

Behandlungspfad Schizophrenie: Ergebnisse aus Bochum

Dritter Fortbildungstag
des LWL-Forschungsinstituts für seelische Gesundheit

Dortmund, 17.02.2011

Christine Norra, Myriam Kärber, Georg Juckel

Psychiatrie – Psychotherapie – Präventivmedizin

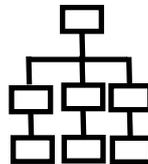
LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum

Übersicht

- Einleitung
- Behandlungspfadprojekt im LWL
- Entwicklung der Pfadlogik und des Schizophreniepfades
- Pfad-Implementierung in Bochum
- Evaluationsstudie in Bochum
- Fazit

Klinische Behandlungspfade und Leitlinien

- Behandlungspfade umfassen den **gesamten Behandlungsprozeß**, sind evidenz-basiert und führen zu einer „Bewußtwerdung“ der Therapieschritte und Therapieentscheidungen.
- Behandlungspfade umfassen alle **relevanten Leitlinien**, sind jedoch **dynamisch** und im Sinne einer **Verhaltenslogik** organisiert, d.h. in der zeitlichen Sequenz der Entscheidungsschritte.
- Obwohl in der Psychiatrie bislang nur wenige Behandlungspfade entwickelt wurden, die über bloße Leitlinienanwendung oder Therapiealgorithmen hinausgehen, stellt dieser methodische Ansatz einen wichtigen Schritt dar, in der gegenwärtigen Situation die **Versorgungsqualität** zu halten/steigern bei sinkenden Ressourcen.

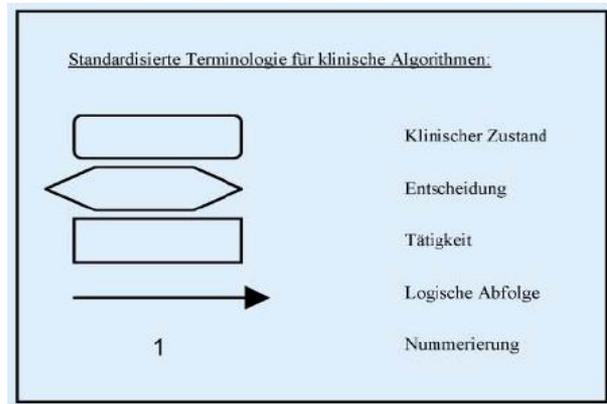


Definition: Klinischer Behandlungspfad (KBP)

Definierter Handlungskorridor für Therapie eines Patienten mit beschreibbarem Symptom/Syndrom/ Krankheitsbild als logistische zielorientierte Ablauforganisation mit Entscheidungsvarianten (alternative Pfadverzweigungen, Teilpfade)

- ⇒ **Listen, die in Schubladen oder Intranet ohne tägliche Anwendung schlummern, helfen nicht:
„Wie im QM muss ein Pfad gelebt werden, allen zur Verfügung stehen, um nachhaltige Veränderungen zu erzielen“**
- ⇒ **Idealerweise in elektronisches Krankenhausinformationssystem eingebunden**

Vorschlag: Behandlungspfade „Suizidalität“ / „Suizidversuch“ von B. Dick et al., Psychosomatik, ZI Mannheim, Nervenarzt 2006 (77), 12-22



Die Entwicklung von Behandlungspfaden erfolgt als schrittweiser Prozess [5, 15, 22, 23]:

1. Themenwahl,
2. Gründung eines interdisziplinären Qualitätszirkels,
3. Leitlinien- und Literaturrecherche, Diskussion und Bewertung nach den Kriterien der „evidence-based medicine“ [14, 20],
4. Definition des Soll-Zustands,
5. Definition des Ist-Zustands,
6. Durchführung einer Barrierenanalyse zur Identifikation förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen des Ist- Soll-Vergleichs,
7. Entwurf des fallbezogenen Behandlungspfads mit Algorithmus,
8. Konsensusverfahren, Festlegung von Verantwortlichkeiten,
9. Ausarbeitung von Algorithmus, Checklisten und ergänzenden Informationen sowie der Volltextversion und ggf. einer Patienteninformation,
10. Pilottest,
11. formale Verabschiedung,
12. Disseminierung, Implementierung,
13. regelmäßige Überarbeitung.

Behandlungspfad-Projekt des LWL- Psychiatrieverbundes I

Leitung der Steuerrunde: Fr. LR Schuhmann-Wessolek
Projektkoordination: K. Stahl, Prof. G. Juckel

2006 Beschluß und Ausschreibung einer
Machbarkeitsstudie: FOGS (Hr. Oliva)/CEUS (Dr. Jaschke)

2006/2007 Machbarkeitstudie (Theorie, Literatur, EDV,...)

2007-10 Hauptstudie, ebenfalls mit FOGS/CEUS
Steuerrunde / Pfadfinder-Gruppe / Projektgruppen pro
Pilotklinik / Casemap-Gruppe / Ressourcen-Gruppe

Behandlungspfad-Projekt des LWL- Psychiatrieverbundes II

Schizophrenie: Bochum (PD Dr. Norra, Prof. Dr. Juckel)

Depression: Dortmund (Hr. Schäfer)

Alkoholentzug: Paderborn (Hr. Magerkurth)

KJP Psychose, Sucht: Hamm (Hr. Calia, Fr. Schmidt)

KJP Essstörungen: Marl-Simsen (Dr. Rahmann)

Demenz: Bochum (PD Dr. Wolf, Prof. Dr. Juckel)

2007/2008ff. Start mit Papier/Bleistift,
dann mit LWL-IT (Hr. Molkenhardt, Hr. Hüffmann)

2008 Zwischenworkshop; Schulungen der Mitarbeiter

2009 Pilotbetrieb und „Scharfstellen“

Behandlungspfad-Projekt des LWL- Psychiatrieverbundes III

2009-2011 Audit durch externe Experten und Evaluation;
Roll-Out (intern und auf andere Kliniken);

Kontroll- und Schwesterkliniken

Schizophrenie: Bochum – Münster - Herten

Depression: Dortmund - Lengerich - Hemer

Alkoholentzug: Paderborn – Warstein - Gütersloh

(KJP Psychose, Sucht: Hamm – Marsberg – Marl-Simsen)

Interne Studie (Bochum) randomisierte Zuweisung
schizophrener Patienten zum Behandlungspfad vs.
Treatment as Usual (TAU) (Pfad- u. Kontrollstation)
(IIT mit freundlicher Unterstützung durch Janssen-Cilag)

Behandlungspfad Schizophrenie

Entwicklung

- Ist-Soll-Abgleich der Arbeitsabläufe bei Schizophreniepatienten
- Pfadvisualisierung und Umsetzung in KIS/casemaps

Implementierung und Probebetrieb

- Wdh. (!) Schulungen
- Stations- und Mitarbeitervisiten, Motivationsarbeit

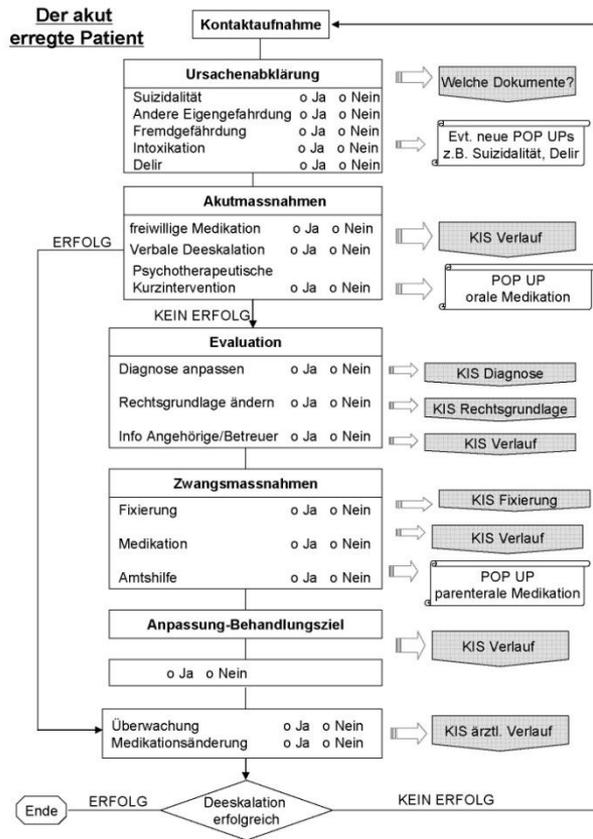
Echtbetrieb und Evaluation

- Pfad-Controlling und fortlaufendes Feedback
- Evaluationsmatrix, Patientenordner mit BADO + Psychometrie

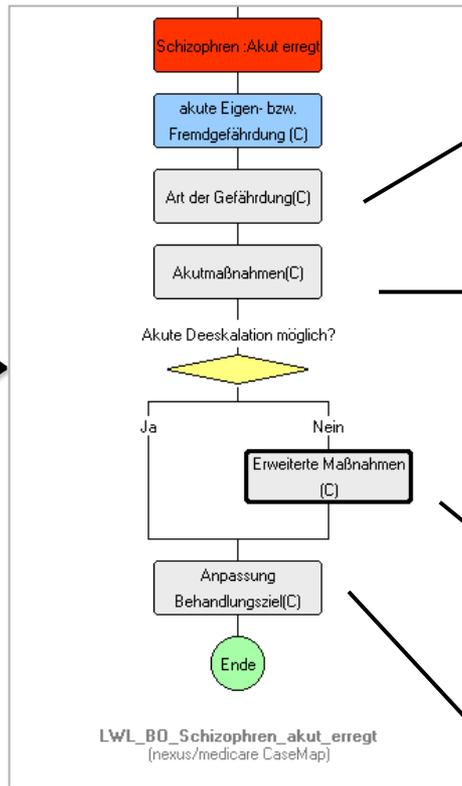
LWL-Projekt: Behandlungspfade in der Psychiatrie

Pfadentwicklung Beispiel Schizophreniepfad: akut erregt

Soll-Ist-Algorithmus



Modul in KIS

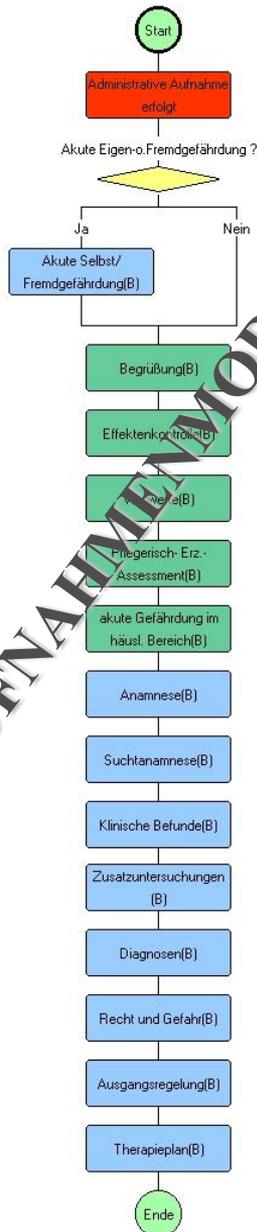


Case Maps

Pop ups

S3-Leitlinie

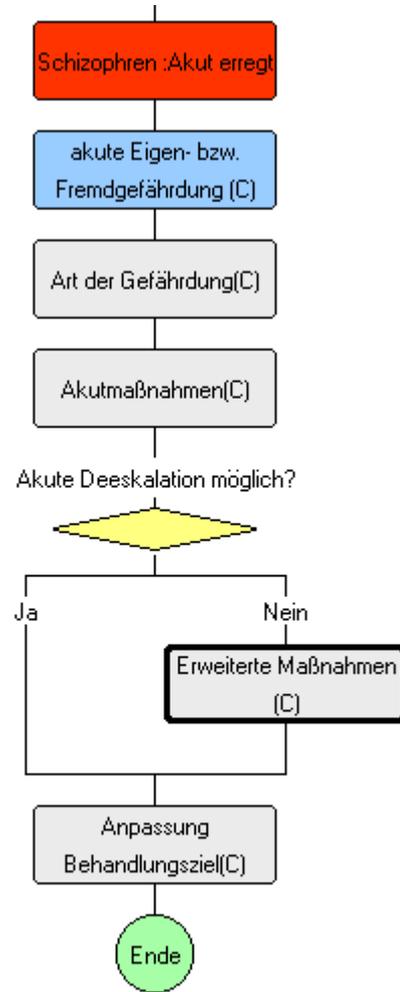
LWL-Projekt: Behandlungspfade in der Psychiatrie



- **Behandlungspfad**
 - besteht aus mehreren Modulen.
- **Module**
 - sind als **Pfadsegmente** zu sehen, die gleichberechtigt unter- bzw. nebeneinander stehen können; z.B. „Teil-Pfad“ Aufnahmemodul
 - klar definierte/formulierte Anfangs- und Endpunkte; innerhalb dieser Module sind Schritte und Entscheidungen definiert.
- Für **CaseMaps**
 - Inhalte sind nach **Berufsgruppen** getrennt aufrufbar.

