

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Kaschka

**Vergleichende allgemeinärztliche Statuserhebung bei einer Population chronisch
psychisch Kranker in Rumänien**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin (Dr. med.)
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Nora Maite Volmer-Berthele
geb. in Leimen (Baden-Württemberg)

2008

Amtierender Dekan:
Prof. Dr.Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter:
Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel

2. Berichterstatter:
Prof. Dr. Renate Schepker

Tag der Promotion:
19.11.2009

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

I) Einleitung	1
I.1 Psychiatrie in Rumänien	2
I.2. Beclean e. V.	4
I.3. Morbidität und Mortalität bei schizophrenen Störungen	5
I.4. Fragestellungen	10
I.5. Hypothesen	10
II) Methoden	11
II.1. Ausarbeitung des Fragebogens	11
II.2. Untersuchungsdurchführung	28
II.3. Statistik	29
III) Ergebnisse	30
III.1. Tabellarische Ergebnisdarstellung	30
III.2. Charakteristika der Patienten	33
III.3. Datenvergleich mit der Literatur	37
IV) Diskussion	43
IV.1. Welche Auswirkung hat die Umsiedelung psychisch Kranker in eine heimatnahe Klinik mit Anschluss an ein somatisches Krankenhaus auf deren allgemeinen Gesundheitszustand?	43
IV.2. Wie unterscheiden sich Morbidität und Mortalität der Patienten in Turda und Borsa gegenüber den Daten der Literatur	49
IV.3. Untersuchungsergebnisse in Borsa im Spiegel der infrastrukturellen, lokalen und baulichen Besonderheiten	51
IV.4. Zur hohen Inzidenz somatischer Erkrankungen bei schizophrenen Störungen	53
V) Zusammenfassung	54
VI) Literaturverzeichnis	55
Anhang	63
i. Abbildungsverzeichnis	63
ii. Tabellenverzeichnis	63
iii. Tabellen	64
iv. Fragebogen	67

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
AZ	Allgemeinzustand
Bzw.	Beziehungsweise
bHE	Bakterielle Hauterkrankung
BMI	Body Mass Index
cJ	chronischer Juckreiz
DALYs	disability-adjusted life year (Maßzahl, welche die Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch eine Krankheit erfasst; erstmals 1993 im Weltentwicklungsbericht präsentiert.)
Der.	Dermatology (Dermatologie, medizinischer Fachbereich)
Diabetes mell.	Diabetes mellitus (hier Typ 2)
diss.	disseminiert
EKG	Elektrokardiogram
ENT	Ear, nose, throat (Hals-Nasen-Ohren)
et al.	und Mitarbeiter
EU	Europäische Union
Eur-B+C-Länder	Die 25 Länder mit geringer Kindes- und Erwachsenen-Mortalität beinhalten Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Estland, Georgien, Ungarn, Kasachstan, Kirgisien, Lettland, Litauen, Polen, Moldawien, Rumänien, die Russische Föderation, Serbien und Montenegro, Slowakei, Tadschikistan, Mazedonien, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan, Weißrussland.
Eur-A-Länder	Die 27 Länder mit sehr geringer Kindes- und sehr geringer Erwachsenen-Mortalität werden als Eur-A Länder bezeichnet. Sie bestehen aus Andorra, Österreich, Belgien, Kroatien, Zypern, Tschechien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Island, Irland, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Portugal, San Marino, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz und England. Allerdings sind für Andorra und Monaco die meisten der Daten nicht verfügbar. Somit sind die hier verwendeten Daten die der verbleibenden 25 Länder.
e. V.	eingetragener Verein
F2-Diagnosen	Diagnosen aus dem ICD-10, Überbegriff für „Schizophrenie,

schizotype und wahnhafte Störungen“

GE	Gastroenterology (Gastroenterologie, medizinischer Fachbereich)
GeR	Genitalregion
gPE	generalisierte Pilzerkrankung
HALE	Health-adjusted life expectancy
HbA1c	Hämoglobin A1c, glucosegebundenes Hämoglobin
HIV	Humanes Immundefizienzvirus
HNO	Fachbereich Medizin: Hals-Nasen-Ohren
ICD-10	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen)
K	Kontrollmöglichkeiten
LE	Lebenserwartung
L/F	Läuse/Flöhe
Lit.	Literatur
Lit.-Ü.	Literaturübersicht
LP	Langzeitpatienten
M	männlich
MHD	Malteser Hilfsdienst
Mo.	Morbidität
N	Anzahl
Ne	Neurological
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OP	Operationen
Oph	Ophthalmology (Augenheilkunde, medizinischer Fachbereich)
Paras.	Parasiten
Pat.	Patienten
Path.	pathologisch
n. s.	nicht signifikant
o. ä.	oder ähnliches
QF	Querfinger
QuL	Lebensqualität (Quality of life)
RA	Rumänische Allgemeinbevölkerung
Re	Respiratory (respiratorisch)

reduz.	reduziert
Rh/b	Rheumatology/bone (hier Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder andere das Skelett betreffende Erkrankungen)
Sb	Scabiesbefall
SDR	standardized death rate (standardisierte Todesrate)
STIKO	ständige Impfkommision des Robert Koch Instituts
s. u.	siehe unten
Tbc	Tuberkulose
V. a.	Verdacht auf
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VS	Vergleichsstudie
vs.	versus
W	weiblich
weibl.	weiblich
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
ZfP	Zentrum für Psychiatrie

I. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem somatischen Gesundheitszustand von stationär behandelten psychiatrischen Langzeitpatienten in Rumänien. Es wird untersucht, ob ein verbessertes allgemeinmedizinisches Versorgungssetting Auswirkungen auf deren Gesundheitszustand hat. Nach einer jahrzehntelangen Diktatur und der Verarmung großer Bevölkerungsteile unter der Herrschaft Ceausescus steht Rumänien nach der Öffnung (1989) und Orientierung zur Europäischen Union (Aufnahme als Mitgliedsstaat zum 01.01.2007), vor großen gesellschaftlichen, politischen und insbesondere gesundheitspolitischen Herausforderungen. 2005 trafen sich Vertreter der europäischen Mitgliedsstaaten in Helsinki, um eine „Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit“ abzugeben, die auch die Vertreter Rumäniens unterschrieben (WHO-Konferenz 2005, S. 1). Nun stellt sich die Frage: Bemüht sich der rumänische Staat den Forderungen gerecht zu werden? Wesentliche benannte Aufgabe der europäischen Länder sei die „verstärkte Integration“ psychisch Kranker in die Gesellschaft. Der Aufbau von gemeindenahen Diensten wird mit dem Ziel gefordert, „die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen in großen Anstalten zu ersetzen“ (WHO-Konferenz 2005, XI, S. 5). Als weitere Aufgaben werden die „Durchsetzung von Maßnahmen zur Beendigung inhumaner und entwürdigender Versorgung“ (WHO-Konferenz 2005, XII, S. 5) und „die Bereitstellung ausreichender Mittel für den Bereich psychischer Gesundheit“ (WHO-Konferenz 2005, XVI, S. 5) gesehen. In der Literatur finden sich wenige Vergleichsstudien zum Gesundheitsstatus bei psychisch kranken stationären Langzeitpatienten. Die körperlichen Folgen der Versorgungsbedingungen und der Hospitalismus intervenieren mit den Folgen medikamentöser Behandlung. Zudem ist in den rumänischen Kliniken für psychisch Kranke die allgemeinmedizinische Versorgung häufig mangelhaft. Ein deutscher Hilfsverein ermöglichte, dass ein Teil der Patienten aus einer dieser Langzeitkliniken („Psychiatrieasyl“) in eine psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses verlegt werden konnte. Im Rahmen des Projektes einer Dezentralisierung von psychisch kranken Langzeitpatienten in der Region Cluj (Rumänien) wurde eine einfache und wiederholbare allgemeinmedizinische Statuserhebung bei den Patienten durchgeführt. Die vorliegende Arbeit untersucht, ob sich der Gesundheitszustand dieser verlegten Patienten im Vergleich zum Gesundheitszustand der in der Langzeiteinrichtung verbliebenen Patienten verändert. Die Vergleichbarkeit der Daten wurde durch standardisierte Untersuchungsbedingungen erreicht. So könnten auch

Verbesserungs-potentiale im Bereich der körperlichen Gesundheit dieser Patienten identifiziert und beschrieben werden.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt:

Nach einer Heranführung an die Thematik wird ein Einblick in die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrie in Rumänien erfolgen. Anschließend wird ein Überblick über bekannte somatische Erkrankungshäufungen bei an Schizophrenie Erkrankten gegeben. Nachfolgend werden Fragestellungen und Hypothesen formuliert. Im Methodenteil wird zunächst der Aufbau des Fragebogens dargestellt. Die spezifische Literatursuche zu somatischen Erkrankungen bei chronisch psychischen stationären Langzeitpatienten sowie die Darstellung des Gesundheitsstatus der rumänischen Allgemeinbevölkerung begründen, neben den Besonderheiten der Untersuchungsorte selbst, die Schwerpunktsetzungen des Fragebogens der körperlichen Untersuchung. Die Grundlagen der durchgeführten Erhebung und die verwendete Statistik werden ebenfalls dargestellt. Im Anschluss erfolgt die Abbildung der Ergebnisse. In der nachfolgenden Diskussion werden die Auswirkungen der Verlegung auf den Gesundheitszustand beschrieben. Schließlich erfolgt ein Vergleich der gesammelten Daten von Borsa und Turda mit der aktuellen Literatur.

1.1. Psychiatrie in Rumänien

Bereits in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden durch Elena Ceausescu, der damaligen Kulturministerin, die Weichen für das bis heute in Rumänien bestehende zentralisierte psychiatrische Versorgungssystem gestellt. Da aus ihrer Sicht kein „Genesungspotential“ bei psychiatrischen Langzeitpatienten bestünde, erfolgte die Auslagerung dieser als „nicht heilbar“ angesehenen Patienten in entlegene Ortschaften, an Orte des „Nicht-gesehen-Werdens“ (Verseck 2001; Schmidt-Michel et al. 2003; Gebhardt et al. 2004). Diese Abtrennung der Langzeitpatienten vom übrigen Versorgungssystem entsprach einer Abschiebung in Verwahranstalten ohne therapeutische Vision, Ausbildungsgänge für Ergotherapie und Sozialarbeit wurden verboten. An dieser Situation änderte sich nichts, bis in den 90er Jahren, im Zuge der Öffnung Europas Richtung Osten, die europäische Bevölkerung durch die Skandalberichte - zunächst aus den Kinderheimen Rumäniens - auf die Verhältnisse der dortigen Gesundheits- und Behindertenpolitik aufmerksam gemacht wurde. Während sich die Zustände in den Kinderheimen - nicht zuletzt durch den massiven Druck der westlichen Öffentlichkeit - verbesserten, blieb die Lage in den Psychiatrien weiterhin skandalös (Schmidt-Michel et al. 2005). Bereits in dem 1992 veröffentlichten Bericht der „Geneva Initiative on Psychiatry“ werden die

katastrophalen Umstände beschrieben: Das Personal sei total überfordert mit der Masse an Patienten angemessen umzugehen. Psychiatrisch ausgebildete Pflegekräfte würden völlig fehlen. Sozialarbeiter seien praktisch nicht existent, die Gebäude seien heruntergekommen, medizinische Versorgung sei weitestgehend unerreichbar, sanitäre Bedingungen nicht existent. Die Praxis der Psychiatrie unter diesen technischen Bedingungen sei ein politischer und staatlicher Missbrauch der psychiatrischen Institutionen (vgl. Adler et al. 1993). Die Lage ist seit langem bekannt, doch auch jüngere Veröffentlichungen hierzu zeigen kaum Hinweise auf eine Veränderung der Verhältnisse (Schmidt-Michel et al. 2003; Schmidt-Michel et al. 2005; Gebhardt et al. 2004). Hierbei spielen auch materielle Defizite, welche weiterhin bestehen, eine große Rolle. Während allgemeinmedizinischen Krankenhäusern mittlerweile ein Tagesbudget von 17 € pro Patient zur Verfügung steht und Kinderheime pro Tag und Kind zwischen 10-15 € erhalten, finanzierten sich psychiatrische Einrichtungen, laut Angaben ihrer Leiter, von 5-7 € pro Patient und Tag (vgl. Schmidt-Michel et al. 2003). Des Weiteren ist das geringe gesellschaftliche Interesse bzw. die Stigmatisierung der psychisch Kranken der Grund für Stagnation in den Kliniken. Angesichts der spürbaren Verbesserungen im Bereich der Kinderheime ist der mangelnde internationale Druck ein entscheidender Faktor dafür, dass sich die Verhältnisse in den psychiatrischen Institutionen kaum verbessern (Gebhardt et al. 2004; Schmidt-Michel et al. 2003). Auch strukturell haben sich keine größeren Veränderungen ergeben. Noch immer besteht die Trennung zwischen Akut- und Langzeitpsychiatrie in ihrer alten Form. In den Bezirkshauptstädten sind die Akutpsychiatrien an somatische Krankenhäuser angesiedelt. Die durchschnittliche Verweildauer in diesen pflichtaufnehmenden staatlichen Versorgungskrankenhäusern liegt bei 33 Tagen. Im Anschluss erfolgt häufig die Verlegung in ein „Krankenhaus für chronisch psychisch Kranke“ in einem weit entlegenen Ort - meist Dörfer mit geringer Einwohnerzahl (z. B. Borsa 1800 Einwohner, Nucet 2000 Einwohner). Dorthin werden neben diesen Patienten auch geistig behinderte und hospitalisierte Jugendliche nach ihrem 18ten Geburtstag aus den Kinderheimen hin verlegt. Somit ergibt sich innerhalb dieser Langzeiteinrichtungen eine Aufteilung der Krankheitsbilder von ca. 50-60 % Patienten mit schizophrenen Störungen, 20-30% geistig und körperlich Behinderten, 10% Demenzkranken und 10% Suchtpatienten (vgl. Schmidt-Michel et al. 2005). Für diese Langzeitpatienten gibt es in Rumänien keine Einrichtungen außerhalb dieser Krankenhäuser (Tageskliniken, betreutes Wohnen, etc.).

