst- und Fremdgefährdung sowie die medizinische Versorgung des untersuchten Kollektivs ausreichend darstellen?
- Lässt sich mit Hilfe der BADO die pharmakologische Therapie verifizieren?
- Spiegeln die mit Hilfe von GAF und CGI erhobenen Daten den Behandlungserfolg wider?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen GAF/CGI und der Verweildauer?
- Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Suizidalität und Suizidversuch?
- Spiegeln die in Göttingen erhobenen Daten Ergebnisse anderer Studien wider?
- Kann die BADO als Unterstützung im Klinikmanagement dienen?
- Ist sie als Grundlage des Qualitätsmanagements und der Versorgungsforschung nutzbar?

2 Patienten und Methoden

2.1 Datenerfassung der Patienten

Die BADO-Bögen lagen in Papierform vor und wurden manuell in eine digitale Form überführt um eine Auswertung zu ermöglichen. Die Basisdokumentation (BADO), welche in der Version von 1996 Anwendung fand, umfasste im Aufnahmebogen 20, im Entlassungsbogen 30 Items, bei denen zum Teil Mehrfachnennungen möglich waren (siehe Abbildungen [A.1](#) bis [A.5](#) im Anhang).

Die Auswertung aus der erstellten BADO-Datenbank erfolgte mittels einer Structured-Query-Language-Abfragesprache (SQL). Alle statistischen Berechnungen sowie die graphischen und tabellarischen Darstellungen wurden mit Hilfe von Microsoft Excel erstellt. Die hier vorgestellten Ergebnisse, insbesondere die prozentualen Angaben, beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf 518 Patienten mit der Hauptdiagnose Schizophrenie. Die prozentualen Ergebnisse der Subgruppenanalyse beziehen sich, wie auch unter dem jeweiligen Punkt angegeben, auf die Anzahl der Patienten der jeweiligen Subgruppe. Wurden Items analysiert, bei denen Mehrfachnennungen möglich waren, so beziehen sich die Ergebnisse entweder auf die Anzahl der Patienten oder auf die Anzahl aller abgegebenen Nennungen des jeweiligen Items.

Der Punkt „Unbekannt, unklar“ ist von dem Punkt „ohne Angaben“ getrennt zu betrachten, da es sich bei ersterem um eine ärztliche Angabe handelt, Letzteres ein Fehlen jeglicher Angabe bezeichnet.

Die erfassten Datensätze lagen anonymisiert vor, eine Re-Identifizierung der betroffenen Patienten war somit nicht möglich. Da retrospektive Studien mit anonymisierten Patientendaten ohne ausdrückliche Einwilligung des Patienten aufgrund des Behandlungsvertrages der Universitätsmedizin Göttingen durchgeführt werden können, war nach Prüfung der Sachlage durch die Ethikkommission ein Ethikvotum nicht erforderlich.

2.2 Patientenkollektiv

In dem Zeitraum vom 01.01.1999 bis 31.12.2004 wurden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen die Daten von 4881 Patienten (2423 Frauen und 2458 Männer) erfasst. Von diesen Patienten wurden 518 Patienten, 247 Männer (47,7 %), 271 Frauen (52,3 %), mit der ICD-10 Hauptdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) stationär aufgenommen. Die Dokumentation der Diagnosen erfolgte mittels der Diagnoseklassifikation des ICD-10-GM 2004/2005, welche von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wurde ([S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005](#)).

Bei 41 Patienten wurde die Diagnose „Schizophrenie“ als Begleit- und Folgeerkrankung (Komorbidität) festgestellt. Die Hauptdiagnosen dieser 41 Patienten waren weit gefächert und lagen in den ICD-10-Bereichen F10-19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F30-35 (Affektive Störungen), F40-48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und in dem Bereich F60-69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Diese 41 Patienten wurden in die folgende Studie nicht weiter einbezogen.

Die Klinik verfügt über sechs Stationen mit 96 Betten bzw. Tagesklinikplätzen. Es ist eine vollstationäre Therapie, tagesklinische Behandlung und eine ambulante Betreuung möglich, wobei in dieser Studie nur auf die vollstationäre Therapie eingegangen wird. Eine Spezialstation zur Behandlung von Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis gab es in der Klinik in Göttingen zu diesem Zeitpunkt nicht.

2.3 Studientyp

Die in dieser Dissertation vorgenommene retrospektive, deskriptive, statistische Auswertung beinhaltet Elemente unterschiedlicher Studientypen. In großen Teilen handelt es sich hierbei um eine Querschnittsstudie. Insbesondere die Analyse der CGI- und GAF-Werte hingegen entspricht am ehesten einer Längsschnittstudie. Eine eindeutige Zuordnung dieser Dissertation zu einer dieser beiden Studientypen ist daher nicht möglich.

2.4 Psychometrische Messinstrumente

2.4.1 Clinical Global Impression

Die von W. Guy 1976 entwickelte CGI-Skala dient der Erfassung des Schweregrades der Erkrankung, welcher anhand des klinischen Eindrucks ermittelt wird. Der CGI-Wert wurde bei stationärer Aufnahme, während des Aufenthalts und bei der Entlassung vom behandelnden Arzt im BADO-Aufnahme bzw. Entlassungsbogen erfasst. Es handelt sich um Einschätzungen, die rein subjektiv von dem behandelnden Arzt erteilt werden.

Die Beurteilung des klinischen Gesamteindrucks wird, wie in Tabelle 2.1 und Tabelle 2.2 gelistet, einem Schweregrad 1 bis einem Schweregrad 8 zugeordnet. Als nicht beurteilbar gelten dabei Patienten mit einem Schweregrad 1. Patienten mit einem Schweregrad 8 gelten als extrem schwer krank.

Tabelle 2.1: Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme und Entlassung (CGI), aus BADO-Aufnahmebogen, S. 1, Abb. A.5, S. 81

Codierung	
1	nicht beurteilbar
2	Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal
3	Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
4	Patient ist nur leicht krank
5	Patient ist mäßig krank
6	Patient ist deutlich krank
7	Patient ist schwer krank
8	Patient gehört zu den extrem schwer Kranken

Tabelle 2.2: Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme (CGI Teil 2), aus BADO-Entlassungsbogen, S. 1, Abb. A.5, S. 81

Codierung	
1	Nicht beurteilbar
2	Zustand ist sehr viel besser
3	Zustand ist viel besser
4	Zustand ist nur wenig besser
5	Zustand ist unverändert
6	Zustand ist etwas schlechter
7	Zustand ist viel schlechter
8	Zustand ist sehr viel schlechter

2.4.2 Global Assessment of Functioning Scale

Die GAF-Skala dient der Einschätzung der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit eines Patienten. Endicott et al. entwickelten auf der Basis der von Luborsky und Bachrach 1974 vorgestellten *Health Sickness Rating Scale* (HSRS) die *Global Assessment Scale*, welche als Grundlage für die *Global Assessment of Functioning Scale* diente (Endicott et al., 1976; Luborsky und Bachrach, 1974). Diese wurde 1987 von der American Psychiatric Association vorgestellt (Jones et al., 1995).

Von den behandelnden Ärzten wird die niedrigste Stufe der psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit bewertet, unabhängig davon, ob der Patient eine bestimmte Medikation oder eine andere Form der Behandlung erhält und ob unter diesen Bedingungen eine Steigerung der Leistungsfähigkeit zu erwarten wäre. Beurteilt und dokumentiert wird der GAF-Wert bei Aufnahme im BADO-Bogen und bei Entlassung um die Schwere der Symptomatik nach der Therapie beurteilen zu können.

Die Codierung erfolgt von 1-90 in Zehnerschritten, welche in Tabelle 2.3 gelistet sind. Benutzt werden können aber auch Zwischenwerte, wenn dies angemessen erscheint. Auch diese Einschätzung erfolgt wieder rein subjektiv durch den behandelnden Arzt.

Tabelle 2.3: Global Assessment of Functioning Scale (GAF), aus BADO-Aufnahmebogen, S. 1, Abb. A.5, S. 81

90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlich Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schulschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wenige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentlich Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
50-41	Ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten)
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiären Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst und Fremdgefährlichkeit (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z.B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

2.5 Internationale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10

Die Abkürzung ICD steht für „International Classification of Diseases“ und wurde von der World Health Organisation (WHO) eingeführt.

Auch hier kommt wieder eine Codierung zur Anwendung. Die Codierung der ICD-10 ist hierarchisch angeordnet und wird als Fxx.xx notiert. Dabei steht F für psychische und Verhaltensstörungen. Die zweite Stelle, Fx, beschreibt die Hauptkategorie der Diagnose. Dabei steht F2 für Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Die dritte Stelle, Fxx, beschreibt eine Störung dieser Gruppe, die vierte Stelle, Fxx.x, die Untergruppe der Störung, mit Hilfe der fünften Stelle, Fxx.xx, wird der Verlauf und Schweregrad der Erkrankung beschrieben. Unterschieden werden in der ICD-10 insgesamt 22 diagnostische Hauptgruppen.

Tabelle 2.4: ICD-10-Diagnosegruppe F, aus [ICD-10-GM \(2010\)](#), S. 171

Diagnosegruppen	
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und Emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

In dieser Studie liegt der Schwerpunkt auf dem Erkrankungsspektrum der Diagnosegruppe F2, „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“.

Diese Gruppe ist aufgeteilt in sieben Untergruppen, welche in Tabelle 2.5 aufgelistet sind. In Tabelle 2.6 finden sich Untergruppen der schizophrenen Störungen und Tabelle 2.7 zeigt den möglichen Verlauf der Schizophrenie nach ICD-10.

Tabelle 2.5: ICD-10-Störungen der Diagnosegruppe F2, aus [ICD-10-GM \(2010\)](#), S. 181 - S. 185

Untergruppen	
F20	Schizophrenie
F21	schizotype Störungen
F22	anhaltende wahnhaftige Störungen
F23	akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	induzierte wahnhaftige Störungen
F25	schizoaffektive Störungen
F28	sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

Tabelle 2.6: Untergruppen der schizophrenen Störungen nach ICD-10, aus [ICD-10-GM \(2010\)](#), S. 181 - S. 182

Untergruppen	
F20.0	paranoide Schizophrenie
F20.1	hebephrene Schizophrenie
F20.2	katatone Schizophrenie
F20.3	undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	postschizophrene Depression
F20.5	schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	sonstige Schizophrenie
F20.9	nicht näher bezeichnete Schizophrenie

Tabelle 2.7: Verlauf der Schizophrenie nach ICD-10, aus [ICD-10 \(2005\)](#), S. 106

Verlaufsgruppe	
F20.x0	kontinuierlich
F20.x1	episodisch, mit zunehmendem Residuum
F20.x2	episodisch, mit stabilem Residuum
F20.x3	episodisch remittierend
F20.x4	unvollständige Remission
F20.x5	vollständige Remission
F20.x8	sonstige
F20.x9	Beobachtungszeitraum weniger als 1 Jahr

2.5.1 Diagnostische Leitlinien nach ICD-10

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom bzw. zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig, der in Tabelle 2.8 aufgeführten Symptomgruppen 1-4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5-8 (ICD-10, 2005).

Die in Tabelle 2.8 gelisteten Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein, um als anhaltende wahnhaftige Störungen zu gelten. Treten diese Symptome über einen kürzeren Zeitraum auf, so diagnostiziert man sie als akute schizophreniforme psychotische Störungen F23.2.

Punkt 9 der 2.8 bezeichnet die Symptome einer Schizophrenia simplex, für die als Zeitkriterium eine Mindestdauer von einem Jahr gefordert wird (ICD-10, 2005).

Tabelle 2.8: Symptomgruppen für die Diagnose einer Schizophrenie nach ICD-10, aus ICD-10 (2005) S. 104 - S. 105

- 1 Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
 - 2 Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahrnehmungen.
 - 3 Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
 - 4 Anhaltender kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).
 - 5 Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
 - 6 Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
 - 7 Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.
 - 8 «Negative»Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.
 - 9 Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.
-

3 Ergebnisse

3.1 Patientenkollektiv

Das Kollektiv bestand aus 559 Patienten, von denen 518 (92,7 %) mit der Hauptdiagnose „Schizophrenie“ stationär aufgenommen wurden. Bei 41 Patienten (7,3 %) wurde Schizophrenie als Nebendiagnose gestellt. Es handelt sich hierbei um 271 weibliche (52,3 %) und 247 männliche (47,7 %) Patienten. Die Aufnahmen verteilen sich wie aus der folgenden Grafik ersichtlich auf die Jahre 1999 bis 2004:

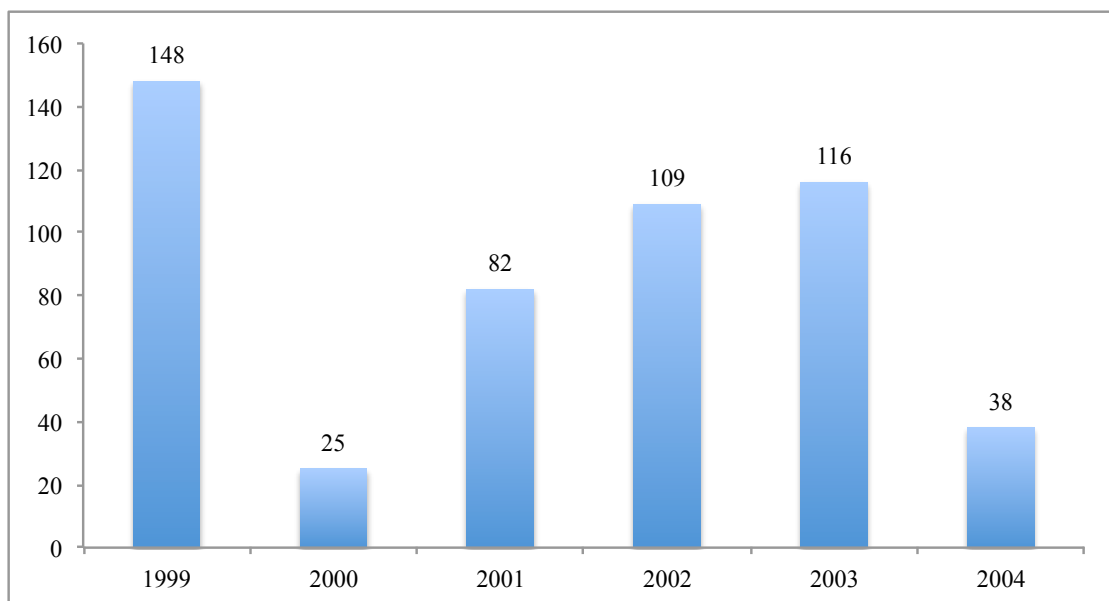


Abbildung 3.1: Anzahl der Aufnahmen nach Jahren

3.2 Qualität der Dokumentation

Die Tabelle 3.1 zeigt eine Übersicht über die Häufigkeit von fehlenden Angaben bzw. von Punkten, welche dem dokumentierenden Arzt unbekannt waren. Im Durchschnitt waren 21,4% der Items ohne Angabe, bei durchschnittlich 6,9% der Items wählte der Arzt den Punkt „unbekannt/unklar“.

Tabelle 3.1: Qualität der Dokumentation

Item	ohne Angabe	ohne Angabe in %	unbekannt/unklar	unbekannt/unklar in %
„A2 Ärztliche Einweisung“	83	16,0%	27	5,2%
„A3 nichtärztliche Zuweisung“	145	28,0%	9	3,7%
„A4 Wohnsituation“	9	1,7%	10	1,9%
„A5 lebt zusammen mit (vor der Aufnahme)“	4	0,8%	18	3,5%
„A6 maximaler Schulabschluss“	15	2,9%	128	24,7%
„A7 maximale Berufsausbildung“	31	6,0%	104	20,1%
„A8 Berufliche Tätigkeit vor Aufnahme“	20	3,9%	45	8,7%
„A9 Jahr der ersten stat. psych. Behandlung“	372	71,8%	146	28,2%
„A10 frühere stat. Behandlung in anderer psych. Klinik“	18	3,5%	24	4,6%
„A18 jemals Suizidversuch“	33	6,4%	114	22,0%
„A19 Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme“	25	4,8%	18	3,5%
„A20 Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme“	41	7,9%	12	2,3%
„A21 bedrohung, Tötlichkeit im Vorfeld der Aufnahme“	23	4,4%	15	2,9%
„A22 CGI bei Aufnahme“	93	18,0%	-	-
„A23 GAF bei Aufnahme“	100	19,3%	-	-
„A26 körperl. Beeinträchtigung bei Aufnahme“	117	22,6%	11	2,1%
„ZA20 psych. Diagnosen bei Aufnahme“	0	0,0%	-	-
„ZA22 Somatische Diagnose bei Aufnahme (ICD9)“	518	100,0%	-	-
„ZA23 Somatische Diagnosen bei Aufnahme (ICD10)“	470	90,7%	-	-
„E1 Änderung Rechtsgrundlage während des Aufenthaltes“	11	2,1%	5	1,0%
„E4 pharmakologische Behandlung“	8	1,5%	-	-
„E5 Besonderheiten bei psychopharm. Behandlung“	19	3,7%	-	-
„E6 sonstige somatische Behandlungsformen“	17	3,3%	-	-
„E9A Soziotherapie“	15	2,9%	-	-
„E9B Ergotherapie“	13	2,5%	-	-
„E9C körperorient. Behandlung“	15	2,9%	-	-
„E10 spezielle Diagnostik (durchgef., veranl., auch ext.)“	22	4,2%	-	-
„E11A akute/manifeste Suizidalität während des Aufenthaltes“	13	2,5%	-	-
„E11 suizidales Verhalten“	21	4,1%	1	0,2%
„E12 bedrohungen, Tötlichkeiten während des Aufenthaltes“	13	2,5%	2	0,4%
„E14A Fixierung/Isolierung“	12	2,3%	-	-

Item	ohne Angabe	ohne Angabe in %	unbekannt/ unklar	unbekannt/ unklar in %
„EZ Psychotherapie, Art, Setting“	518	100,0%	-	-
„E15A int. Verlegung/Statuswechsel“	419	80,9%	-	-
„E15 Entlassungsart“	29	5,6%	7	1,4%
„E16A (Teil-)stationäre Weiterbeh.“	48	9,3%	-	-
„E16B Kompl. Weiterversorgung“	53	10,2%	-	-
„E16C Ambulante Weiterbehandlung/Betreuung“	25	4,8%	29	5,6%
„E17 Empfehlung psychopharm. Weiterbehandlung“	30	5,8%	-	-
„E18 Empfehlung spezifische Psychotherapie“	46	8,9%	-	-
„E19 Wohnsituation nach Entl.“	46	8,9%	24	4,6%
„E21 Teil 1 CGI“	85	16,4%	-	-
„E21 Teil 2 CGI“	87	16,8%	-	-
„E22 GAF bei Entlassung“	103	19,9%	-	-
„E23 Psychiatrische Diagnosen bei Entlassung (ICD9)“	468	90,3%	-	-
„E24 Somatische Diagnosen bei Entlassung (ICD9)“	514	99,2%	-	-
„E25 Somatische Diagnosen bei Entlassung (ICD10)“	458	88,4%	-	-
„E27 Körperl. Beeinträchtigung bei Entlassung“	45	8,7%	10	1,9%
„ZE6 Lebt zusammen mit“	143	27,6%	17	3,3%
„ZE12 Psychiatrische Diagnosen bei Entlassung (ICD10)“	20	3,9%	-	-
Mittelwert	110,9	21,4%	35,7	6,9%

3.2.1 Patientenalter bei stationärer Aufnahme

Im Durchschnitt betrug das Patientenalter bei der stationären Aufnahme $41,0 \pm 14,5$ Jahre. Männliche Patienten waren im Schnitt $37,9 \pm 13,1$ Jahre alt und weibliche $43,8 \pm 15,1$ Jahre. Unter 20 Jahre waren 19 Patienten (3,7 %), 98 (18,9 %) waren unter 30 Jahre, 156 (30,1 %) zwischen 31 und 40 Jahre, 96 (18,5 %) zwischen 41 und 50, 48 (9,3 %) zwischen 51 und 60, weitere 42 Patienten (8,1 %) waren zwischen 61 und 70 Jahre alt. Älter als 70 Jahre waren 20 Patienten (3,9 %).

Patientenalter der einzelnen Subgruppen

Im Durchschnitt betrug das Patientenalter in der Diagnosegruppe F20.XX $41,7 \pm 14,3$ Jahre. Bei der Diagnosegruppe F22 $41,4 \pm 14,3$ Jahre. Bei F23 $36,9 \pm 14,4$, bei F25 $40,3 \pm 14,3$ und bei F29 $42,6 \pm 16,8$ Jahre. F21, F24 und F28 wurden aufgrund der geringen Patientenzahlen nicht ausgewertet.

3.3 Diagnose nach ICD-10

Bei der Diagnoseverteilung nach ICD-10 (2005) teilten sich die Krankheitsbilder folgendermaßen auf: In die Gruppe F20 fielen 301 Patienten (58,1 %), es handelt sich damit um die größte Gruppe in diesem Kollektiv. Die Diagnose F21 (schizotype Störungen) erhielten 5 Patienten (1 %), F22 (anhaltende wahnhaftige Störungen) 42 Patienten (8,1 %) und F23 (akut vorübergehende psychotische Störungen) 53 Patienten (10,2 %). In die Diagnosegruppe F24 (induzierte wahnhaftige Störungen) fielen zwei Patienten (0,4 %). F25 (schizoaffektive Störungen) wurde bei 95 Patienten (18,3 %) festgestellt. Fünf Patienten (1 %) fielen in die Diagnosegruppe F28 (sonstige nichtorganische psychotische Störungen) und 15 Patienten (2,9 %) in die Gruppe F29 (nicht näher bezeichnete nichtorganische Störung), siehe Abbildung 3.2.

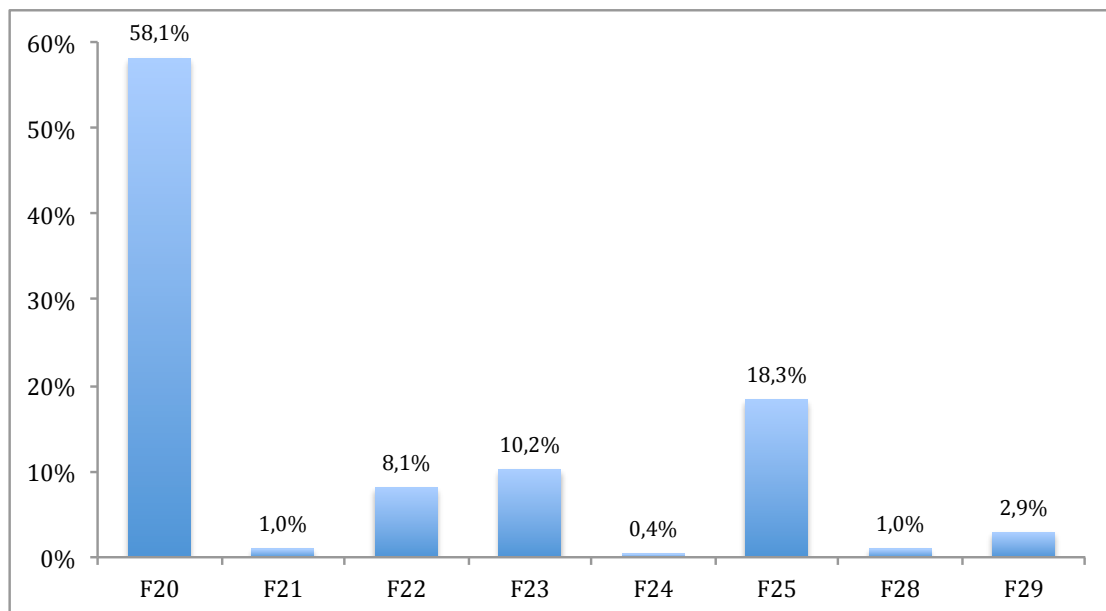


Abbildung 3.2: Subgruppen der Hauptdiagnose nach ICD-10

3.4 Dauer des Aufenthalts

Eine Aufenthaltsdauer von weniger als 30 Tagen hatten 302 (58,3 %) der 518 stationär aufgenommenen Patienten. 116 Patienten (22,4 %) blieben 31-60 Tage. Über

60 Tage blieben 89 Patienten (17,2 %). Durchschnittlich betrug die Verweildauer der stationär aufgenommenen Patienten 34,9 Tage, siehe Abbildung 3.3.