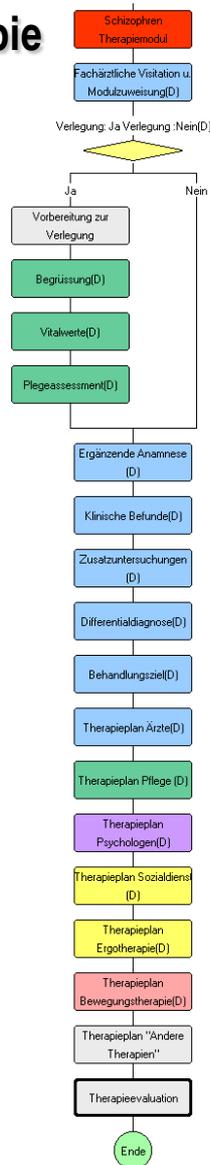
Schizophrenie Behandlungspfad Bochum

Akut



LWL_BO_Schizophren_akut_erregt
(nexus/medicare CaseMap)

Therapie



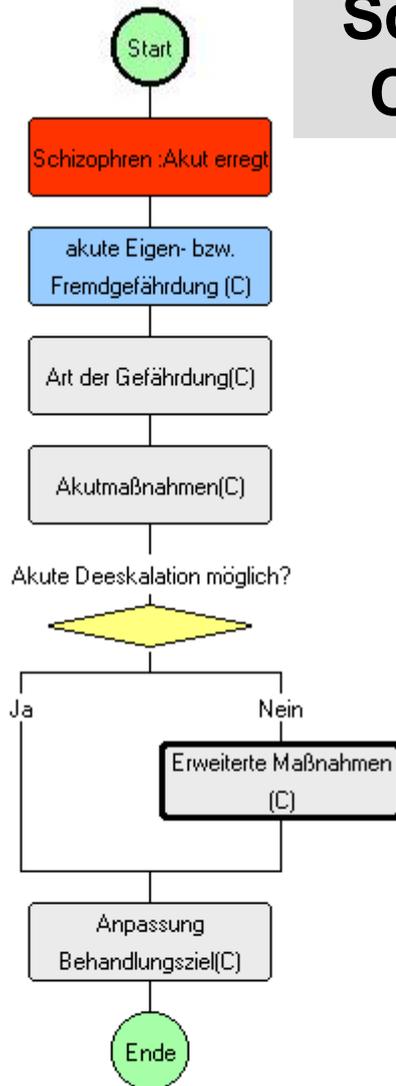
LWL_BO_Schizophren_Therapiemodul_A
(nexus/medicare CaseMap)

Entlassung

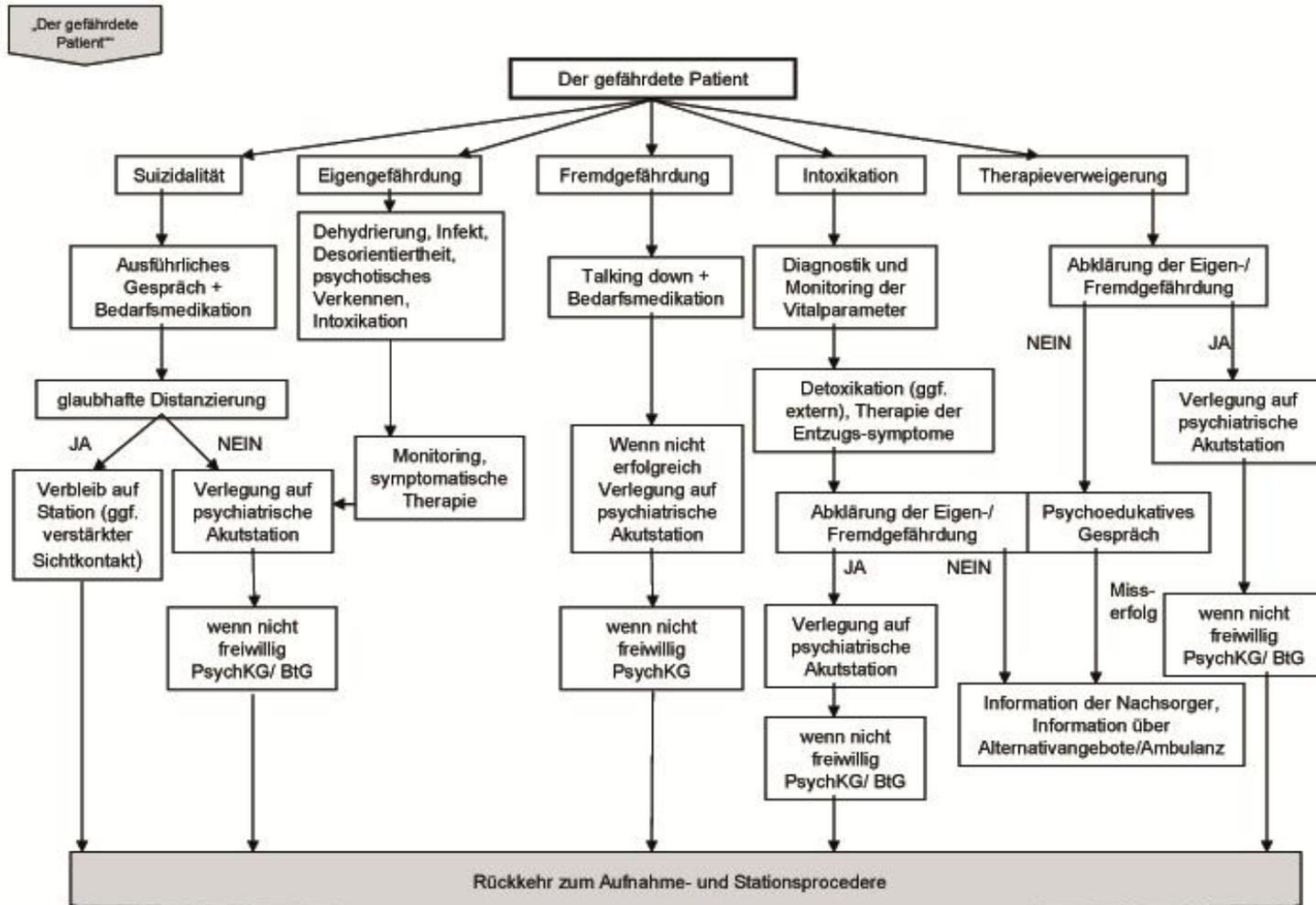


LWL_BO_Schizophren_Entlassung
(nexus/medicare CaseMap)

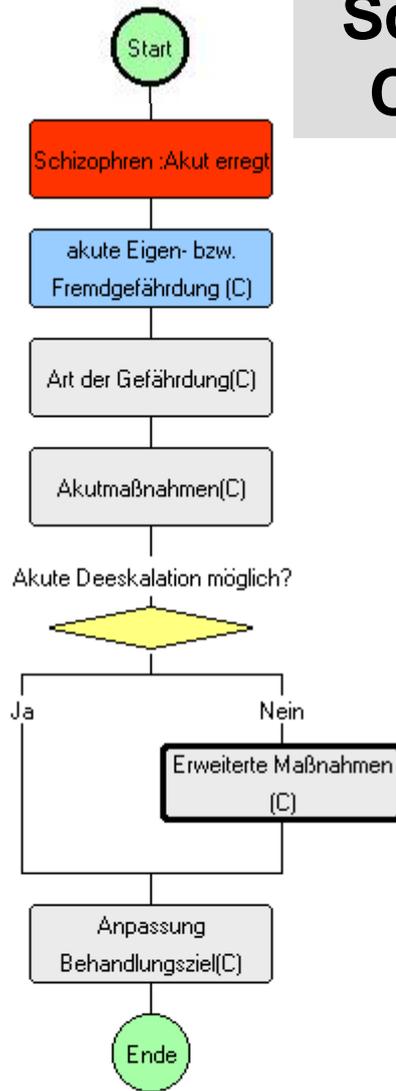
Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Modul akut erregt



LWL_BO_Schizophren_akut_erregt
(nexus/medicare CaseMap)



Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Modul akut erregt



LWL_BO_Schizophren_akut_erregt
(nexus/medicare CaseMap)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

08.10.2008 07:50 (neu)

→ Suizidalität

→ Pflegeinformation Assessment

→ Intoxikation

→ Delir

Gefährdungsart

- Suizidalität ja nein
- Andere Eigengefährdungen ja nein
- Fremdgefährdung ja nein
- Intoxikation ja nein
- Delir ja nein

pflegerisch-erzieherischer Dienst

● Pflegeassessment

letzter Eintrag v. 17.07.2008 14:24

ärztlicher Dienst

Recht und Gefahr
gesetzlicher Betreuer (PDM Maske)
Rechtsgrundlage (PDM Maske)
Angehörige

Wichtiger Hinweis: Eintrag aus Recht und Gefahr als Info in das Stationsmanagement übernehmen



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Aus S3-Leitlinie Schizophrenie:

7.3 | Suizidalität

■ Einschätzung und Vorgehen bei Selbstgefährdung

Risikofaktoren, die sich als starke Prädiktoren suizidalen Verhaltens bei schizophrenen Patienten erwiesen haben, und die in der Einschätzung der Suizidalität berücksichtigt werden sollten, sind:

1. Depressive Symptome
2. Vorherige Suizidversuche
3. Schwere der Erkrankung, insbesondere Halluzinationen und Denkstörung
4. Panikattacken und Angstsymptomatik
5. Inadäquate antipsychotische Medikation
6. Geringe Compliance
7. Wiederholte kurze Krankenhausaufenthalte
8. Hohe prämorbid Intelligenz und größere Einsicht in die Natur der Erkrankung und ihre Konsequenzen
9. Substanzmissbrauch
10. Vorhandensein medikamenteninduzierter Akathisie
11. Frühe Erkrankungsstadien
12. Belastende Lebensereignisse
13. Geringe soziale Unterstützung

(121) Good Clinical Practice.

Während der Akutphase, jedoch auch in der Stabilisierungs- und Erhaltungsphase der Schizophrenie-Behandlung sollte eine kontinuierliche Einschätzung suizidaler Gedanken, Pläne und suizidalen Verhaltens erfolgen. Insbesondere imperative Stimmen, Verfolgungsängste, Fremdbeeinflussungserleben, depressive Symptome und Angstzustände sollten dahingehend überprüft werden, ob sie Auswirkungen auf Suizidgedanken oder selbstschädigendes Verhalten haben. Auch die Vermeidung von Akathisie und anderen belastenden medikamentösen Nebenwirkungen und die Reduktion von Substanzmissbrauch sind anzustreben.

08.10.2008 07:50 (neu)

→ Suizidalität

→ **Pflegeinformation Assessment**

→ Intoxikation

→ Delir

Gefährdungsart

- Suizidalität ja nein
- Andere Eigengefährdungen ja nein
- Fremdgefährdung ja nein
- Intoxikation ja nein
- Delir ja nein

pflegerisch-erzieherischer Dienst

● Pflegeassessment

letzter Eintrag v. 17.07.2008 14:24

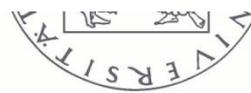
ärztlicher Dienst

Recht und Gefahr
gesetzlicher Betreuer (PDM Maske)
Rechtsgrundlage (PDM Maske)
Angehörige

Wichtiger Hinweis: Eintrag aus Recht und Gefahr als Info in das Stationsmanagement übernehmen



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Assessment

Assessment ist die fortlaufende Sammlung und Bewertung von Informationen aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die eigen- und fremdanamnestischen Angaben bilden die Grundlage zur Pflegediagnosenformulierung.

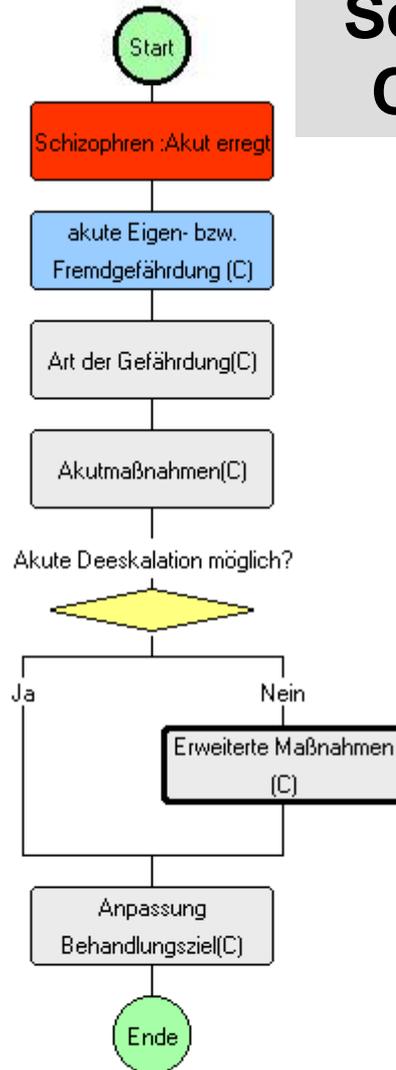
(Hinweis: Im Moment werden Angaben zum Assessment als Freitexteingabe unter den passenden POK-Ebenen formuliert. Hilfen für die Erstellung des Assessments und/oder Textbausteine werden zu einem späteren Zeitpunkt erarbeitet)

In Anlehnung an das WHO Modell werden wir vom **Assessment** reden und nicht von der Informationssammlung oder der Anamnese. Das Fremdwort Anamnese stammt aus dem Griechischen und bedeutet ursprünglich „Erinnerung“. In der Medizin bedeutet es „Vorgeschichte einer Krankheit nach Angaben des Kranken“. Eine Pflegeanamnese wäre damit eigentlich die pflegerische Vorgeschichte und damit ein Begriff, der nicht geeignet ist für eine Einschätzung der aktuellen Situation.“ (Sauter et al., 2004). Um Patientinnen bei der individuellen Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit und deren Folgen im Alltag unterstützen zu können, benötigen die Pflegenden nicht nur Informationen aus der Vergangenheit, sondern es sind auch die gegenwärtige und zukünftige Lebenssituation zu berücksichtigen.