I.2. Beclean e. V.: (<http://www.beclean-ev.org>)

Entstehungsanlass des Vereins war ein Hilferuf von Frau Dimitrake, Leiterin des psychiatrischen Krankenhauses für chronisch psychisch Kranke in Beclean, Kreis Bristita. Mitarbeiter des ZfP Südwürttemberg schlossen sich im Jahre 1990 daraufhin einem Hilfsgütertransport des Malteser-Hilfedienstes (MHD) an. Klaus Volmer (Kinderarzt), Anton Kessler (Kinder- und Jugendpsychiater), Wolfgang Seiderer (Ergotherapeut) und Paul-Otto Schmidt-Michel (Psychiater) fanden 140 psychisch Kranker in elendster Verwahrlosung vor und beschlossen eine „Initiative zur Unterstützung psychisch Kranker in Rumänien“.

Im Jahre 1993 wurde dann der Beclean e. V. gegründet. Die Arbeit des Beclean e. V. basiert auf dem Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ (vgl. www.beclean-ev.org), Ziel ist die „Verbesserung der humanitären Lage der Patienten“, hierbei ist eine „menschengerechte Betreuung und Versorgung“ sowie die Ermöglichung der Teilhabe am Alltag ausschlaggebend.

Zunächst konzentrierte sich die Arbeit auf die Klinik in Beclean. Es konnte in Zusammenarbeit mit dem rumänischen Gesundheitsministerium eine Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände für die Patienten erreicht werden. Ende 2002 wurden die Mitarbeiter über eine weitere Klinik für chronisch psychisch Kranke, Borsa, informiert. Hier wurde der Verein mit noch desolateren Zuständen konfrontiert als zuvor in Beclean. Die Schwerpunktarbeit des Vereines wurde auf Borsa verlegt. Hauptziel war zunächst die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, so zum Beispiel der Bau einer neuen Duschanlage. Dann der Neubau eines Ergotherapiehauses und der Einstellung zweier Ergotherapeuten. Neben dieser Unterstützung versucht der Verein die Ausbildung der Mitarbeiter vor Ort zu verbessern. Eine Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung („best-practice-model“) mit dem Schwerpunkt der Qualifizierung des Personals in den psychiatrischen Krankenhäusern in Beclean und Borsa konnte erreicht werden. Auch auf politischer Ebene gelang es einen positiven Beschluss der Sanitätsdirektion des Kreises Cluj über das „Dezentralisierungskonzept von Borsa“ (Schmidt-Michel et al. 2005) zu erreichen, welcher die Verlegung eines Großteils der Patienten in die Allgemeinkrankenhäuser in Turda, Huedin, Dej und Cluj vorsieht.

1.3. Morbidität und Mortalität bei schizophrenen Störungen

Wie angedeutet wird in der vorliegenden Arbeit der somatische Gesundheitszustand psychisch kranker Langzeitpatienten untersucht. Die Mehrzahl dieser Patienten leidet an einer schizophrenen Störung. Die erhöhte Vulnerabilität dieser Patientengruppe wird neben den strukturell-regionalen Besonderheiten Grundlage für die Ausarbeitungen des Untersuchungsfragebogens sein. Der allgemeine Kenntnisstand über somatische Begleiterkrankungen bei schizophrenen Störungen ist somit Voraussetzung einer den Besonderheiten dieser Patienten angepassten Erhebung.

Neuere Studien gehen davon aus, dass eine hohe Anzahl aller schizophren Erkrankten an somatischen Begleiterkrankungen (27 - 84 %) leiden (Abiodun 2000; Brown 1997; Brown et al. 1999; Brown et al. 2000; Cormac et al. 2003; Dixon et al. 1999; Fisher et al. 2001; Goldberg et al. 2007; Jones et al. 2004; Joukamaa et al. 2006; Lambert et al. 2003; Sokal et al. 2004). Die Arbeiten zur Lebenserwartung (LE) bei Patienten mit schizophrenen Störungen kommen zu dem Schluss, dass die Erkrankung mit einer Verkürzung der Lebensdauer einhergeht (Bralet et al. 2000; Brown et al. 2000; Dixon et al. 1999; Ösby et al. 2000; Räsänen et al. 2003). Lambert et al. (2003) gehen in ihrer Studie von einer durchschnittlichen Lebensverkürzung um 9-12 Jahre aus. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung ist das Auftreten von Übergewicht, kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mell. Typ 2, Hyperlipidämie, malignen Erkrankungen und Infektionskrankheiten deutlich erhöht (Allebeck et al. 1986; Brown 1997; Brown et al. 1999; Brown et al. 2000; Citrome et al. 2005; Citrome et al. 2006; Dixon et al. 1999; Hennekens et al. 2005; Lambert et al. 2003; Lysaker et al. 2004). So liegt die Rate für kardiovaskuläre Erkrankungen, hier beispielhaft für den Bluthochdruck, bei 19,3%, verglichen mit 7,3% bei der amerikanischen Normalbevölkerung zwischen 18-44 Jahren. Für Diabetes mellitus liegt die Erkrankungshäufigkeit bei 14,9% der schizophren Erkrankten versus 2,6% für 18-44 jährige und 7,6% für 45-64 jährige der amerikanischen Normalbevölkerung (Hennekens et al. 2005; Allebeck et al. 1986; National Health Interview Survey No. 232, 2005). Auch Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes werden bei Patienten mit Schizophrenie deutlich häufiger beobachtet (Brown 1997; Brown et al. 1999; Brown et al. 2000; Dixon et al. 1999; Lysaker et al. 2004). Respiratorische, endokrine, neurologisch Erkrankungen sowie Erkrankungen des Kreislaufes und des Verdauungstraktes sind bei schizophren Erkrankten insgesamt deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Eine besondere Bedeutung haben die häufigsten Begleiterkrankungen, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes

mell. Typ 2 und Epilepsie, da diese mit einer noch höheren Mortalität einhergehen. Die verkürzte LE muss bei schizophrenen Störungen folglich auch im Kontext der Nebendiagnosen gesehen werden (Citrome et al. 2003; Citrome et al. 2004; Hennekens et al. 2005; Janka et al. 2000). Bei an Schizophrenie erkrankten Patienten handelt es sich hierbei um: Übergewicht (Himmerich et al. 2005; Levine et al. 2001; Meyer 2002), den Diabetes mell. Typ 2 (Citrome et al. 2005; Citrome et al. 2006; Goldberg et al. 2007) und ein Nikotinabusus (Cattapan-Ludewig et al. 2005; McCloughen et al. 2003; McNeill et al. 2001; Salokangas et al. 2005; Warren et al. 2001) die häufigen comorbiden Komponenten, die bei der Behandlung berücksichtigt werden müssen.

Himmerich et al. beschreiben in ihrer Studie von 2005 die hohe Rate von Gewichtszunahme unter medikamentöser Therapie - insbesondere bei Antipsychotika, Antidepressiva und Phasenprophylaktika. Neuere Studien von Montout et al. (2005), Haupt et al. (2006), Gury (2004) und Newcomer (2005) bestätigen ältere Ergebnisse (Brown et al. 2000; Mortensen et al. 1990) zu gehäuftem Auftreten von Adipositas und Diabetes mell. Typ 2 bei schizophrenen Patienten unter Medikation - insbesondere mit atypischen Neuroleptika. Eine direkte Korrelation zwischen erhöhtem Gewicht und metabolischen Komplikationen kann beim jetzigen Forschungsstand jedoch nicht ausschließlich auf eine Psychopharmakabehandlung zurückgeführt werden (Himmerich et al. 2005). Vor allem neuere Antipsychotika – insbesondere Olanzapin - gehen mit deutlicher Gewichtszunahme einher, ebenso wie das ältere Clozapin (Haupt 2006; Montout et al. 2002; Newcomer 2005). Die Häufung von Diabetes mell. Typ 2 bei schizophren Erkrankten könnte daher, neben einer möglichen genetischen Komponente, auch auf die antipsychotische Medikation zurückgeführt werden. Eine direkte psychopharmakologische Wirkung auf die Stoffwechselprozesse wäre ebenfalls denkbar (Himmerich et al. 2005). Insgesamt muss eine erhöhte medikamentenbedingte Morbidität und Mortalität angenommen werden (Joukamaa et al. 2006).

Zudem gibt es Hinweise, dass psychisch Kranke, welche über viele aktuelle somatische Beschwerden berichteten, häufiger und vermehrt an psychotischen und/oder depressiven Symptomen leiden, des Weiteren konsumieren sie durchschnittlich mehr Alkohol und Drogen (Dixon et al. 1999). In der Allgemeinbevölkerung zeigen sich bei Alkoholabhängigkeit und/oder Nikotinabusus eine deutliche Verkürzung der LE und der HALE (health-adjusted life expectancy). Jedoch zeigen mehrere Langzeitstudien, dass bei Langzeitpatienten mit schizophrenen Störungen mit bekanntem Abusus von Medikamenten

und legalen sowie illegalen Drogen dieser allein nicht für die bei diesen Patienten beobachtete deutliche Verkürzung der Lebensdauer alleine ursächlich ist - auch wenn die besonders durch Nikotin bedingten Folgeerkrankungen bei Patienten mit schizophrenen Störungen deutlich häufiger beobachtet werden (Ceilliy et al. 2005; McCloughen et al. 2003; Salokangas et al. 2005). Erhöhter Nikotinkonsum wird auch als Folge der medikamentösen Therapie gesehen. Verschiedene Studien belegen, dass extrapyramidale Nebenwirkungen, hervorgerufen durch antipsychotische Medikamente, durch Rauchen abgemildert werden können (Salokangas et al. 2005; Cattapan-Ludewig et al. 2005). Nikotin induziert das Zytochrom P 450 1A2, welches an der Metabolisierung einiger Neuroleptika beteiligt ist. Hierdurch wird deren Halbwertszeit verkürzt und die Medikamenten(neben)wirkung abgeschwächt. Auch in der Kombination mit Koffein oder Alkohol hat Nikotin gegenüber der grundlegenden Medikamentenwirkung einen antagonisierenden Effekt, welcher von Patienten möglicherweise bewusst eingesetzt wird (McCloughen et al. 2003). Es gibt Hinweise dafür, dass wesentliche Bereiche kognitiver Funktionen bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen durch Nikotin verbessert werden, insbesondere die Daueraufmerksamkeit, die gerichtete Aufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis, das Kurzzeitgedächtnis und die Wiedergabe von Gedächtnisinhalten (Cattapan-Ludewig et al. 2005). Der Anteil, mit dem diese „Eigetherapie“ der Nebenwirkungen zur Verkürzung der Lebensdauer beiträgt, ist bislang nicht eigens untersucht worden.