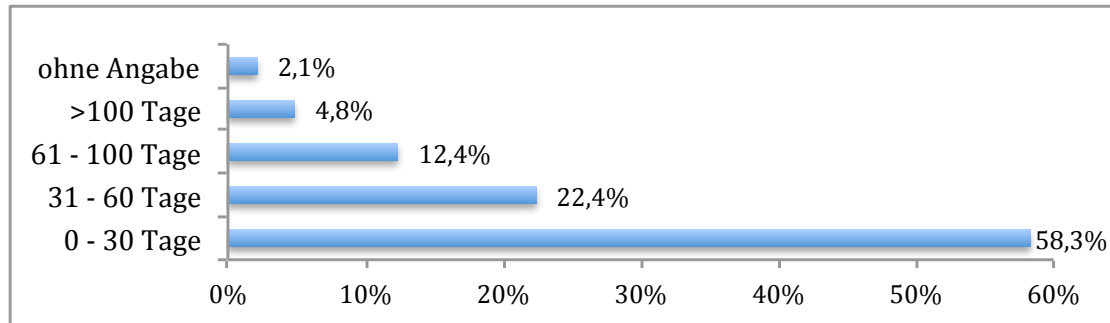


Abbildung 3.3: Dauer des stationären Aufenthalts in Tagen

3.4.1 Dauer des Aufenthalts der einzelnen Subgruppen

Aus der größten Gruppe F20.XX mit 301 Patienten, blieben 167 Patienten (55,5 %) 0-30 Tage, 72 Patienten (23,9 %) 31-60 Tage und 56 Patienten (14,3 %) blieben über 61 Tage. Aus der Diagnosegruppe F22 mit 42 Patienten blieben 29 Patienten (69 %) 0-30 Tage und zehn Patienten (23,8 %) wurden 31-60 Tage stationär aufgenommen. Über 61 Tage blieben nur zwei Patienten (4,8 %).

In die Diagnosegruppe F23 fielen 53 Patienten. Von ihnen blieben 31 (58,5 %) 0-30 Tage, zehn Patienten (18,9 %) 31-60 Tage und elf Patienten (20,7 %) über 61 Tage. Mit der Diagnose F25 wurden 95 Patienten aufgenommen. Von ihnen blieben 61 (64,2 %) 0-30 Tage in stationärer Behandlung, 17 Patienten (17,9 %) 31-60 Tage und über 61 Tage blieben 14 Patienten (14,8 %).

In der Diagnosegruppe F29 wurden 9 von insgesamt 15 Patienten (60 %) 0-30 Tage aufgenommen, zwei Patienten (13,3 %) verweilten 31-60 Tage und vier Patienten (26,7 %) wurden über 60 Tage aufgenommen, siehe Abbildung 3.4.

Die Auswertung der Diagnosegruppen F21, F24 und F28 wurde aufgrund der geringen Patientenzahlen nicht berücksichtigt.

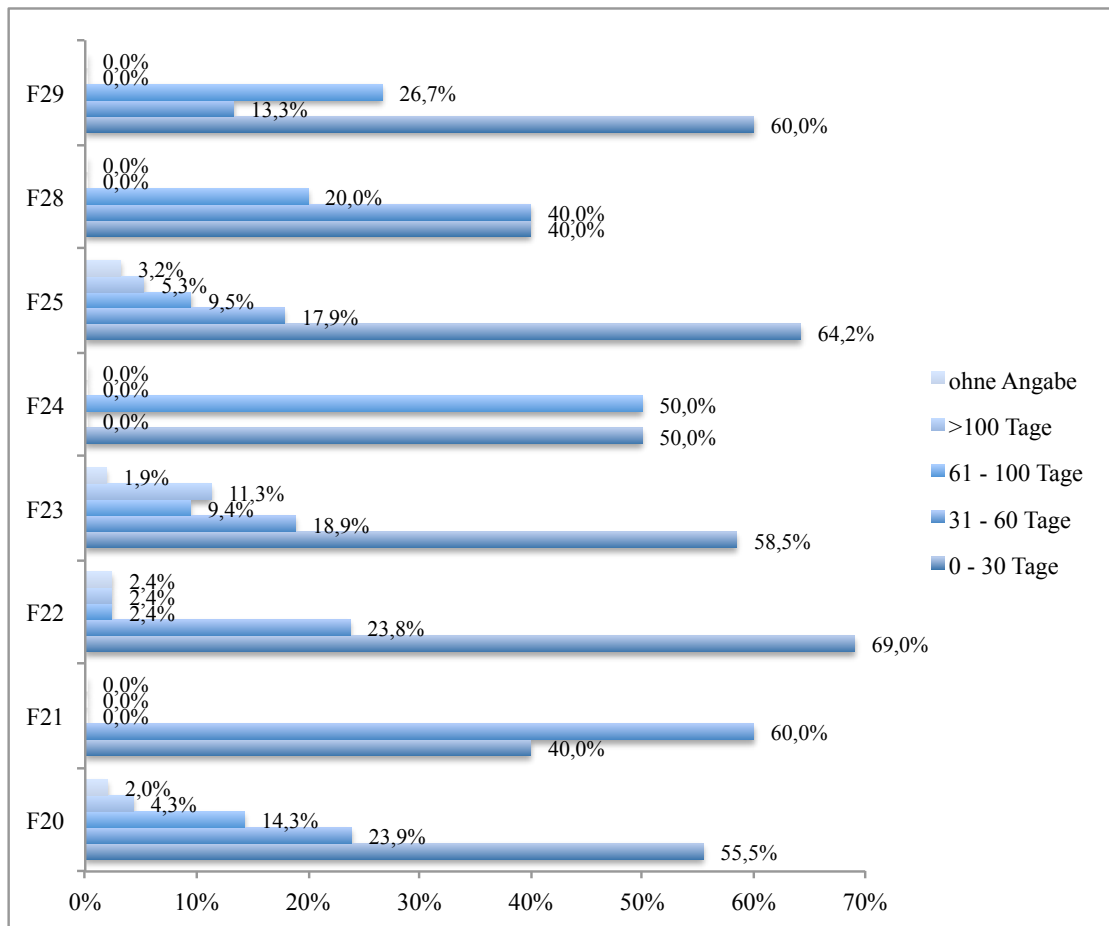


Abbildung 3.4: Dauer des Aufenthalts der einzelnen Subgruppen

3.5 Frühere Stationäre Behandlung in anderen Psychiatrischen Kliniken

Für 111 Patienten (21,4 %) war die stationäre Aufnahme in Göttingen mit einem Erstaufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik verbunden. Bereits 65 Patienten (12,5 %) waren schon einmal in einer Klinik untergebracht und 300 Patienten (57,9 %) waren bereits in mehr als einer Klinik in stationärer Behandlung, siehe Abbildung 3.5.

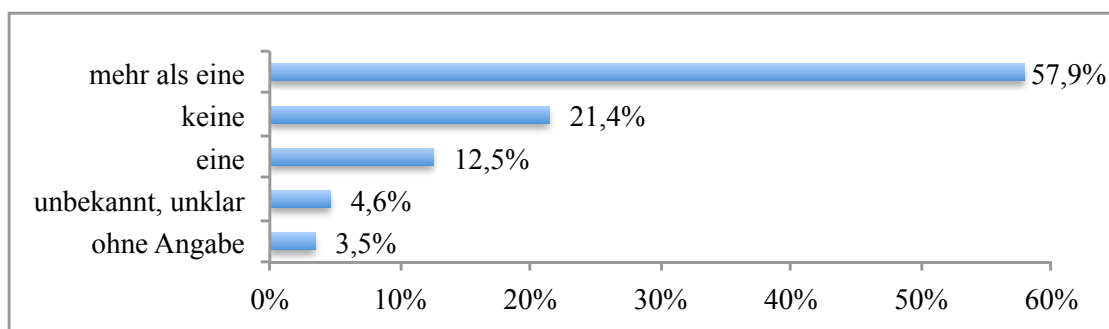


Abbildung 3.5: Frühere stationäre Behandlung in anderen Psychiatrischen Kliniken

3.6 Art der Einweisung

3.6.1 Nichtärztliche Einweisung

Bei den nichtärztlichen Einweisungen waren Mehrfachnennungen möglich, so dass für die 518 Patienten insgesamt 570 Einweisungsgründe genannt wurden. Am häufigsten wurde „Patient selbst“ als Einweisungsgrund angegeben, insgesamt 211 mal (37 %). Durch „Angehörige oder Bekannte“ wurde 114 mal (20 %) angegeben. Durch die Polizei und das Ordnungsamt kam es 47 mal (8,2 %) zur Aufnahme, siehe Abbildung 3.6.

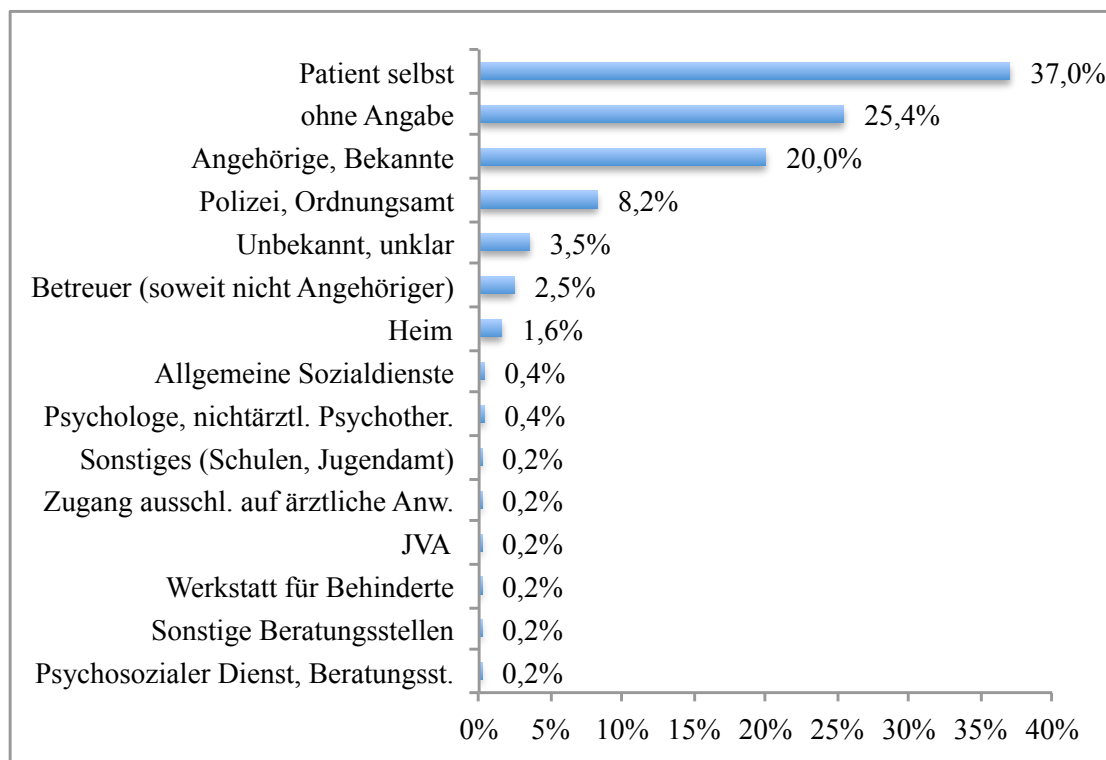


Abbildung 3.6: Nichtärztliche Einweisungen/Zuweisung

3.6.2 Ärztliche Einweisungen

Auch bei den ärztlichen Einweisungen waren wieder Mehrfachnennungen möglich, so dass für die 518 Patienten 530 Einweisungsgründe genannt wurden. Die häufigste Nennung 113 mal (21,3 %) war die eigene Institutionsambulanz/Poliklinik. Niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten wurden 83 mal (15,7 %) angegeben. An dritter Stelle mit 42 Nennungen (7,9 %) wurde der Psychologische Not- und Krisendienst angegeben, siehe Abbildung 3.7.

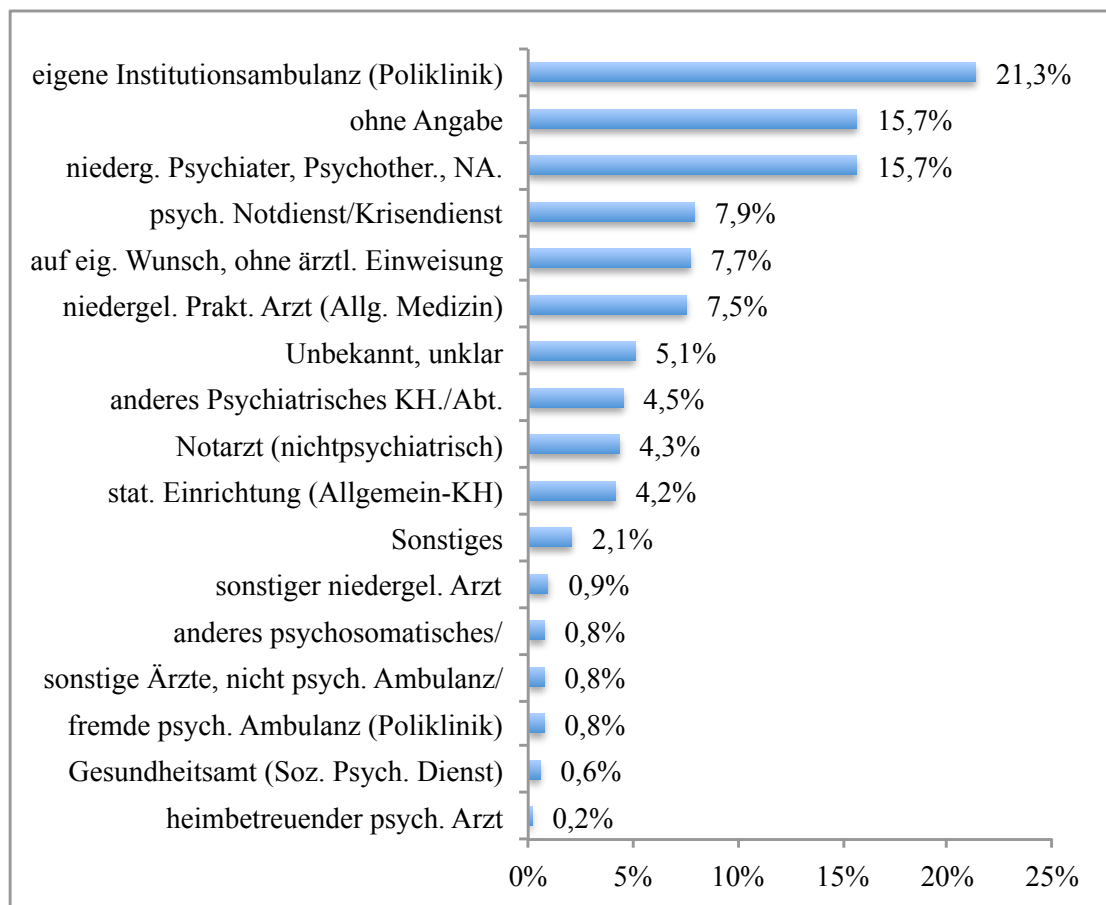


Abbildung 3.7: Ärztliche Einweisungen/Zuweisung

3.6.3 Änderungen der Rechtsgrundlage während der Einweisung

Es wurden für 518 Patienten 520 Mehrfachnennungen angegeben.

Keine Änderung der Rechtsgrundlage gab es bei 66,9 %. Eine freiwillige Änderung bei 20,2 % und zwangsweise wurden 7,7 % zurückgehalten. 1,5 % der Nennungen bezogen sich auf eine vormundschaftliche Unterbringung, siehe Abbildung 3.8.

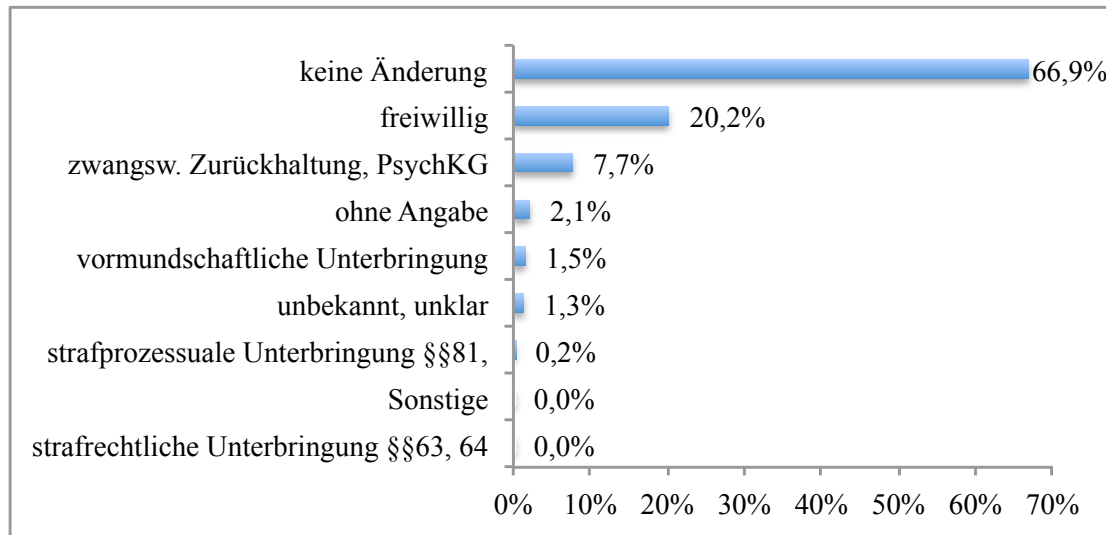


Abbildung 3.8: Änderung der Rechtsgrundlage während des Aufenthaltes

3.7 Sozialer Status

3.7.1 Familiensituation

Für die Angaben zur Familiensituation bis zur stationären Aufnahme in der Klinik wurden 581 Mehrfachnennungen abgegeben.

„Alleine in einer Privatwohnung oder Institution“ wurde 216 mal (37,2 %) genannt. 132 mal (22,7 %) wurde angegeben mit einem (Ehe-) Partner zusammen zu leben. „Bei den Eltern“ wurde 84 mal (14,5 %) genannt. 56 mal (9,6 %) wurde angegeben mit Kindern zusammen zu leben und 18 mal (3,1 %) mit Geschwistern. „Mit anderen verwandten Personen“ wurde 3 mal (0,5 %) angegeben, mit „anderen

nicht verwandten Personen“ 50 mal (8,6 %).

Bezogen auf die Anzahl der Patienten ergeben sich folgende Werte:

Allein in einer Privatwohnung leben demnach 41,7 %, zusammen mit einem Ehepartner 25,5 %, mit den Eltern 16,2 %. 10,8 % der Patienten leben zusammen mit den Kindern, 9,7 % mit anderen Verwandten. Mit Geschwistern leben 3,5 % der Patienten 0,6 % leben mit anderen Verwandten.

3.7.2 Wohnsituation vor Aufnahme in die Klinik

Die meisten Patienten, 435 (84 %) lebten bis zu ihrer stationären Aufnahme in der Klinik in einer Privatwohnung. In Therapeutischen Wohngemeinschaften, einzeln oder in der Gruppe, lebten 16 Patienten (3,1 %) und in psychiatrischen Wohnheimen, auch Gerontopsychiatrien, 15 Patienten (2,9 %). Es gab zehn Patienten (1,9 %) ohne festen Wohnsitz.

3.7.3 Wohnsituation nach Entlassung

Der größte Anteil der Patienten, 408 Patienten (78,8 %), konnte wieder in einer Privatwohnung, Zimmer oder Wohngemeinschaft leben.

Sechs Patienten (1,2 %) blieben ohne festen Wohnsitz. In eine Justizvollzugsanstalt kamen zwei Patienten (0,4 %).

3.7.4 Schulbildung

Maximal erreichter Schulabschluss

Einen Sonderschulabschluss erreichten acht der 518 Patienten (1,5 %). Keinen Schulabschluss hatten 20 Patienten (3,9 %). Einen Hauptschulabschluss konnten 94 Patienten (18,1 %) erlangen. Einen Realschulabschluss wiesen 98 Patienten (18,9 %) auf. 155 der stationär aufgenommenen Patienten (29,9 %) hatten einen gymnasialen- oder Fachoberschulabschluss, siehe [Abbildung 3.9](#).

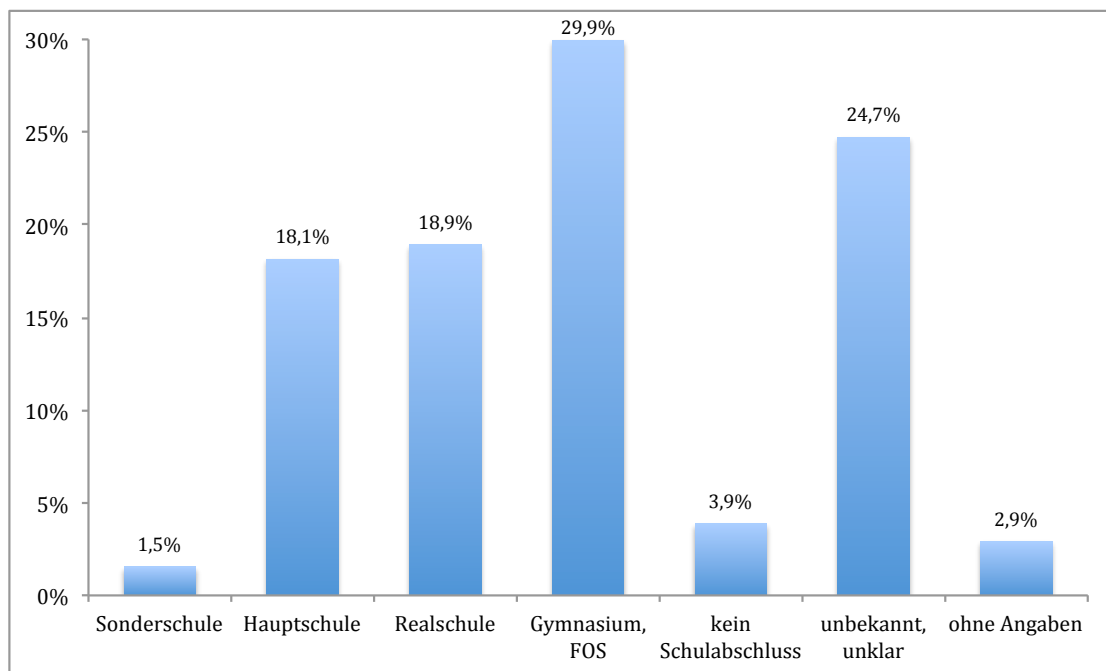


Abbildung 3.9: maximaler Schulabschluss

3.7.5 Berufsausbildung

Die 518 Patienten absolvierten folgende maximale Berufsausbildungen. Eine abgeschlossene Lehre konnten 137 Patienten (26,4 %) vorweisen. Keine abgeschlossene Berufsausbildung hatten 135 der aufgenommenen Patienten (26,1 %). 88 Patienten (17 %) waren Akademiker mit einem (Fach-), Hochschul- oder Universitätsabschluss. Eine Fach- oder Meisterschule absolvierten 23 Patienten (4,4 %), siehe Abbildung 3.10.