Das Assessment beinhaltet sowohl die kontinuierliche, systematische Sammlung der Informationen als auch deren Einordnung, Analyse, Interpretation, Bewertung und Einschätzung sowie deren Dokumentation. Dabei wird zwischen subjektiven und objektiven Informationen unterschieden. Subjektive Informationen sind diejenigen, die von dem Patienten mitgeteilt werden, d.h. seine Wahrnehmungen und seine Sicht (vgl. Sauter et al., 2004). Unter objektiven Informationen verstehen wir Informationen, die beobachtet, wahrgenommen und gemessen werden können.



Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Modul akut erregt



LWL_BO_Schizophren_akut_erregt
(nexus/medicare CaseMap)

08.10.2008 07:51 (neu)

→ orale Medikation

→ Pflegeinformation "intensive Betreuung"

Maßnahmen

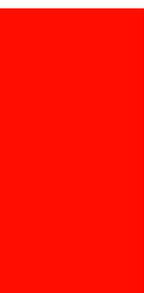
- verbale Deeskalation ja nein
- psychotherapeutische Kurzintervention ja nein
- freiwillige Medikation ja nein
- wdh. Kontaktangebot ja nein

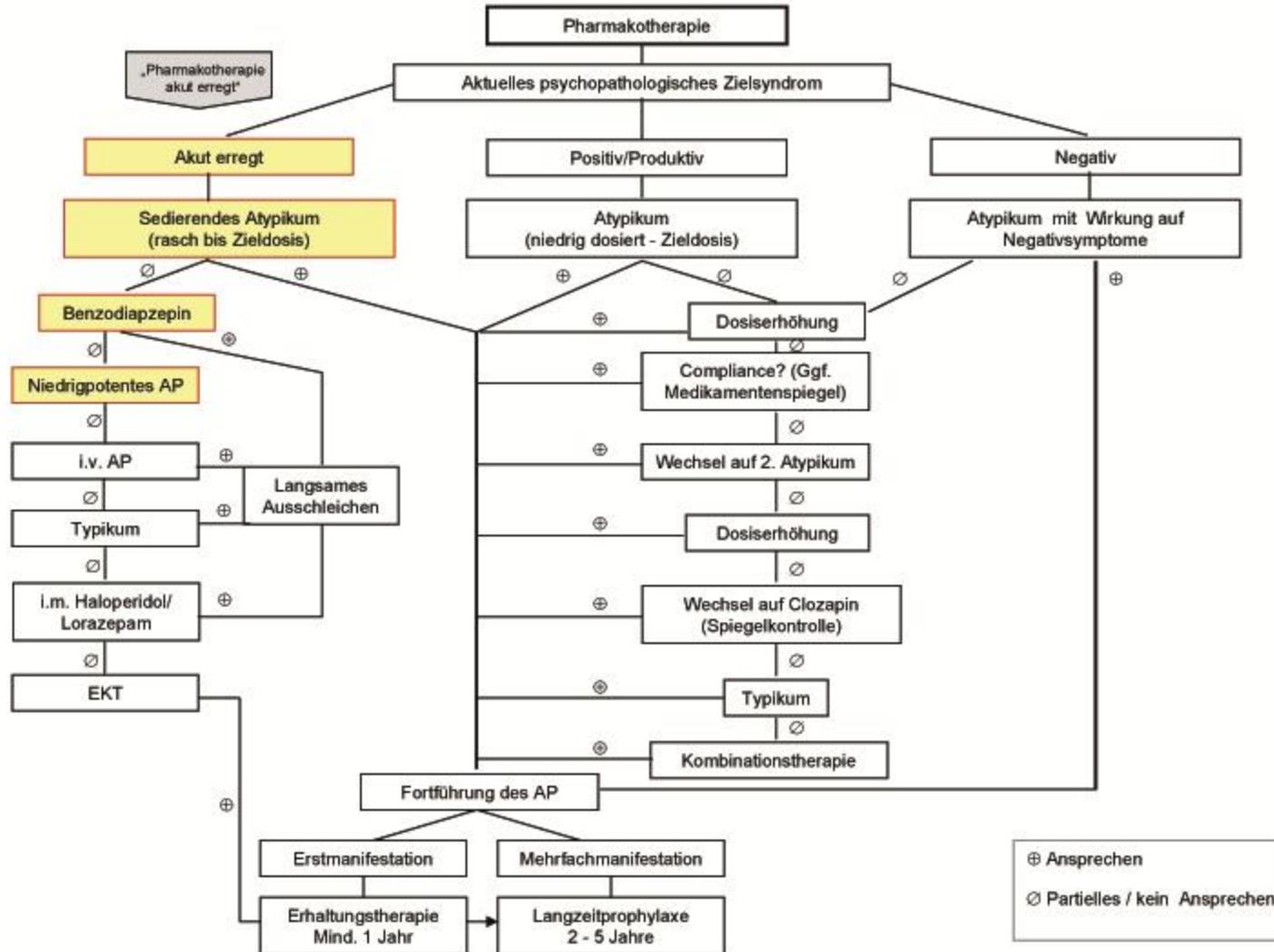
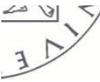
pflegerisch-erzieherischer Dienst

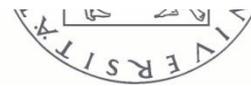
- Pflegeassessment letzter Eintrag v. 17.07.2008 14:24
- Verlaufsbericht Pflege letzter Eintrag v. 17.07.2008 14:24

ärztlicher Dienst

ärztlicherVerlauf







Aus S3-Leitlinie Schizophrenie:

Tabelle 4.1. Empfohlene Dosierung (oral) der Antipsychotika in der Akuttherapie

Substanz	Empfohlene Startdosis (mg/d)	DI ¹	Zieldosis Ersterkrankte (mg/d)	Zieldosis Mehrfach-erkrankte (mg/d)	Höchste empfohlene Dosis (mg/d) ²
Atypika					
■ Amisulprid	200	(1)–2	100–300	400–800	1200
■ Aripiprazol	(10)–15	1	15–(30)	15–30	30
■ Clozapin ³	25	2–(4)	100–250	200–450	900
■ Olanzapin	5–10	1	5–15	5–20	20
■ Quetiapin	50	2	300–600	400–750	750
■ Risperidon	2	1–2	1–4	3–6–(10)	16
■ Ziprasidon	40	2	40–80	80–160	160
Konventionelle Antipsychotika					
■ Fluphenazin	0,4–10	2–3	2,4–10	10–20	20–(40)
■ Flupentixol	2–10	1–3	2–10	10–60	60
■ Haloperidol	1–10	(1)–2	1–4	3–15	100
■ Perazin	50–150	1–2	100–300	200–600	1000
■ Perphenazin	4–24	1–3	6–36	12–42	56
■ Pimozid	1–4	2	1–4	2–12	16
■ Zotepin	25–50	2–(4)	50–150	75–150	450
■ Zudopenthixol	2–50	1–3	2–10	25–50	75

¹ DI (Dosierungsintervall): Empfohlene Verteilung der genannten Gesamtdosis über den Tag – Ein Zeitpunkt = 1, Zwei Zeitpunkte = 2 usw., Höchstdosierungen müssen ggf. auf mehrere Zeitpunkte verteilt werden.

² Höchste zugelassene Dosis nach Angaben der Fachinformationen. Insbesondere bei den neueren Antipsychotika werden jedoch auch in der klinischen Praxis oft höhere Dosierungen verwendet („off-label-use“) und positive Erfahrungen damit (kasuistisch) berichtet.

³ Clozapin wird üblicherweise nicht zur Behandlung von Ersterkrankungen eingesetzt.

08.10.2008 07:51 (neu)

→ orale Medikation

→ Pflegeinformation "intensive Betreuung"

Maßnahmen

- verbale Deeskalation ja nein
- psychotherapeutische Kurzintervention ja nein
- freiwillige Medikation ja nein
- wdh. Kontaktangebot ja nein

pflegerisch-erzieherischer Dienst

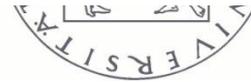
- Pflegeassessment letzter Eintrag v. 17.07.2008 14:24
- Verlaufsbericht Pflege letzter Eintrag v. 17.07.2008 14:24

ärztlicher Dienst

ärztlicherVerlauf

Als Ergebnis eines geführten Dialogs stellen die Unterzeichner im Konsens fest, dass der Patient

Aufkleber



der nachfolgend aufgeführten Form der intensiveren Betreuung für die Zeit von _____ bis _____ bedarf:

- 15minütige Sichtkontrolle
- 30minütige Sichtkontrolle
- 45minütige Sichtkontrolle
- stündliche Sichtkontrolle

- ständige Sichtkontrolle („1:1-Betreuung“)

Die 1:1-Betreuung wird durch folgende Personen übernommen:

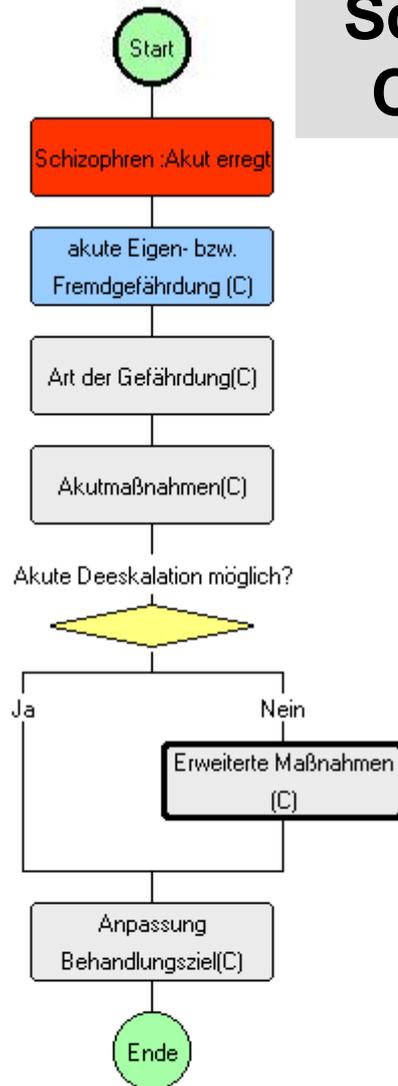
Uhrzeit	Berufsgruppe	Handzeichen
17-18	Pflegedienst	
18-19	Pflegedienst	
19-20	Pflegedienst	
20-21	Pflegedienst	
21-23	Pflegedienst	
23-00	Pflegedienst	
00-02	Pflegedienst	
02-04	Pflegedienst	
04-06	Pflegedienst	
06-08	Pflegedienst	
08-09		
09-10		
10-11		
11-12		
12-13		
13-14		
14-15		
15-16		
16-17		

- sonstiges (z.B. Ausgang in 1:1 Betreuung durch (Berufsgruppe))

Datum/Unterschrift zuständiger Oberarzt/Oberärztin

Datum/Unterschrift zuständige Stationsleitung Pflege
o.V.i.A.