In all diesen Bereichen ist eine engmaschige Betreuung durch den Allgemeinmediziner - oder sogar durch den Endokrinologen - ratsam. Neueste Empfehlungen sehen jährliche Herzkreislauf-Checks bei Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung als Standard vor. Des Weiteren zählen das Einhalten einer Diät, die Kontrolle der Blutzuckerwerte und ein strukturierter Lebenswandel zu den wesentlichen, vom Arzt eng zu begleitenden, Therapiebestandteilen. Hier ist jedoch eine deutliche Diskrepanz belegt: Zwar scheinen schizophren Erkrankte medizinische Hilfe deutlich häufiger in Anspruch zu nehmen als die Normalbevölkerung (Dickerson et al. 2003), jedoch scheint die Qualität der medizinischen Versorgung reduziert (D’Ercole et al. 1991; Druss et al. 2002; Robert et al. 2007; Karasu et al. 1980). Dixon führte hierzu eine Befragung zum Gesundheitsstatus und der Lebensqualität bei ambulanten und stationären Patienten durch. Eines der wesentlichen Ergebnisse dieser Studie ist die deutlich erhöhte Rate an bekannten, aber nicht behandelten internistischen Erkrankungen. Die notwendige medizinische Unterstützung wird in nur

knapp 70% der Fälle gewährleistet. Ausnahmen stellen Bluthochdruck und Diabetes mell. Typ 2 dar, hier lag die durchschnittliche Behandlungsrate ambulanter an Schizophrenie Erkrankter bei 80 bzw. 85 %. Das hiermit verbundene Risiko von bleibenden Schäden, bzw. einer deutlichen Verkürzung der Lebenszeit - aber auch einer erheblich verkürzten HALE - ist die Folge. Die genannten Untersuchungsergebnisse berücksichtigten weder die Zahl der nicht erkannten somatischen Erkrankungen noch die Compliance der Patienten (Dixon et al. 1999). Die Dunkelziffer nicht erkannter Erkrankungen wird auf 30-47% geschätzt (vgl. Frost et al. 2007). Brown et al. (2000) zeigen in ihrer Arbeit, welche sich mit den Ursachen der erhöhten Mortalität bei schizophren Erkrankten im Rahmen einer Langzeituntersuchung befasst, eine ähnliche Unschärfe der Datenlage. Auch hier wurden die mit einer schizophrenen Erkrankung korrelierende Häufung von Übergewichtigkeit und damit verbundenen Folgeerkrankungen sowie eine deutliche Erhöhung der Erkrankung an Diabetes mell. Typ 2 konstatiert. Weiter zeigten Untersuchungen im Rahmen der regelhaft stattfindenden psychiatrischen Behandlung eine deutliche Verzögerung bei Erkennen und Behandeln von somatischen Erkrankungen und es wird ebenfalls auf die massive Verschlechterung der Erkrankung selbst als auch auf die Potenzierung der in Verbindung stehenden Folgeerkrankungen, insbesondere von Diabetes mell. Typ 2 oder Bluthochdruck, hingewiesen. (Ceilley et al. 2005; Cormac et al. 2003; Dickerson et al. 2003; Dixon et al. 1999; Hodgson et al. 2004; Janssen et al. 2006; Warren et al. 2001). Die zitierten Studien (Brown et al. 2000; Cormac et al. 2003; Cormac et al. 2004; Dixon et al. 1999; Marder et al. 2004) kommen zu der Schlussfolgerung, dass eine engmaschigere und somatisch orientierte Betreuung die Lebenserwartung und auch die zu erwartenden HALE psychiatrischer Langzeitpatienten erheblich verbessern würde. Andererseits wird in vielen Arbeiten auf die Schwierigkeit bei der Einschätzung der berichteten somatischen Beschwerden psychisch Kranker hingewiesen. Viele der behandelnden Ärzte haben Probleme diese einzuordnen und unterschätzen die Folgeerkrankungen. Die Häufigkeit, mit der schwerwiegende somatische Erkrankungen bei chronisch psychisch Kranken nicht oder erst sehr spät erkannt wurden, weisen auf deutliche Verständigungsprobleme sowohl zwischen Allgemeinarzt und Patient wie zwischen Psychiater und Allgemeinmediziner hin (D'Ercole et al. 1991; Druss et al. 2002; Hodgson et al. 2004; Karasu et al. 1980; Robert et al. 2007). Rosack fordert in seiner Studie 2004 eine Verbesserung der medizinischen Betreuung psychiatrischer Patienten unter medikamentöser Therapie und sieht Behandlungsleitlinien vor. Der Konsensus der Mount Sinai University (Mortensen et al.

1990) benennt diese bereits klar: Regelmäßige Gewichtskontrolle, engmaschige Kontrolle der Laborparameter bezüglich der Entwicklung eines Diabetes mellitus anhand des Glukosewertes bzw. des HbA1c-Wertes und die Kontrolle der Lipide. Weiterhin werden regelmäßige EKG-Kontrollen werden zur Vorbeugung möglicher Nebenwirkungen empfohlen (Lehman et al. 2004).

Es bleibt festzuhalten: Bei chronisch an Schizophrenie Erkrankten ist von einer Reduktion der Lebenserwartung von 9-12 Jahren auszugehen. Neben einer Häufung von Unfällen treten das metabolische Syndrom und seine Einzelerkrankungen (insbesondere das Übergewicht, Diabetes mell. Typ 2 und kardiovaskuläre Erkrankungen) überdurchschnittlich häufig auf. Auch die Anteile von Patienten mit Alkohol- und Nikotinabusus ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Nebenwirkungen der Psychopharmaka erfordern eine engmaschige somatische Kontrolle. Gewichtserhöhungen und überdurchschnittlicher Nikotinabusus gehören zu den am häufigsten beobachteten Folgen. Die Versorgung dieser Patientengruppe im ambulanten Setting scheint lückenhaft. Die Zahl nicht erkannter somatischer Erkrankungen liegt Schätzungen zufolge bei > 30% der Fälle. Auch mögliche weitere psychiatrische Diagnosen werden seltener erkannt.

I.4 Fragestellungen

Anhand der dargelegten Ausgangssituation der psychiatrischen Krankenhäuser für chronisch psychisch Kranke in Rumänien und der Darstellung der Gesundheitssituation von langjährig an Schizophrenie Erkrankten ergeben sich folgende Fragestellungen für die weitere Arbeit:

1. Welche Auswirkung hat die Umsiedelung psychisch Kranker in eine heimatnahe Klinik mit Anschluss an ein somatisches Krankenhaus auf deren allgemeinen Gesundheitszustand?
2. Wie unterscheidet sich die Morbidität der Patienten in Turda und Borsa von den Daten aus der Literatur?

I.5. Hypothesen

Die Bearbeitung der Fragestellungen wird unter Berücksichtigung folgender Hypothesen erfolgen:

1. Die Umsiedelung und Anbindung an das Allgemeinkrankenhaus in Turda verbessert den somatischen Status der untersuchten Patienten.
2. Die Morbidität der Patienten in Borsa ist höher als die einer vergleichbaren Population psychisch Kranker aus der Literatur, während die Morbidität der Patienten aus Turda dieser entspricht (und sich möglicherweise gegenüber der rumänischen Allgemeinbevölkerung sogar verbessert).

II. Methoden

II.1. Ausarbeitung des Fragebogens

Bei der Untersuchung soll auf die Besonderheiten der untersuchten Klientel, also der stationären psychiatrischen Langzeitpatienten, Rechnung getragen werden. Die Untersuchungen bei ambulant betreuten an Schizophrenie erkrankten Langzeitpatienten zeigen Häufungen bei mehreren Krankheitsbildern einerseits und eine deutliche Verzögerung des Erkennens der somatischen Begleiterkrankungen andererseits. Innerhalb eines stationären Settings sind andere Strukturen zu erwarten, die Krankheitsverläufe und ggf. auch die Häufigkeiten sind nicht direkt vergleichbar. Eine Literaturrecherche zur Darstellung des aktuellen Forschungsstandes somatischer Begleiterkrankungen bei stationären psychiatrischen Langzeitpatienten diente der Definition von Schwerpunkten der Untersuchung und der Ausarbeitung eines Fragebogens. Des Weiteren sind die regionalen Morbiditäten einzubeziehen. Die Berücksichtigung der Häufungen somatischer Erkrankungen der rumänischen Allgemeinbevölkerung in der Untersuchung soll gewährleistet werden. Neben diesen beiden Vergleichsgruppen mussten die Untersuchungsorte und ihre Besonderheiten bei der Ausarbeitung des Fragebogens beachtet werden um eine erfolgreiche Durchführung der Untersuchung zu gewährleisten. Im Folgenden werden diese drei Bereiche, sowie die zur Durchführung der Untersuchung und Strukturierung des Fragebogens berücksichtigten Standardwerke dargestellt.

II.1.1. Morbidität psychisch kranker stationärer Langzeitpatienten

Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung ist die Erhebung des somatischen Gesundheitszustandes, in der Regel an Schizophrenie erkrankter stationärer Langzeitpatienten. Für die Literaturrecherche wurde bei den wissenschaftlichen Suchmaschinen, „Pubmed“ und „Scholar“, der Rahmen der bedeutsamen Publikationen daher wie folgt festgelegt:

1) Publikationen ab 1980

- 2) Suchbegriffe:
- a. „Schizophrenia“ oder „chronically mental ill patients“ + „somatic diseases/disorders“ + „inpatients“
 - b. „Schizophrenia“ oder „chronically mental ill patients“ + „inpatients“ + „physical health“

Bei Scholar wurden unter diesen Oberbegriffen insgesamt 15476 Artikel angezeigt, bei Pubmed 199. Aus diesen wurden insgesamt 130 Artikel aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe

zum Thema in Betracht gezogen. Hiervon erwiesen sich 28 Publikationen als bedeutsam für die zu bearbeitende Fragestellung. Die Übersicht der thematisch gelisteten Arbeiten findet sich in Tabelle 1. Es erfolgte eine Aufteilung in die Bereiche: Mortalität, Literaturübersicht, Lebensqualität, Vergleichsstudie und Kontrollmöglichkeiten.

Tabelle 1: Ergebnisübersicht der Literaturrecherche unter den Begriffen „Schizophrenia“ oder „chronically mental ill patients“ + „somatic diseases/disorders“ + „inpatients“ sowie „Schizophrenia“ oder „chronically mental ill patients“ + „inpatients“ + „physical health“

Legende Tabelle 1: Mo = Mortalität, Lit. Ü. = Literaturübersicht, QuL = Lebensqualität, VS = Vergleichsstudie, K = Kontrollmöglichkeiten

Name	Jahr	Mo	Lit. Ü.	QuL	VS	K
“Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who die of natural causes”, Kamara et al.	1998	X				
“Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness”, Adamis et al.	2000	X				
“Physical morbidity in a psychiatric population in Nigeria”, Abiodun	2000	X				
“Medical comorbidity in elderly psychiatric inpatients”, Zubenko et al.	1997	X			X	
“Awareness of obesity and weight issues among chronically mentally ill inpatients: A pilot study” Meyer	2002	X				
“Obesity and medical illnesses in psychiatric patients admitted to a long-term psychiatric facility“, Levine et al.	2001	X			X	
“Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong-Kong - quality of life and its correlates”, Chan et al.	2003			X	X	X
“Correlates of change in functional status of institutionalized geriatric schizophrenic patients: focus on medical comorbidity” Friedman et al.	2002	X		X		X

Fortsetzung Tabelle 1

Name	Jahr	Mo	Lit. Ü.	QuL	VS	K
“Improving the physical health of long-stay psychiatric in-patients” Cormac et al.	2004	X		X		X
“Long-stay patients in state psychiatric hospital at the end of the 20 th century “ Fisher et al.	2001	X		X		
“Physical health and health risk factors in a population of long-stay psychiatric patients” Cormac et al.	2003	X				
“The medical care of psychiatric inpatients: suggestions for improvement” Frost et al.	2007	X				X
“Long-stay patients in a psychiatric hospital in southern Brazil” Fleck et al.	2007			X	X	
“Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia” Kasckow et al.	2001			X	X	
“Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: a literature study” Megens et al.	2006		X	X		
“Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland” Räsänen et al.	2003	X				X
“The quality of life in inpatients with chronic schizophrenia” Mujabasic et al.	2002	X		X		
“Older-aged schizophrenic patients in institutionalised residential services” Kallert et al.	2006		X			X
“How does case-management for long-term mentally ill individuals affect their use of health care services?” Björkman et al.	2000			X		X
“A six-month outcome of long-stay inpatients resettled in a hostel” Grinshpoon et al. (Abstract only)	2006			X		

Fortsetzung Tabelle 1

Name	Jahr	Mo	Lit. Ü.	QuL	VS	K
“Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia” Ryu et al.	2006			X		X
“Causes de la mortalite chez les schizophares » Bralet et al.	2000	X				
“Does supported living in residential homes improve the quality of life and mental stability of older adults with chronic mental disorder?” Depla et al.	2005			X	X	
“TAPS Project 333: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals” Leff et al.	1996			X		X
“Community mental health system generate new chronics: The study of a pure case” Lieberman et al. (Abstract only)	1996	X		X		
“Physical examination performed by psychiatrists” Hodgson et al.	2004	X				X
“Prevalence and impact of medical disorders in hospitalized psychiatric patients with comorbid substance abuse disorders” Ceilley et al.	2005	X				
“Old and new long stay patients in French psychiatric institutions” Chapireau	2001			X	X	X