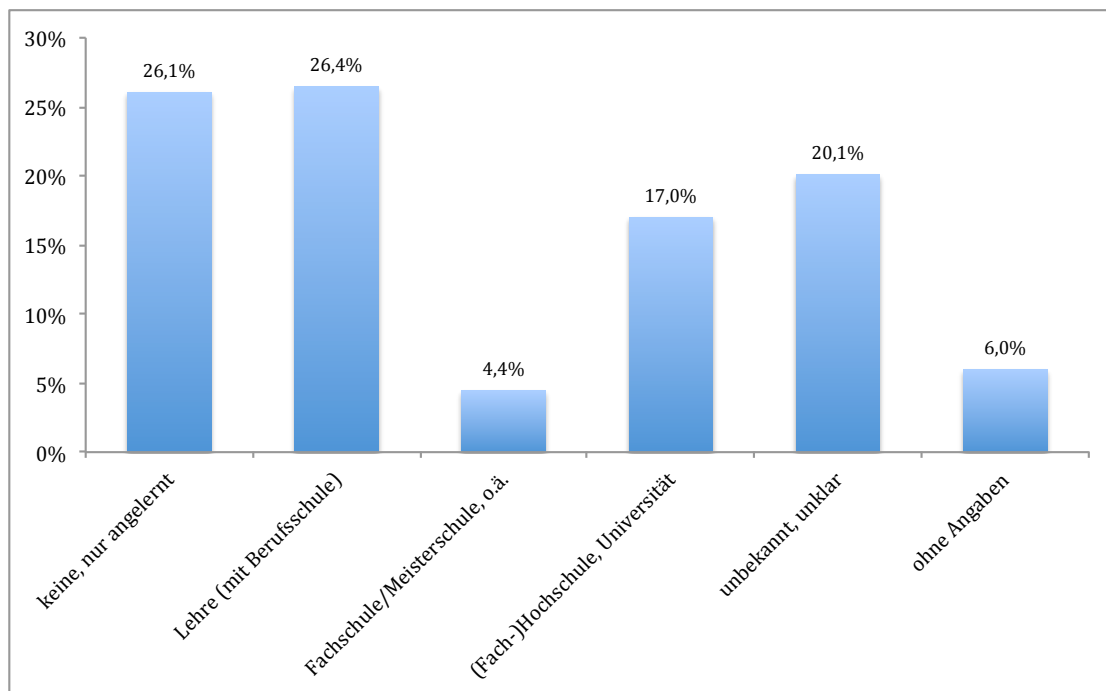


Abbildung 3.10: maximale Berufsausbildung

3.7.6 Berufliche Tätigkeit

Von den 518 Patienten waren 95 Patienten (18,3 %) im Vorfeld der Aufnahme in einem Frührente- oder Rentenverfahren. 82 Patienten (15,8 %) waren arbeitslos gemeldet, in Ausbildung oder Umschulung befanden sich 60 Patienten (11,6 %).

Bis zur stationären Aufnahme in die Klinik waren 48 Patienten (9,3 %) vollzeitberufstätig. Teilzeitbeschäftigt waren 17 Patienten (3,3 %). Als Hausfrau oder Hausmann waren 33 Patienten (6,4 %) tätig, siehe Abbildung 3.11.

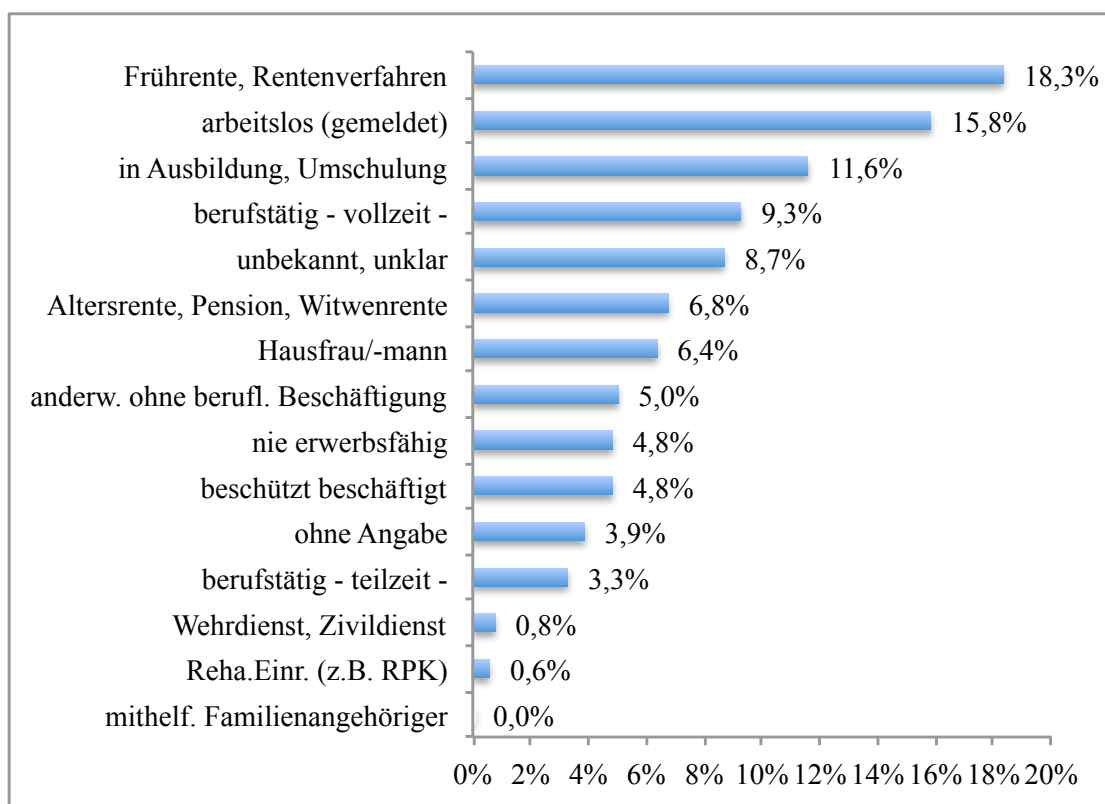


Abbildung 3.11: berufliche Tätigkeit vor Aufnahme

3.8 Selbst- und Fremdgefährdung

3.8.1 Frühere Suizidversuche

Von 271 weiblichen Patienten haben 32 (11,8 %) laut BADO mindestens einen gesicherten Suizidversuch und 27 (10 %) Patientinnen mehr als einen in der Vorgeschichte unternommen. Bei 131 (48,3 %) Patientinnen gab es keinen gesicherten Suizidversuch.

Bei den 247 männlichen Patienten haben 20 (8,1 %) einen Suizidversuch unternommen und 18 (7,3 %) Patienten bereits mehr als einen. Bei 143 (57,9 %) der männlichen Patienten gab es keinen gesicherten Suizidversuch, siehe Abbildung 3.12. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern zeigte sich hierbei nicht (p-Wert = 0,9).

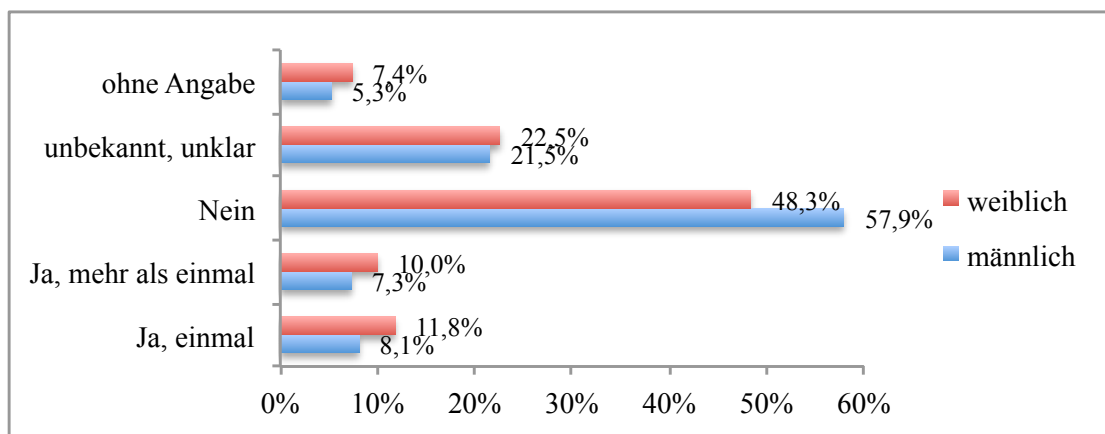


Abbildung 3.12: jemals Suizidversuch

3.8.2 Suizidversuch im Vorfeld der stationären Aufnahme

Unmittelbar im Vorfeld der stationären Aufnahme konnte bei 14 (5,2 %) der 271 Patientinnen von einem gesicherten Suizidversuch laut BADO ausgegangen werden. Parasuizidale Handlungen begingen fünf (1,8 %) Patientinnen.

Von den 247 männlichen Patienten waren es sieben (2,8 %), die im Vorfeld der Aufnahme einen Suizidversuch unternahmen. Vier (1,6 %) unternahmen Parasuizidale Handlungen und zwei (0,8 %) Selbstbeschädigungen, siehe Abbildung 3.13. Auch in diesem Punkt gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Geschlechtern, der p-Wert lag auch hier bei 0,9.

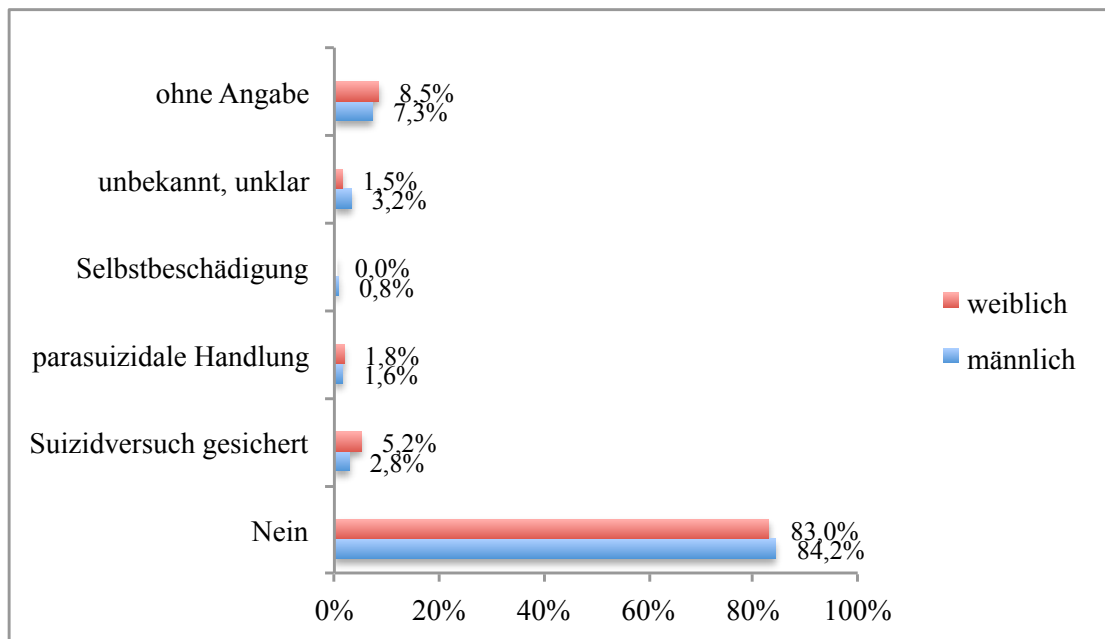


Abbildung 3.13: Suizidversuch im Vorfeld der stationären Aufnahme

3.8.3 Suizidalität im Vorfeld der stationären Aufnahme

Bei 39 (14,4 %) der 271 Patientinnen konnte laut BADO Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme festgestellt werden.

Von den 247 männlichen Patienten waren es 33 (13,4 %), bei denen von Suizidalität laut BADO ausgegangen werden konnte, siehe Abbildung 3.14. Ein signifikanter Unterschied bestand nicht (p-Wert = 0,9).

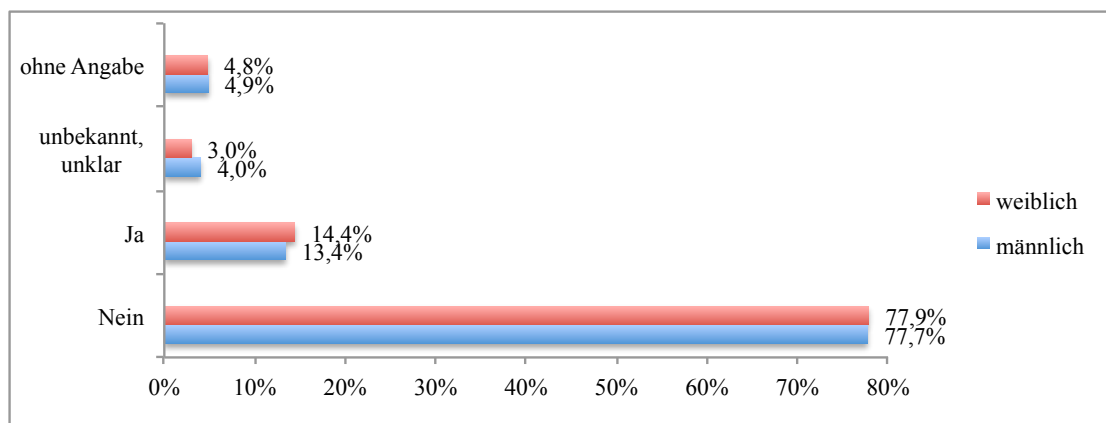


Abbildung 3.14: Suizidalität im Vorfeld der stationären Aufnahme

3.8.4 Akute Manifeste Suizidalität während des stationären Aufenthaltes

Bei 12 (4 %) der 271 Patientinnen konnte Suizidalität während des Aufenthaltes beobachtet werden.

Bei den 247 männlichen Patienten waren es 16 (6 %), bei denen Suizidalität beobachtet wurde, siehe Abbildung 3.15. Der p-Wert lag auch in dieser Analyse bei 0,9.

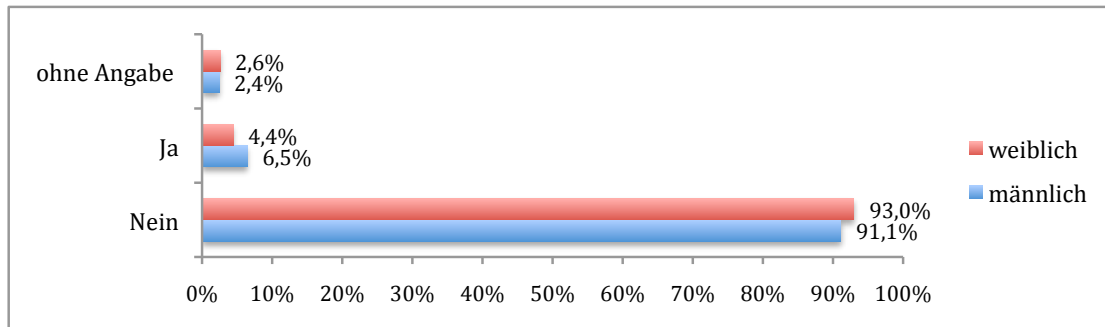


Abbildung 3.15: Akute-Manifeste Suizidalität während des stationären Aufenthaltes

3.8.5 Suizidales Verhalten während des stationären Aufenthaltes

Von den 271 weiblichen Patienten unternahmen jeweils vier (1,5 %) einen Suizidversuch bzw. Parasuizidale Handlungen. Zwei (0,7 %) unternahmen Selbstbeschädigungen während des Aufenthaltes.

Von den 247 männlichen Patienten unternahmen zwei (0,8 %) Parasuizidale Handlungen und einer (0,4 %) Selbstbeschädigungen während des Aufenthaltes in der Klinik. Unter den männlichen Patienten kam es zu keinem Suizidversuch, siehe Abbildung 3.16. Ein signifikanter Unterschied ließ sich nicht nachweisen (p-Wert = 0,9).

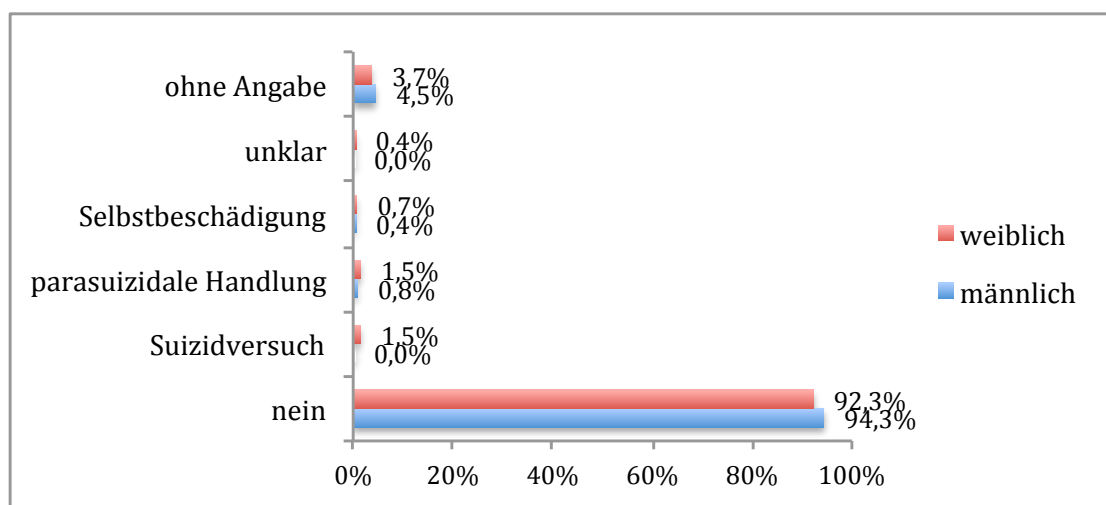


Abbildung 3.16: Suizidales Verhalten während des stationären Aufenthaltes

3.8.6 Bedrohungen, Tötlichkeiten im Vorfeld der stationären Aufnahme

Vor Aufnahme in die Klinik zeigten 16 (5,9 %) der 271 weiblichen Patienten ein aggressives Verhalten. Sieben Patientinnen (2,6 %) begingen eine manifeste Körperverletzung und fünf (1,8 %) Sachbeschädigung.

Von den 247 männlichen Patienten verhielten sich 21 (8,5 %) aggressiv im Vorfeld der Aufnahme. Vier Patienten (1,6 %) begingen Sachbeschädigung und vier weitere (1,6 %) eine manifeste Körperverletzung, siehe Abbildung 3.17. Ein signifikanter Unterschied konnte nicht gefunden werden (p-Wert = 0,9).

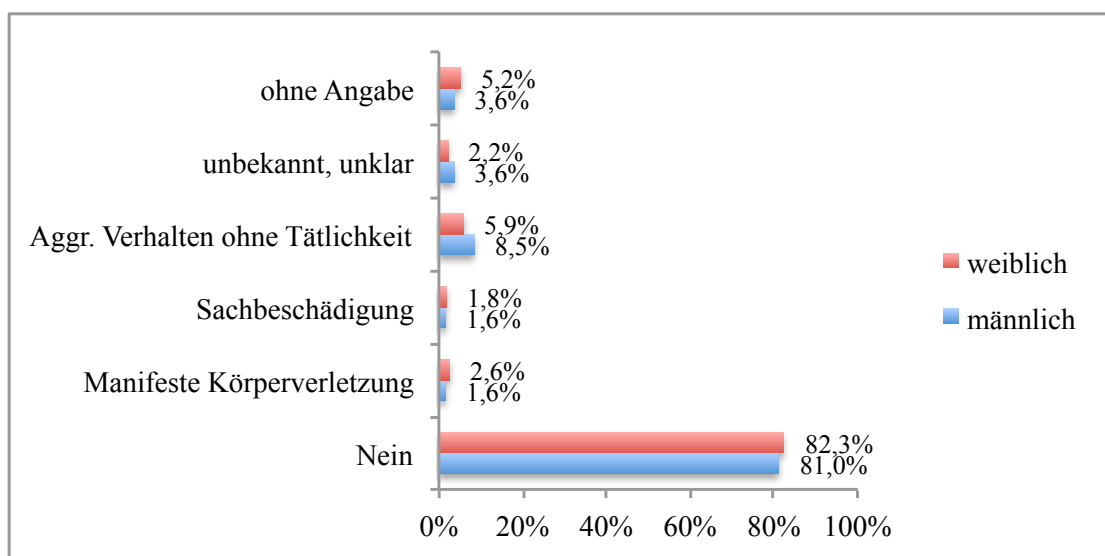


Abbildung 3.17: Bedrohungen, Tötlichkeiten im Vorfeld der stationären Aufnahme

3.8.7 Bedrohungen, Tötlichkeiten während des stationären Aufenthaltes

Während des stationären Aufenthaltes in der Klinik wiesen 15 (5,5 %) der 271 weiblichen Patienten ein aggressives Verhalten auf. Fünf (1,8 %) Patientinnen begingen Körperverletzung und eine (0,4 %) Patientin Sachbeschädigung.

Von den 247 männlichen Patienten waren 15 (6,1 %) aggressiv auffällig. Zwei (0,8 %) begingen Sachbeschädigung und einer (0,4 %) Körperverletzung, siehe Abbildung 3.18. Auch hier bestand kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern, der p-Wert lag auch hier bei 0,9.

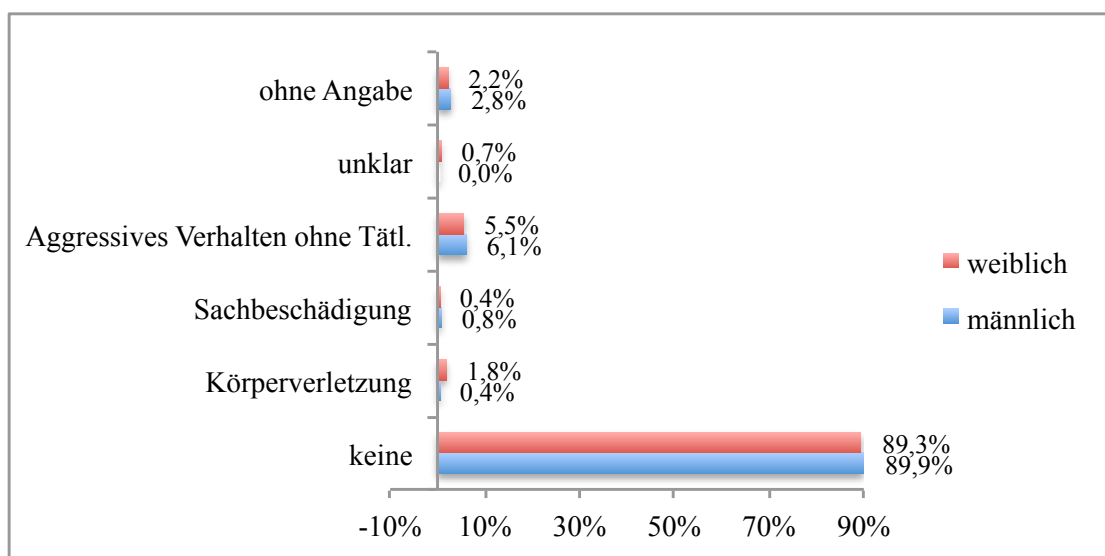


Abbildung 3.18: Bedrohung, Tötlichkeiten während des stationären Aufenthaltes

3.9 Spezielle Diagnostik

Bei 317 Patienten (61,2 %) wurden ein EEG (Elektroenzephalogramm) und neurophysiologische Diagnostiken durchgeführt. Spezielle psychiatrische Labordiagnostik wurde bei 187 Patienten (36,1 %) angewendet, bildgebende Verfahren und Hirndiagnostik bei 172 (33,2 %) und somatische Konsilien bei 161 (31,1 %) Patienten. Standardisierte psychopathologische Diagnostiken wurden bei 138 Patienten (26,6 %) durchgeführt. An weniger als 10 % der Patienten fanden testpsychologische Leistungsdiagnostik (32 Patienten), persönlichkeitspsychologische Diagnostik (21 Patienten) und eine Liquordiagnostik (44 Patienten) Anwendung. Bei 77 Patienten (14,9 %) wurde keine spezielle Diagnostik angewendet, siehe Abbildung 3.19. Insgesamt kam es zu 1196 Mehrfachnennungen.