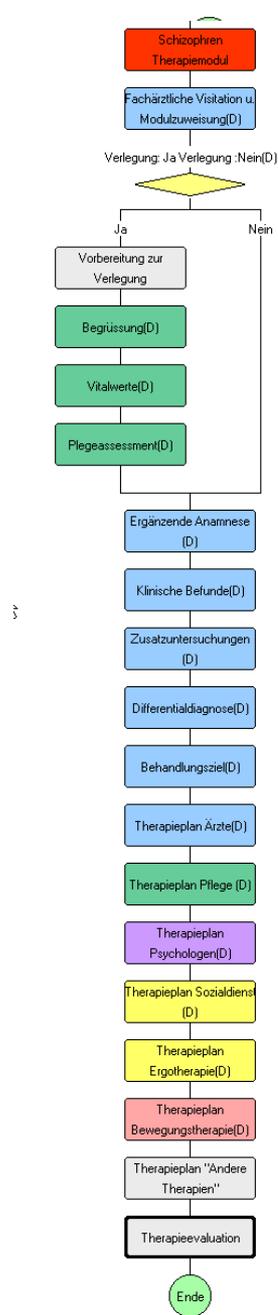
Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Modul akut erregt



LWL_BO_Schizophren_akut_erregt
(nexus/medicare CaseMap)



Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul



Vitalwerte

Cobain, Curt , männlich , 13.03.1965,
Aufnahmedatum: 21.05.2008 09:39, 17/1/ 17115
PsychPV: KoSi bis: ..0

22.10.2008 13:29 (neu)

- Blutdruck/Puls
- Temperatur
- Blutzucker
- Gewicht/Größe

Blutdruck/Puls

- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)

Grund für Wiedervorlage:

Temperatur

- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)

Grund für Wiedervorlage:

Blutzucker

- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)

Grund für Wiedervorlage:

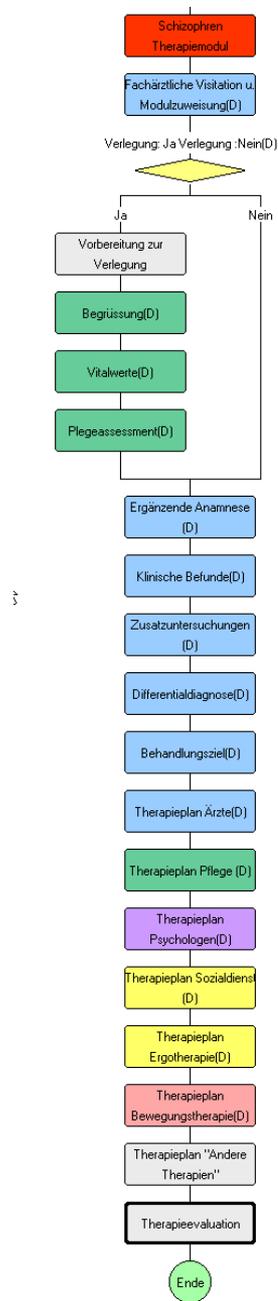
Gewicht/Größe

- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)

Grund für Wiedervorlage:



Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul





➔ Assessment-Instrumente

➔ POK 1 Gesundheit und Krankheit

➔ POK 2 Körper

➔ POK 3 Psyche

➔ POK 4 Sinn und Werte

➔ POK 5 Soziales Leben

➔ Assessment (Report)

● Assessment-Instrumente



i

POK 1 Gesundheit und Krankheit



● Gesundheits- und Krankheitsverhalten ● Krankenhausaufenthalt ● Selbst- und Fremdgefährdung

i

POK 2 Körper



● Ausscheidung ● Bewegung und Mobilität ● Essen und Trinken
● Körperpflege und Kleidung ● Ruhen und Schlafen ● Sexualität / Sexualfunktion
● Vitale- / Sinnesfunktionen

i

POK 3 Psyche



● Antrieb / Psychomotorik ● Kognitive und mentale Funktionen ● Persönlichkeit und Selbstwahrnehmung
● Stimmung / Affekt

i

POK 4 Sinn und Werte



● Lebenssinn und -ziele ● Spiritualität und Kultur ● Sterben

i

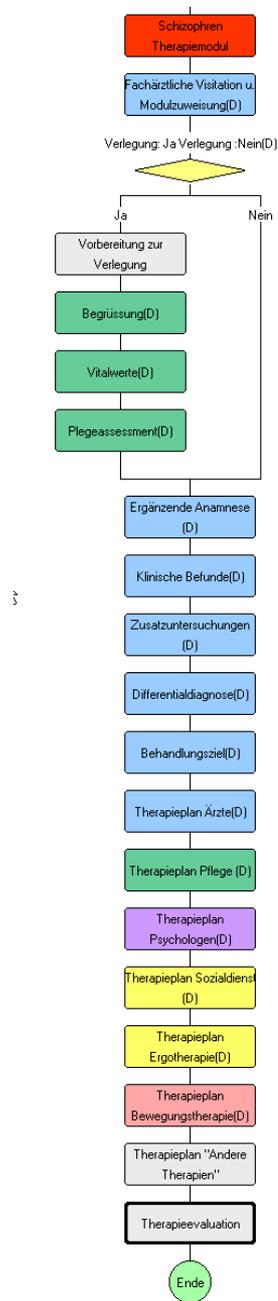
POK 5 Soziales Leben



● Alltagsbewältigung ● Kommunikation ● Lebensbereiche
● Soziale Kompetenz / Sozialverhalten ● Soziales Netz



Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul



Behandlungsdokumentation - Anamneseerhebung

Crumpler, Crude , männlich , 15.09.1968,
Aufnahmedatum: 16.11.2009 10:43, 13/1/
PsychPV: KoSi bis: ..0

- ➔ Voranmeldung und Eintreffen
- ➔ Aktuelle Angaben d. Pat.
- ➔ Psychiatrische Anamnese
- ➔ Neurologische Anamnese
- ➔ Internistische Anamnese
- ➔ Allg. und veg. Anamnese
- ➔ Besonderheiten / Risiken
- ➔ Vorbehandlungen
- ➔ Therapeut. Vorerfahrungen
- ➔ Krankheitskonzept

- ➔ psychischer, internistischer und neurologischer Befund
- ➔ Biographie- / Sozial- / Familienanamnese
- ➔ Fremdanamnese (Ansicht Alteinträge)

Voranmeldung und Eintreffen

Aktuelle Angaben d. Pat.

Psychiatrische Anamnese

Neurologische Anamnese

Internistische Anamnese

Allgemeine und vegetative Anamnese

Besonderheiten/Risiken

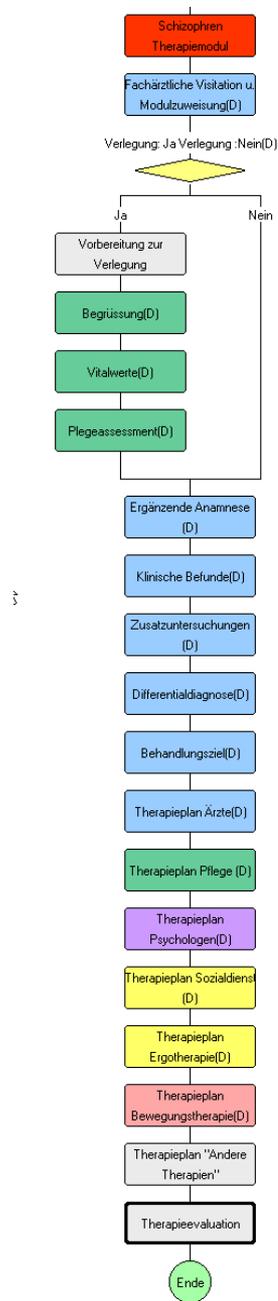
Vorbehandlungen (ErwBado A8, A13)

Therapeutische Vorerfahrungen





Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul





- Psychopathologischer Befund
- Internistischer Befund
- Neurologischer Befund
- Körperliche Beeinträchtigung während des Aufenthalts

Psychischer Befund

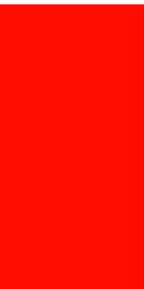
17.07.2008 10:20 (Molkenhardt, Thomas)

Das Bewusstsein ist nicht gestört.
Die Orientierung ist in allen Qualitäten intakt.

Internistischer Befund

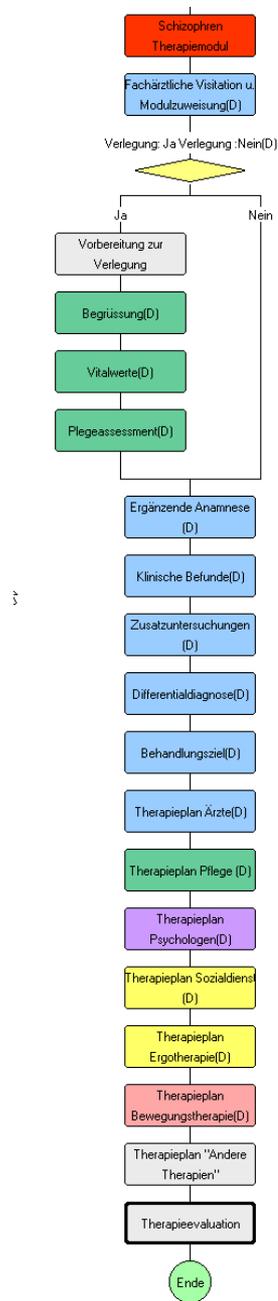
Neurologischer Befund

Körperliche Beeinträchtigung während des Aufenthalts (Erw. BaDo E7)





Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul



Zusatzuntersuchungen

Cobain, Curt, männlich, 13.03.1965,
Aufnahmedatum: 21.05.2008 09:39, 17/1/ 17115
PsychPV: KoSi bis: ..0

H
R
-
V
N
I
N
G

22.10.2008 12:53 (neu)

- Labor
- EKG
- EEG
- radiologische Diagnostik

Labor

- Pat. ist angemeldet
- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)

Grund für Wiedervorlage / nicht notwendig:

EKG

- Pat. ist angemeldet
- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)

welche Art der EKG Untersuchung:

Grund für Wiedervorlage / nicht notwendig:

EEG

- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)
- nicht notwendig

welche Art der EEG Untersuchung:

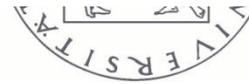
Grund für Wiedervorlage / nicht notwendig:

radiologische Diagnostik

- durchgeführt
- von Pat. abgelehnt
- sonstiger Grund für Wiedervorlage (bitte Grund angeben)
- nicht notwendig

welche Art radiolog. Untersuchung:

Grund für Wiedervorlage / nicht notwendig:



Aus S3-Leitlinie

■ Zusatzdiagnostik

Zur Sicherung der Diagnose und zum Ausschluss von Begleiterkrankungen sollte eine ausführliche Zusatzdiagnostik erfolgen.

(2) Good Clinical Practice.

Bei einer **Erstmanifestation der Schizophrenie** sollte in jedem Fall mindestens durchgeführt werden:

- Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung, ggf. mit testpsychologischer Untersuchung in den Bereichen Exekutivfunktionen, Gedächtnisleistungen und Aufmerksamkeit
- ein Blutbild und Differentialblutbild
- die Bestimmung des C-reaktiven Proteins
- Leberwerte
- Nierenwerte
- TSH
- Drogen-Screening
- eine orientierende strukturelle Bildgebung des Gehirns (CT/MRT).

Ein raumfordernder oder entzündlicher Prozess muss ausgeschlossen werden.

Bei entsprechendem Verdacht sollte ein HIV-Test, eine Lues-Serologie, eine Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, ein EEG, ein EKG, eine Röntgen-Thorax-Untersuchung oder eine spezielle weiterführende bildgebende Diagnostik mittels zerebralem CT oder MRT erfolgen.

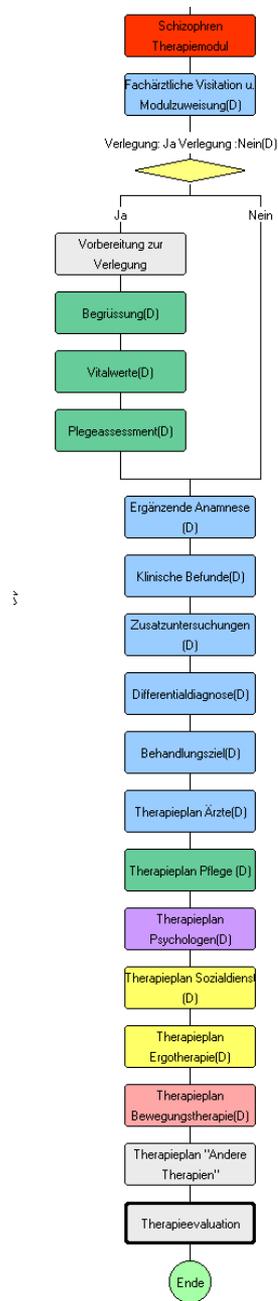
Bei einer **Wiedererkrankung** sollten

- neben der Erhebung eines gründlichen körperlichen Untersuchungsbefundes einschließlich des Körpergewichtes und
- eines Routinelabors
- alle pathologischen Vorbefunde überprüft werden.





Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul





ICD-Erfassung nexus/medicare - Cobain, Curt, 13.03.1965 (700611) [525] - Molkenhardt, Thomas

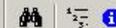
Diagnose/Massnahme Patient Arzt Aufrufe Ansicht Hilfe



WVD: , VD: , GVD: , heute: 155

Infor	Dokutext	Katalogtext	Code	ICD10 Zus.	E.	Referenz
	Einweisung am 21.05.2008 09:39; Station: 17/1 (GP)					
	Aufnahme am 21.05.2008 09:39; Station: 17/1(GP); Art: Stationäre Aufnahme; Grund: Normalfall					
	Verlaufsdokumentation GP am 21.05.2008 09:39					

ICD-10 2008 OPS-2008



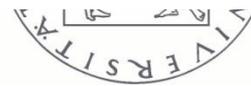
Übernehmen

ICD-10 2008

- A00-B99 : 01. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- C00-D48 : 02. Neubildungen
- D50-D90 : 03. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Im
- E00-E90 : 04. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- F00-F99 : 05. Psychische und Verhaltensstörungen
- G00-G99 : 06. Krankheiten des Nervensystems
- H00-H59 : 07. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- H60-H95 : 08. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
- I00-I99 : 09. Krankheiten des Kreislaufsystems
- J00-J99 : 10. Krankheiten des Atmungssystems
- K00-K93 : 11. Krankheiten des Verdauungssystems
- L00-L99 : 12. Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- M00-M99 : 13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- N00-N99 : 14. Krankheiten des Urogenitalsystems
- O00-O99 : 15. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- P00-P96 : 16. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
- Q00-Q99 : 17. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- R00-R99 : 18. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
- S00-T98 : 19. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
- U00-U99 : 22. Schlüsselnummern für besondere Zwecke
- V01-Y84 : 20. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
- Z00-Z99 : 21. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Aus S3-Leitlinie Schizophrenie:

Die **Leitsymptome** nach ICD-10 für Schizophrenie sind:

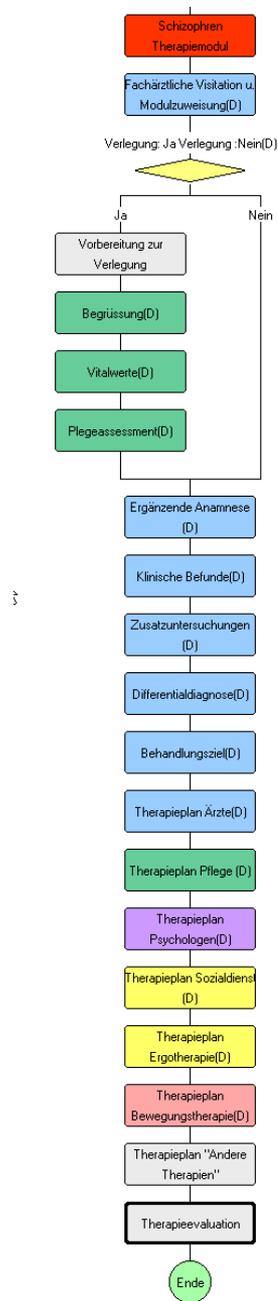
1. Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug, -ausbreitung.
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn).
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität.
6. Gedankenabreißen oder -einschiebungen in den Gedankenfluss.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien, Negativismus oder Stupor.
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekte.