Alle in Tabelle 1 dargestellten Studien zur Morbidität bei stationären psychiatrischen Langzeitpatienten (Adamis et al. 2000; Cormac et al. 2003; Cormac et al. 2004; Fisher et al. 2001; Kamara et al. 1998; Räsänen et al. 2003) zeigen eine ähnliche Verteilung der somatischen Begleiterkrankungen wie bei ambulanten Patienten. Insgesamt treten die Erkrankungen bei den stationären Langzeitpatienten häufiger auf. Auch die Schwere der Begleiterkrankungen ist erhöht (Zubenko et al. 1997). Es ist eine Erhöhung der Sterberate durch Unfälle und Suizide bei schizophren Erkrankten ersichtlich. Ambulant betreute Erkrankte haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um 40% erhöhte Mortalität (Brown 1997; Brown et al. 1999). Entsprechende Daten für stationäre Langzeitpatienten

liegen nicht vor. Neben den europäischen Studien belegt auch eine in Nigeria durchgeführte Untersuchung (Abiodun et al. 2000) vergleichsweise hohe Indizes somatischer Begleiterkrankungen bei stationären an Schizophrenie Erkrankten (27,2%). Abiodun weist auf die hohe Rate von 70% nicht diagnostizierter somatischer Erkrankungen hin. Mit 57,7% haben infektiöse Erkrankungen den größten Anteil. Das zentrale Nervensystem ist mit 28,9% das am häufigsten betroffene Organsystem. Probleme der fehlenden Zusammenarbeit der Psychiatrie und der Somatik werden auch im stationären Setting thematisiert. In einer Studie über den aktuellen Gesundheitszustand bei stationär betreuten psychiatrischen Langzeitpatienten (Cormac et al. 2003) ergaben sich bezüglich der Morbidität folgende durchschnittlichen Erkrankungsziffern der 248 Befragten:

Tabelle 2: Erkrankungsziffern aus Cormac et al. (2003)

Legende Tabelle 2: Alle Angaben in Prozent der 248 befragten Patienten.

Illness category	Patients with health problems (%)
Gastroenterology	16,1
Neurological	14,9
Respiratory	14,5
Rheumatology/bone	11,7
Cardiovascular	10,9
Diabetes and metabolic	9,3
Dermatology	7,7
Ear, nose and throat (including deafness)	3,6
Ophthalmology	2,8
Endocrinology	2,8

Auch diese Untersuchung aus England stellte einen deutlich erhöhten BMI fest. Die Rate von Adipositas – hier definiert als einen BMI > 30 – lag bei den untersuchten Patienten bei 36% der männlichen (17% der männlichen Allgemeinbevölkerung in England) und bei 75% bei den weiblichen Patienten (22% der weiblichen Allgemeinbevölkerung in England). Die Gewichtsentwicklung der männlichen Patienten ergab zudem eine signifikante Erhöhung unter Psychopharmakotherapie, verglichen mit den nicht

medizierten männlichen Patienten. Für eine medikamentös bedingte Gewichtszunahme gab es bei den weiblichen Patienten im Gegensatz dazu keine signifikanten Hinweise.

Zwei Arbeiten zum Thema Körpergewicht (Meyer 2002; Levine et al. 2001) weisen auf ein generell deutlich erhöhtes Körpergewicht bei stationären psychiatrischen Langzeitpatienten hin. Levine et al. (2001) unterstreicht die zu vermutende Korrelation mit den ebenfalls gehäuft auftretenden Begleiterkrankungen – Diabetes mellitus, Hypertonus, kardiovaskuläre Erkrankungen – welche nach der Erhebung von Levine bei 72%-87% liegt. Meyer weist in seiner Arbeit von 2004 auf den Zusammenhang zwischen Medikation von atypischen Neuroleptika und Gewichtszunahme bei dieser Patientengruppe hin.

Andere Studien aus der Literaturrecherche (vgl. Tabelle 1, S. 30ff) legen ihren Focus auf den Bereich der Lebensqualität stationärer Langzeitpatienten. Ein Zusammenhang zwischen höherer Lebensqualität und verbesserter körperlicher Verfassung wird durchweg festgestellt. (Chan et al. 2003; Fleck et al. 2007; Franz et al. 2000; Friedman et al. 2002; Kaschow et al. 2001; Mujabasic 2000). In ihrer Untersuchung stationärer psychiatrischer Langzeitpatienten kommen Cormac et al. (2003) zu dem Schluss, dass besonders in Langzeiteinrichtungen eine deutliche Verbesserung der medizinischen Versorgung erreicht werden könne. Auch in ihrer Arbeit zeigte sich bei den Patienten eine erhöhte LE und HALE. Eine regelmäßige und engmaschige medizinische Kontrolle und Intervention bei an Schizophrenie erkrankten Patienten könne als elementare Verbesserung von Lebensqualität und -standard angesehen werden. Cormac und Kollegen (2004) erarbeiteten entsprechende präventive Standards in der Versorgung von psychiatrischen Langzeitpatienten. Sie sehen Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge (Nikotin, Ernährung und Sport) vor. Bei der ärztlichen Begleitung liegt ein Schwerpunkt auf einer Gewichtsreduktion. Cormac et al. (2004) beschreiben notwendige Untersuchungsbestandteile unterteilt in Anamnese, Untersuchung und Labor. Ein weiterer Schwerpunkt der Kontrollen ist die internistische Begleitung der medikamentösen Therapie. Hiermit soll insbesondere dem häufig angesprochenen medizinischen Kenntnisdefizit von Psychiatern (Cormac et al. 2004; Hodgson et al. 2004; Rosack 2004) entgegengewirkt werden.

Es bleibt festzuhalten, dass sich nur wenig Literatur zum somatischen Status chronisch psychisch Kranker stationärer Langzeitpatienten finden lässt (vgl. Tabelle 1 S.30ff). Aufgrund der Datenlage ist von einer den ambulanten chronisch psychisch Kranken entsprechenden Verteilung der somatischen Begleiterkrankungen auszugehen. Wie im ambulanten Setting scheinen auch im stationären Rahmen somatische Begleiterkrankungen

häufig nicht erkannt zu werden. Schwerpunkt der körperlichen Untersuchung aufgrund der Literaturrecherchen sollten Anzeichen für kardiovaskuläre Erkrankungen und Symptome eines Diabetes mell. sein. Auch Auswirkungen einer Adipositas sollten berücksichtigt werden. Aufgrund der hohen Rate unerkannter Erkrankungen sollte auch auf Symptome unbehandelter chronifizierter Erkrankungen geachtet werden.

II.1.2. Allgemeiner Gesundheitsstatus der rumänischen Bevölkerung – verglichen mit dem Gesundheitsstatus in den Ländern der Europäischen Union (EU) (WHO Health Status Romania 2005)

Eine besondere Bedeutung im Rahmen dieser Arbeit haben sowohl die Todes- und Krankheitsursachen bzw. -häufigkeiten der rumänischen Bevölkerung im internationalen Vergleich als auch die damit verbundene Lebenserwartung. Die berücksichtigten Erhebungen der WHO aus dem Jahr 2005 enthalten für Rumänien Zahlen aus dem Jahr 2002 (vgl. Tabelle 6, S. 66ff). Mit 61 % die häufigste Todesursache der rumänischen Bevölkerung sind kardiovaskuläre Erkrankungen. Im internationalen Durchschnitt zeigt sich eine um 23% höhere Rate (WHO-Konferenz 2006, S. 13-17). In nur 16 % der Todesfälle wurde ein Tumorleiden als Ursache festgestellt – für Rumänien ergibt sich somit eine um 12 % geringere Häufigkeit im Vergleich mit den Eur – A – Ländern (WHO-Konferenz 2006, S. 17-19). Die Erkrankungen des Lungensystems sind mit nur 6 % eine im internationalen Vergleich seltene Todesursache. Es zeigen sich kaum chronische Erkrankungen des Bronchialsystems (WHO-Konferenz 2006, S. 20). Jedoch erweist sich die Lungenentzündung in Rumänien – bei unter 15-Jährigen und über 65-Jährigen - als überproportional häufige Todesursache (WHO-Konferenz 2006, S. 20). Insgesamt zeigt sich in allen weiteren Bereichen eine überproportional höhere Rate der Sterblichkeit – welche insgesamt um 73 % bei den Männern sowie um 78 % bei den Frauen über der Sterblichkeit der Bevölkerung der Eur - A - Länder der Vergleichsstudie der WHO liegt (WHO-Konferenz 2006, S. 7-9, 12). Die in diesem Zusammenhang wichtige „zu erwartende Lebenszeit bei guter Gesundheit“ (HALE) wird von der WHO für Rumänien mit 88% der gesamten Lebensdauer angegeben. Somit ergibt sich für die rumänische Bevölkerung eine Differenz von 8,3 Jahren zwischen LE und HALE. Diese Differenz ist sowohl im Vergleich mit den Eur - A - Länder (durchschnittlich 7,3 Jahre), als auch mit den Eur - B+C - Ländern (durchschnittlich 7,6 Jahre) deutlich erhöht (WHO-Konferenz 2006, S. 7-9).

Die hauptsächlichen Risiken und Ursachen für die häufigsten Erkrankungen in Rumänien sind somit die kardiovaskulären Risikofaktoren: metabolisches Syndrom, Adipositas, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus und arterielle Hypertonie. Die häufigsten Erkrankungen im europäischen Vergleich finden sich in der Tabelle 6 im Anhang dieser Dissertation (S. 66ff). Hier lässt sich zusammenfassend sagen, dass in Rumänien Fortschritte bezüglich der Verbesserung der Gesundheitsversorgung stattgefunden haben, Rumänien jedoch weiterhin v. a. bezüglich der HALE im gesamteuropäischen Vergleich

deutlich zurück liegt.

Tabelle 3: *Health-adjusted life expectancy betreffende Erkrankungen Rumänien*

Legende Tabelle 3: DALY = disability-adjusted life year. Alle Angaben in Prozent der Gesamtbevölkerung.
Quelle: WHO Health Status Romania (2005) S. 9

Disability groups Total DALYs (%) Männer	Disability groups Total DALYs (%) Frauen
1. Cardiovascular diseases (26,0)	1. Cardiovascular diseases (27,4)
2. Neuropsychiatric conditions (16,0)	2. Neuropsychiatric conditions (20,5)
3. Unintentional injuries (12,2)	3. Malignant neoplasm's (11,8)
4. Malignant neoplasm's (11,6)	4. Digestive diseases (7,0)
5. Digestive diseases (8,6)	5. Sense organ diseases (6,2)
6. Sense organ diseases (3,8)	6. Musculoskeletal diseases (5,9)
7. Intentional injuries (3,2)	7. Unintentional injuries (4,5)
8. Infectious and parasitic diseases (3,2)	8. Infectious and parasitic diseases (2,5)
9. Musculoskeletal diseases (3,2)	9. Respiratory infections (2,5)
10. Respiratory diseases (3,1)	10. Respiratory diseases (2,2)

II.1.3 Untersuchungsorte

Unter der Beschreibung der Methoden müssen in dieser Arbeit die teilnehmenden Kliniken und deren Lage einbezogen werden. Das Dorf Borsa und die Stadt Turda befinden sich im Kreis Cluj, im nordwestlichen Rumänien. Sie gehören zur Region Siebenbürgen, Transsilvanien. Die Bezirkshauptstadt des Kreises Cluj-Napoca war lange Zeit Militär- und Verwaltungszentrum der Region und galt als Hauptstadt Siebenbürgens. Hier befinden sich mehrere Universitäten, zudem ist Cluj-Napoca die Kulturhauptstadt der Region. Die Akutpsychiatrie zur Versorgung der Region befindet sich ebenfalls in Cluj. Von dieser erfolgt, wie oben erwähnt, nach ca. einem Monat die Verlegung eines Teils der Patienten nach Borsa.