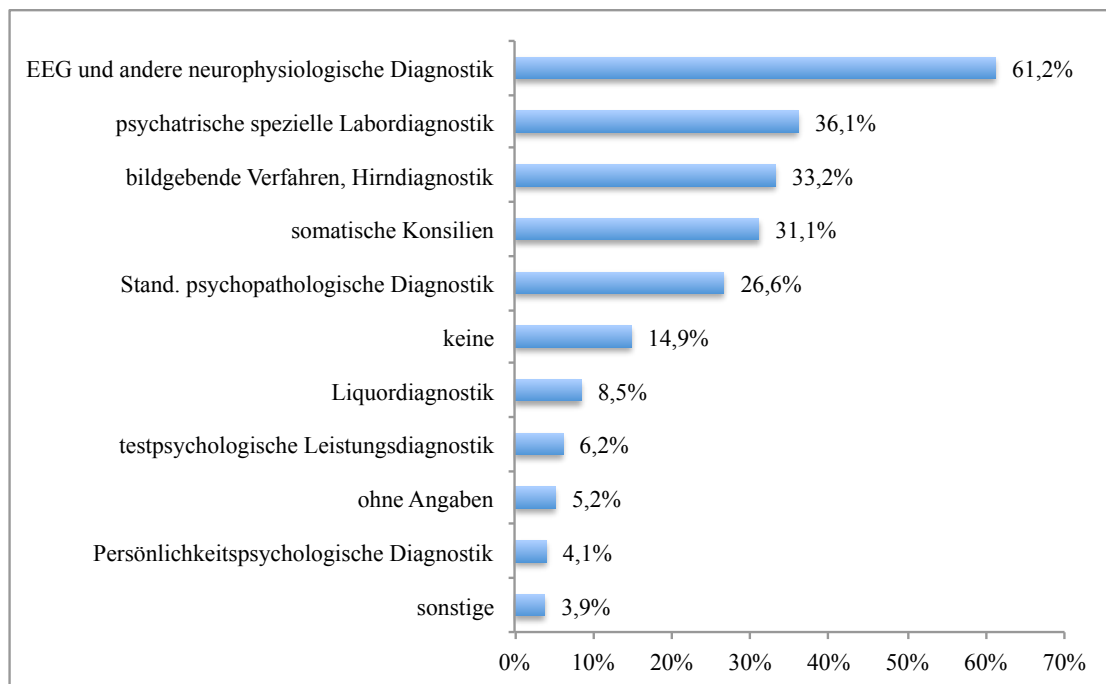


Abbildung 3.19: Spezielle Diagnostik

3.10 Pharmakologische Behandlung

Insgesamt zeigt sich, dass Antipsychotika bei 84,4 % der Patienten Anwendung fanden. Dies ist damit die am häufigsten verwendete Medikamentengruppe. Als zweithäufigste Medikamentengruppe fanden Benzodiazepine Anwendung. Diese wurden 32 % der Patienten verabreicht. Clozapin, welches als atypisches Neuroleptikum gilt, wurde bei 9,7 % der Patienten angewendet, siehe Abbildung 3.20.

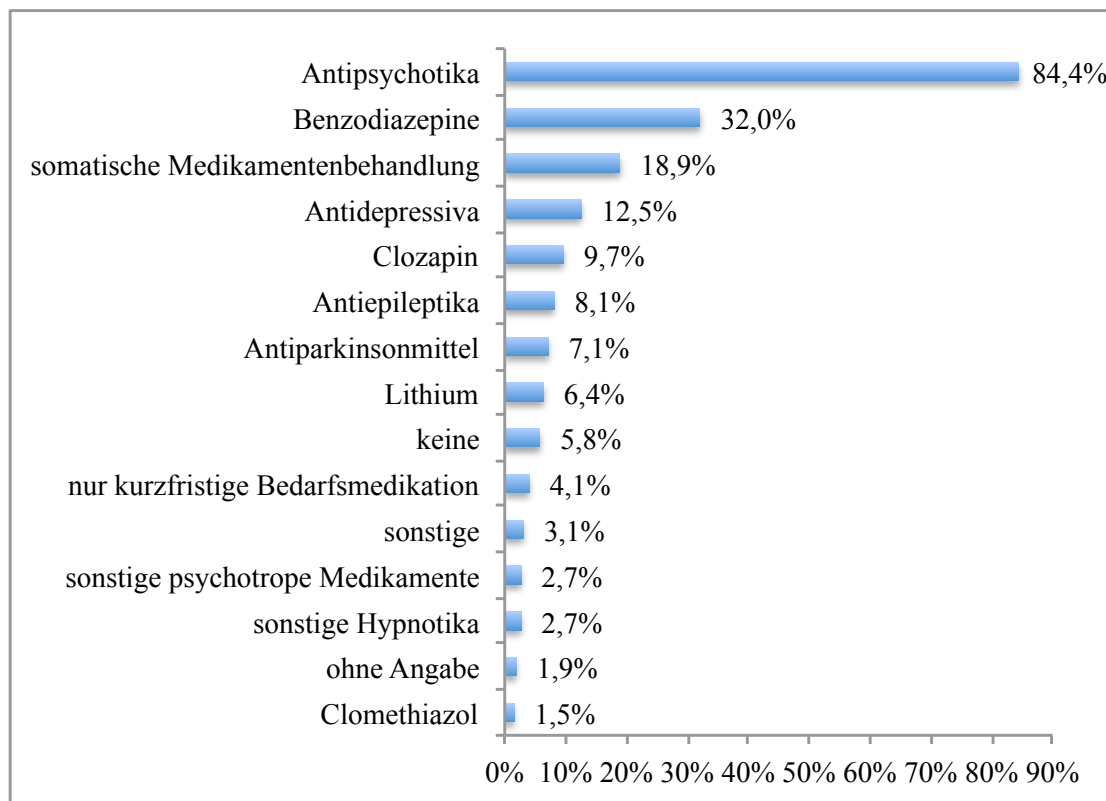


Abbildung 3.20: Pharmakologische Therapie der untersuchten Patienten

3.11 Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung

Bei 360 Patienten (69,5 %) traten keine Besonderheiten während der psychopharmakologischen Behandlung auf. Bei 55 Patienten (10,6 %) kam es zu einem Mangel der erwünschten Wirkung. Bei weiteren 55 Patienten (10,6 %) wurde ein Wechsel der Behandlungsstrategie vorgenommen. Erhebliche unerwünschte Wirkungen während der psychopharmakologischen Behandlung konnten bei 39 Patienten (7,5 %) beobachtet werden. Insgesamt wurden 567 Mehrfachnennungen für die 518 Patienten angegeben.

3.12 Analyse des Behandlungsverlaufs anhand der CGI-Werte

Bei der stationären Aufnahme wurden folgende CGI-Werte (Clinical Global Impressions) aufgenommen. Einen Wert unter 3, mit dem man als „überhaupt nicht krank“, „normal“ oder „nicht beurteilbar“ eingestuft wird, hatte keiner der aufgenommenen Patienten.

Sieben Patienten (1,4 %) wurden als „Grenzfälle einer psychiatrischen Erkrankung“ eingestuft, zwölf Patienten (2,4 %) wurden als „nur leicht krank“ eingestuft, als „mäßig krank“ beurteilte man 50 Patienten (9,7 %), als „deutlich krank“ wurden 200 Patienten (38,6 %) eingestuft und als „schwer Krank“ wurden 149 Patienten (28,8 %) beurteilt. Sieben weitere Patienten (1,4 %) galten als „extrem schwer krank“, siehe Abbildung 3.21.

Im Durchschnitt betrug der CGI-Wert zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme $6,16 \pm 0,88$. Es fanden sich dabei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($p = 0,158$).

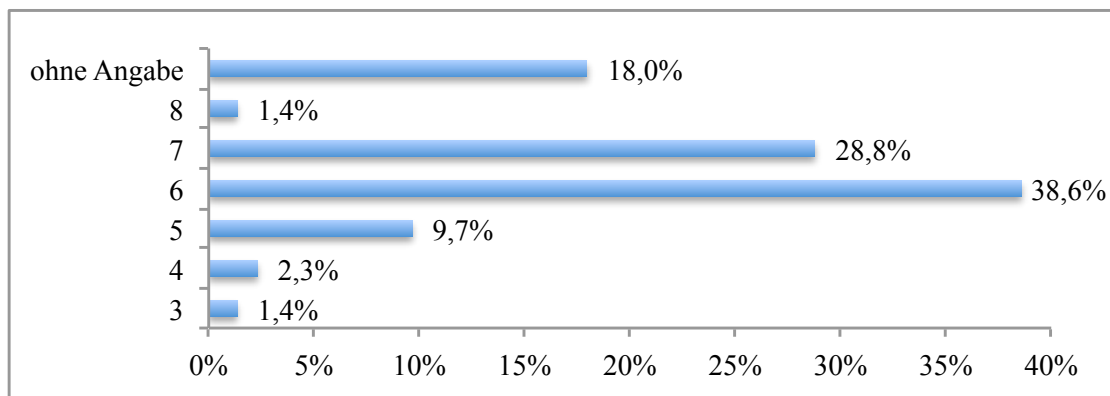


Abbildung 3.21: CGI-Werte der Patienten bei stationärer Aufnahme

3.12.1 CGI-Werte bei der Entlassung

Nur bei einem Patienten wurde der CGI mit „nicht beurteilbar“ angegeben (0,2 %). Neun Patienten (1,7 %) konnten als „überhaupt nicht krank, normal“ eingestuft werden, 34 Patienten (6,6 %) stuft man als „Grenzfälle einer psychiatrischen Erkrankung“ ein und 119 Patienten (23 %) erschienen „leicht krank“. Als „mäßig krank“ wurden 127 Patienten (24,5 %) eingestuft und als „deutlich krank“ noch 109 Patienten (21 %). „Schwer Krank“ waren noch 34 Patienten (6,6 %), „extrem schwer kranke“ Patienten kamen bei der Entlassung nicht mehr vor, siehe [Abbildung 3.22](#).

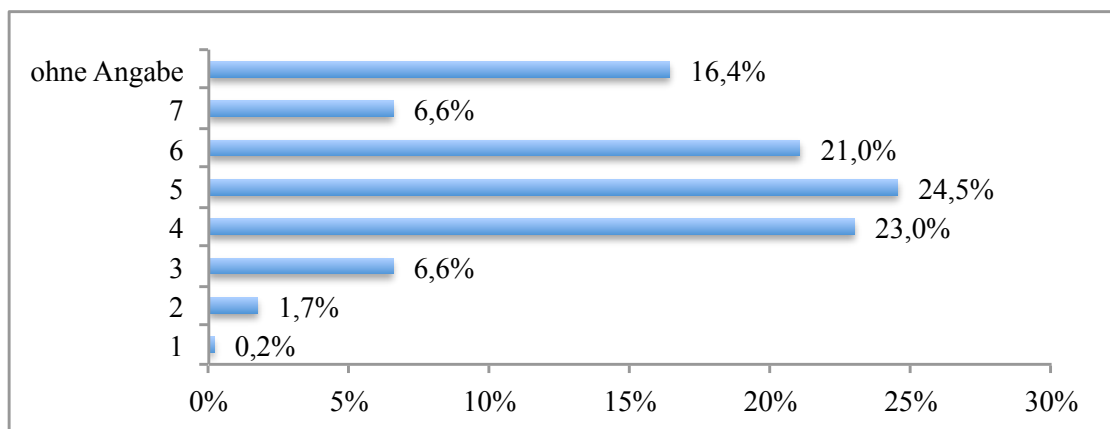


Abbildung 3.22: CGI Werte bei Entlassung

Im Durchschnitt betrug der CGI-Wert $4,9 \pm 1,17$ zum Zeitpunkt der Entlassung,

auch hier fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($p=0,12$). Der Vergleich der CGI-Werte bei Aufnahme und bei Entlassung ergab jedoch bei beiden Geschlechtern ein hochsignifikantes Ergebnis ($p<0,001$). Auch hierbei zeigte sich, dass eine Verweildauer von 72 bis 79 Tagen die größte Verbesserung erbrachte, siehe Abbildung 3.23.

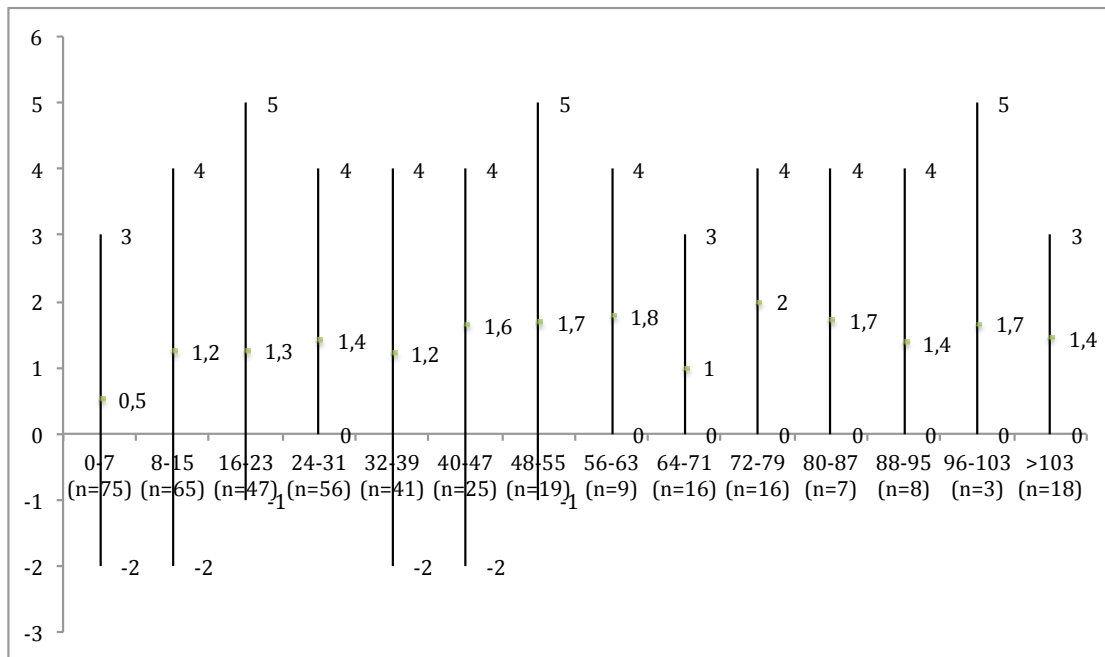


Abbildung 3.23: Korrelation der CGI-Werte bei Entlassung (CGI Teil 1) mit der Verweildauer (in Tagen)

3.12.2 Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme anhand der CGI-Werte

Bei einem Patient (0,2 %) war die Zustandsänderung seit Aufnahme in der Klinik „nicht beurteilbar“. Bei 84 Patienten (16,2 %) wurde der Zustand als „sehr viel besser“ beschrieben. Bei 159 Patienten (30,7 %) wurde der Zustand als „viel besser“ beurteilt, 106 Patienten (20,5 %) waren in einem nur „wenig besseren Zustand“ und bei 72 Patienten (13,9 %) war der „Zustand unverändert“. Acht Patienten (1,5 %) waren in einem „etwas schlechteren Zustand“ und bei einem Patienten (0,2 %)

wurde der Zustand als „viel schlechter“ beschrieben, siehe Abbildung 3.24.

Im Durchschnitt wurde der CGI-Wert für die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung mit $3,4 \pm 1,1$ angegeben.

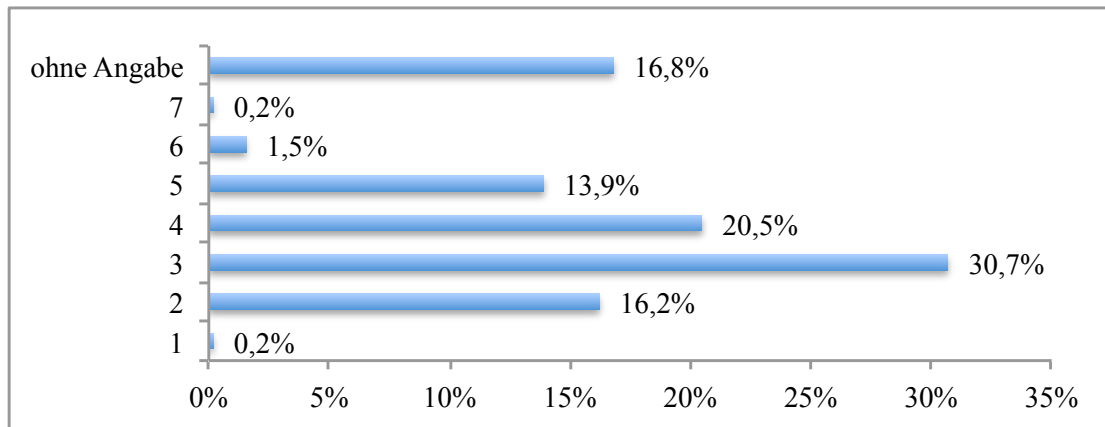


Abbildung 3.24: Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme anhand der CGI-Werte

Korreliert man die Zustandsänderung (CGI Teil 2) mit der Verweildauer, so zeigt sich, dass in dem hier untersuchten Kollektiv eine Verweildauer von 72 - 79 Tagen die größte Änderung des Zustandes erbrachte, siehe Abbildung 3.25

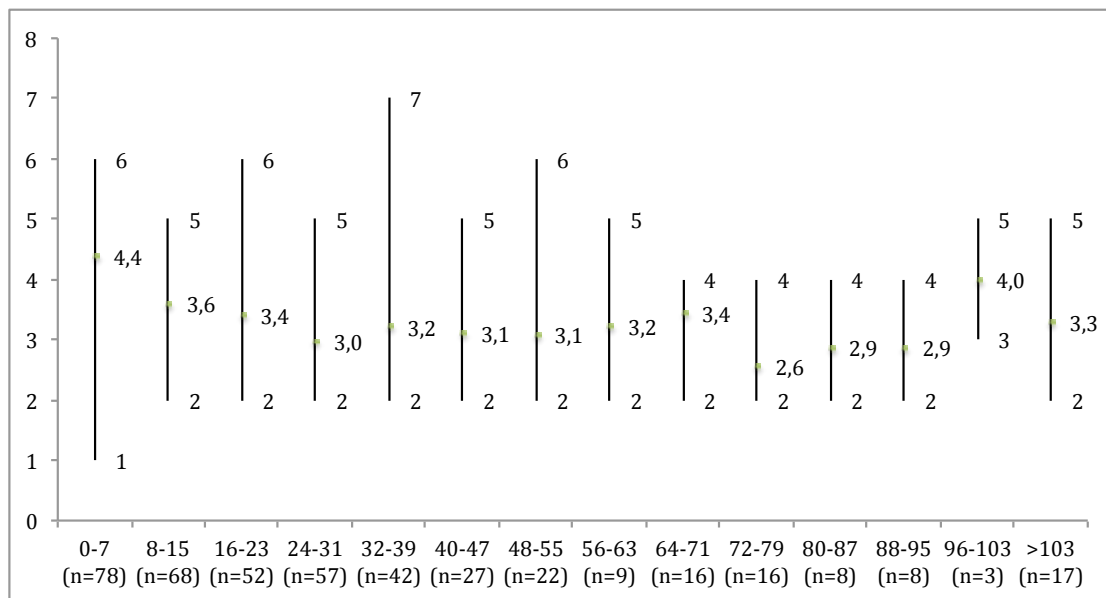


Abbildung 3.25: Korrelation der Zustandsänderung (CGI Teil 2) mit der Verweildauer (in Tagen)

3.13 Analyse des Behandlungsverlaufs anhand der GAF-Werte

3.13.1 GAF-Werte bei Aufnahme in die Klinik

Bei stationärer Aufnahme wurden folgende GAF-Werte (Global Assessment of Functioning Scale) ermittelt. Bei vier Patienten (0,8 %) lag der Wert zwischen 1-10, bei 23 Patienten (4,4 %) zwischen 11-20, bei 134 Patienten (25,9 %) zwischen 21-30, bei 94 Patienten (18,1 %) zwischen 31-40, bei 69 Patienten (13,3 %) zwischen 41-50, bei 62 Patienten (12 %) zwischen 51-60, bei 27 Patienten (5,2 %) zwischen 61-70 und bei 5 Patienten (1 %) zwischen 71-80. Kein Patient hatte einen höheren Wert als 80, siehe Abbildung 3.26.

Im Durchschnitt betrug der GAF-Wert bei Aufnahme in die Klinik $39,2 \pm 14,7$. Wie bereits bei den CGI beschrieben fanden sich auch bei den GAF-Werten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($p=0,08$).

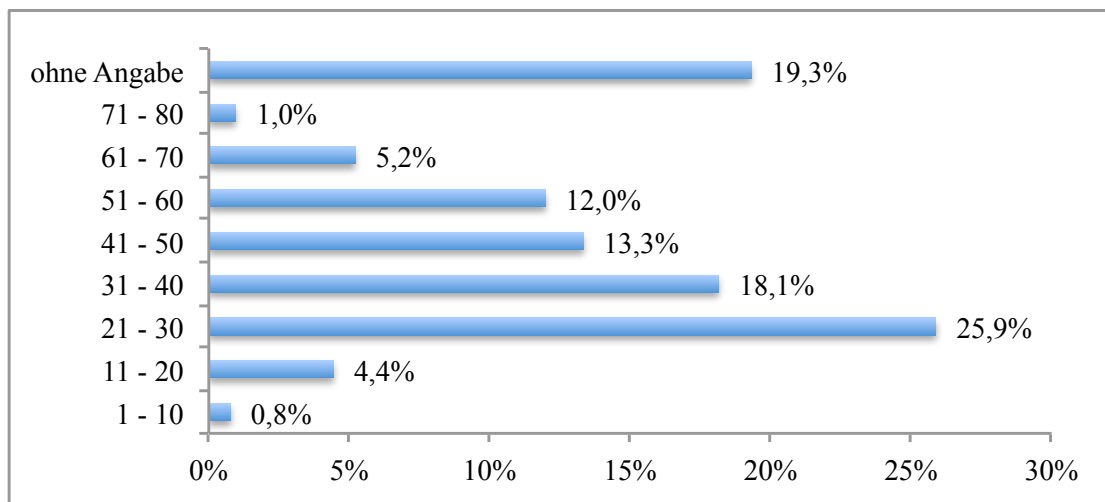


Abbildung 3.26: GAF Werte bei stationärer Aufnahme in die Klinik

3.13.2 GAF-Werte bei Entlassung

Bei Entlassung wurden folgende GAF-Werte für die 518 Patienten festgehalten: Bei keinem Patient lag der Wert zwischen 0-10. Sechs Patienten (1,2 %) hatten einen Wert zwischen 11-20, dreizehn Patienten (2,5 %) hatten einen Wert zwischen 21-30, 52 Patienten (10 %) hatten einen Wert zwischen 31-40, 44 Patienten (8,5 %) einen Wert zwischen 41-50, 113 Patienten (21,8 %) hatten einen Wert zwischen 51-60 und 130 Patienten (25,2 %) hatten einen Wert zwischen 61-70. Einen höheren Wert als 70 hatten 57 Patienten, davon lagen 47 Patienten (9,1 %) zwischen 71-80 und 10 Patienten (1,9 %) sogar zwischen 81-90, siehe Abbildung 3.27.