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. Bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.

Die Differentialdiagnose einer schizophrenen Psychose muss zu nicht organischen psychotischen Störungen (schizotype Störungen, induzierte wahnhafte Störung, anhaltende wahnhafte Störung, vorübergehende akute psychotische Störung oder schizoaffektive Störung) sowie organisch bedingten bzw. substanzinduzierten psychischen Störungen erfolgen. 2 bis 5% aller akuten Schizophrenien liegt eine andersartige primäre oder sekundäre Gehirnerkrankung zugrunde.



Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul





23.10.2008 14:34 (neu) [Buttons: Print, Save, Close, Undo, Redo]

- Weitere Hilfedatei
- Hilfe-Datei
- patienten

Maßnahmen

Einzelvisite
 ja nein [Textfeld]

Gruppenvisite
 ja nein [Textfeld]

Oberarztvisite
 ja nein [Textfeld]

Pharmakotherapie
 ja nein [Textfeld]

Psychoedukation (Patient, Angehörige)
 ja nein [Textfeld]

Gesprächstherapie
 ja nein [Textfeld]

sonstige
 ja nein [Textfeld]

Angehörigen-/Betreuergespräche
 ja nein [Textfeld]

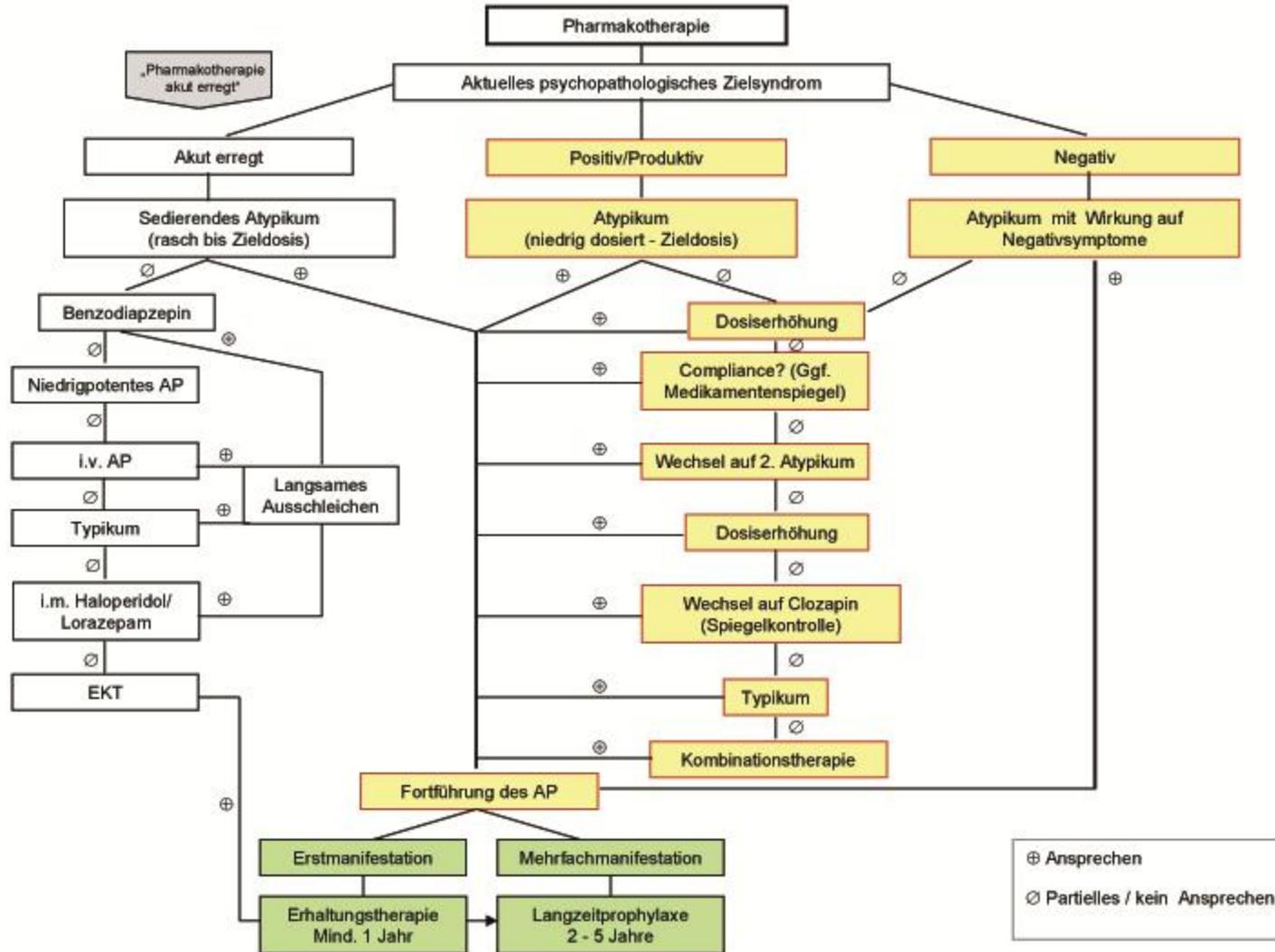
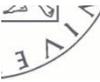
Anträge, Bescheinigungen
 ja nein [Textfeld]

Rating (PANSS, PSP)
 ja nein [Textfeld]

Dokumentation (Verlauf)
 ja nein [Textfeld]

Dokumentationen

ärztlicher Verlauf



⊕ Ansprechen
⊖ Partielles / kein Ansprechen





Tabelle 4.2. Empfohlene Dosierung der Antipsychotika in der Langzeittherapie

Substanz	Patienten mit mehreren Krankheitsepisoden	Höchste Dosis*
Atypika		
■ Amisulprid	100–800	1200
■ Aripiprazol	15–30	30
■ Clozapin	200-550	900
■ Olanzapin	10–20	20*
■ Quetiapin	300–750	750*
■ Risperidon	2–6	16
■ Ziprasidon	80–160	160
■ Risperidon Depot	25–50	50
Konventionelle Antipsychotika		
■ Fluphenazin	3–15	15
■ Flupentixol	2–15	20–(60)
■ Haloperidol	2–20	25–(100)
■ Perphenazin	6–36	56
■ Pimozid	2–8	16
■ Flupentixol Decanoat (mg/2–3 Wochen)	20–60	100
■ Fluphenazin Decanoat (mg/2–4 Wochen)	12,5–50	100
■ Haloperidol Decanoat (mg/4 Wochen)	50–200	300
■ Perphenazin Decanoat (mg/2–4 Wochen)	12–200	200

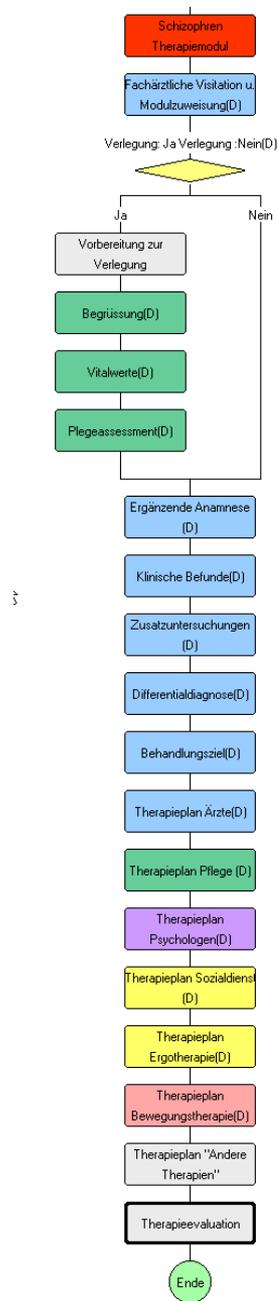
* Höhere Dosierungen werden laut Fachinformation nicht empfohlen, wurden aber unter bestimmten Behandlungsbedingungen (z. B. bei Therapieresistenz) in klinischen Studien verwendet.



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul



 23.10.2008 09:57 (neu) 

[→ Weitere Hilfedatei](#) [→ Hilfe-Datei](#) [→ patienten](#)

Maßnahmen

Pflegeassessment
 ja nein

Prozessblatt für Pflegemaßnahmen
 ja nein

Pflegerischer Verlauf
 ja nein

Evaluation (Termin)
 ja nein

Organisation des Behandlungstages (Therapieband)
 ja nein

Vollständigkeitsprüfung Stammblatt
 ja nein

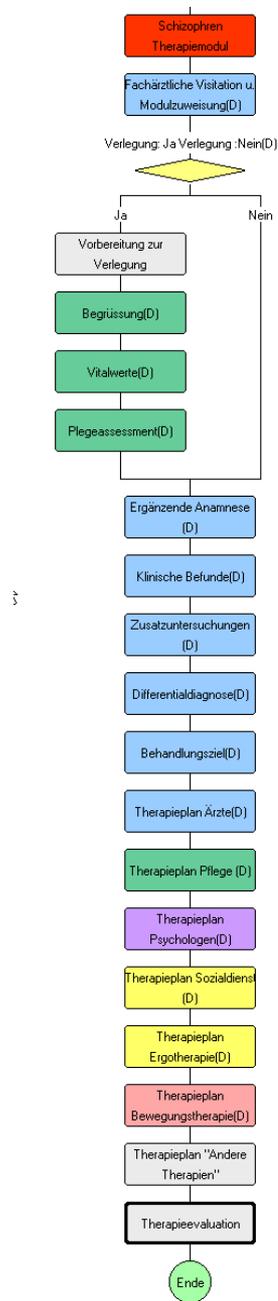
Dokumentationen

Pflegeassessment
Pflegerischer Verlauf





Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul





23.10.2008 09:55 (neu)

- Weitere Hilfedatei
- Hilfe-Datei
- patienten

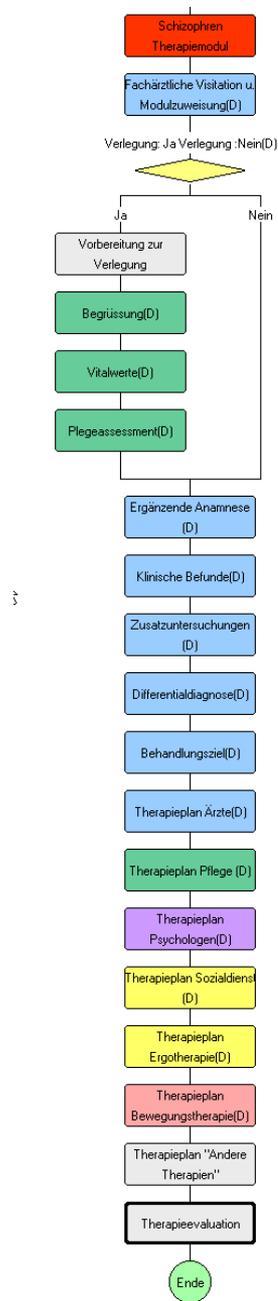
Maßnahmen

- Einzelgespräch-/Beratung
 ja nein
- Gruppengespräch
 ja nein
- Angehörigenberatung
 ja nein
- Hausbesuch
 ja nein
- Außentermin (Arbeitgeber, ARGE; Gericht etc.)
 ja nein
- Vorbereitung Rehabilitation (Anträge, Vorgespräche etc.)
 ja nein
- Sozialpsychiatrische Außenaktivität
 ja nein
- Planung ambulantes Setting (SPD, Tagesstätte etc.)
 ja nein
- Dokumentation (Verlauf)
 ja nein