Abbildung 1: Bezirke in Rumänien

Legende Abb. 1: Kartenausschnitt aus

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/fc/Romania_counties.png

1.3.1. Borsa

Die örtliche Isolation der Klinik in Borsa (1.800 Einwohner) ist offensichtlich: Ca. eine Stunde von der Bezirkshauptstadt Cluj entfernt, schlechte Straßenlage. Eine Busverbindung besteht nur einmal am Tag, so dass eine regelmäßige Kontaktaufnahme erschwert ist und der Kontakt zu Angehörigen meist rasch abbricht. Eine Infrastruktur gibt es kaum, Kino oder andere kulturelle Angebote fehlen. Zudem kann die angegebene Lage als Hauptgrund dafür angesehen werden, dass qualifiziertes Personal für die Arbeit in

Borsa kaum zu gewinnen ist und alle nichtärztlichen Mitarbeiter aus dem Ort selbst stammen: die Klinik ist der einzige Arbeitgeber. 105 Mitarbeiter, darunter eine Ärztin, ein Psychiater, zwei Sozialarbeiter, neun Krankenschwestern und Pfleger, und eine nicht genau bekannte Zahl ungelernter Hilfskräfte für die Pflege kümmern sich um die hier stationierten Patienten. Aufgrund der fehlenden Ausbildung des Personals, des schlechten Rufs der Psychiatrie und der dorthin abgeschobenen, als unheilbar geltenden und zu einer hohen Rate an Epizoonosen leidenden Patienten ist diese Arbeit für die Mitarbeiter mit einer erheblichen Stigmatisierung verbunden. All dies führte in der Vergangenheit dazu, dass eine psychiatrische Rehabilitation der Patienten nicht stattfand und Dauerhospitalisierung die Regel war. Die Patienten sind in einem baufälligen Schloss der im Kommunismus vertriebenen Adelsfamilie Banffy untergebracht. In Durchgangszimmern leben jeweils 20-30 Patienten. Aufgrund der sehr unzuverlässigen Wasserversorgung sind auch nach der Installation von insgesamt drei externen Duschen die hygienischen Verhältnisse desolat. Körperhygiene und Wäschewaschen können nur sporadisch erfolgen.

Borsa



Abbildung 2: Lage Borsa

Legende Abb. 2: Kartenauszug aus www.weltkarte.com/europa/rumaenien.htm

Die medizinisch-somatische Versorgung der Patienten muss trotz der Hilfe des Beclean e. V. durch Qualifizierungsmaßnahmen des Pflegepersonals ebenfalls als desolat bezeichnet werden. Nur neun Krankenschwestern, tageweise ein Psychiater und eine Allgemeinärztin können die 221 Patienten nicht ausreichend versorgen. Insbesondere nachts und am Wochenende ist keine ärztliche Betreuung vorhanden. Regelmäßige Laboruntersuchungen, die bei der Vergabe von Psychopharmaka regelhaft notwendig sind, können nicht stattfinden. Aus den oben genannten Gründen wurde Seitens des Beclean e. V. Anfang 2004 ein Dezentralisierungsplan für das Krankenhaus Borsa mit den zuständigen Behörden entworfen: An drei städtische Krankenhäuser, Dej, Huedin und Turda, alle im Kreis Cluj, sollten zunächst jeweils 30-40 Patienten heimatnah verlegt werden (Schmidt-Michel et al. 2005).



Abbildung 3: Kreis Cluj: Verteilung der Krankenhäuser im Dezentralisierungsplan

Legende Abb. 3: Zur Verfügung gestellt von Ralf-Peter Gebhardt, Beclean e.V.

1.3.2. Turda

Turda liegt ca. 30 km südlich von Cluj und ist mit der Bezirkshauptstadt durch eine Hauptverkehrsstraße verbunden. Zudem ist Turda an das öffentliche Verkehrssystem angeschlossen und daher gut zu erreichen. Die Stadt mit ca. 55.000 Einwohnern verfügt dank der angesiedelten Industrie (Chemie/Bau) über eine gute Infrastruktur. Das Kreiskrankenhaus beherbergt neben einer internistischen Abteilung chirurgische, gynäkologische und dermatologische Abteilungen. Im Gegensatz zu den Mitarbeitern der psychiatrischen Klinik in Borsa hatte das Personal in Turda eine Entscheidungsfreiheit in der Psychiatrie zu arbeiten. Auch wenn die Mitarbeiter ebenso wie in Borsa keine

psychiatrische Zusatzausbildung besitzen, so ist ihr Engagement deutlich höher. Ein Psychiater, ein Sozialarbeiter, neun Krankenschwestern, zehn Pfleger und drei Putzfrauen sind hier für 44 Patienten zuständig. Im Rahmen des Dezentralisierungsplans des Beclean e. V. in Zusammenarbeit mit der rumänischen Bezirksregierung erfolgte der erste Realisierungsschritt im Oktober 2004. Zu diesem Zeitpunkt wurden 44 Patienten nach Turda in eine neu renovierte ehemalige dermatologische Abteilung des somatischen Versorgungshauses verlegt. Die Anbindung an das Allgemeinkrankenhaus zielt auf die Verbesserung der somatischen ärztlichen Grundversorgung, auf die besseren hygienischen Verhältnisse und eine heimatnähere Betreuung. Durch das nahe gelegene Krankenhaus sind die Voraussetzungen zur Durchführung regelmäßiger somatischer Konsile und labortechnischer Untersuchungen gegeben. Auch die sanitären Bedingungen – Duschen und Toiletten – sind ausreichend vorhanden.



Turda

Abbildung 4: Lage Turda

Legende Abb. 4: Kartenauszug aus www.weltkarte.com/europa/rumaenien.htm

1.3.3. Borsaspezifische Problematik

Vor einer Beschreibung der Untersuchungsergebnisse bzgl. Borsa anhand der infrastrukturellen, örtlichen und baulichen Besonderheiten hier zunächst eine Sammlung subjektiver Beobachtungen der Untersucher.

Beobachtungen

Borsa

Nach den Berichten von Gebhardt et al (2004) und Schmidt-Michel et al (2003) waren in Borsa einfachste Bedingungen erwartet worden. Aufgrund der Lage vor Ort waren in Borsa professionelle Rahmenbedingungen für die Untersuchung der Patienten mit Wahrung der Privatsphäre kaum möglich. Mit Kleidern und Stoffen mussten Bereiche der überfüllten Patientenzimmer abgegrenzt werden, um zumindest etwas Sichtschutz in der Frauenabteilung zu gewährleisten. Männliche Insassen konnten in ihren Schlafsälen nicht unter Wahrung der Privatsphäre körperlich untersucht werden. Zudem war dort aufgrund der Kälte keine Entkleidung möglich. Deshalb fand die Untersuchung der Männer in den Ergotherapie Räumen statt, da dort sowohl das Heizen der Räumlichkeiten als auch die Wahrung der Privatsphäre möglich waren. Durch die Anwesenheit der Untersucher befand sich Borsa im Ausnahmezustand. Die Pflegekräfte hatten für diesen Zeitraum eine Urlaubssperre verhängt bekommen. Alle Patienten wurden vor der körperlichen Untersuchung geduscht. Man versuchte teilweise, die Patienten frisch einzukleiden und die Betten neu zu beziehen, was jedoch aufgrund des Mangels an Bettlaken und Kleidung nur eingeschränkt möglich war. Es war nicht möglich Patienten im „ungewaschenen“ Zustand zu sehen. Zudem wurde während der durchgeführten Untersuchung immer wieder deutlich, in welche Aufregung auch die Patienten durch die Anwesenheit des Untersuchungsteams versetzt wurden. Die durchgeführten Kollektivduschen stellten für alle Patienten ein unbekanntes Unterfangen dar. Die Untersuchungen zeigten jedoch u. a. bei der dermatologischen Untersuchung und der Zahnhygiene einen umfassenden Mangel an Körperhygiene. So ist erklärlich, dass auch gravierende Erkrankungen, die bei der Untersuchung zu Tage traten, vom Personal vor Ort nicht erkannt werden.

Turda

In Turda zeigte sich ein anderes Bild. Die Untersuchung erfolgte in einem Untersuchungs-
zimmer, die Patienten waren im Voraus über das Kommen der Untersuchungsgruppe und
ihr Vorgehen informiert worden. Die Privatsphäre der Patienten war jederzeit geschützt.
Das Behandlungsteam in Turda schulte die Patienten systematisch im Umgang mit der
eigenen Körperhygiene – unter anderem war es dem Pflorgeteam in Turda gelungen, die
Benutzung des Toilettenpapiers wieder einzuführen.

II.1.4. Aufbau des Fragebogens

Um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten waren eine klare Strukturierung und eine einfache Handhabung des Fragebogens in der Untersuchungssituation für eine fehlerfreie Dokumentation von Bedeutung. Die Untersuchung selbst sollte zudem so angelegt sein, dass alle Erhebungen mit einfachsten Hilfsmitteln möglich waren. Anamnese und Lebensqualität konnten daher nur rudimentär erfragt werden. Hierfür war der Einsatz von Dolmetschern unerlässlich und in der Zusammenarbeit mit und Einschätzung der Patienten wesentlicher Anteil der Informationsgabe. Die Erhebung eines psychopathologischen Befundes war unter diesen Bedingungen nicht vollständig möglich. Der Schwerpunkt lag letztlich auf der körperlichen Untersuchung des Allgemeinzustandes.

a) „Anamnese“

Durch die anwesenden Dolmetscher wurden wesentliche allgemeine Informationen wie Name, Alter und Geschlecht, psychiatrische Diagnose und Dauer des stationären Aufenthaltes erhoben. Die Erfassung bekannter Vorerkrankungen und die Anzahl der Voroperationen erfolgten ebenfalls durch die Dolmetscher.

b) „Lebensqualität“

Hier war die Begriffsdefinition der WHO, wonach „Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen ist“, Grundlage der Fragen/Untersuchungen. Durch die Erfassung des Allgemeinzustandes, des Schmerzempfindens, der Kontaktfähigkeit, der Bettlägerigkeit sowie der Anzahl der Besuche Angehöriger sollte zumindest ein grober Überblick geschaffen werden. Auch der aktuelle Impfstatus der Patienten wurde abgefragt.

c) „Körperliche Untersuchung“

Die beschriebenen Krankheitshäufungen bei psychiatrischen stationären Langzeitpatienten im Rahmen der Literatursuche, der Krankheitshäufungen in der rumänischen Allgemeinbevölkerung und den Besonderheiten der Untersuchungsorte ergeben folgende Gewichtungen:

- 1) Dermatologische Erkrankungen
- 2) Erkrankungen des Lungensystems
- 3) Kardiovaskuläre Erkrankungen
- 4) Unerkannte Krankheiten

5) Neurologische Auffälligkeiten

Um eine klare Strukturierung des Fragebogens zu erreichen orientierte sich der Aufbau an bestehenden Anamnesebögen und Standardwerken zur körperlichen Untersuchung (vgl. Tabelle 7, S. 66). Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse wurde der Fragebogen im Anhang (S. 67ff) entwickelt. Die körperliche Untersuchung wurde unterteilt in eine internistische, eine neurologische und dermatologische Statuserhebung (zusammengefasst im I. Teil) sowie einem II. Teil, in dem Verdachtsdiagnosen festgehalten wurden.

Ausgewählt wurden jeweils die Items, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen (räumliche, zeitliche und logistische Bedingungen) vor Ort untersucht werden konnten.

II.2. Untersuchungsdurchführung

In der psychiatrischen Klinik in Borsa befanden sich ursprünglich 221 Patienten. Aufgrund der desolaten Verhältnisse und der erheblichen Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus war die Auslagerung von Patienten strategisches Ziel. Die allgemeinmedizinische Grundversorgung war in Borsa nicht gewährleistet. Deshalb wurden von den im Schloss Banffy lebenden Patienten im November 2004, im Rahmen der Umsetzung des Dezentralisierungskonzeptes, 44 Patienten nach Turda verlegt. Diese Verlegung erfolgte ausschließlich nach dem Kriterium des ehemaligen Wohnortes. Der Gesundheitszustand war bei der Verlegung kein Kriterium. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die verbliebenen 177 Patienten aus Borsa im Januar 2005 einer allgemeinmedizinischen Untersuchung unterzogen. Dieselbe körperliche Untersuchung erfolgte im September 2005 bei den 44 nach Turda verlegten Patienten. Seitens der Sozialarbeiterin wurde die anstehende klinische Untersuchung mit allen Patienten besprochen. Alle Patienten gaben ihre mündliche Zustimmung zur vorliegenden Datenerhebung. Auf das Einholen einer schriftlichen Einverständniserklärung war verzichtet worden, da die Untersuchung zunächst einem rein humanitären Zweck diene und die Idee zu einer wissenschaftlichen Aufbereitung der Daten später erfolgte. Durchgeführt wurde die somatische Untersuchung durch eine erfahrene Allgemeinmedizinerin und der Doktorandin. Zur Verständigung mit den rumänischen Patienten und dem Personal standen Dolmetscher zur Verfügung. Vorhandene Aufnahmeuntersuchungen der Patienten in Turda belegten, dass der körperliche Zustand beider Patientengruppen vor der Verlegung vergleichbar war. Da diese Untersuchungen jedoch nicht nach einem standardisierten Schema erfolgt waren, können dort erhobene Daten nicht weiter in diese Erhebung einfließen. Aufgrund des eingeschränkten Zeitfensters und des fehlenden rumänisch sprechenden Fachpersonals wurden die psychiatrischen Diagnosen aus den vorliegenden Akten der Patienten übernommen.