Im Durchschnitt betrug der GAF-Wert bei Entlassung $58,0 \pm 14,4$. Im Vergleich zu den GAF-Werten bei Aufnahme kam es ebenso wie bei den CGI-Werten bei beiden Geschlechtern zu einer signifikanten Verbesserung ($p < 0,001$).

Korreliert man die GAF-Werte mit der Verweildauer, so zeigt sich auch hier die größte Verbesserung bei einer Verweildauer von 72-79 Tagen, siehe Abbildung 3.28.

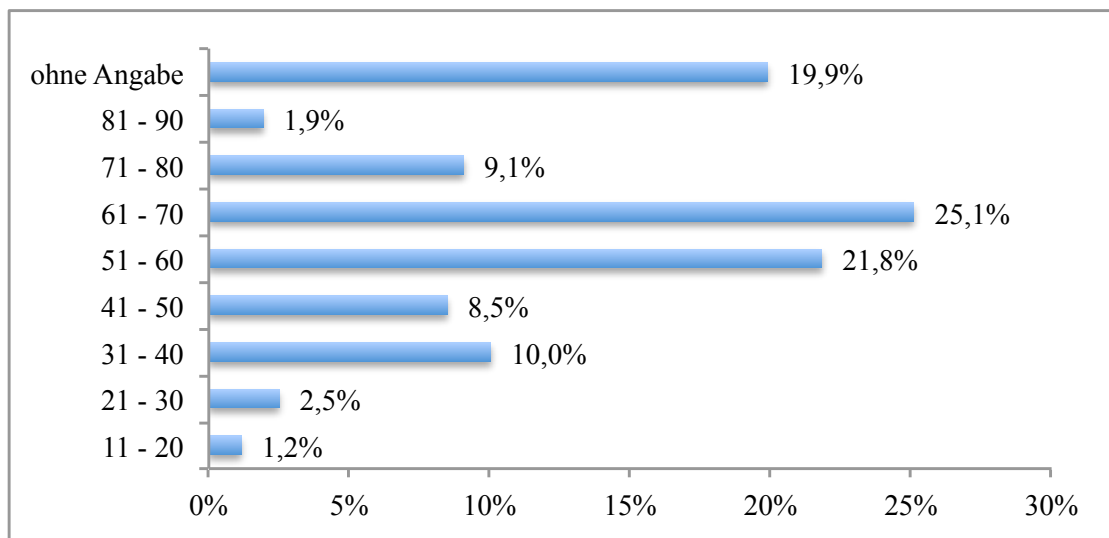


Abbildung 3.27: GAF-Werte bei Entlassung aus der Klinik

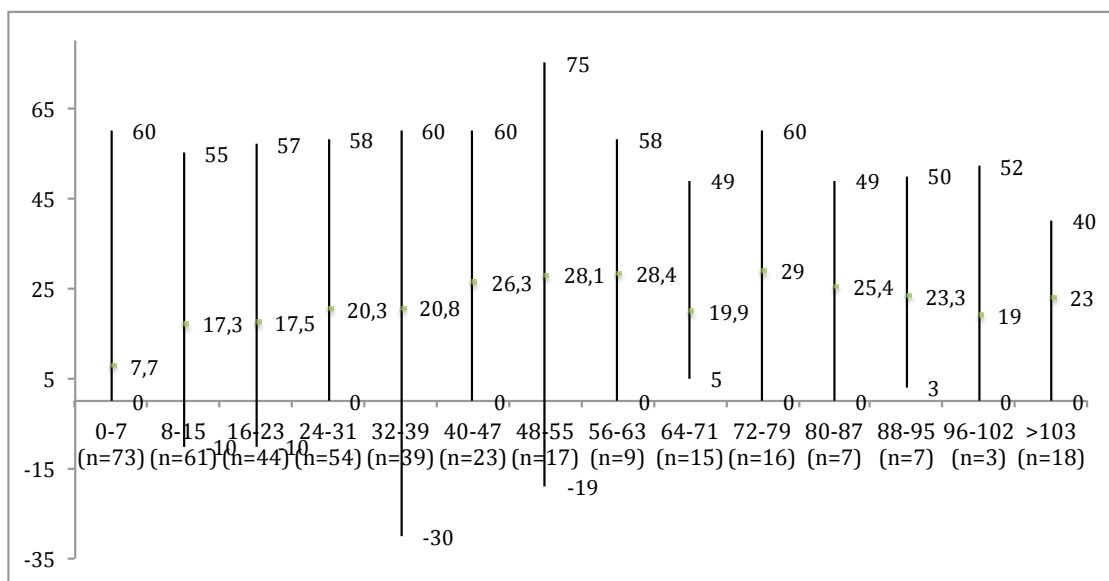


Abbildung 3.28: Korrelation der GAF-Werte bei Entlassung mit der Verweildauer (in Tagen)

3.14 Empfehlungen der Weiterbehandlung

3.14.1 Empfehlung psychopharmakologischer Weiterbehandlung nach Entlassung

Eine psychopharmakologische Langzeitbehandlung wurde 422 Patienten (81,5 %) angeraten, 32 Patienten (6,2 %) wurde eine vorübergehende bzw. Bedarfsmedikation empfohlen. Keine weitere Medikation benötigten 34 Patienten (6,6 %).

3.14.2 (Teil-)stationäre Weiterbehandlung

Für 417 Patienten (80,5 %) war keine weitere (Teil-)Stationäre Weiterbehandlung vorgesehen. Eine fremde psychiatrische Klinik bzw. Tagesklinik wurde für 34 Patienten (6,6 %) vorgesehen. Für sieben Patienten (1,4 %) wurde ein somatisches Krankenhaus/Abteilung vorgesehen und für sechs Patienten (1,2 %) eine stationäre klinische Rehabilitationsbehandlung empfohlen, siehe Abbildung 3.29.

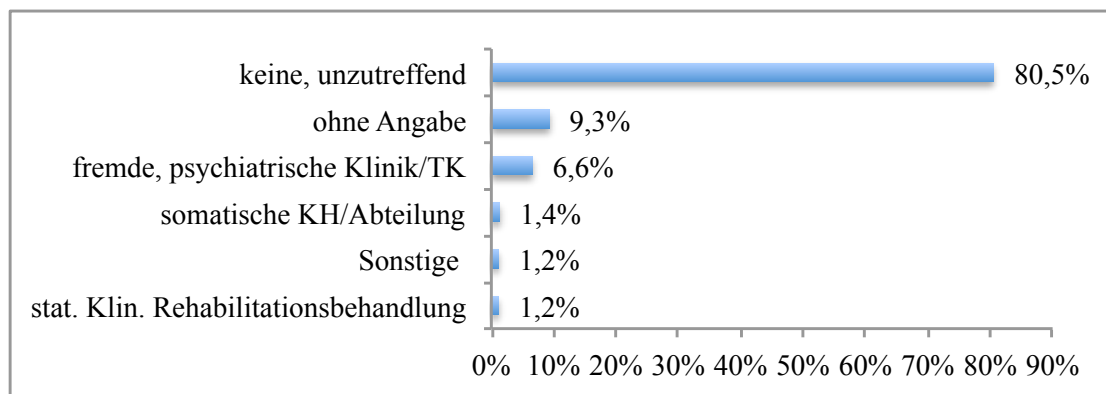


Abbildung 3.29: (Teil-) stationäre Weiterbehandlung

3.14.3 Weiterversorgung

Für 354 Patienten (68,3 %) wurde keine weitere Weiterversorgung vorgesehen. Ein psychiatrisches Dauerwohnheim wurde für 30 Patienten (5,8 %) vorgesehen, betreutes Wohnen für 23 Patienten (4,4 %), eine Werkstatt für Behinderte wurde für 16 Patienten (3,1 %) vorgesehen, eine Tagesstätte für 12 Patienten (2,3 %) und das Altersheim/Altenpflegeheim für elf Patienten (2,1 %). Ein psychiatrisches Übergangswohnheim wurde für sieben Patienten (1,4 %) vorgesehen, siehe Abbildung 3.30.

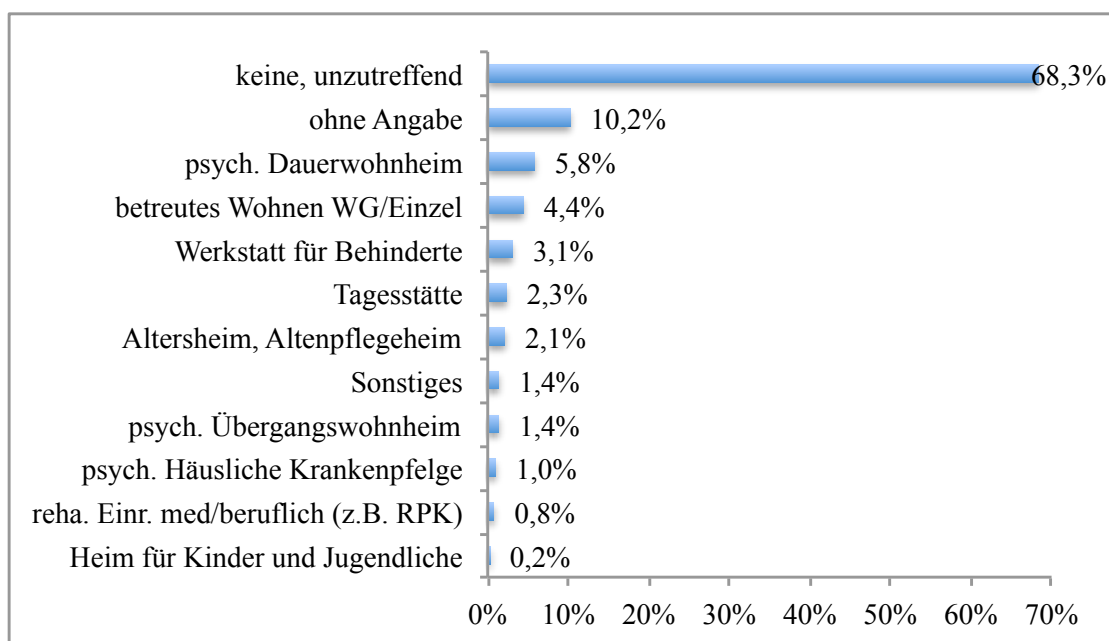


Abbildung 3.30: Weiterversorgung

3.14.4 Ambulante Weiterbehandlung/ Betreuung

Für die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung wurden 780 Mehrfachnennungen abgegeben. Bezogen auf 518 Patienten ergibt dies folgende Werte: 272 Patienten (52,5 %) wurde geraten sich von einem niedergelassenen Psychiater weiterbehandeln zu lassen. In die Weiterbehandlung zu einem niedergelassenen Hausarzt zu gehen, wurde 221 Patienten (42,7 %) empfohlen und 125 Patienten (24,1 %) wurde die eigene Institutionsambulanz geraten. Keine weitere Betreuung brauchten 21 Patienten (4,1 %) und 16 Patienten (3,1 %) wurde eine fremde psychiatrische Ambulanz oder Poliklinik empfohlen, siehe Abbildung 3.31.

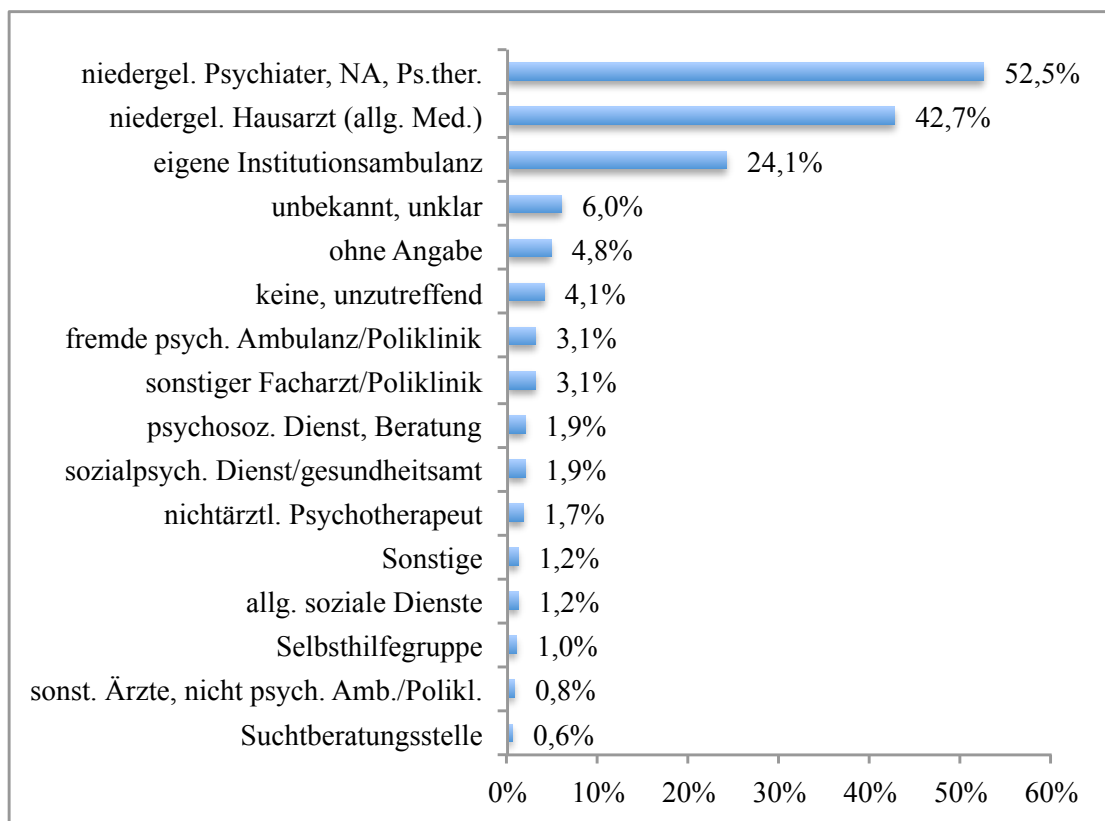


Abbildung 3.31: Ambulante Weiterbehandlung und Betreuung

4 Diskussion

4.1 Qualität und Limitationen einer Dokumentation mittels BADO

Aufgrund der manuellen Datenerfassung mittels BADO sind Analysen von BADO-Bögen abhängig von der Qualität der Dokumentation. Bei der Betrachtung der hier vorgestellten Ergebnisse finden sich immer wieder Items bei denen in nicht unerheblichem Ausmaß die Punkte „ohne Angabe“ und „unbekannt, unklar“ auftraten. Der Punkt „ohne Angabe“ wurde gewählt um deutlich zu machen, dass von Seiten des dokumentierenden Arztes keine Angabe gemacht wurde. Der Punkt „unbekannt, unklar“ ist dagegen Teil der BADO und wurde von Seiten des dokumentierenden Arztes gewählt, wenn ihm keine Informationen über dieses Item vorlagen. Treten beide Punkte in großem Umfang auf, führt dies jedoch zu unbefriedigenden Ergebnissen. Im Durchschnitt wurden in 21,4% der analysierten BADO-Bögen keine Einträge vorgenommen. In 5,6% der Fälle wählte der dokumentierende Arzt den Punkt „unbekannt, unklar“. Einige Items sind aufgrund dieser Problematik nur eingeschränkt beurteilbar. Wie in Tabelle 3.1 gezeigt gibt es einige Punkte der BADO, wie z.B. die Dokumentation der Diagnosen nach ICD-9, die nicht mehr ausgefüllt wurden. Diese sollten daher in der nächsten Revision gestrichen werden. Ein weiterer Nachteil der BADO-Dokumentation ist das Vorliegen in Papierform. Dadurch besteht die Möglichkeit einer hohen Verlustrate. Dies wird insbesondere in der Auswertung nach Aufnahmen pro Jahr deutlich. Wie aus der Grafik 3.1 ersichtlich erscheinen insbesondere die Aufnahmen in den Jahren 2000 und 2004 als zu gering. Diese Problematik wurde bereits in einer Dissertation über die BADO-Dokumentation bei Demenzkranken beschrieben, siehe Weißbach (2010). Des Weiteren führt die Dokumentation in Papierform zu einer erhöhten Fehlerrate

bei der Übertragung in eine digitale Form, z.B. aufgrund von nicht oder nur zum Teil lesbaren Handschriften.

Speziell in der Dokumentation der Therapie und des Verlaufs von an Schizophrenie Erkrankten weist BADO einige Mängel auf. Wie in dieser Dissertation gezeigt lassen sich unter anderem keine Rückschlüsse auf die genaue pharmakologische Therapie ziehen. Die Kernaussagen bezüglich des Geschlechts, des Alters, dem sozialen Status, der Selbst- und Fremdgefährdung sowie der Form der Weiterbehandlung der Patienten werden hingegen mittels BADO umfassend dokumentiert.

4.2 Kritische Betrachtung der BADO-Dokumentation

Durch die Vielzahl an Items kann die Dokumentation mittels BADO als Grundlage einer systematischen Qualitätssicherung sowie des Qualitätsmanagements dienen. Sie bietet die Möglichkeit einer pro- und retrospektiven Analyse sowohl von einzelnen Patienten als auch von Patientengruppen und kann somit als Unterstützung des Klinikmanagements, insbesondere bei der Verweildaueranalyse in Abhängigkeit von klinischen, anamnestischen oder sozialen Variablen dienen. Im Bereich des Qualitätsmanagements kann BADO Basisdaten bereitstellen. Des weiteren können gesundheitsökonomische Fragestellungen z.B. von Bedarfsanalysen beantwortet werden.

Im Rahmen des klinischen Alltags ist BADO ein nützlicher Leitfaden für den aufnehmenden Arzt. Durch die vorgegebenen Items wird das Erfragen aller relevanten Daten des Patienten deutlich erleichtert. Die BADO dient aufgrund ihrer umfassenden Datenerfassung als Leistungsnachweis gegenüber den Kostenträgern. Durch die in dieser Dissertation am Beispiel der ICD-10-Diagnosegruppe F20-F29 geführten Analyse lässt sich zeigen, dass die Basisdokumentation den Verlauf der stationären Behandlung sowie deren therapeutischen Erfolg umfassend darstellt. Es zeigt sich allerdings auch, dass diese Form der Dokumentation und damit deren Auswertbarkeit und Vergleichbarkeit abhängig von einer ausführlichen Datenerfassung ist. Dies stellt die größte Limitation der BADO-Bögen dar. Eine objektive Betrachtung der Therapie, des Therapieverlaufs sowie der Therapieergebnisse ist nur eingeschränkt möglich. Insbesondere der Therapieerfolg, gemessen an CGI- und GAF-Werten, spiegelt nur eine subjektive Einschätzung des behandelnden Arztes

wider. Gerade der Therapieerfolg lässt sich mittels der BADO-Dokumentation nur schlecht objektivieren. Trotz dieser offensichtlichen Einschränkungen spiegeln die erhobenen Daten Ergebnisse anderer Schizophrenie-Studien wider.

Aufgrund der unvollständigen Datenerfassung ist die Reliabilität und Validität einiger Items als gering einzuschätzen. Damit BADO jedoch als Grundlage für das Qualitätsmanagement und die Versorgungsforschung dienen kann muss zukünftig die Datenerfassung verbessert werden. Nur so lassen sich gesundheitsökonomische Fragestellungen mit Hilfe der BADO beantworten. Die BADO-Dokumentation sollte daher einer inhaltlichen Revision unterzogen werden, um sie so nutzerfreundlicher zu gestalten und damit die Vollständigkeit und Dokumentationsqualität der erhobenen Daten zu erhöhen. Möglicherweise würde eine BADO-Variante je Krankheitsgruppe das Beantworten der relevanten Items erleichtern. Durch eine Spezifizierung der Therapiemodule könnte eine bessere Darstellung der Behandlungsprozesse erreicht werden. BADO-Varianten brächten jedoch den Nachteil einer geringeren Vergleichbarkeit der einzelnen Krankheitsgruppen untereinander mit sich. Um die mittels BADO erhobenen Daten einer wissenschaftlichen Auswertung zugänglich machen zu können sollten die bisher Anwendung findenden Papierbögen digitalisiert werden. Dies würde, eine Datensicherung nach neuestem Stand der Technik vorausgesetzt, einen Verlust von Daten, wie scheinbar in den Jahren 2000 und 2004 passiert, erschweren. Eine verpflichtende Meldung der so erhobenen Daten im Rahmen von Qualitätsberichten würde sicherlich zu einer Verbesserung der Vollständigkeit der Daten beitragen. Dies würde neben einer internen Qualitätssicherung vor allem eine externe Qualitätssicherung durch Klinikvergleiche ermöglichen.

4.3 Kritische Betrachtung des untersuchten Kollektivs

In den Jahren 1999-2004 wurden 559 Patienten mit der Haupt- bzw. Nebendiagnose des Schizophrenen Formenkreises in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen stationär aufgenommen. Ausgewertet und analysiert wurden BADO-Bögen von 518 Patienten, bei denen eine Erkrankung des schizophrenen Formenkreises als Hauptdiagnose festgestellt wurde. Es erfolgte die Auswertung nach einzelnen Subgruppen, entsprechend der ICD-10 Kodierung. Dabei wurden die Diagnosegruppen F21, F24 und F28 aufgrund der geringen

Patientenzahlen von einer näheren Betrachtung ausgeschlossen.

Von den 518 Patienten waren 271 (52,3 %) weiblich und 247 (47,7 %) männlich. Das Patientenalter bei Aufnahme lag bei $41,0 \pm 14,5$ Jahren. Die größte Gruppe der Patienten, 30,1 %, war bei stationärer Aufnahme zwischen 31 und 40 Jahren alt. Frauen waren in diesem Kollektiv im Durchschnitt 5,9 Jahre älter als Männer. In einer Studie von an der Heiden und Häfner konnte gezeigt werden, dass männliche Patienten früher an Schizophrenie erkranken als Frauen (an der Heiden und Häfner, 2000). Diese Beobachtung lässt sich möglicherweise unter anderem durch einen schützenden Effekt von Östrogenen erklären (Häfner et al., 2003). Jedoch ist das kumulative Lebenszeitrisko an Schizophrenie zu erkranken für beide Geschlechter gleich (Machleidt et al., 2004 b).