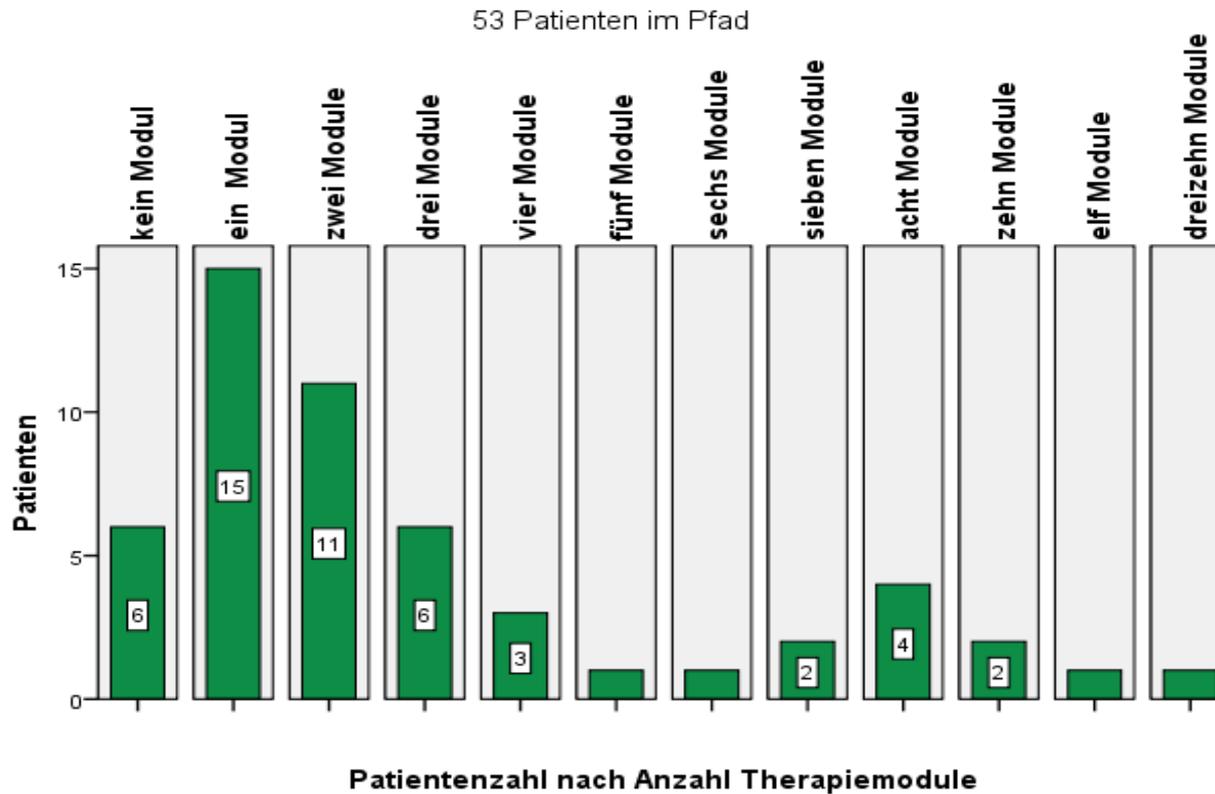
Dokumentationen

- Verlaufsbericht
- Behandlungsplanung
- Therapieplan

Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Therapiemodul



Therapiemodule



Schizophrenie Behandlungspfad

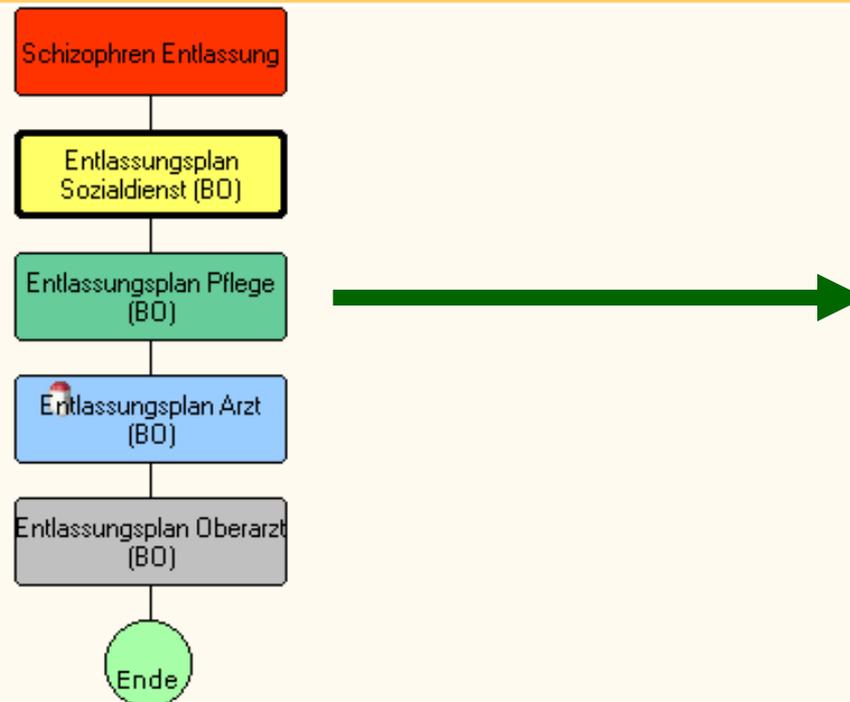
CASE MAPS-Entlassmodul

[← Zurück](#)[Dokumentation](#)[→ Dokumentation zum Umgang mit den CaseMaps](#)Navigation

Mo, 13.09.2010

LWL_BO_Schizophren_Entlassung
(nexus/medicare CaseMap)

Mo, 13.09.2010



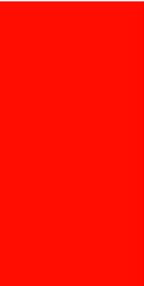
 03.03.2010 14:58 (thomolkeep) 

Dokumentation

pflegerischer Verlauf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Assessment	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Entlassworkflow	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stammblatt (Betreuer/Angehörige)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Checkliste

Info an Angehörige	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Info an Betreuer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Transport geregelt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Workflow Entlassung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein



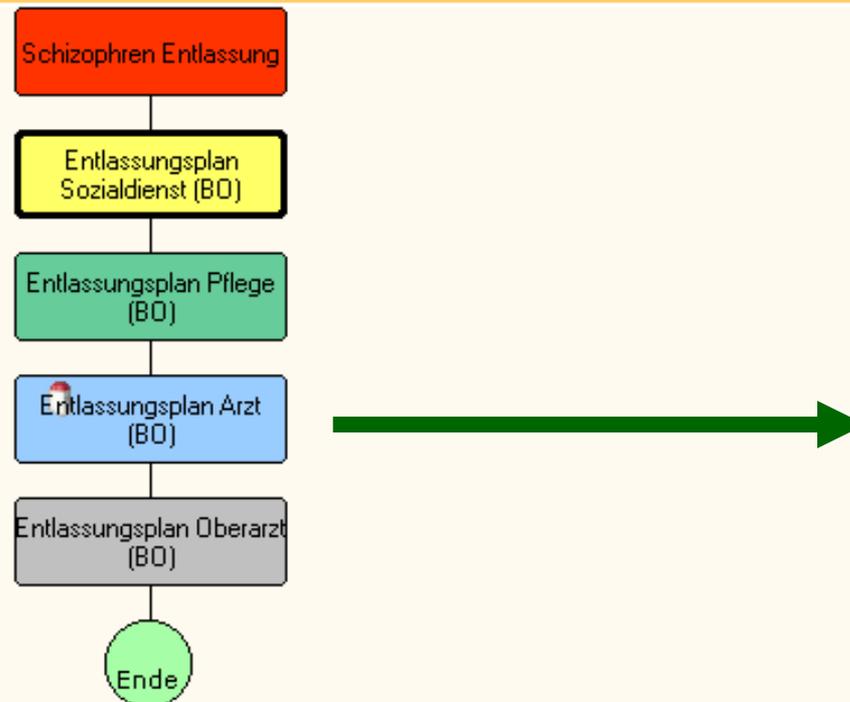
Schizophrenie Behandlungspfad CASE MAPS-Entlassmodul

[← Zurück](#)[Dokumentation](#)[→ Dokumentation zum Umgang mit den CaseMaps](#)Navigation

Mo, 13.09.2010

LWL_BO_Schizophren_Entlassung
(nexus/medicare CaseMap)

Mo, 13.09.2010





Dokumente

➔ Therapieziele in der Remissionsphase

Dokumentation

- ärztlicher Verlauf ja nein
- ICD 10 Diagnosen ja nein
- Vorläufiger Arztbericht ja nein
- Administrative Aufnahmedaten Patient (Arztliste) ja nein
- Recht und Gefahr ja nein
- Bescheinigung stationärer Aufenthalt ja nein

Checkliste

- Abschlussgespräch mit Patienten ja nein
- Rechtsgrundlage geklärt ja nein
- Akute Eigen-/Fremdgefährdung ausgeschlossen ja nein
- Vorläufiger Arztbericht ausgehändigt ja nein
- Info an Weiterbehandler ja nein
- Eingabe Entlassdiagnose ja nein

Schizophrenie Behandlungspfad

CASE MAPS-Entlassmodul

[← Zurück](#)

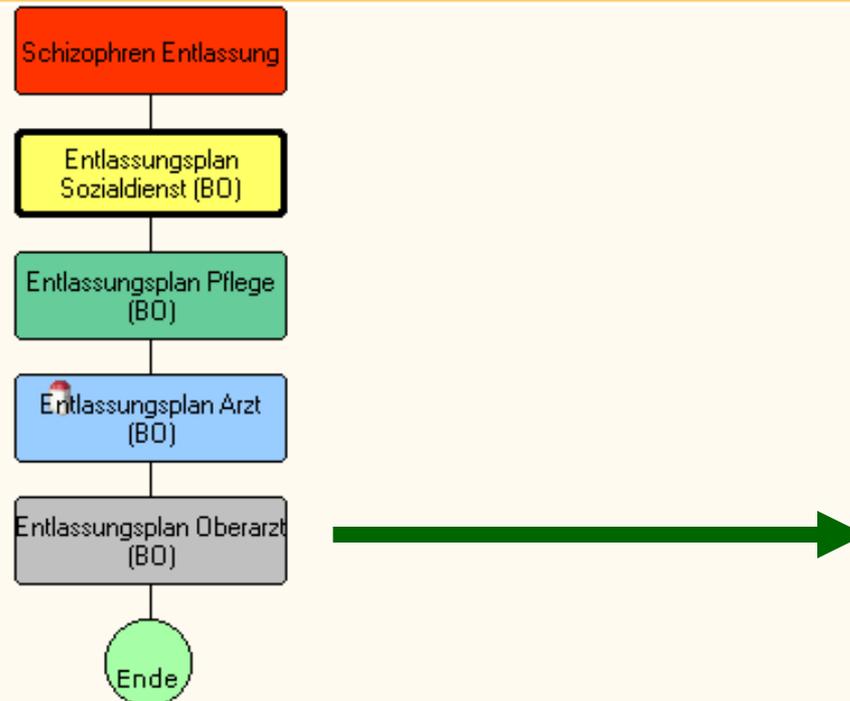
Dokumentation

[→ Dokumentation zum Umgang mit den CaseMaps](#)Navigation

Mo, 13.09.2010

LWL_BO_Schizophren_Entlassung
(nexus/medicare CaseMap)

Mo, 13.09.2010



 13.09.2010 14:16 (neu) 

Dokumentation

ärztlicher Verlauf ja nein

ICD 10 Diagnosen ja nein

Checkliste

Freigabe Entlassdiagnose ja nein

Behandlungspfad Schizophrenie

Entwicklung

- Ist-Soll-Abgleich der Arbeitsabläufe bei Schizophreniepatienten
- Pfadvisualisierung und Umsetzung in KIS/casemaps

Implementierung und Probebetrieb

- Wdh. (!) Schulungen
- Stations- und Mitarbeitervisiten, Motivationsarbeit

Echtbetrieb und Evaluation

- Pfad-Controlling und fortlaufendes Feedback
- Evaluationsmatrix, Patientenordner mit BADO + Psychometrie



FAZ, 10.10.2008

Arbeit im Team ist erfolgreich: Während das Modell „Daniel Düsentrieb“ bei Innovatoren „out“ ist, sind Tick, Trick und Track „in“.

Diskussionspunkte im Alltag

- Zusatzarbeit für Mitarbeiter
 - Dokumentation in KIS (Evaluation)
 - Abstimmung der Zusammenarbeit
- Logistik
 - Kurze Aufenthalte auf der Akutstation
 - Patientenverlegungen intern
- Evaluation
 - Papierbasiert in gesonderten Patientenakten
 - Zeitliche Nähe der Evaluation
 - Einverständniserklärungen der Patienten

Behandlungspfad Schizophrenie

Entwicklung

- Ist-Soll-Abgleich der Arbeitsabläufe bei Schizophreniepatienten
- Pfadvisualisierung und Umsetzung in KIS/casemaps

Implementierung und Probebetrieb

- Wdh. (!) Schulungen
- Stations- und Mitarbeitervisiten, Motivationsarbeit

Echtbetrieb und Evaluation

- Pfad-Controlling und fortlaufendes Feedback
- Evaluationsmatrix, Patientenordner mit BADO + Psychometrie

Evaluationsstudie Schizophreniepfad

- unter Alltagsbedingungen (Kliniken mit Versorgungsauftrag)
- Kontrollgruppendesign zw. LWL-Experimental- vs. LWL- Kontrollklinik
- **Phase 1: Baseline-Erfassung** organisatorisch-struktureller sowie patienten-/behandlungsbezogener Parameter („Kurz-BADO“) in den LWL-Kliniken Bochum und Münster

- **Phase 2: Prä-/Post-Vergleich** (Interventionsstudie)
Evaluation der Schizophreniebehandlung in Bochum

Leitlinien- bzw. Expertenstandards (Leitlinientreue) / Verbesserung der Outcome-Parameter auf Patientenseite / Akzeptanz und Nutzen der Pfadeinführung bei Mitarbeitern / Kosteneffekte etc.