II.3. Statistik

Statistische Auswertungen wurden mit Excel sowie dem Statistikpaket Statistica 7.0 durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde einheitlich eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% verwendet. Unterschiede der kategorialen Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test auf statistische Signifikanz geprüft. Für die rangskalierten Variablen Kontaktfähigkeit, Besuchshäufigkeit und Bettlägrigkeit wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Bei den kontinuierlichen Variablen Alter und BMI kam der t-Test zum Einsatz.

III. Ergebnisse

III.1. Tabellarische Ergebnisdarstellung

Tabelle 4: Ergebnisdarstellung

Legende Tabelle 4: Darstellung der Untersuchungsergebnisse der Patienten aus Borsa (177) vs. Turda (44).
n. s. = nicht signifikant, BMI = Body Mass Index, weibl.= weiblich, Signifikanzniveau mit Irrtumswahrscheinlichkeit 5%. Überprüfung der statistischen Signifikanz: kategorialen Variablen mit Chi-Quadrat-Test, rangskalierten Variablen (Kontaktfähigkeit, Besuchshäufigkeit und Bettlägerigkeit) Mann-Whitney-U-Test, kontinuierlichen Variablen (Alter, BMI) t-Test.

		Borsa	Turda	Signifikanz
Geschlecht		43,5% weibl.	31,8% weibl.	n. s.
Diagnose F2		67,8%	86,4%	n. s.
Alter Mittel		49,0 Jahre	47,0 Jahre	n. s.
Allgemeine Informationen		Angaben in Zahlen oder Prozent		
01.	BMI Mittel	25,1	25,8	n. s.
02.	relevante Voroperationen	47,6%	45,5%	n. s.
03.	Kontaktfähigkeit	2,1	2,6	p < 0,05
04.	Besuchsfrequenz	0,8	1,9	p < 0,05
05.	Bettlägerigkeit	0,9	1,1	n. s.
06.	Psychische Medikation	94,3%	97,7%	n. s.
07.	Allgemeinzustand reduziert	30,1%	20,5%	n. s.
08.	Allgemeinmedizinische Auffälligkeiten	27,1%	4,6%	p < 0,05
09.	Impfungen	0,0%	95,5%	p < 0,05
10.	Kontinenz	86,3%	93,2%	n. s.
11.	Schmerzen	48,0%	36,4%	n. s.
I.				
Körperliche Untersuchung		Auffälligkeiten in %		
12.	Augen	10,2	15,9	n. s.
13.	Skleren	8,5	0,0	n. s.
14.	Ohren	6,2	2,3	n. s.

Fortsetzung Tabelle 4

		Borsa	Turda	Signifikanz
15.	Gesichtsmotorik	9,0	13,6	n. s.
16.	Mund/Rachen-Raum	93,6	93,2	n. s.
17.	Zungenbewegung	2,3	0,0	n. s.
18.	Zahnstatus	91,9	93,2	n. s.
19.	Zahnfleisch	7,1	4,6	n. s.
20.	Halsbereich	19,7	9,1	n. s.
21.	Lymphknoten/Hals	8,7	6,8	n. s.
22.	Schilddrüse	2,3	0,0	n. s.
23.	Halsmuskulatur	11,1	2,3	n. s.
Herz		Auffälligkeiten in %		
24.	Herzgeräusch	6,9	9,1	n. s.
25.	Rhythmus	3,4	6,8	n. s.
26.	Fortleitung	1,7	2,3	n. s.
Lunge		Auffälligkeiten in %		
27.	Einziehungen	1,7	2,3	n. s.
28.	Abhören	29,1	27,3	n. s.
Abdomen		Auffälligkeiten in %		
29.	Tastbefund	20,0	31,8	n. s.
30.	Leber	5,7	9,1	n. s.
31.	Milz	1,2	0,0	n. s.
32.	Venenzeichnung	0,6	0,0	n. s.
Wirbelsäule		Auffälligkeiten in %		
33.	Klopfschmerz	7,6	11,4	n. s.

Fortsetzung Tabelle 4

		Borsa	Turda	Signifikanz
34.	Fehlhaltung	12,79	0,0	n. s.
35.	Nierenlager	0,57	4,55	n. s.
Genitalregion		Auffälligkeiten in %		
36.	Genitalregion allgemein	26,32	15,91	n. s.
37.	Menses	66,67	100	n. s.
38.	Hormonelle Verhütung	0,00	100	p < 0,05
39.	Prostata (männliche Patienten)	6,12	0,0	n. s.
40.	Mammae (weibliche Patienten)	4,11	14,29	n. s.
Kraft/Bewegung		Auffälligkeiten in %		
41.	Kraft obere Extremitäten	17,4	9,1	n. s.
42.	Kraft untere Extremitäten	16,3	0,0	p < 0,05
43.	Beweglichkeit obere Extremitäten	17,5	9,1	n. s.
44.	Beweglichkeit untere Extremitäten	12,5	4,6	n. s.
45.	Halsmuskulatur	11,1	2,3	n. s.
46.	Gelenksveränderungen	15,9	4,6	n. s.
47.	Verletzungen obere Extremitäten	6,4	6,8	n. s.
48.	Verletzungen untere Extremitäten	15,0	6,8	n. s.
Dermatologische Untersuchung		Auffälligkeiten in %		
49.	Ausschlag	23,1	4,6	p < 0,05
50.	V. a. generalisierte Pilzerkrankung	17,4	0,0	p < 0,05
51.	V. a. Epizoonosen	38,2	0,0	p < 0,05
52.	V. a. bakterielle Hauterkrankung	7,0	0,0	n. s.
53.	Chronischer Juckreiz	0,0	2,3	n. s.

Fortsetzung Tabelle 4

		Borsa	Turda	Signifikanz
54.	Ulcera	12,4	0,0	p < 0,05
Neurologische Untersuchung		Auffälligkeiten in %		
55.	Tremor	19,7	18,2	n. s.
56.	Diadochokinese	53,0	13,6	p < 0,05
57.	Gangbild	28,8	18,2	n. s.
58.	Verlangsamung	31,8	22,7	n. s.
II.				
59.	Akuter Infekt	8,6	0,0	n. s.
60.	Scabiesbefall	24,1	0,0	p < 0,05
61.	Läuse/Flöhe	17,2	0,0	p < 0,05
62.	Pyodermie	8,6	0,0	n. s.
63.	Bronchitis	22,3	2,3	p < 0,05
64.	Maligne Erkrankungen	5,1	2,3	n. s.

III.2. Charakteristika der Patienten

In Borsa wurden im Januar 2005 177 Patienten (77 Frauen und 100 Männer) untersucht. Das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei 49 Jahren, mit einer Spannbreite von 21 bis 80 Jahren. Eine schizophrene Erkrankung war bei 67 Prozent der Patienten die Hauptdiagnose, bei 15 Prozent lag eine geistige Behinderung vor. Eine Suchterkrankung wurde bei 11 Prozent der Patienten als Hauptdiagnose vermerkt. Unter den 44 Patienten in Turda befanden sich im September 2005 14 Frauen und 30 Männer. Das durchschnittliche Alter der Patienten dort lag bei 47 Jahren, mit einer Spannbreite von 24 bis 74 Lebensjahren. Eine schizophrene Erkrankung war bei 86 % der Patienten die Hauptdiagnose. Eine geistige Behinderung wurde bei 4,5 % der Patienten diagnostiziert, bei 15 % der Patienten eine Suchterkrankung. Anhand der erhobenen Daten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht (Borsa 43 zu 57 %, Turda 32 zu 68 %), Alter und Diagnose zwischen den beiden Untersuchungsgruppen.

III.2.1. Allgemeine Lebensqualität

Die wesentlichen Unterschiede, bezogen auf die unter den Oberbegriff „Lebensqualität“ fallenden Items, zeigten sich im Bereich der Kontaktfähigkeit, welche bei den Patienten in Turda deutlich besser war ($p < 0,005$). Auch die Angehörigenbesuche in Turda fanden sowohl bei signifikant mehr Patienten und häufiger statt (jeweils $p < 0,005$). Bezüglich der Bettlägerigkeit gab es keine signifikanten Unterschiede. Die von der STIKO empfohlenen Impfungen (Kiehl et al. 2002) wurden in Borsa nicht durchgeführt, während die Durchimpfungsrate in Turda 95,5 % betrug ($p < 0,005$). Signifikant unterschieden sich auch die unter „allgemeine Auffälligkeiten“ zusammengefassten Items (hoher Blutdruck, Tachykardie, Zyanose) mit 27,1 % in Borsa gegenüber nur 4,7 % in Turda.

III. 2.2. Körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung erfolgte vorrangig mit dem Ziel, mögliche Hinweise für die bekanntesten Begleiterkrankungen bei schizophrenen Patienten zu erfassen und Medikamentennebenwirkungen oder ansteckende Infektionserkrankungen festzustellen. Ebenso wurde ein neurologischer und dermatologischer Status erhoben. Im ersten Teil der körperlichen Untersuchung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Tendenziell war der Tastbefund des Abdomens bei den Patienten in Turda (31,8 %) häufiger auffällig als bei den Patienten in Borsa (20%). Der Tastbefund der Leber zeigte bei 5,7 % der Patienten in Borsa und bei 9,1 % der Patienten in Turda eine Auffälligkeit. Ein auffälliger Tastbefund der Milz wurde bei 1,2 % der Patienten in Borsa und bei keinem Patienten in Turda festgestellt. Im zweiten Abschnitt der allgemeinen Untersuchung zeigten sich deutliche Unterschiede: Eine akute Bronchitis wurde bei 22,3 % der Patienten in Borsa gegenüber nur 2,3 % der Patienten in Turda diagnostiziert ($p=0,003$).

Auch bei den Untersuchungen von Kraft und Beweglichkeit wurden signifikante Unterschiede festgestellt. Die Kraft in den unteren Extremitäten war bei 16,3 % der Patienten in Borsa und 0 % der Patienten in Turda reduziert ($p=0,0002$). Weiter zeigten sich dem Trend nach Unterschiede bezüglich der Halsmuskulatur, die bei 11,1 % der Patienten in Borsa eingeschränkt beweglich war (Turda 2,3 %). Dieselbe Tendenz zeigt sich auch im Bereich „Fehlhaltung der WS“, welche bei 12,8 % der Patienten aus Borsa und bei keinem Patienten in Turda zu beobachten war.

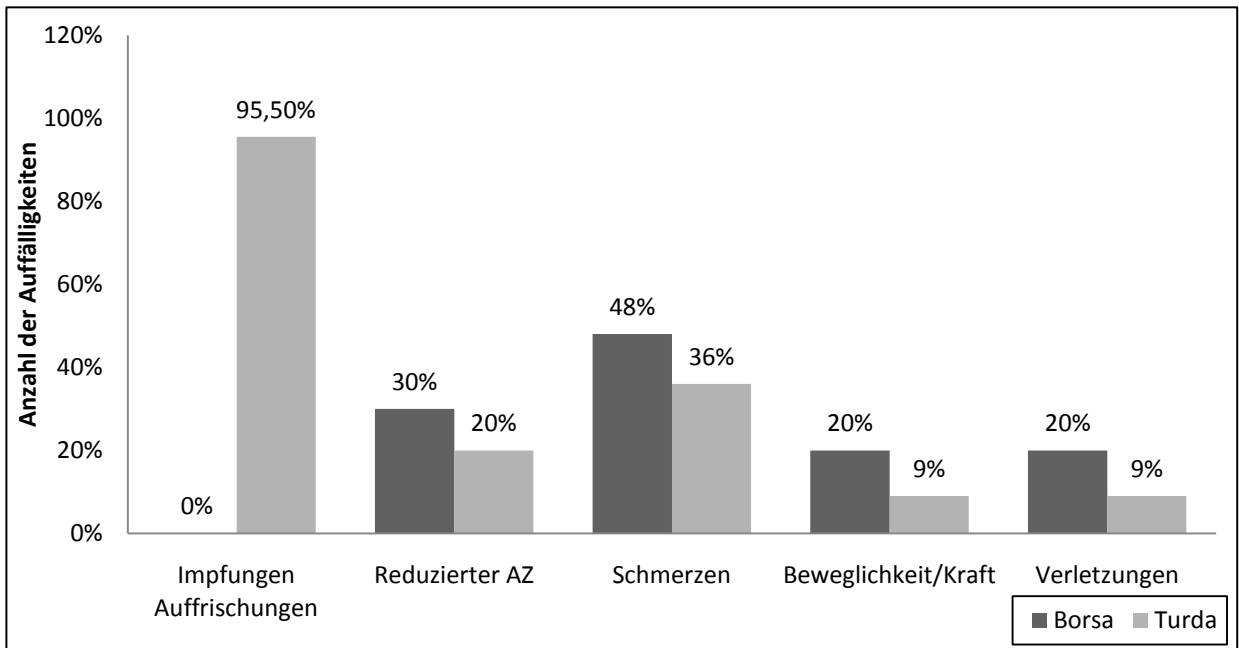


Abbildung 5: Gegenüberstellung von Items zur allgemeinmedizinischen Untersuchung

Legende Abb. 5: Gegenüberstellung von 5 Items – Auffrischung der Impfungen, reduzierter AZ= reduzierter Allgemeinzustand, Schmerzen, Beweglichkeit/Kraft und Verletzungen - aus der allgemeinmedizinischen Untersuchung der Patienten in Borsa (177) vs. der Patienten in Turda (44), Angaben in Prozent.