4.4 Sozialer Status

435 (84 %) der 518 Patienten lebten in einer Privatwohnung, 216 Patienten (41,7 %) jedoch lebten alleine. Nur ca. ein Viertel der Patienten lebte zusammen mit einem Ehepartner. Ähnliche Zahlen zeigen die Ergebnisse einer multizentrischen Studie über an Schizophrenie erkrankten Patienten, welche Daten von 981 Patienten analysierte (Janssen et al., 2000). Fast die Hälfte der von Janssen et al. untersuchten Patienten lebte vor der stationären Aufnahme allein in einer Privatwohnung. Zwei Drittel (66,3 %) der Patienten lebte zusammen mit Angehörigen. Eine Studie von Müller et al. zur sozialen Situation von an Schizophrenie erkrankten Patienten konnte die in dieser Dissertation gefundenen Ergebnisse bezüglich der Anzahl verheirateter Patienten bestätigen. Sie beschrieben eine Rate von 26,9 % verheirateter Patienten (Müller et al., 1998). Diese Zahlen lassen sich mit dem frühen Erkrankungsalter schizophrener Patienten erklären. In dem häufig noch keine festen Partnerschaften bestehen bzw. die Beziehungsfähigkeit durch die Schwere der Erkrankung deutlich eingeschränkt ist (Häfner et al., 1991). Ein weiterer Faktor, welcher das soziale Umfeld schizophrener Patienten beeinträchtigt und neben familiären Belastungen zu Einschränkungen in der Aus- und Weiterbildung bis hin zu Arbeitsverlust führt ist die häufig lange Dauer bis zum Zeitpunkt der Diagnose einer Schizophrenie (Harrigan et al., 2003).

4.5 Schul- und Berufsausbildung

Von den 518 untersuchten Patienten wiesen nur 20 (3,9 %) keinen Schulabschluss vor. 347 Patienten (66,9 %) hatten einen Haupt-, Real-, Fach- oder gymnasialen Schulabschluss. Es konnten jedoch nur 23 Patienten (4,4 %) ihre Berufsausbildung mit Meisterschule abschließen, 88 Patienten (17 %) waren Akademiker. Diese Ergebnisse lassen sich mit dem durchschnittlichen Erkrankungsalter, welches zwischen dem 25 und 35 Lebensjahr liegt, begründen, da zur Zeit der Schulausbildung die Patienten noch nicht erkrankt sind. Die Erkrankung wirkt sich also erst auf die Berufsausbildung aus (Häfner und an der Heiden, 1997). In einer Studie von Leary et al. konnte gezeigt werden, dass weniger als 20 % von an Schizophrenie Erkrankten Vollzeit arbeiteten (Leary et al., 1991). Häfner und an der Heiden konnten durch Analyse psychiatrischer Fallregister zeigen, dass 60 % der schizophrenen Patienten nach stationärer Behandlung arbeitslos waren (Häfner und an der Heiden, 1985). Diese Ergebnisse zeigen, dass trotz einer erfolgreichen stationären Behandlung und der daran anschließenden ambulanten Weiterbetreuung die Eingliederung in das Berufsleben bei einer Vielzahl der Schizophrenie-Patienten misslingt. Dies lässt sich zum einen durch eine nicht abgeschlossene bzw. nicht weit fortgeschrittene Berufsausbildung aufgrund des frühen Erkrankungsalters und zum anderen auf Grund des chronischen Verlaufs der Erkrankung erklären. Die Reintegration schizophrener Patienten in das Berufsleben wird außerdem durch eine Rezidivrate von bis zu 80 % in den ersten 5 Jahren behindert bzw. verzögert (Robinson et al., 2004). Gerade mit Blick auf das Erkrankungsalter zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr sollte in Zukunft besonderer Wert auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung schizophrener Patienten in das Berufsleben gelegt werden.

4.6 Selbst- und Fremdgefährdung

Suizid ist die führende Todesursache bei Patienten mit Schizophrenie, sie liegt mit einem Risiko von 10 % mehr als 100 mal höher als bei der Normalbevölkerung (Silverton et al., 2008). Bralet et al. konnten in ihrer prospektiven Studie zeigen, dass an Schizophrenie erkrankte Patienten mit positiver Symptomatik ein höheres Sterberisiko besitzen als Patienten mit eher negativer Symptomatik (Bralet et al.,

2000). Nach einer Studie von [Carlborg et al. \(2010\)](#) sterben ca. 5 bis 15 % von an Schizophrenie oder einer bipolaren Störung Erkrankten durch Suizid. Suizidversuche in der Vorgeschichte gelten als ein Risikofaktor für einen späteren Suizid ([Carlborg et al., 2010](#); [Reulbach und Bleich, 2008](#)). Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Mortalität durch Suizid konnten nicht gefunden werden ([Carlborg et al., 2008](#)). In den zur Auswertung herangezogenen BADO-Bögen wurde unterschieden zwischen einem jemals durchgeführten Suizidversuch, einem Suizidversuch im Vorfeld der stationären Aufnahme und einem Suizidversuch während des stationären Aufenthaltes. Von den untersuchten 518 an Schizophrenie erkrankten Patienten unternahmen 97 (18,7 %) mindestens einen Suizidversuch. 274 also 52,3 % der Patienten gaben an, niemals einen Suizidversuch unternommen zu haben. Im Vorfeld der Aufnahme unternahmen 21 Patienten (4,1 %) einen gesicherten Suizidversuch. Auch in der hier vorgestellten Analyse fanden sich analog zu den Ergebnissen von [Carlborg et al. \(2008\)](#) keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern. Radomsky et al. beschrieben in Ihrer Studie über suizidales Verhalten von an Schizophrenie erkrankten Patienten einen Suizidversuch vor stationärer Aufnahme bei 4,6 % der untersuchten Patienten ([Radomsky et al., 1999](#)).

Eine parasuizidale Handlung, Selbstbeschädigung oder ein Suizidversuch während des stationären Aufenthaltes konnte bei 13 Patienten (2,5 %) dokumentiert werden. Die Mehrzahl der Patienten, 483 (93,2 %), zeigte solche Handlungen nicht.

Für die Einschätzung eines möglichen suizidalen Verhaltens ist der BADO-Bogen gut geeignet, da Risikofaktoren für eine Selbstgefährdung bereits bei Aufnahme des Patienten und während des stationären Aufenthaltes kontinuierlich dokumentiert werden. Durch Beachtung der entsprechenden Aufnahmeitems und einer damit verbundenen besonderen Beobachtung trägt die Basisdokumentation BADO so zur Vermeidung von Suiziden der betreffenden Patienten bei ([Wolfersdorf, 1995](#)). Dies wird laut den aktuellen Leitlinien für Schizophrenie empfohlen ([S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2005](#)).

4.7 Einweisung und Weiterbehandlung

Eine Auswertung der Punkte „ärztliche Einweisung“ und „nichtärztliche Einweisung“ nach Anzahl der Patienten konnte leider nicht erfolgen, da Mehrfachnennungen möglich waren und Einträge unter „ärztliche Einweisung“ und „nicht ärztliche Einweisung“ gleichzeitig vorgenommen wurden. Die folgenden Zahlen beziehen sich daher nur auf die Anzahl der Nennungen. Unter dem Punkt „ärztliche Einweisung“ wurde mit 21,3 % am häufigsten die „eigene Institutionsambulanz“ genannt, gefolgt von „niedergelassener Arzt“ mit 15,7 %. Es blieben 15,7 % der Bögen in diesem Punkt ohne Angabe. Als häufigste nicht ärztliche Einweisung wurde mit 37,0 % „Patient selbst“ angegeben, gefolgt von „Angehörige, Bekannte“ mit 20,0 %. Ohne Angabe blieben hier 25,4 % der Bögen.

Diese Daten spiegeln trotz ihrer schlechten Auswertbarkeit und daher der ungenügenden Vergleichbarkeit mit anderen Studien doch Tendenzen wider, die mittels größerer Kollektive erfasst wurden. In einer Auswertung von über 14.000 psychiatrischen Patienten erfolgte die stationäre Aufnahme ohne ärztliche Einweisung in 38,3 % bis 42,6 % der Fälle. Die Einweisung durch den Hausarzt lag in dieser Untersuchung zwischen 18,8 % und 22,4 % (Spießl et al., 2004). In der Auswertung der eigenen Ergebnisse wurde die Nennung des Hausarztes in nur 7,5 % der Fälle vorgenommen. Die Nennung der eigenen Institutionsambulanz erfolgte im Gegensatz dazu mit 21,3 % am häufigsten.

Diese Ergebnisse zeigen zum einen, dass viele schizophrene Patienten bereits vor der stationären Aufnahme an eine ambulante psychiatrische Versorgung bzw. die eigene Institutionsambulanz angebunden sind, dass also ein hoher Versorgungsgrad in diesem Bereich vorliegt. Zum anderen lässt die hohe Zahl an Selbsteinweisungen den Schluss zu, dass eine Vielzahl der an Schizophrenie erkrankten aufgrund einer möglicherweise bereits länger andauernden Krankheitsperiode und einer daraus resultierenden Krankheitseinsicht sich selbständig in stationäre Behandlung begeben. Die vorgestellten Ergebnisse machen allerdings auch die ausgesprochen niedrige Zahl der durch niedergelassene nicht psychiatrisch tätige Ärzte eingewiesenen Patienten deutlich. Diese Problematik wurde ebenso von Hübner-Liebermann et al. (2005) beschrieben. Hübner-Liebermann et al. (2005) fordern daher, dass eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und psychiatrisch tätigen

Ärzten angestrebt werden sollte. Für 111 Patienten (21,4 %) war die Aufnahme in die psychiatrische Klinik der erste stationäre Aufenthalt in einer Klinik, 300 Patienten (57,9 %) waren bis zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme bereits mehr als einmal in stationärer Behandlung.

Die ambulante Weiterbehandlung erfolgte bei 130 Patienten (25,1 %) durch den Hausarzt und durch einen niedergelassenen Psychiater. Die ambulante Weiterbehandlung durch den Hausarzt sowie die eigene Institutionsambulanz erfolgte bei 57 Patienten (11 %). Insgesamt wurde mit 52,5 % der niedergelassene Psychiater als ambulante Weiterbehandlung am häufigsten genannt, gefolgt vom Hausarzt mit 42,7 % und der eigenen Institutionsambulanz mit 24,1 %. Aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachnennung gestaltet sich ein Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien als schwierig. In der Untersuchung von [Spießl et al. \(2004\)](#) wurden 50 % der Patienten zur ambulanten Weiterbehandlung an den Hausarzt verwiesen, 33 % der Patienten wurden durch einen niedergelassenen Psychiater weiterbehandelt. In 10 % der von Spießl untersuchten Patienten erfolgte die ambulante Weiterbehandlung in der eigenen Institutionsambulanz ([Spießl et al., 2004](#)).

4.8 Kritische Betrachtung der Diagnostik

Gemäß den Leitlinien für Schizophrenie wurde zur Sicherung der Diagnose und zum Ausschluss von Begleiterkrankungen eine zusätzliche Diagnostik angewendet. Als häufigstes diagnostisches Mittel kam das Elektroenzephalogramm zur Anwendung. In wie weit eine weiterführende Diagnostik, wie z. B. eine Liquorpunktion Anwendung fand und welche speziellen z.B. laborchemischen Untersuchungen oder somatischen Konsile durchgeführt wurden, lässt sich anhand der BADO-Bögen nicht auswerten. Hier wäre eine detailliertere Auflistung der angewandten diagnostischen Mittel wünschenswert. Der Name dieses Items ist in seiner jetzigen Form irreführend.

4.9 Pharmakotherapie

Die Auswertung der Pharmakotherapie anhand der BADO-Bögen zeigte, dass als häufigste medikamentöse Therapie eine Therapie mit Antipsychotika gefolgt von Benzodiazepinen Anwendung fand. Die Untersuchung der einzelnen Subgruppen ergab keine wesentlichen Unterschiede. Die Anwendung von Antipsychotika erfolgte bei 437 Patienten (84,4 %). Je nach Subgruppe erhielten zwischen 83,4 % und 92,6 % der Patienten Antipsychotika. Antipsychotika finden in der Akuttherapie, in der Langzeittherapie sowie zur Vermeidung eines erneuten Auftretens einer Schizophrenie Anwendung (Falkai et al., 2005, 2006). Benzodiazepine fanden bei 166 Patienten (32 %) Anwendung. Je nach Subgruppe erhielten zwischen 25,9 % und 46,7 % der Patienten eine Therapie mit Benzodiazepinen. Benzodiazepine werden in der Therapie von an Schizophrenie erkrankten Patienten in Kombination mit Antipsychotika angewandt um vor allem gegen Insomnie und Angstzustände zu wirken (Falkai et al., 2005, 2006). Clozapin, welches ein atypisches Antipsychotikum darstellt, fand bei maximal 26,7 % der Patienten Anwendung, im Durchschnitt wurde Clozapin bei 50 Patienten (9,7 %) verabreicht. Dies könnte auf das Risiko einer möglichen Blutbildveränderung, genauer einer Agranulozytose, zurück zu führen sein. Eine mögliche Agranulozytose wurde 1977 von Anderman und Griffith beschrieben (Anderman und Griffith, 1977). Typische Antipsychotika können zu extrapyramidalen Nebenwirkungen wie Parkinsonismus führen. Dies wurde von Korczyn und Goldberg bereits 1976 beschrieben (Korczyn und Goldberg, 1976). Im Gegensatz dazu haben atypische Antipsychotika wie Clozapin geringere extrapyramidale Nebenwirkungen (Matz et al., 1974). Die Therapie mit Clozapin wirkt sich außerdem positiv auf Suizidalität und ein mögliches suizidales Verhalten aus (Falkai et al., 2005).

Bei 39 (7,5 %) der behandelten Patienten wurde die Pharmakotherapie aufgrund von erheblich unerwünschten Nebenwirkungen gewechselt. Dagegen kam es bei 360 (69,5 %) der behandelten Patienten zu keinerlei Besonderheiten während der pharmakologischen Therapie.

Aufgrund einer erfolgreichen stationären Therapie konnte 422 Patienten (81,5 %) eine pharmakologische Langzeitbehandlung empfohlen werden. Nur 34 Patienten (6,6 %) wurden ohne weitere Pharmakotherapie entlassen.

Die Auswertung der BADO-Bögen ermöglicht nur eine Aussage über die verwendeten Wirkstoffgruppen, nicht jedoch über einzelne Medikamente oder Dosierungen. Ein Dosis/Wirkungs-Vergleich lässt sich daher aus den gewonnenen Daten nicht entnehmen. Dieser Umstand schränkt somit die Vergleichbarkeit mit Leitlinien und anderen Studien ein. Eine Bedarfsanalyse ist aufgrund der oberflächlich dokumentierten Pharmakotherapie nicht möglich. Ein auf das Krankheitsbild Schizophrenie zugeschnittener BADO-Bogen würde eine differenziertere Dokumentation der pharmakologischen Therapie ermöglichen. Auf diese Problematik der unzureichenden, weil nur allgemeingehaltenen Dokumentation der pharmakologischen Therapie wurde in der Arbeit von [Weißbach \(2010\)](#) hingewiesen.

4.10 Kritische Betrachtung des Therapieerfolges

Als Marker für den Erfolg einer stationären Behandlung gelten die GAF- sowie CGI-Werte. In dem hier untersuchten Kollektiv fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Schwere der Erkrankung, die Behandlungsdauer und den Behandlungserfolg. Bei Aufnahme betrug der GAF-Wert im Mittel 39 Punkte und erhöhte sich bis zur Entlassung um 19 auf 58 Punkte bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 34,9 Tagen. Diese Werte bestätigen die von [Spießl et al. \(2004\)](#) beschriebenen Ergebnisse. In deren Untersuchung der GAF-Wert bei Aufnahme zwischen 36,8 und 41,9 und bei Entlassung zwischen 53,7 und 59,3 lag ([Spießl et al., 2004](#)). Der CGI-Wert lag im Vergleich dazu bei Aufnahme bei 6,2 und verringerte sich bis zum Zeitpunkt der Entlassung um 1,3 Punkte auf 4,9.

Der GAF Wert zeigte den höchsten Wert, im Mittel 29 Punkte, für eine Aufenthaltsdauer von 72-79 Tage. Dies konnte durch die Analyse der CGI-Werte nicht bestätigt werden. Hierbei fand sich kein Zeitraum in dem es zu einer deutlichen Besserung kam. Die Analyse der Zustandsänderung (CGI-Teil 2) konnte den GAF-Werten entsprechend eine stärkere Verbesserung bei längeren Verweildauern zeigen. Auch hier fand sich die größte Verbesserung im Zeitraum von 72-79 Tagen.

Setzt man die CGI- und GAF-Werte, welche zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erhoben wurden in Relation zur Länge des darauf folgenden stationären Aufenthaltes, so kann gezeigt werden, dass kränkere Patienten, also mit niedrigen GAF-Werten und hohen CGI-Werten, über einen längeren Zeitraum stationär

behandelt wurden (siehe Abbildungen 4.1 und 4.2). Aus diesem Zusammenhang lässt sich zum einen schließen, dass gerade kränkere Patienten von einer längeren Liegezeit besonders profitieren, zum anderen bestätigen diese Werte die initiale Einschätzung des aufnehmenden Arztes. Einschränkend muss allerdings die rein subjektive Erhebung der GAF- und CGI-Werte hervorgehoben werden. Da der BADO-Bogen Teil der Patientenakte ist, steht er während des stationären Aufenthaltes dem behandelnden Arzt zur Verfügung, daher besteht zumindest die Möglichkeit den bei Aufnahme festgestellten Zustand des Patienten auch im weiteren Verlauf unbewusst in die Bewertung des Patienten einfließen zu lassen. Durch die Erhebung der GAF- und CGI-Werte lassen sich Patientenkollektive besser vergleichen, hierdurch ist eine objektive Betrachtung der Patienten sowie des Behandlungserfolges weitestgehend möglich.

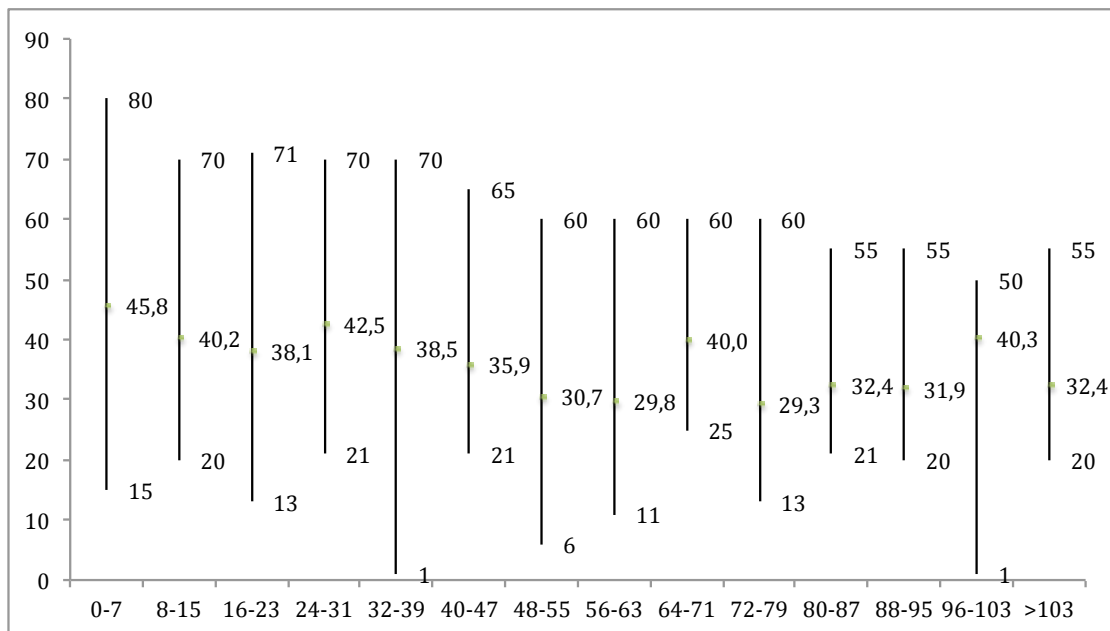


Abbildung 4.1: Korrelation der GAF-Werte bei Aufnahme mit der Verweildauer

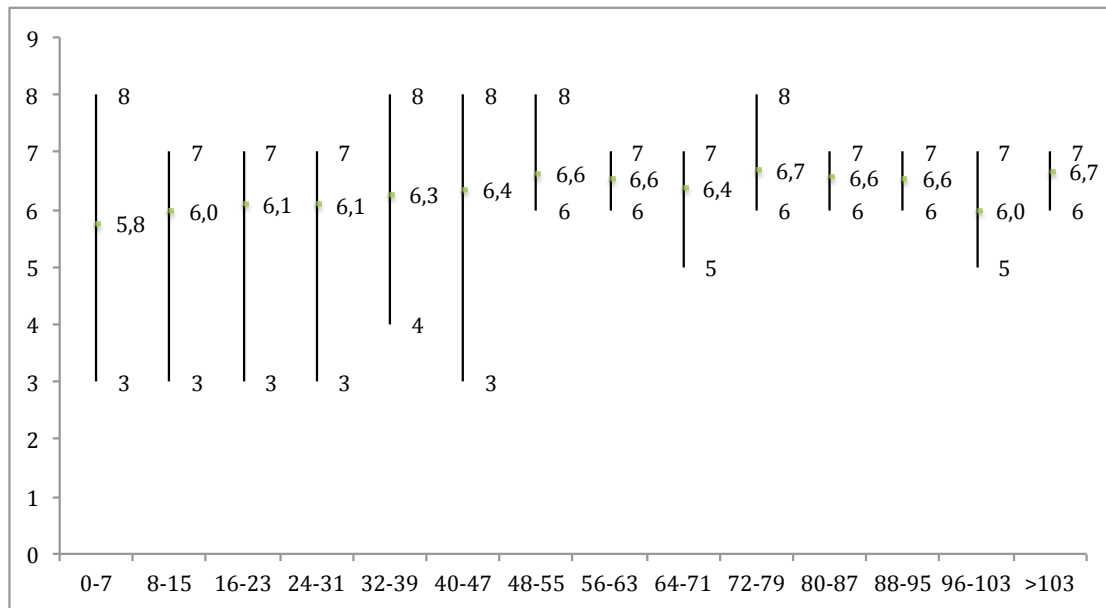


Abbildung 4.2: Korrelation der CGI-Werte bei Aufnahme mit der Verweildauer

4.11 Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt

Der Großteil der Patienten konnte nach dem stationären Aufenthalt in eine ambulante Betreuung entlassen werden. Zu einer weiteren stationären Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus wurde nur 34 Patienten (6,6 %) geraten, 272 (52,5 %) der Patienten wurde u.a. eine ambulante Weiterbehandlung bei einem niedergelassenen Psychiater empfohlen. Obwohl die Auswertung der CGI- und GAF-Werte eine optimale stationäre Verweildauer von 72-79 Tagen ergab, befanden sich 58,3 % der Patienten nur bis zu 30 Tage in stationärer Behandlung. Ob es sich bei den bereits nach spätestens 30 Tagen entlassenen Patienten um diejenigen handelt, denen daraufhin eine ambulante Weiterbehandlung geraten wurde, lässt sich anhand der BADO-Bögen nicht feststellen.

4.12 Ausblick

Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass eine umfassende Erhebung von Krankheitsverläufen mittels der BADO-Dokumentation prinzipiell möglich ist. Es werden jedoch die Schwächen dieser Form der Dokumentation deutlich. Damit

BADO den Anforderungen der Qualitätssicherung gerecht werden kann, bedarf es umfangreicher Veränderungen. Die BADO sollte daher in regelmäßigen Abständen durch Revisionen den jeweils aktuellen Anforderungen angepasst werden. Möglicherweise würde eine auf die Grunderkrankung zugeschnittene Version der BADO die Dokumentation erleichtern und so zu einer höheren Zahl an vollständig ausgefüllten Bögen führen. Insbesondere eine digitale Version der BADO-Dokumentation würde den gestellten Anforderungen besser gerecht werden. Nur so lässt sich die klinische Versorgung sowie die Krankheitsverläufe objektiv darlegen und eine höhere Akzeptanz unter den behandelnden Ärzten erreicht werden. Langfristig kann die BADO so einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und -qualität leisten.