⇒ i.R. des Schizophreniepfades (1. offene Station, ½ geschützte Akutstation)

⇒ „treatment as usual“ (2. offene Station, ½ geschützte Akutstation)

- **Phase 3: Praktikabilität**
Implementierbarkeit (ohne Evaluation) in LWL-Tandemklinik (Herten)

Stichprobe

- Dezember 2010 - Dezember 2011
- **200** Patienten
- **90** ♀ / **110** ♂
- Ø Alter ♀ 44,39 / ♂ 41,3 / alle 42,69 Jahre
- **135** Pat. in Pfadgruppe/ **65** in Kontrollgruppe, verteilt auf drei Stationen
 - Akutstation 2 **38** Pat. (Pfad/KG)
 - offene Stat. 7 **50** Pat. (KG)
 - offene Stat. 8 **112** Pat. (Pfad)

Stichprobe

Status					
	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	anderes
Pfad	90	20	10	3	12
KG	40	16	8	1	0

Status					
	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	anderes
♀	38	32	12	2	6
♂	92	4	6	2	6

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Aufnahme

Wohnen bei Aufnahme							
	allein	m. Familie	bei den Eltern	ohne festen Wohnsitz	Betreutes Wohnen	Wohnheim	andere
Pfad	71	29	14	2	9	7	3
KG	35	17	4	1	3	2	1

Wohnen bei Aufnahme							
	allein	m. Familie	bei den Eltern	ohne festen Wohnsitz	Betreutes Wohnen	Wohnheim	andere
♀	49	33	3	2	1	1	1
♂	57	13	15	1	11	8	3

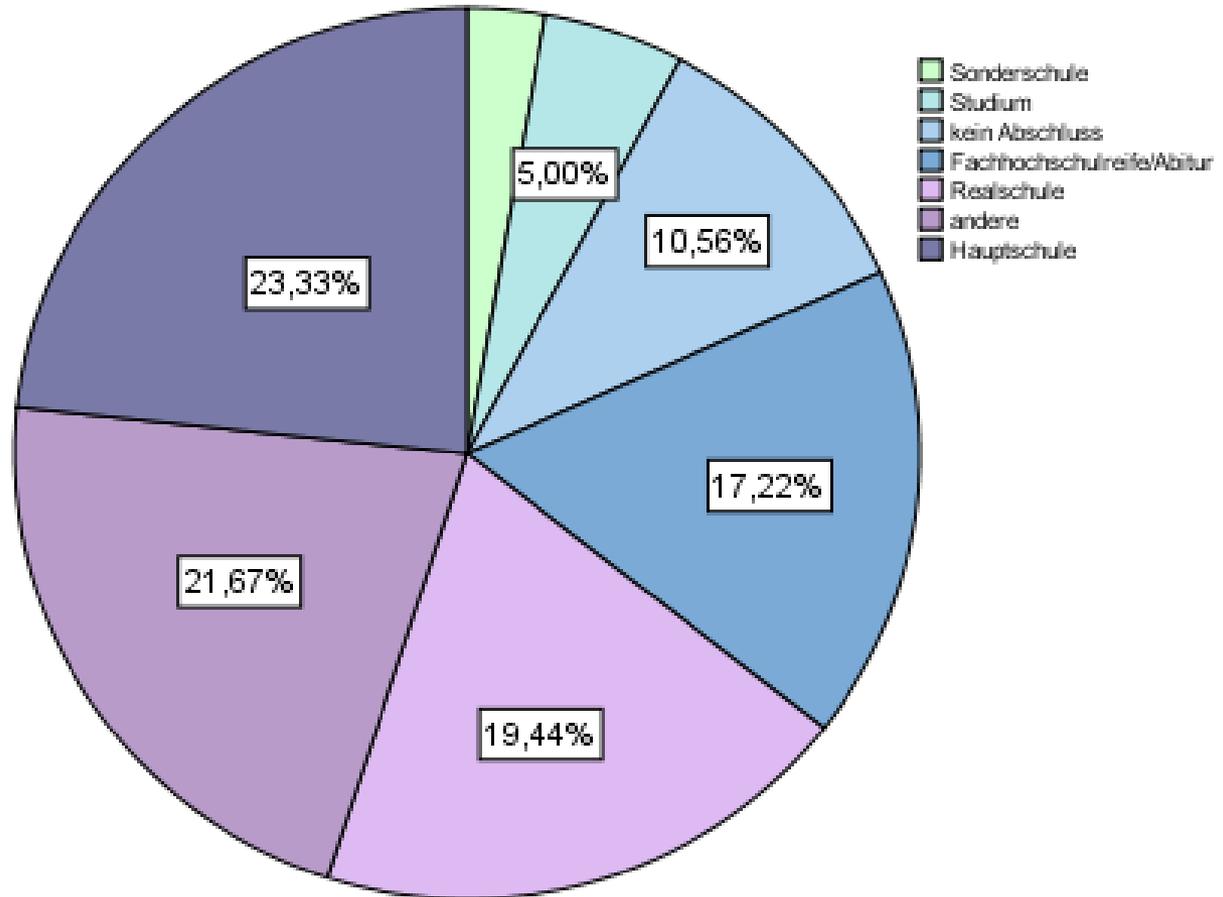
*2 Pat. o. A.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Stichprobe

Höchster Bildungsabschluss (n=200)



Aufnahme

Art der Aufnahme					
	Geplante Aufnahme	Geplant, verspätet	Ungeplant, kein Notfall	Notfall	Gesamt
Pfad	26	0	18	91	135
KG	9	1	5	50	65

Rechtsgrundlage					
	freiwillig	Betreuungsbeschluss	PsychKG	andere	Gesamt
Pfad	100	26	8	1	135
KG	44	10	10	1	65



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Betreuung

Betreuung bei Aufnahme

	Vorhanden	Nicht vorhanden	Gesamt
Pfad	67	68	135
KG	31	34	65

Betreuung bei Entlassung

	Keine Veränderung	Neu beantragt	Erweiterung beantragt	Gesamt
Pfad	116	19(+Aufn=86)	0	135
KG	60	4(+Aufn=35)	1	65



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Aufnahmebefunde

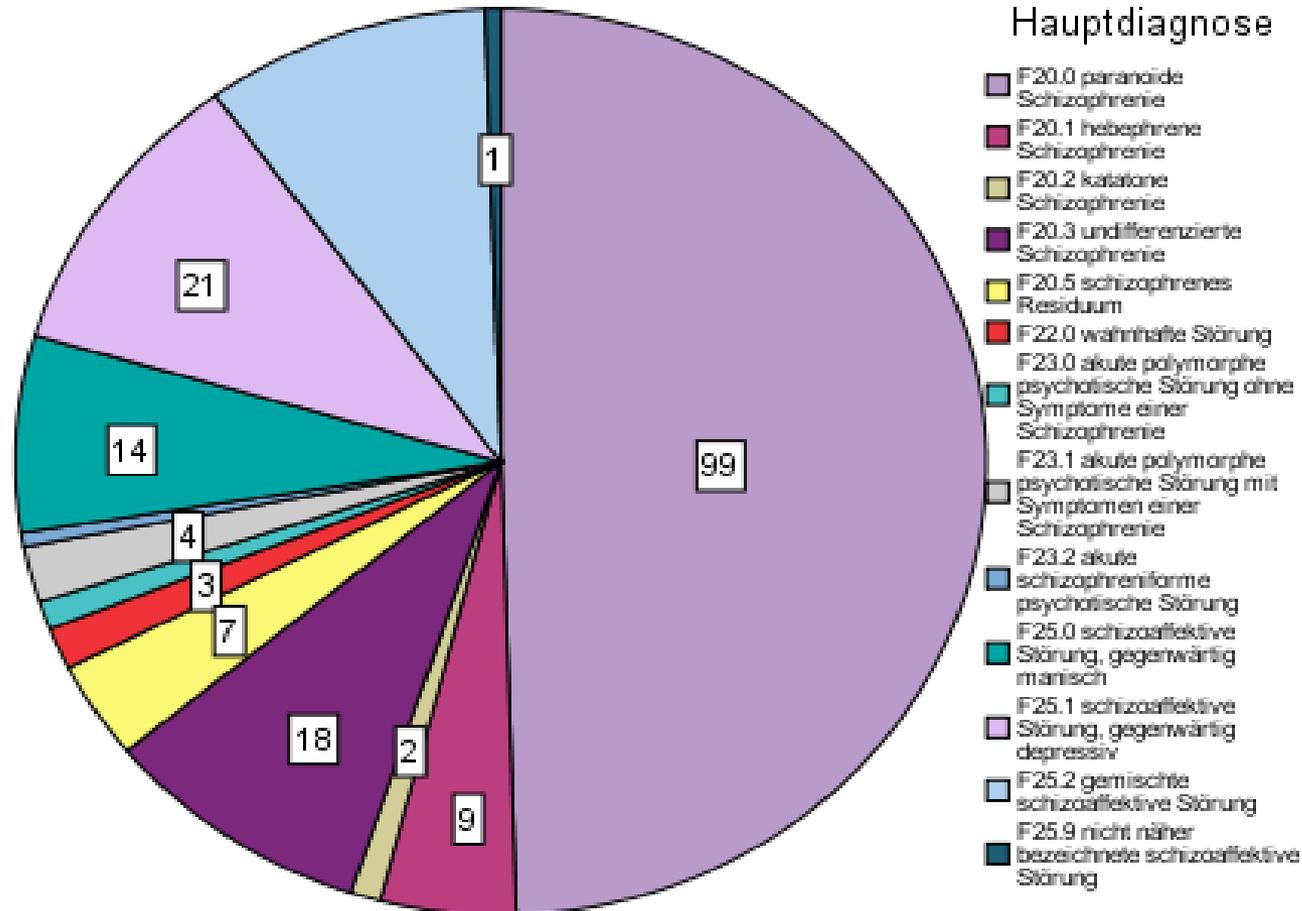
Aufnahmebefunde	Pfad	KG	Gesamt (n=200)
akut	130	63	193
aggressiv	44	20	64
intoxikiert	4	0	4
vormediziert	87	50	137
FA-Vorbehandlung	92	55	147
chronifiziert	21	16	37
produktiv-psychotisch	89	45	134
unmediziert	14	8	22
keine Behandlung	16	4	20
Drogenkonsum	10	3	13

Mehrfachnennungen möglich



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Diagnosen



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

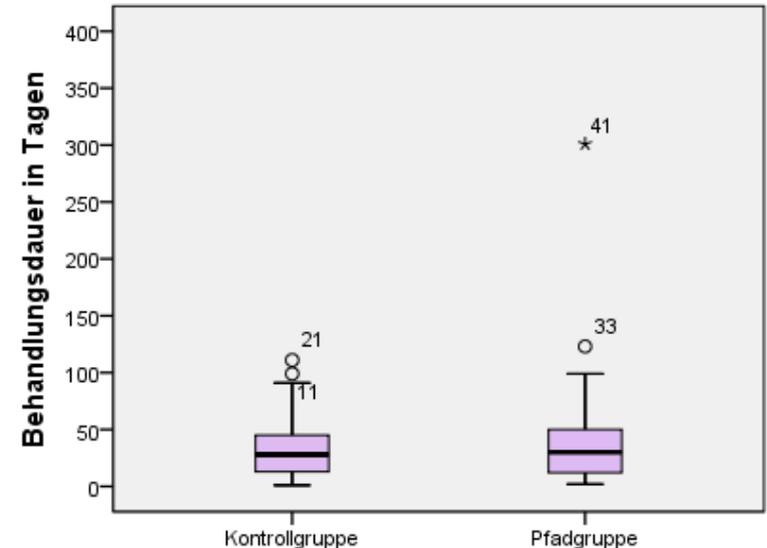
Therapie

Ø Behandlungsdauer (Tage)

- 35,36 Pfad / 32,86 KG
- 37,32♀ / 32,27♂

Ø PsychKG o. BtG (Tage)

- 7,7 Pfad / 8,8 KG
- 10,30♀ / 6,25♂



Therapie: Psychopharmaka

Medikamente	Pfad (n=135)	KG (n=65)	Gesamt (n=200)
Atypische Neuroleptika	104	44	148
Klass. Neuroleptika	18	25	43
Depot Neuroleptika	28	21	49
Niederpotente Neuroleptika	21	8	29
Benzodiazepine	31	20	51
Antikonvulsiva/Phasen.	18	10	28
Antidepressiva	28	9	37
andere	46	35	81

Mehrfachnennungen möglich



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Nicht-medikamentöse Therapie

Nicht-medik. Therapie	Pfad (n=135)	KG (n=65)	Gesamt (n=200)
Psychoedukation	87	30	117
Psychotherapie (Einzel/Gruppe/IPT)	120	54	174
Sozialdienst	83	33	116
Fam.- u. Angehörigengespräche	16	7	23
Bewegungstherapie	83	9	92
Musiktherapie	7	3	10
Ergotherapie	109	53	162
andere	55	31	86