III. 2.3. Hautuntersuchungen

Im Rahmen der dermatologischen Untersuchung ergaben sich insbesondere hinsichtlich der parasitären Erkrankungen deutliche Unterschiede in den Untersuchungsergebnissen. Bereits bei der Häufigkeit von Hautausschlägen ergaben sich signifikante Ergebnisse, 23,1 % der Patienten in Borsa waren hiervon betroffen, 4,6 % der Patienten in Turda hatten diesbezüglich Auffälligkeiten ($p=0,002$). Ein Parasitenbefall musste bei 38,2 % der Patienten in Borsa festgehalten werden, in Turda 0% ($p < 0,0001$). Generalisierte Pilzinfektionen konnten bei 17,4 % der Patienten in Borsa festgestellt werden, während in Turda die Patienten zu 18,2 % an lokalen (v. a. im Genitalbereich oder an den Füßen) Pilzinfektionen litten. Generalisierte Infektionen wurden bei keinem der Patienten aus Turda festgestellt ($p < 0,0001$). Als weitere Hautauffälligkeit wurde im Rahmen der Untersuchung das Auftreten von Ulcera erfasst. Hiervon waren in Borsa 12,4 % der Patienten betroffen, in Turda 0 %. ($p = 0,0014$). An einer Pyodermie litten 8,6 % der Patienten in Borsa vs. 0 % in Turda.

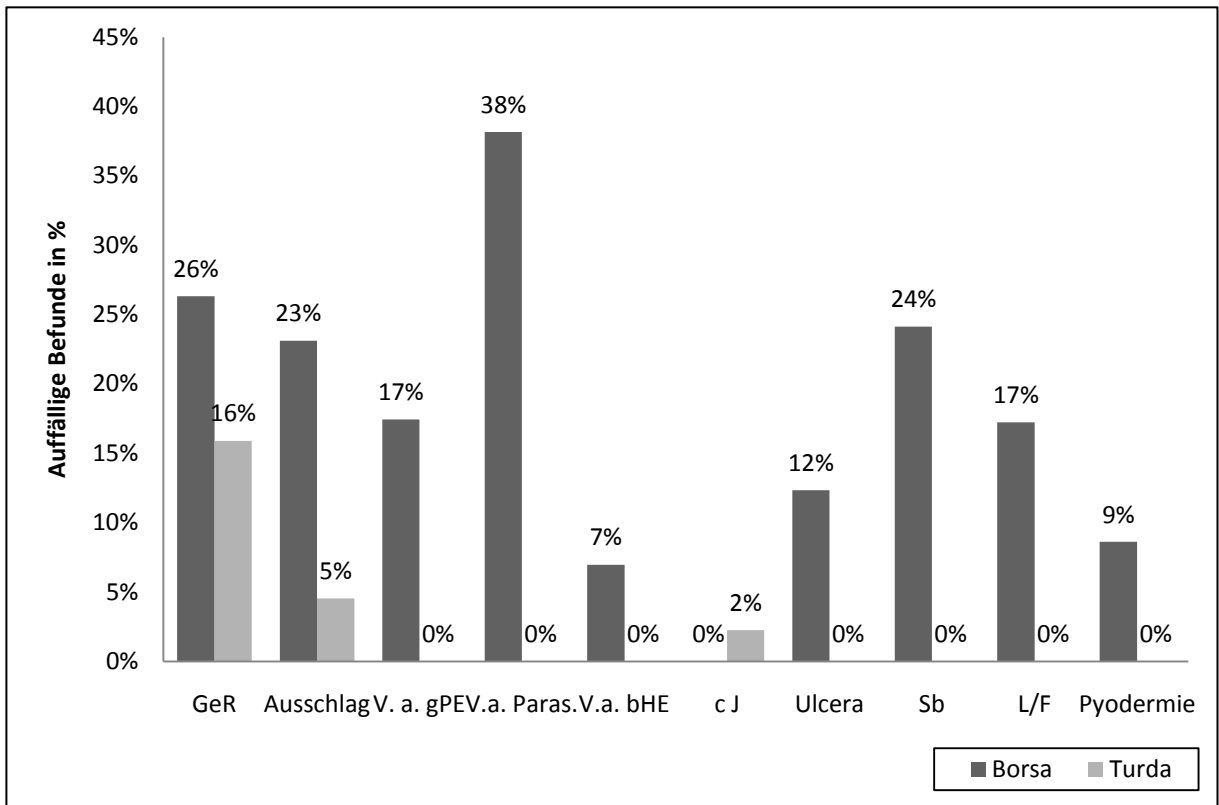


Abbildung 6: Gegenüberstellung der Items zur Hautuntersuchung

Legende Abb. 6: Gegenüberstellung aller Items zum dermatologischen Bestandsaufnahme aller Patienten in Borsa (177) vs. der Patienten in Turda (44) in Prozent, GeR = Genitalregion, gPE = generalisierte Pilzerkrankung, Paras. = Parasitose, bHE = bakterielle Hauterkrankungen, c J = chronischer Juckreiz, Sb = Scabiesbefall, L/F = Läuse / Flöhe

VI. 2.4. Neurologische Untersuchung

Bei der neurologischen Untersuchung wurde versucht, einen Überblick über die Fein- und Grobmotorik, die Beweglichkeit und die Kraft der Patienten zu erhalten. Hiermit sollten u. a. mögliche Medikamentennebenwirkungen erfasst werden.

Eine Dysdiadochokinese wurde bei 53 % der Patienten in Borsa festgestellt. In Turda hatten 13,6 % der Patienten Schwierigkeiten bei der Durchführung dieser Übung. ($p < 0,0001$). Ein Tremor konnte bei beiden Patientengruppen in nahezu gleicher Häufigkeit beobachtet werden. Beim Gangbild zeigte sich bei 28,8 % der Patienten in Borsa und 18,2 % der Patienten in Turda Auffälligkeiten. Dieser Unterschied erreichte keine statistische Signifikanz. Verlangsamungen wurden ebenfalls in ähnlicher Tendenz beobachtet: bei 31,8 % der Patienten in Borsa und 22,7 % der Patienten in Turda.

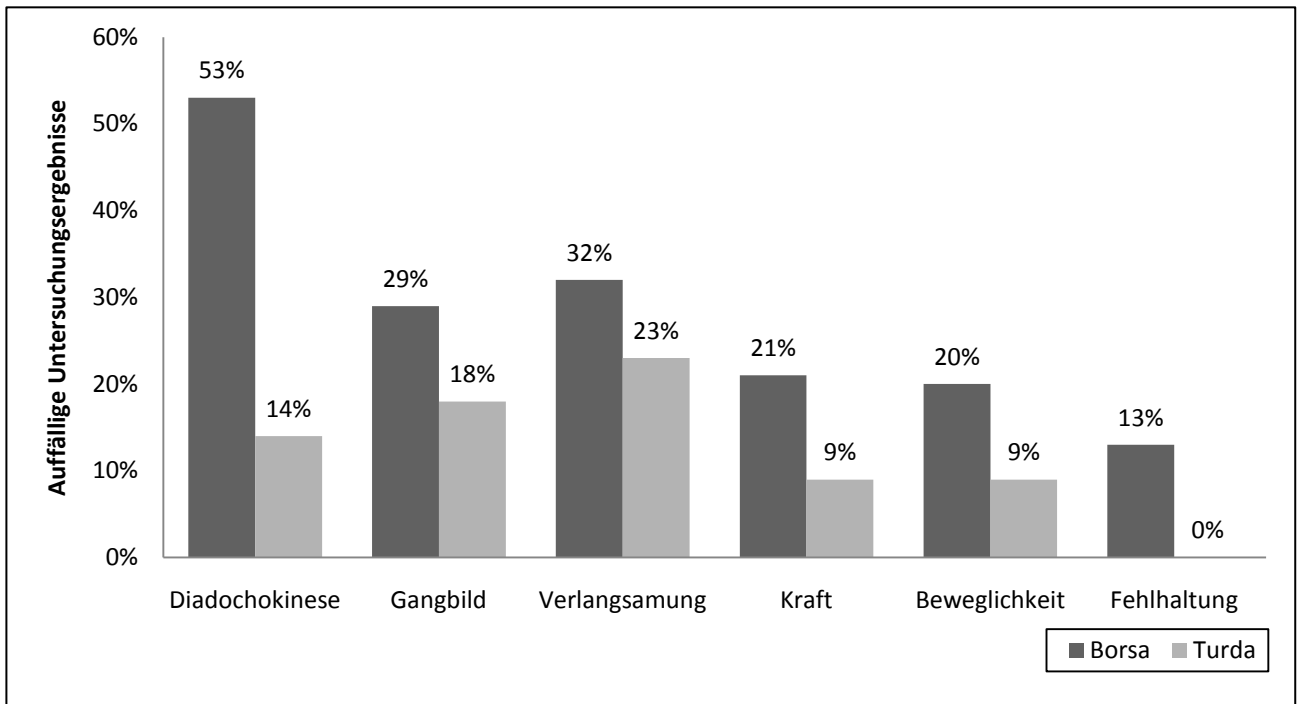


Abbildung 7: Gegenüberstellung der Items zur neurologischen Untersuchung

Legende Abb. 7: Gegenüberstellung aller Items zur neurologischen Bestandsaufnahme aller Patienten in Borsa (177) vs. der Patienten in Turda (44) in Prozent

III.3. Datenvergleich mit der Literatur

Im Folgenden werden die erhobenen Daten mit den in der Literatur beschriebenen Daten verglichen. Dazu werden die Patientendaten sowohl den Daten stationär betreuter psychiatrischer Langzeitpatienten aus England als auch den Daten der rumänischen Allgemeinbevölkerung gegenübergestellt.

Tabelle 5: Gegenüberstellung der erhobenen Daten mit denen der Literatur (WHO Health Status Romania 2005, Cormac et al. 2003)

Legende Tabelle 5.: Gegenüberstellung der Erkrankungshäufungen der Befragung 248 Pat. von Cormac et al. (2003) mit den durch die WHO veröffentlichten Daten zur rumänischen Allgemeinbevölkerung und den Daten der Patienten aus Borsa (177) und Turda (44).

Illness category	Langzeitpatienten England %	Rumänien Allgemeinbevölkerung %	Borsa %	Turda %
Gastroenterology	16	8	7	9
Neurological	15	18	32	18

Fortsetzung Tabelle 5

Illness category	Langzeitpatienten England %	Rumänien Allgemeinbevölkerung %	Borsa %	Turda %
Respiratory	14	3	22	2
Rheumatology / bone	12	5	16	7
Dermatology	8	3	64	7
Ear, nose and throat	4	5	17	9
Ophtalmology	3	-	10	16

III.3.1. Borsa

III.3.1.1. Vergleich Patienten Borsa / Patienten England

Der offensichtlichste Unterschied zwischen den englischen Langzeitpatienten (Cormac et al. 2003) und den Patienten aus Borsa ist die Häufung dermatologischer Erkrankungen (9 % vs. 64 %.) Bezogen auf bekannte rheumatologische Erkrankungen zeigt sich im Unterschied zu den englischen Patienten kein bedeutender Unterschied. Abdominelle Beschwerden werden in Borsa seltener vermerkt (16 % mit aktuellen Beschwerden in England vs. 8 % in Borsa). Bei den weiteren Items werden jedoch signifikante Abweichungen deutlich. Neurologische Beschwerden bzw. Einschränkungen wurden bei 32 % der Patienten in Borsa festgestellt, während in England nur 15 % der Langzeitpatienten an neurologischen Symptomen leiden. Auch zeigen sich deutlich mehr ophthalmologische pathologische Befunde in Borsa (10 % vs. 3 % in England). Auch im Nasen-Rachenraum und im Ohrbereich – wobei eine Überprüfung des Hörvermögens im Rahmen der Untersuchung in Borsa und Turda nur eingeschränkt stattfinden konnte – zeigten sich deutliche Unterschiede (17 % vs. 4 %).