5 Zusammenfassung

Die Basisdokumentation (BADO) ist eine standardisierte Dokumentation besonderer Patientenmerkmale in der Psychiatrie. Entwickelt wurde BADO in den Jahren 1979 bis 1982 als Minimalkatalog von [Dilling et al. \(1983\)](#) und wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Zwecke der Qualitätssicherung weiterentwickelt ([Cording, 1995](#); [Cording et al., 1995](#); [Dilling et al., 1983](#)). Die Basisdokumentation besteht aus einem Aufnahme- und Entlassungsbogen, welche beide verschiedenste Items zur Erfassung u.a. von Alter, Familienstand, Schulabschluss, beruflicher Situation, Dauer des stationären Aufenthaltes sowie den Therapieformen beinhalten. Mit Hilfe dieser Items kann der behandelnde Arzt die Patientensituation vor, während und nach der Behandlung erfassen. Heute wird BADO allen stationären und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland zur Einführung empfohlen ([Arolt et al., 2007](#); [Cording und Gastpar, 1997](#)).

Mit Hilfe von BADO ist es möglich, soziodemographische, biographische und psychiatrisch anamnestiche Daten, sowie Therapieformen und deren Behandlungsergebnisse aufzunehmen und auszuwerten. In einer Studie von [Hübner-Liebermann et al. \(2000\)](#) zeigte sich, dass eine differenzierte Erfassung des therapeutischen Vorgehens Voraussetzung ist für eine genaue Analyse der Prozessqualität und damit für die Interpretation der Ergebnisqualität ([Hübner-Liebermann et al., 2000](#)).

In den Jahren 1999-2004 wurden 518 Patienten mit einer Erkrankung des schizophrenen Formenkreises (ICD-10 Hauptdiagnose F20-29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen stationär aufgenommen. Die Patientendaten wurden mit Hilfe der einheitlichen Basisdokumentation (BADO) erfasst, welche in der

Version von 1996 Anwendung fand. Der Aufnahmebogen umfasste 20, der Entlassungsbogen 30 Items, bei denen zum Teil Mehrfachnennungen möglich waren (siehe Abbildungen A.1 bis A.5 im Anhang). Die BADO-Bögen dieser Patienten wurden digitalisiert und konnten so analysiert und statistisch ausgewertet werden.

Hierbei zeigte sich, dass 21,4% der untersuchten Bögen unvollständig ausgefüllt waren. Eine Vergleichbarkeit mit anderen Kliniken ist daher nur eingeschränkt möglich. In dem hier analysiertem Kollektiv konnte der soziale Status der Patienten umfassend dargelegt werden. Die Untersuchung einer Selbst- und Fremdgefährdung sowie der Suizidalität und eines möglichen Suizidversuchs erbrachte keinen signifikanten Unterschied beider Geschlechter. Spezielle Diagnostik und Pharmakotherapie wurden hingegen nur unzureichend dokumentiert, hier wäre eine ausführlichere und besser an das Krankheitsbild angepasste Dokumentation von entscheidender Bedeutung. Die Schwere der Erkrankung bei Aufnahme, der Therapieverlauf sowie der Therapieerfolg am Ende des stationären Aufenthaltes konnten mit Hilfe der CGI- und GAF-Werte gut dargestellt werden. Auch hierbei fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern, wohl aber eine Korrelation mit der Aufenthaltsdauer. Die Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt konnte ebenfalls ausreichend dokumentiert werden.

Die Analyse der BADO-Dokumentation stellt zum einen die medizinische Versorgung von an Schizophrenie erkrankten und stationär behandelten Patienten umfassend dar, zum anderen fördert diese Analyse jedoch auch die in großem Maße vorhandenen methodischen Mängel der manuellen und subjektiven Datenerhebung zu Tage. Durch zukünftige Revisionen sollte daher eine Behebung der offensichtlichen Mängel der BADO-Dokumentation angestrebt werden. Nur durch eine objektive und umfassende Dokumentation kann BADO als Grundlage für Analysen der stationären medizinischen Versorgung psychiatrischer Patienten dienen. Eine verpflichtende Meldung der so erhobenen Daten im Rahmen von Qualitätsberichten würde sicherlich zu einer Verbesserung der Vollständigkeit der Daten beitragen. Dies würde neben einer internen Qualitätssicherung vor allem eine externe Qualitätssicherung durch Klinikvergleiche ermöglichen. Eine digitalisierte Form der BADO-Dokumentation würde die Auswertung der Datensätze erleichtern

und die wissenschaftliche Analyse, sei es aus gesundheitsökonomischer oder aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht, deutlich vereinfachen.

6 Literaturverzeichnis

- Aleman A, Sommer IE, Kahn RS (2007): Efficacy of slow repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of resistant auditory hallucinations in schizophrenia: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 68, 416-421 (Zitiert auf Seite [11](#))
- an der Heiden W, Häfner H (2007): The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250, 292-303 (Zitiert auf Seite [62](#))
- Anderman B, Griffith RW (1977): Clozapine-induced agranulocytosis: a situation report up to August 1976. *Eur J Clin Pharmacol* 11, 199-201 (Zitiert auf Seiten [10](#) und [67](#))
- Arolt V, Reimer C, Dilling H: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, 6. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2007 (Zitiert auf Seiten [2](#) und [72](#))
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J (1956): Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1, 251-264 (Zitiert auf Seite [5](#))
- Besthehorn M, Tischer B, Glaser P, Mast O, Schmidt D (1999): Repräsentative Studie zur Verteilung schizophrener Patienten auf medizinische Versorgungseinrichtungen in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67, 487-492 (Zitiert auf Seite [5](#))
- Bralet MC, Yon V, Loas G, Noisette C (2000): Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients. *Encephale* 26, 32-41 (Zitiert auf Seite [63](#))
- Braus DF: Schizophrenie - Bildgebung Neurobiologie Pharmakotherapie. Schattauer GmbH Stuttgart 2005. (Zitiert auf Seite [6](#))

- Cantor-Graaer E, Nordström LG, McNeil TF (2001): Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res* 48, 69-82 (Zitiert auf Seite 5)
- Carlborg A, Jokinen J, Jönsson EG, Nordstrom AL, Nördstrom P (2008): Long-term suicide risk in schizophrenia spectrum psychoses: survival analysis by gender. *Arch Suicide Res* 12, 347-35 (Zitiert auf Seite 64)
- Carlborg A, Jokinen J, Nordström AL, Jönsson EG, Nordström P (2010): Attempted suicide predicts suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Nord J Psychiatry* 64, 68-72 (Zitiert auf Seite 64)
- Cording C (1995): Qualitätssicherung mit der Basisdokumentation. In: Haug HJ, Stieglitz RD (Hrsg) *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Enke, Stuttgart, 1995 (Zitiert auf Seiten 2 und 72)
- Cording C, Gastpar M (1997): Stellungnahmen-DGPPN-Empfehlung zur psychiatrischen Basisdokumentation (BADO). *Nervenarzt* 68, 930-931 (Zitiert auf Seiten 2 und 72)
- Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD (1995): Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum Psychiatr Nervenheilkd* 24, 3-41 (Zitiert auf Seiten 2 und 72)
- Crow TJ (1980): Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Br Med J* 280, 66-68 (Zitiert auf Seite 4)
- Delay J, Deniker P (1968): Drug-induced extrapyramidal syndromes. in: *Handbook of clinical neurology* hrsg. v. Vinken DJ, Bruyn GW; North-Holland Publishing Amsterdam 1968 (Zitiert auf Seite 10)
- Delay J, Deniker P, Harl JM (1952): Therapeutic method derived from hibernotherapy in excitation and agitation states. *Ann Med Psychol* 110, 267-73 (Zitiert auf Seite 9)

- Dilling H, Balck G, Bosch G, Christiansen U, Eckmann F, Kaiser KH, Kunze H, Seelheim H, Spangenberg H (1983): Zur psychiatrischen Basisdokumentation. *Nervenarzt* 54, 262-267 (Zitiert auf Seiten [2](#) und [72](#))
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976): The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33, 766-771 (Zitiert auf Seite [18](#))
- Engstrom EJ, Weber MM, Burgmair W (2006): Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin (1856-1926). *Am J Psychiatry* 163, 1710 (Zitiert auf Seite [3](#))
- Falkai P, Wobrock T, Liebermann J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ (2005): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Acute treatment of schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* 6, 132-191 (Zitiert auf Seite [67](#))
- Falkai P, Wobrock T, Liebermann J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ (2006): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Long-term treatment of schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* 7, 5-40 (Zitiert auf Seite [67](#))
- Fleischhacker WW, Hummer M (2006): Pharmakotherapie der Schizophrenie. *Nervenarzt* 77, 77-98 (Zitiert auf Seite [9](#))
- Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM (2002): Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Can J Psychiatry* 47, 833-843 (Zitiert auf Seite [4](#))
- Gross H, Langner E (1996): Das Wirkungsprofil eines chemisch neuartigen Breitbandneuroleptikums der Dibenzodiazepingruppe. *Wien Med Wochenschr* 116, 814-816 (Zitiert auf Seite [10](#))
- Häfner H (2003): Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 28, 17-54 (Zitiert auf Seiten [4](#) und [8](#))
- Häfner H, an der Heiden W (1985): Schizophrenieforschung mit Hilfe psychiatrischer Fallregister. *Fortschr Neurol Psychiatr* 53, 273-290 (Zitiert auf Seite [63](#))

- Häfner H, an der Heiden W (1997): Epidemiology of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 42, 139-151 (Zitiert auf Seite [63](#))
- Häfner H, Riecher A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Strömgen E (1991): Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 59, 343-360 (Zitiert auf Seite [62](#))
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Hambrecht M, Schultze-Lutter F (2003): Modeling the Early Course of Schizophrenia. *Schizophr Bull* 29, 325-340 (Zitiert auf Seite [62](#))
- Hambrecht M, Maurer K, Häfner H (1992): Evidence for a gender bias in epidemiological studies of schizophrenia. *Schizophr Res* 8, 223-231 (Zitiert auf Seiten [4](#) und [5](#))
- Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H (2003): Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychol Med* 33, 97-110 (Zitiert auf Seite [62](#))
- Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganey K, Giel R, an der Heiden W (2001): Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 178, 506-517 (Zitiert auf Seite [11](#))
- Harrison PJ, Owen MJ (2003): Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet* 361, 417-419 (Zitiert auf Seite [5](#))
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G (1994): One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome-literature. *Am J Psychiatry* 151, 1409-1416 (Zitiert auf Seite [8](#))
- Hübner-Liebermann B, Spießl H, Spindler P, Cording C (2000): Verbesserte Erfassung des Behandlungsprozesses mit einer modifizierten BADO. *Krankenhauspsychiatrie* 11, 102-104 (Zitiert auf Seiten [3](#) und [72](#))
- Hübner-Liebermann B, Spießl H, Cording C (2005): Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. *Nervenarzt* 76, 858-862 (Zitiert auf Seite [65](#))

- ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien; 5., durchgesehene und ergänzte Auflage; hrsg. v. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Huber Bern Schweiz 2005 (Zitiert auf Seiten [23](#), [24](#), [25](#) und [86](#))
- ICD-10-GM Version 2010 Systematisches Verzeichnis; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification - Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD-10 des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesens (KKG) (Zitiert auf Seiten [21](#), [22](#), [23](#) und [86](#))
- Jablensky A (2000): Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [250](#), 274-285 (Zitiert auf Seite [4](#))
- Janssen B, Burgmann C, Habel U, Held T, Hoff P, Jänner M, Mecklenburg H, Prüter C, Ruth A, SaßH, Schneider F, Gaebel W (2000): Externe Qualitätssicherung der stationären Behandlung schizophrener Patienten. *Nervenarzt* [71](#), 364-372 (Zitiert auf Seite [62](#))
- Jeste DV, Rockwell E, Harris MJ, Lohr JB, Lacro J (1999): Conventional vs. Newer Antipsychotics in Elderly Patients. *Am J Geriatr Psychiatry* [7](#), 70-76 (Zitiert auf Seite [9](#))
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G (1995): A Brief Mental Health Outcome Scale-Reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* [166](#), 654-659 (Zitiert auf Seite [18](#))
- Korczyn AD, Goldberg GJ (1976): Extrapyramidal effects of neuroleptics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [39](#), 866-869 (Zitiert auf Seiten [10](#) und [67](#))
- Kraepelin E: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, sechste, vollständig umgearbeitete Auflage. hrsg. v. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1898 (Zitiert auf Seite [4](#))

- Lauterbacher S, Möser C: Neuropsychologie der Schizophrenie. in: Neuropsychologie psychischer Störungen; hrsg. v. Lauterbacher S und Gauggel S, Springer Berlin 2004 (Zitiert auf Seite 4)
- Leary J, Johnstone EC, Owens DG (1991): Social outcome. Br J Psychiatry Suppl 13, 13-20 (Zitiert auf Seite 63)
- Leventhal DB, Schuck JR, Rothstein H (1984): Gender differences in Schizophrenia. J Nerv Ment Dis 172, 464-467 (Zitiert auf Seite 5)
- Luborsky L, Bachrach H (1974): Factors influencing clinician's judgements of mental health: Eighteen experiences with the Health-Sickness Rating Scale. Arch Gen Psychiatry 31, 292-299 (Zitiert auf Seite 18)
- Machleidt W, Bauer M, Lamprecht F, Rose HK, Rohde-Dachser C: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 7. aktualisierte Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart 2004 a (Zitiert auf Seiten 6 und 7)
- Machleidt W, Garlipp P, Haltenhof H: Schizophrenie - Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer GmbH Stuttgart 2004 b (Zitiert auf Seite 62)
- Maier W, Lichtermann D, Rietschel M, Held T, Falkai P, Wagner M, Schwab S (1999): Genetik schizophrener Störungen. Neuere Konzepte und Befunde. Nervenarzt 70, 955-969 (Zitiert auf Seiten 5 und 6)
- Margolese HC, Chouinard G, Kolivakis TT, Beauclair L, Miller R (2005): Tardive Dyskinesia in the Era of Typical and Atypical Antipsychotics. Part 1: Pathophysiology and Mechanisms of Induction. Can J Psychiatry 50, 541-547 (Zitiert auf Seite 10)
- Matz R, Rick W, Thompson H, Gershon S (1974): Clozapine-a potential anti-psychotic agent without extrapyramidal manifestations. Curr Ther Res Clin Exp 16, 687-695 (Zitiert auf Seiten 10 und 67)
- McDonald C, Murphy KC (2003): The new genetics of schizophrenia. Psychiatr Clin N Am 26, 41-63 (Zitiert auf Seite 5)

- Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, Lewis G (2007): Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 370, 319-328 (Zitiert auf Seite 5)
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL, Yadam K (1990): Prevalence of Substance Abuse in Schizophrenia: Demographic and Clinical Correlates. *Schizophr Bull* 16, 31-56 (Zitiert auf Seite 5)
- Müller P, Gaebel W, Bandelow B, Köpcke W, Linden M, Müller-Spahn F, Pietzcker A, Tegeler J (1998): Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 69, 204-209 (Zitiert auf Seite 62)
- Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, Mintz J, Bartzokis G (1994): The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 382, 58-64 (Zitiert auf Seite 6)
- Owen MJ, Craddock N, O'Donovan MC (2005): Schizophrenia: genes at last? *Trends Genet* 21, 518-525 (Zitiert auf Seite 5)
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA (1999): Suicidal Behavior in Patients With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Am J Psychiatry* 156, 1590-1595 (Zitiert auf Seite 64)
- Reulbach U, Bleich S (2008): Suicide risk after a suicide attempt. *Br Med J* 337, 2512 (Zitiert auf Seite 64)
- Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM (2004): Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 161, 473-479 (Zitiert auf Seite 63)
- S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. in: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; hrsg. v. DGPPN, Steinkopff-Verlag Darmstadt 2005 (Zitiert auf Seiten 8, 9, 10, 11, 16 und 64)

- Scharfetter C: Emil Kraepelin 1854-1925. in: Schizophrene Menschen-Diagnostik Psychopathologie Forschungsansätze, 5. Auflage; Verlagsgruppe Beltz Julius Beltz GmbH & Co. KG, Weinheim 1999 (Zitiert auf Seiten 3 und 4)
- Schneider K (1957): Primary secondary symptoms in schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr* 25, 487-490 (Zitiert auf Seite 4)
- Silverton L, Mednick SA, Holst C, John R (2008): High social class and suicide in persons at risk for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 117, 192-197 (Zitiert auf Seite 63)
- Snitz B, Daum I (2001): The neuropsychology of schizophrenia: a selectiv review. *Z Neuropsychol* 12, 3-7 (Zitiert auf Seite 4)
- Spießl H, Hübner-Liebermann B, Cording C, Klein HE (2004): Evidenzbasiertes Klinikmanagement auf Grundlage der psychiatrischen Basisdokumentation. *Psychiatr Prax* 31, 9-11 (Zitiert auf Seiten 65, 66 und 68)
- Tharyan P, Adams CE (2005): Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 (Zitiert auf Seite 11)
- Ücok A, Gaebel W (2008): Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview. *World Psychiatry* 7, 58-62 (Zitiert auf Seite 10)
- Velligan DI, Alphas LD (2008): Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment. *Psychiatr Times* 25 (Zitiert auf Seite 4)
- Weißbach HN (2010): Die Versorgungsstruktur von Patienten mit Demenzen anhand der Basis-Dokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades für Zahnheilkunde der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen (Zitiert auf Seiten 59 und 68)
- Wobrock T, Pajonk FG, Falkai P (2004 a): Schizophrenie Teil I. *Neurol Psychiatr* 72, 98-113 (Zitiert auf Seiten 4 und 5)
- Wobrock T, Pajonk FG, Falkai P (2004 b): Schizophrenie Teil II. *Neurol Psychiatr* 72, 164-174 (Zitiert auf Seiten 6, 7, 8 und 86)

Wolfersdorf M. Der Kliniksuzid. In: Faust V: Psychiatrie. Gustav Fischer, Stuttgart 1995, 417-420 (Zitiert auf Seite [64](#))

Zubin J, Spring B (1977): Vulnerability-A New View of Schizophrenia. J Abnorm Psychol [86](#), 103-126 (Zitiert auf Seite [6](#))

7 Abbildungsverzeichnis

3.1	Anzahl der Aufnahmen nach Jahren	26
3.2	Subgruppen der Hauptdiagnose nach ICD-10	29
3.3	Dauer des stationären Aufenthaltes in Tagen	30
3.4	Dauer des Aufenthaltes der einzelnen Subgruppen	31
3.5	Frühere stationäre Behandlung in anderen Psychiatrischen Kliniken	32
3.6	Nichtärztliche Einweisungen/Zuweisung	33
3.7	Ärztliche Einweisungen/Zuweisung	34
3.8	Änderung der Rechtsgrundlage während des Aufenthaltes	35
3.9	maximaler Schulabschluss	37
3.10	maximale Berufsausbildung	38
3.11	berufliche Tätigkeit vor Aufnahme	39
3.12	jemals Suizidversuch	40
3.13	Suizidversuch im Vorfeld der stationären Aufnahme	41
3.14	Suizidalität im Vorfeld der stationären Aufnahme	42
3.15	Akute-Manifeste Suizidalität während des stationären Aufenthaltes	43
3.16	Suizidales Verhalten während des stationären Aufenthaltes	44
3.17	Bedrohungen, Tötlichkeiten im Vorfeld der stationären Aufnahme .	45
3.18	Bedrohung, Tötlichkeiten während des stationären Aufenthaltes . .	46
3.19	Spezielle Diagnostik	47
3.20	Pharmakologische Therapie der untersuchten Patienten	48
3.21	CGI-Werte der Patienten bei stationärer Aufnahme	50
3.22	CGI Werte bei Entlassung	50
3.23	Korrelation der CGI-Werte bei Entlassung (CGI Teil 1) mit der Verweildauer (in Tagen)	51

3.24	Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme anhand der CGI-Werte	52
3.25	Korrelation der Zustandsänderung (CGI Teil 2) mit der Verweildauer (in Tagen)	53
3.26	GAF Werte bei stationärer Aufnahme in die Klinik	54
3.27	GAF-Werte bei Entlassung aus der Klinik	55
3.28	Korrelation der GAF-Werte bei Entlassung mit der Verweildauer (in Tagen)	55
3.29	(Teil-) stationäre Weiterbehandlung	56
3.30	Weiterversorgung	57
3.31	Ambulante Weiterbehandlung und Betreuung	58
4.1	Korrelation der GAF-Werte bei Aufnahme mit der Verweildauer . .	69
4.2	Korrelation der CGI-Werte bei Aufnahme mit der Verweildauer . .	70
A.1	Aufnahmebogen der Basisdokumentation BADO, Seite 1	88
A.2	Aufnahmebogen der Basisdokumentation BADO, Seite 2	89
A.3	Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 1	90
A.4	Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 2	91
A.5	Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 3	92

8 Tabellenverzeichnis

1.1	Diagnostische Leitlinien der Schizophrenie nach ICD-10, aus Wobrock et al. (2004 b) , S. 167	7
2.1	Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme und Entlassung (CGI), aus BADO-Aufnahmebogen, S. 1, Abb. A.5, S. 81	18
2.2	Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme (CGI Teil 2), aus BADO-Entlassungsbogen, S. 1, Abb. A.5, S. 81	18
2.3	Global Assessment of Functioning Scale (GAF), aus BADO-Aufnahmebogen, S. 1, Abb. A.5, S. 81	20
2.4	ICD-10-Diagnosegruppe F, aus ICD-10-GM (2010) , S. 171	21
2.5	ICD-10-Störungen der Diagnosegruppe F2, aus ICD-10-GM (2010) , S. 181 - S. 185	22
2.6	Untergruppen der schizophrenen Störungen nach ICD-10, aus ICD-10-GM (2010) , S. 181 - S. 182	23
2.7	Verlauf der Schizophrenie nach ICD-10, aus ICD-10 (2005) , S. 106	23
2.8	Symptomgruppen für die Diagnose einer Schizophrenie nach ICD-10, aus ICD-10 (2005) S. 104 - S. 105	25
3.1	Qualität der Dokumentation	27

A Anhang: Abb. A.1 - A.5

"Interne Verlegung / Statuswechsel"

Die grau hinterlegten Felder können frei bleiben.

Die grau hinterlegten Felder können frei bleiben.

"Geplante Wiederaufnahme"

Letzte Behandlung

Alles ausfüllen, damit Daten vollständig, falls Pat. wider Erwarten nicht wiederkommt!

Intervall max. 7 Tage

z. B. Verlegung in Somatik (GAT)

Geplante Wiederaufnahme

Die aktuellen Daten eintragen, graue Felder können frei bleiben.

Clinical Global Impressions (CGI)

Teil 1. Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme bzw. Entlassung	Teil 2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme (GAT)
<p>Codierung</p> <p>1 Nicht beurteilbar</p> <p>2 Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal</p> <p>3 Patient ist ein Grenzfalle psychiatrischer Erkrankung</p> <p>4 Patient ist nur leicht krank</p> <p>5 Patient ist mäßig krank</p> <p>6 Patient ist deutlich krank</p> <p>7 Patient ist schwer krank</p> <p>8 Patient gehört zu den extrem schw. u. Kranken</p>	<p>Codierung</p> <p>1 Nicht beurteilbar</p> <p>2 Zustand ist sehr viel besser</p> <p>3 Zustand ist viel besser</p> <p>4 Zustand ist nur wenig besser</p> <p>5 Zustand ist unverändert</p> <p>6 Zustand ist etwas schlechter</p> <p>7 Zustand ist viel schlechter</p> <p>8 Zustand ist sehr viel schlechter</p>

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Beurteilen Sie hier die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher (oder durch Umweltbedingungen bedingter) Einschränkungen sind nicht mit einzubeziehen. Benutzen Sie, wenn angemessen, auch Zwischenwerte, z.B. 45, 68 oder 72.