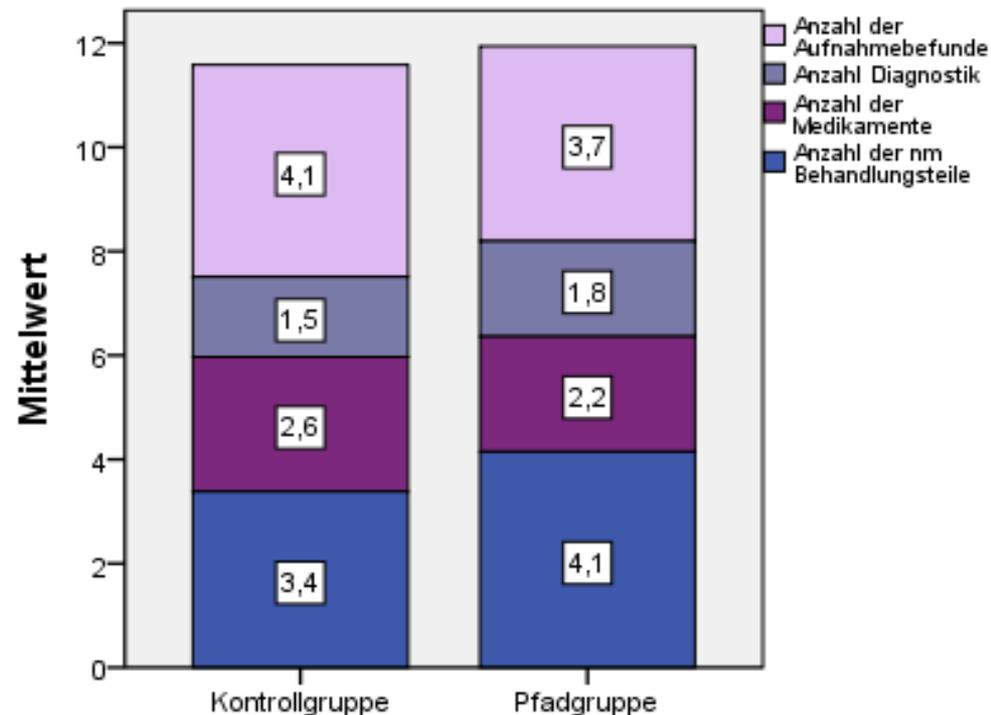
Mehrfachnennungen möglich



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Nicht-medikamentöse Therapie – Anzahl der Maßnahmen pro Patient

Anzahl der nicht-medikamentösen Therapien pro Patient								
	eine	zwei	drei	vier	fünf	sechs	sieben	acht
Pfad	0	7	12	21	33	43	14	5
KG	1	2	12	19	19	11	1	0

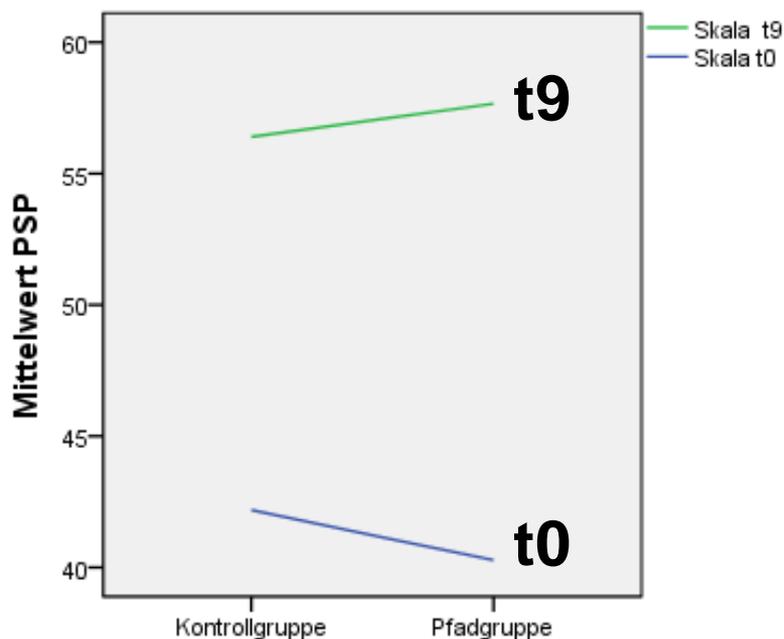


LWL

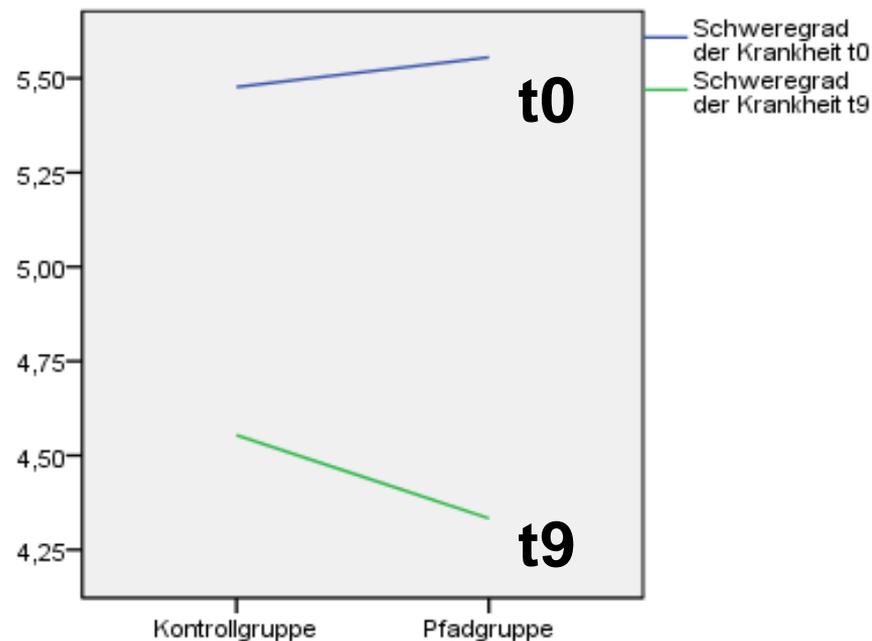
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Ergebnisse: PSP & CGI

Persönliche und soziale Leistungsfähigkeit (PSP)



Klinischer Schweregrad der Erkrankung (CGI)

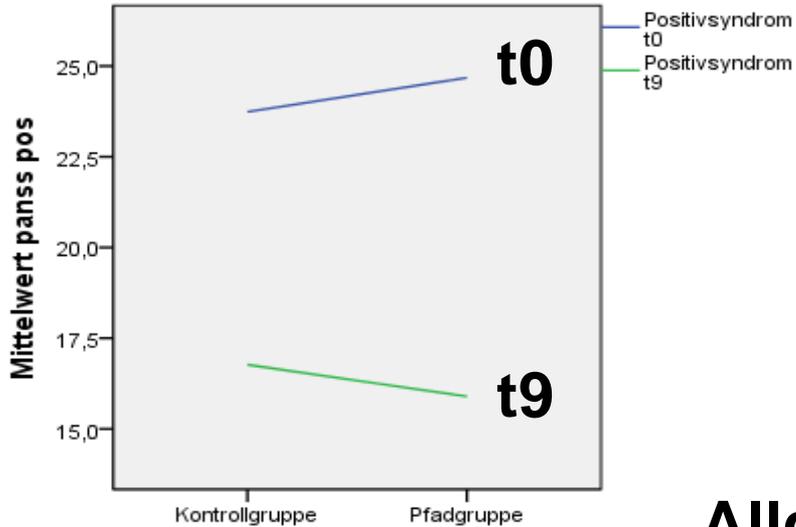


LWL

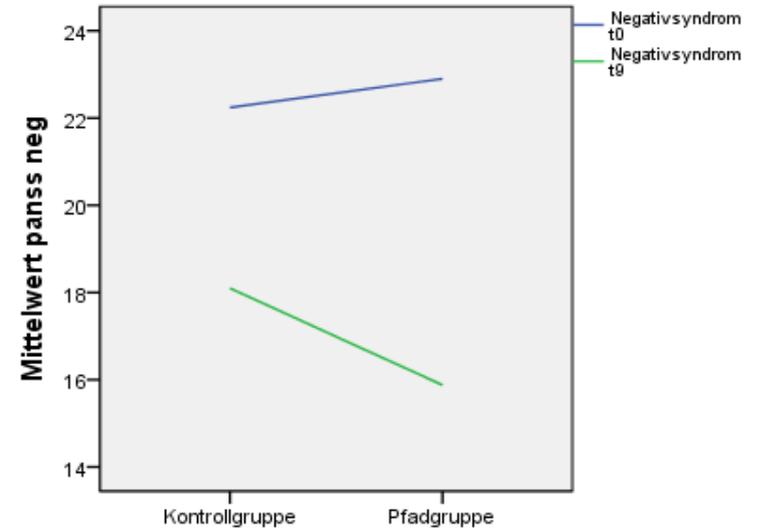
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Ergebnisse: PANSS

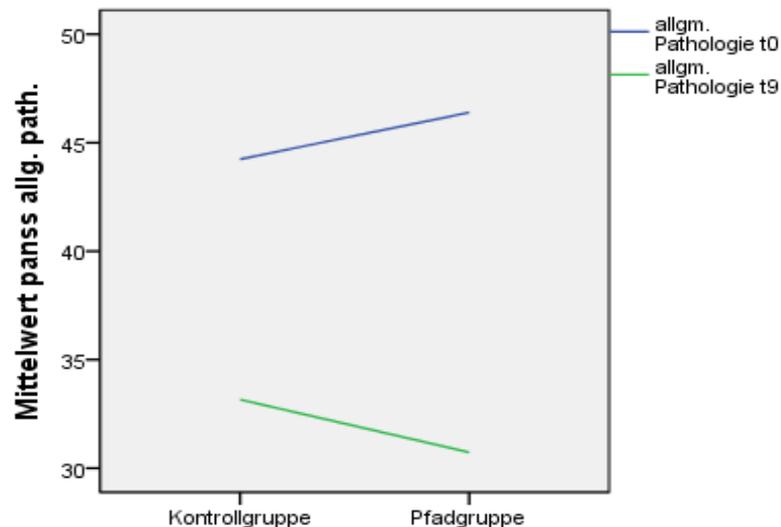
Positiv-Syndrom-Skala



Negativ-Syndrom-Skala



Allgemeine Syndrom-Skala



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Ergebnisse: Statistik

T-Test: gepaarte Differenzen (N=200)				
	MW	SA	t	Signifikanz
PANSS Positivsyndrom t0 - Positivsyndrom t9	8,14	7,98	13,80	P < .000
PANSS Negativsyndrom t0 - Negativsyndrom t9	6,10	7,29	11,62	P < .000
PANSS allgm. Pathologie t0 - allgm. Pathologie t9	14,14	14,0	13,93	P < .000
CGI Schweregrad der Krankheit - Schweregrad der Krankheit	1,10	0,98	15,80	P < .000
PSP Gesamtwert t9 - Gesamtwert t0	-16,36	15,82	-14,61	P < .000

Entlassung

Entlassart								
	Geplant, regulär	Vorzeitig, regulär	Selbst- entlassun g	gegen ärztl. Rat	Diszipli- narische Entlassung	Verlegung	Teil- stationär	sonstige
Pfad	94	6	3	14	3	2	10	3
KG	38	7	5	9	1	3	2	0

Wohnen nach Entlassung					
	unverändert zur Aufnahme	neu: Betreutes W.	neu: Wohnheim	andere	Gesamt
Pfad	126	2	3	4	135
KG	61	1	1	2	65



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Entlassung

geplante Anschlussbehandlung	Pfad (n=135)	KG (n=65)	Gesamt (n=200)
keine / keine Angabe	17	2	53
FA-Behandlung	74	46	120
Institutsambulanz	20	6	26
Hausärzte	4	1	5
kompl. Dienste	1	2	3
amb. Psychotherapie	0	2	2
teilstationär	12	2	14
Rehabilitation	0	0	0
andere	3	4	7



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Aktuelle Bewertung: Wo stehen wir im Pfad?

- Festlegung von Standards, Qualität und Teilschritten
- Optimierte Abstimmung der Teilprozesse aufeinander
- Behandlungsbegleitendes Dokumentationsinstrument
- **Positiver Einfluss auf Behandlungsqualität: primäre Ergebnisparameter, Prozesse**
derzeit vollständige Auswertung der Evaluationsstudie
- Roll-out auf „Schwesterkliniken“ und LWL-Verbund
- Elimination von Software- und Schnittstellenproblemen
- Komplette Integration der Routinediagnostik, Befunde und Therapieberichte in Pfad
- Abweichungs-/ Komplikationsanalysen
- Kostenkalkulation (Regel-, Zusatzleistungen), OPS

Arbeitsgruppe Behandlungspfad Schizophrenie LWL-Universitätsklinikum Bochum

Dr. Ursula Berges
Brigitta Bolsinger
Marion Brand
Alek Cuvalo
Björn Enzi
Tanja Fox
Eva Golloch
Dr. Ida Sybille Haußleiter
Dina Heller
Dr. Jörg Heller
Prof. Dr. Georg Juckel
Myriam Kärber
Thomas Molkenhardt
Helga Murch
Dr. Uta Naumann
PD Dr. Christine Norra
Inga Porella
Dr. Nadja Richter
Willi Verleysdonk
Bettina Weistrop
u.v.a.m.