Code

90	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
70	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliche Schwelchschwächen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, welschwellige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
50	Ernsthaftige Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, unfähig, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z.B. Sprache teilweise unklar, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiären Beziehungen, Urteilvermögen, Denken oder der Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und verweigert in der Schule).
30	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthaftige Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend ineläquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20	Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
11	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
1	

Abbildung A.1: Aufnahmebogen der Basisdokumentation BADO, Seite 1

bado/bop NLKH Würstorf - Weiterempfehle Druck - Stand Nov. 1996

Etikett oder Name, Vorname Aufn. Nr.		
<input type="checkbox"/> Übernahme aus int. Verlegung / Statuswechsel <input type="checkbox"/> Fremder MRV - Patient		
Nichtärztliche Zuweisung A3 (bis zu 3 Angaben) <input type="checkbox"/> 1 Psychologe, nichtärztl. Psychother. <input type="checkbox"/> 2 Psychosozialer Dienst, Beratungsst. <input type="checkbox"/> 3 Suchtberatungsstelle <input type="checkbox"/> 4 Selbsthilfegruppe, Laienhelfer <input type="checkbox"/> 5 Allgemeine Sozialdienste <input type="checkbox"/> 6 Sonstige Beratungsstellen <input type="checkbox"/> 7 Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> 8 Heim <input type="checkbox"/> 9 JVA <input type="checkbox"/> 10 Polizei, Ordnungsamt <input type="checkbox"/> 11 Angehörige, Bekannte <input type="checkbox"/> 12 Zugang ausschl. auf ärztliche Anw. <input type="checkbox"/> 13 Sonstiges (Schulen, Jugendamt) <input type="checkbox"/> 14 Gerichte, Justiz (Gutachten) <input type="checkbox"/> 15 Betreuer (Soweit nicht Angehöriger) <input type="checkbox"/> 16 Patient selbst <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Ärztliche Einweisung A2 (bis zu 3 Angaben) <input type="checkbox"/> 1 Niedergel. prakt. Arzt (Allg. Medizin) <input type="checkbox"/> 2 Niedergel. Psychiater, Psychother., NA <input type="checkbox"/> 3 Sonstiger niedergel. Arzt <input type="checkbox"/> 4 Stat. Einrichtung (Allgemein-KH) nichtpsych. Krankenhaus / Abteilung <input type="checkbox"/> 5 Eigene Institutsambulanz (Poliklinik) <input type="checkbox"/> 6 Fremde psych. Ambulanz (Poliklinik) <input type="checkbox"/> 7 Anderes psychiatrisches KH. / Abt. <input type="checkbox"/> 8 Heimbetreuender psych. Arzt <input type="checkbox"/> 9 Gesundheitsamt (Soz. psych. Dienst) <input type="checkbox"/> 10 Sonstige Ärzte nichtpsych. Ambulanz / Poliklinik <input type="checkbox"/> 11 Andere stat. Suchteinrichtung <input type="checkbox"/> 12 Andere psych. Tagesklinik <input type="checkbox"/> 13 Notarzt (nichtpsychiatrisch) <input type="checkbox"/> 14 Auf eig. Wunsch, ohne ärztl. Einw. <input type="checkbox"/> 15 Sonstiges <input type="checkbox"/> 16 Anderes psychosomatisches / psychotherapeutisches KH. / Abt. <input type="checkbox"/> 17 Psych. Notdienst / Krisendienst <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Körperliche Beeinträchtigung A26 bei Aufnahme <input type="checkbox"/> 1 Nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 2 Schwierigkeiten, leichte Beeintr. <input type="checkbox"/> 3 Notwendigkeit von Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> 4 Notwendigkeit von Hilfsperson <input type="checkbox"/> 5 Abhängigkeit von Hilfsperson <input type="checkbox"/> 6 Weitgehende Unfähigkeit <input type="checkbox"/> 7 Völlige Unfähigkeit <input type="checkbox"/> 99 Unklar
Wohnsituation (1. Wohnsitz) A4 <input type="checkbox"/> 1 Privatwohnung, möbli. Zimmer, WG <input type="checkbox"/> 2 Therapeutische Wohngemeinschaft betreutes Wohnen Einzel / Gruppe <input type="checkbox"/> 3 Psychiatrische Übergangswohnen <input type="checkbox"/> 4 Psych. Wohnheim auch Gerontops. <input type="checkbox"/> 5 Psychiatr. KH, Pflegebereich, Reha. <input type="checkbox"/> 6 Altenpflegeh., Altenheim, Altenwohn. <input type="checkbox"/> 7 Einrichtung für Kinder und Jugendl. <input type="checkbox"/> 8 Sonstige Wohnheime <input type="checkbox"/> 9 JVA <input type="checkbox"/> 10 ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/> 11 Sonstiges <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Maximaler Schulabschluss A6 und gleichwertige Abschlüsse <input type="checkbox"/> 1 Sonderschule <input type="checkbox"/> 2 Hauptschule <input type="checkbox"/> 3 Realschule <input type="checkbox"/> 4 Gymnasium; FOS <input type="checkbox"/> 10 Kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Psychiatrische Diagnosen ZA20 bei Aufnahme (ICD-10) 1 [][][][] 2 [][][][] 3 [][][][] 4 [][][][] 5 [][][][] 6 [][][][]
Maximale Berufsausbildung A7 und gleichwertige Abschlüsse <input type="checkbox"/> 1 Keine, nur angelehrt <input type="checkbox"/> 2 Lehre (mit Berufsschule) <input type="checkbox"/> 3 Fachschule / Meisterschule o. a. <input type="checkbox"/> 9 (Fach-) Hochschule, Universität <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Maximale Berufsausbildung A7 und gleichwertige Abschlüsse <input type="checkbox"/> 1 Keine, nur angelehrt <input type="checkbox"/> 2 Lehre (mit Berufsschule) <input type="checkbox"/> 3 Fachschule / Meisterschule o. a. <input type="checkbox"/> 9 (Fach-) Hochschule, Universität <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Somatische Diagnosen ZA23 bei Aufnahme (ICD-10) 1 [][][][] 2 [][][][] 3 [][][][] 4 [][][][] 5 [][][][] 6 [][][][]
A4 (2-8) Einrichtung: [][][]	Lebt zusammen mit A5 <input type="checkbox"/> 1 allein in Privatwohnung / Institution <input type="checkbox"/> 2 (Ehe-) Partner <input type="checkbox"/> 3 Eltern - (Teil) <input type="checkbox"/> 4 Kind (ern) <input type="checkbox"/> 5 Geschwister <input type="checkbox"/> 6 Anderen Verwandten <input type="checkbox"/> 7 Anderen nicht verwandten Personen <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Beruf. Tätigkeit vor Aufnahme A8 <input type="checkbox"/> 1 Berufstätig - Vollzeit <input type="checkbox"/> 2 Berufstätig - Teilzeit <input type="checkbox"/> 3 Mithelf. Familienangehöriger <input type="checkbox"/> 4 Hausfrau / -mann <input type="checkbox"/> 5 In Ausbildung, Umschulung <input type="checkbox"/> 6 Wehrdienst, Zivildienst <input type="checkbox"/> 7 Beschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> 8 Nie erwerbsfähig <input type="checkbox"/> 9 Frührente, Rentenverfahren <input type="checkbox"/> 10 Altersrente, Pension, Witwenrente <input type="checkbox"/> 11 Anderw. ohne berufl. Beschäftigung <input type="checkbox"/> 12 Reha. Einr. (z. B. RPK) <input type="checkbox"/> 16 Arbeitslos (gemeldet) <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar
Frühere stat. Behandlungen in anderen psych. Kliniken A10 <input type="checkbox"/> 0 Keine <input type="checkbox"/> 1 Eine <input type="checkbox"/> 2 Mehr als eine <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Jahr der ersten stat. psychiatrischen Behandlung A9 <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar Jahr [][][]	Jemals Suizidversuch A18 <input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja, einmal <input type="checkbox"/> 3 Ja, mehr als einmal <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar
Bedrohung, Tätlichkeiten im Vorfeld der Aufnahme A21 <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Manifeste Körperverletzung <input type="checkbox"/> 3 Sachbeschädigung <input type="checkbox"/> 4 Aggr. Verhalten ohne Tätlichkeit <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme A19 <input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme A20 <input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 1 Suizidversuch gesichert <input type="checkbox"/> 4 Parasuizidale Handlung <input type="checkbox"/> 5 Selbstbeschädigung <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar
Datum _____ Unterschrift Arzt / Psychologe _____		Oberarzt _____ Erfassung am Bildschirm _____

Abbildung A.2: Aufnahmebogen der Basisdokumentation BADO, Seite 2

"Interne Verlegung / Statuswechsel"

kann frei bleiben!

Interne Verlegung: z. B. Neurologie

und/oder Statuswechsel: z. B. MRV-Fall

Alig. Psych. KJF

Behandlungsfall Pflegefall/Wiederaufn.

kann frei bleiben!

Die grau hinterlegten Felder können frei bleiben.

"Geplante Wiederaufnahme"

Letzte Behandlung

ausfüllen!

Intervall max. 7 Tage

z. B. Verlegung in Somatik

Geplante Wiederaufnahme

kann frei bleiben!

Alles ausfüllen, damit Daten vollständig, falls Pat. wider erwarten nicht wiederkommt!

Die aktuellen Daten eintragen, graue Felder können frei bleiben.

Clinical Global Impressions (CGI)

Teil 1, Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme bzw. Entlassung	Teil 2, Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Aufnahme
Codierung	Codierung
1 Nicht beurteilbar	1 Nicht beurteilbar
2 Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal	2 Zustand ist sehr viel besser
3 Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	3 Zustand ist viel besser
4 Patient ist nur leicht krank	4 Zustand ist nur wenig besser
5 Patient ist mäßig krank	5 Zustand ist unverändert
6 Patient ist deutlich krank	6 Zustand ist etwas schlechter
7 Patient ist schwer krank	7 Zustand ist viel schlechter
8 Patient gehört zu den extrem schwer kranken	8 Zustand ist sehr viel schlechter

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Beurteilen Sie hier die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen sozialer Gesundheit und Krankheit. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher (oder durch Umweltbedingungen bedingter) Einschränkungen sind nicht mit einzubeziehen. Benutzen Sie, wenn angemessen, auch Zwischenwerte, z.B. 45, 68 oder 72.

Code

90	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z.B. Konzentrationschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
70	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schulschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weilschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
50	Ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, unfähig, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermisst Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20	Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z.B. wiederholte Gewaltnwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafte Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

Abbildung A.3: Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 1

Entlassungsbogen	BADO 2	Etikett oder Name, Vorname Aufn. Nr.	
	Änderung Rechtsgrundlage während Aufenthalt E1 (Mehrfachangaben möglich)	Psychotherapie, Art, Setting E2 (Mehrfachangaben möglich)	Spezielle Diagnostik (durchgef., veranl., auch extern) E10 (Mehrfachangaben möglich)
	<input type="radio"/> 1 Keine Änderung <input type="radio"/> 2 Freiwillig <input type="radio"/> 3 Zwangsw. Zurückhaltung, PsychKG <input type="radio"/> 4 Vormundschaftliche Unterbringung <input type="radio"/> 5 Strafrechtliche Unterbringung §§ 63, 64 StGB <input type="radio"/> 6 Strafprozessuale Unterbringung §§ 81, 126a StPO <input type="radio"/> 7 Sonstige <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	<input type="radio"/> 1 Keine spezif. Psychotherapie <input type="radio"/> 2 Verhaltensther., Cognit. Verf., IPT <input type="radio"/> 3 Tiefenpsychologische Verfahren <input type="radio"/> 4 Systemische (Familien) Therapie <input type="radio"/> 5 Entspannungsverfahren <input type="radio"/> 6 Stützende/strukturierende Verfahren <input type="radio"/> 7 Gesprächstherapie <input type="radio"/> 8 Sonstige	<input type="radio"/> 1 Keine <input type="radio"/> 2 Testpsych. Leistungsdiagnostik <input type="radio"/> 3 Persönlichkeitspsychol. Diagn. <input type="radio"/> 4 Stand. psychopathol. Diagn. <input type="radio"/> 5 Psychiatrische spez. Labordiagnostik <input type="radio"/> 6 EEG u. a. neurophysiol. Diagn. <input type="radio"/> 7 Somatische Konsilien <input type="radio"/> 8 Bildgebende Verfahren, Hirndiag. <input type="radio"/> 9 Liquordiagnostik <input type="radio"/> 10 Sonstige
	Pharmakologische Behandl. E4 (Mehrfachangaben möglich)	Soziotherapie E9 A (Mehrfachangaben möglich)	Akute / manifeste Suizidalität während des Aufenthaltes
	<input type="radio"/> 1 Keine <input type="radio"/> 2 Nur kurzfristige Bedarfsmedikation <input type="radio"/> 3 Neuroleptika <input type="radio"/> 4 Antidepressiva <input type="radio"/> 5 Benzodiazepine <input type="radio"/> 6 Sonstige Hypnotika <input type="radio"/> 7 Lithium <input type="radio"/> 8 Antiepileptika <input type="radio"/> 9 Clomethiazol <input type="radio"/> 10 Antiparkinsonmittel <input type="radio"/> 11 Sonstige psychotrope Med. <input type="radio"/> 12 Somatische Medikamentenbeh. <input type="radio"/> 13 - Clozapin - <input type="radio"/> 14 Methadongestützter Entzug <input type="radio"/> 15 Methadonsubstitution <input type="radio"/> 16 Sonstige	<input type="radio"/> 0 Keine <input type="radio"/> 1 Einbez. Angehörige, Bezugspers. <input type="radio"/> 2 Diagnostik, Sozialanamnese <input type="radio"/> 3 Kostenreg., Unterhaltssicherung <input type="radio"/> 4 Milieutherapie <input type="radio"/> 5 Soz. Kompetenztraining <input type="radio"/> 6 Wiedereingl. Wohn- Arbeitsbereich <input type="radio"/> 7 Außenaktivität <input type="radio"/> 8 Kulturelle, pädagogische Maßn. <input type="radio"/> 9 Sonstige <input type="radio"/> 10 Dolmetscher Einsatz	<input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja
	Besonderheiten bei psychopharm. Behandlung E5 (Mehrfachangaben möglich)	Ergotherapie E9 B (Mehrfachangaben möglich)	Suizidales Verhalten E11
	<input type="radio"/> 1 Entfällt (keine Medikamente) <input type="radio"/> 2 Keine <input type="radio"/> 3 Mangelnde erwünschte Wirkung <input type="radio"/> 4 Erhebliche unerwünschte Wirkung <input type="radio"/> 5 Wechsel Behandlungsstrategie	<input type="radio"/> 0 Keine <input type="radio"/> 1 Beschäftigungstherapie <input type="radio"/> 2 Arbeitstherapie <input type="radio"/> 3 Diagnostik, Rehabilitationsplanung <input type="radio"/> 4 Belastungsprobung <input type="radio"/> 5 Kreat. Behandlungsverf., Kunst, Musik <input type="radio"/> 6 Sonstige	<input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 2 Suizid (auch Ausgang / Urtaub) <input type="checkbox"/> 1 Suizidversuch <input type="checkbox"/> 4 Parasuizidale Handlung <input type="checkbox"/> 5 Selbstbeschädigung <input type="checkbox"/> 99 Unklar
Sonstige somatische Behandlungsformen E6 (Mehrfachangaben möglich)	Körperorient. Behandlung E9 C (Mehrfachangaben möglich)	Bedrohungen, Tätlichkeiten während des Aufenthaltes E12	
<input type="radio"/> 1 Keine <input type="radio"/> 2 Schlafentzug <input type="radio"/> 3 Lichtbehandlung <input type="radio"/> 4 EKT <input type="radio"/> 5 Sonstige	<input type="radio"/> 0 Keine <input type="radio"/> 1 Physiotherapie <input type="radio"/> 2 Krankengymnastik <input type="radio"/> 3 Sporttherapie <input type="radio"/> 4 Psychotherap. orientierte Behandl. <input type="radio"/> 5 Sonstige	<input type="checkbox"/> 0 Keine <input type="checkbox"/> 1 Körperverletzung <input type="checkbox"/> 2 Sachbeschädigung <input type="checkbox"/> 3 Aggressives Verhalten ohne Töt. <input type="checkbox"/> 99 Unklar	
		Fixierungen / Isolierung E14 A	
		<input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 1 Einmalig <input type="checkbox"/> 2 Mehrmals	
Bemerkungen:			

Abbildung A.4: Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 2

Nur bei "interner Verlegung / Statuswechsel" - können graue Felder übersprungen werden

Int. Verlegung/Statuswechs. E15A zu: gültig ab: <input type="checkbox"/> 1 Status "Nichtbehandlungsfall" <input type="checkbox"/> 2 Ggf. eigenes Heim / Rehabereich <input type="checkbox"/> 3 Maßregelvollzug im KHG-Bett <input type="checkbox"/> 4 Ggf. eigener Maßregelvollzugsber. <input type="checkbox"/> 5 Ggf. eigene KIP <input type="checkbox"/> 6 Eigene Allgemeinpsychiatrie <input type="checkbox"/> 7 Ggf. eigene Neurologie <input type="checkbox"/> 8 Ggf. sonst. Behandlung i. MRV-Bett	Körperl. Beeinträchtigung E27 bei Entlassung <input type="checkbox"/> 1 Nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 2 Schwierigk., leichte Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> 3 Notwendigkeit von Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> 4 Notwendigkeit von Hilfsperson <input type="checkbox"/> 5 Abhängigkeit von Hilfsperson <input type="checkbox"/> 6 Weitgehende Unfähigkeit <input type="checkbox"/> 7 Völlige Unfähigkeit <input type="checkbox"/> 99 Unklar	Psychiatrische Diagnosen E23 bei Entlassung (ICD-9) 1 [][][][] 2 [][][][] 3 [][][][]
Entlassungsart E15 <input type="checkbox"/> 1 Reguliär entlassen, verlegt <input type="checkbox"/> 2 Entweichung <input type="checkbox"/> 3 Ausbruch <input type="checkbox"/> 4 Nachträgl. Entl. n. Behandlungsabbr. <input type="checkbox"/> 5 Verstorben, natürlicher Tod <input type="checkbox"/> 6 Verstorben, unklare Todesursache <input type="checkbox"/> 7 Verstorben, Suizid (auch Ausg./Urlaub) <input type="checkbox"/> 8 Verstorben, Unfall, Fremdeinwirkung <input type="checkbox"/> 9 Gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar <input type="checkbox"/> 10 Kurzfristige Rückübernahme geplant	CGI E21 und GAF E22 bei Entlassung [][] [][] [][][] Teil 1 Teil 2	Somatische Diagnosen E24 bei Entlassung (ICD-9) 1 [][][][] 2 [][][][] 3 [][][][]
(Teil)stationäre Weiterbeh. E16A <input type="checkbox"/> 0 Keine, unzutreffend <input type="checkbox"/> 5 Fremde psychiatrische Klinik / TK <input type="checkbox"/> 11 Stat. klin. Rehabilitationsbehandlung <input type="checkbox"/> 12 Somatische KH / Abteilung <input type="checkbox"/> 13 Sonstige	Empfehlung psychopharm. E17 Weiterbehandlung <input type="checkbox"/> 0 Keine <input type="checkbox"/> 1 Vorübergehend, bedarfsweise <input type="checkbox"/> 2 Langzeitbehandlung	Psychiatrische Diagnosen ZE12 bei Entlassung (ICD-10) 1 F [][][][] 2 F [][][][] 3 F [][][][] 4 F [][][][] 5 F [][][][] 6 F [][][][]
Wohnsituation nach Entl. E19 <input type="checkbox"/> 1 Privatwohnung, Zimmer, WG <input type="checkbox"/> 9 JVA <input type="checkbox"/> 10 Ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/> 13 Sonstiges <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Empfehlung spezifische E18 Psychotherapie <input type="checkbox"/> 0 Keine <input type="checkbox"/> 1 Empfehlung Weiterbehandlung	Somatische Diagnosen E25 bei Entlassung (ICD-10) 1 [][][][] 2 [][][][] 3 [][][][] 4 [][][][] 5 [][][][] 6 [][][][]
Lebt zusammen mit ZE6 <input type="checkbox"/> 1 Allein in Privatwohnung / Institution <input type="checkbox"/> 2 (Ehe) - Partner <input type="checkbox"/> 3 Eltern - (Teil) <input type="checkbox"/> 4 Kind (ein) <input type="checkbox"/> 5 Geschwistern <input type="checkbox"/> 6 Anderen Verwandten <input type="checkbox"/> 7 Anderen nicht verwandten Personen <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar	Kompl. Weiterversorgung E16B (Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> 0 Keine, unzutreffend <input type="checkbox"/> 2 Betreutes Wohnen WG / Einzel <input type="checkbox"/> 3 Psych. Übergangswohnheim <input type="checkbox"/> 4 Psych. Dauerwohnheim <input type="checkbox"/> 6 Altersheim, Altenpflegeheim <input type="checkbox"/> 7 Heim für Kinder und Jugendliche <input type="checkbox"/> 14 Eigener Reha / Pflegebereich <input type="checkbox"/> 15 Reha.Einr. med/beruflich (z.B. RPK) <input type="checkbox"/> 16 Amb. Ergotherapie <input type="checkbox"/> 17 Psych. häusliche Krankenpflege <input type="checkbox"/> 18 Tagesstätte <input type="checkbox"/> 19 Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> 20 Sonstiges	Ambulante Weiterbehandlung E16C / Betreuung (Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> 0 Keine, unzutreffend <input type="checkbox"/> 1 Niedergel. Hausarzt (allg. Medizin) <input type="checkbox"/> 2 Niedergel. Psychiater, NA, Ps.ther. <input type="checkbox"/> 3 Sonstiger Facharzt / Poliklinik <input type="checkbox"/> 4 Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> 5 Eigene Institutsambulanz <input type="checkbox"/> 6 Fremde psych. Ambulanz / Poliklinik <input type="checkbox"/> 9 Sozialpsych. Dienst / Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> 10 Sonst. Ärzte, nichtpsych. Amb./Polikl. <input type="checkbox"/> 11 Suchtberatungsstelle <input type="checkbox"/> 12 Psychosoz. Dienst, Beratung <input type="checkbox"/> 13 Allg. soziale Dienste <input type="checkbox"/> 14 Sonstige Beratungsstellen <input type="checkbox"/> 15 Nichtärztl. Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 16 Sonstige <input type="checkbox"/> 99 Unbekannt, unklar
Einrichtungen: 16A [][][] 16B [][][]		
Datum Unterschrift Arzt / Psychologe Oberarzt Soz. Dienst Erfassung am Bildschirm		

Abbildung A.5: Entlassungsbogen der Basisdokumentation BADO, Seite 3

Publikationen

Aus Teilergebnissen dieser Dissertation wurde folgender Vortrag gehalten:

Im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Berlin, 25. - 28. November 2009:

Selbst- und Fremdgefährdung stationärer Patienten mit psychotischen Störungen

Degner D, Miketiuk D, Rüter E, Reulbach U

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. E. Rüther für die Vergabe dieses Themas und Herrn Dr. D. Degner für die Betreuung.

Ein Dank gilt Herrn Rohrborn für seine Unterstützung bei der Akquirierung der Datensätze.

Besonderer Dank gilt Herrn C. Schmitt und Herrn Dr. M. Nischwitz für ihre Hilfe bei der statistischen Auswertung.

Abschließend danke ich meinen Mitdoktoranden Herrn H. Weißbach und Frau L. Hertwig für die inspirierenden und kritischen Diskussionen sowie die gegenseitige Unterstützung.