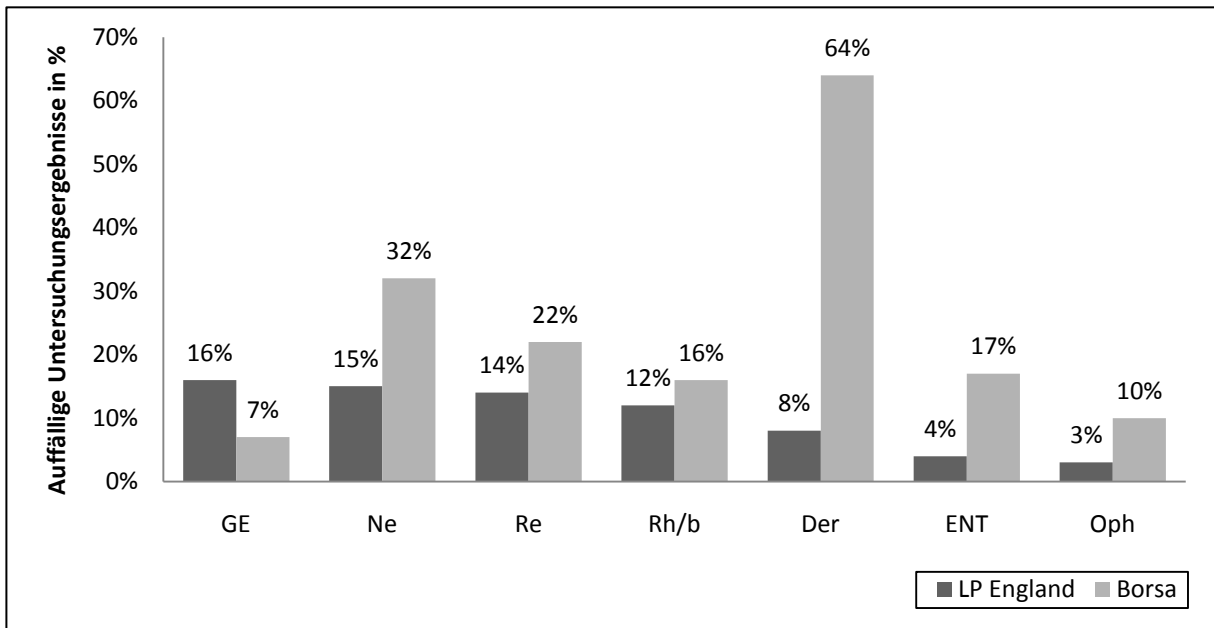


Abbildung 8: Vergleich Langzeitpatienten England/Langzeitpatienten Borsa

Legende Abb. 8: LP England = Langzeitpatienten, GE = Gastroenterology; Ne = Neurological; Re = Respiratory; Rh/b = Rheumatology/bone; Der = Dermatology; ENT = ear, nose and throat; Oph = Ophthalmology. Gegenüberstellung der Erkrankungshäufungen der Befragung 248 englischer psychiatrischer Langzeitpatienten von Cormac et al. (2003) mit den Patienten in Borsa (177), Angaben in Prozent.

III.3.1.2. Vergleich Patienten Borsa / rumänische Allgemeinbevölkerung

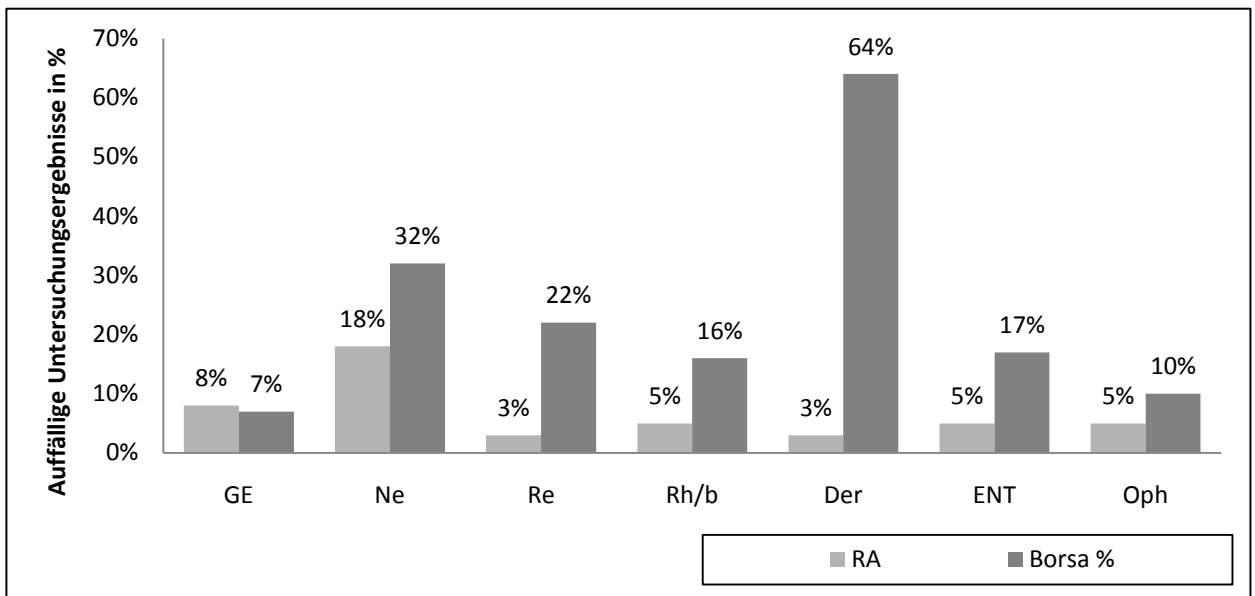


Abbildung 9: Vergleich Rumänische Allgemeinbevölkerung /Langzeitpatienten Borsa

Legende Abb. 9: RA = rumänische Allgemeinbevölkerung; GE = Gastroenterology; Ne = Neurological; Re = Respiratory; Rh/b = Rheumatology/bone; Der = Dermatology; ENT = ear, nose and throat; Oph = Ophthalmology. Gegenüberstellung der durch die WHO veröffentlichten Daten zur Erkrankungshäufung der rumänischen Allgemeinbevölkerung (WHO Health Status Romania 2005) mit den Patienten in Borsa (177), Angaben in Prozent.

Zwischen der Population in Borsa und der rumänischen Allgemeinbevölkerung zeigten sich folgende Unterschiede: Hauterkrankungen, wie sie bei 64 % der Patienten in Borsa vorgefunden wurden, werden unter dieser Bezeichnung in der Liste der Erkrankungen der rumänischen Allgemeinbevölkerung nicht geführt. „Infektiöse oder parasitäre Erkrankungen“ werden in der WHO-Studie mit insgesamt 3,2 % bei den Männern und 2,5 % bei den Frauen aufgeführt. – Beide wurden für oben stehende Tabelle zusammengefasst. Die Häufigkeit parasitärer Hauterkrankungen in Borsa (38,2 %) übersteigt diese Zahl um mehr als das Zehnfache (siehe III 2.3). Auch bei den Erkrankungen des Respirationstraktes zeigte sich in Borsa eine deutliche Abweichung von der Allgemeinbevölkerung. Während respiratorische Erkrankungen in Rumänien, gemäß der WHO-Studie auch im europäischen Vergleich, sehr selten auftraten (3,1 % der Männer und 2,2 % der Frauen betroffen) wurde in Borsa bei 22 % der Patienten eine obstruktive Bronchitis diagnostiziert. Auch in den Bereichen „neurologische Auffälligkeiten“ und „Hals-Nasen-Ohren“ weisen die Patienten aus Borsa eine prozentual höhere Morbidität auf.

Zusammenfassend zeigte sich damit mit Ausnahme der gastroenterologischen Beschwerden eine deutlich erhöhte Morbidität der Patienten aus Borsa gegenüber der rumänischen Allgemeinbevölkerung.

III.3.2. Turda

III.3.2.1. Vergleich Patienten Turda / Patienten England

Die Untersuchungsergebnisse in Turda zeigen einen mit den Daten von psychiatrischen Langzeitpatienten der Literatur vergleichbaren Status des körperlichen Zustandes. Im Einzelnen zeigten sich in Turda vergleichsweise:

- Weniger chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
- Weniger rheumatologische Schwierigkeiten
- Weniger gastroenterologische Erkrankungen
- Mehr Auffälligkeiten im Hals-Nasen-Ohren Bereich
- Keine Unterschiede bezüglich neurologischer Erkrankungen
- Keine Unterschiede bezüglich dermatologischer Erkrankungen

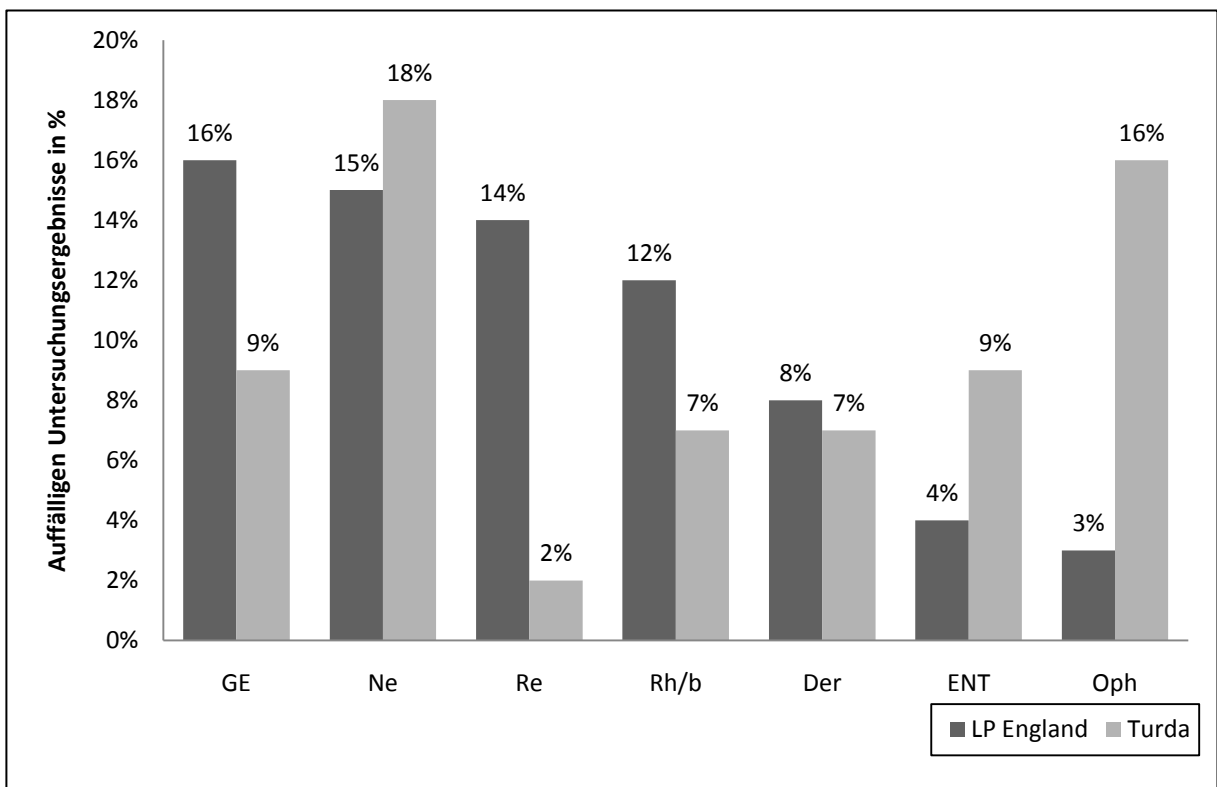


Abbildung 10: Vergleich Langzeitpatienten England/Langzeitpatienten Turda

Legende Abb. 11: LP England = Langzeitpatienten England; GE = Gastroenterology; Ne = Neurological; Re = Respiratory; Rh/b = Rheumatology/bone; Der = Dermatology; ENT = ear, nose and throat; Oph = Ophthalmology. Gegenüberstellung der Erkrankungshäufungen der Befragung 248 englischer psychiatrischer Langzeitpatienten von Cormac et al. (2003) mit den Patienten in Turda (44), Angaben in Prozent.

III.3.2.2. Vergleich Patienten Turda / rumänische Allgemeinbevölkerung

Im Vergleich mit der rumänischen Allgemeinbevölkerung zeigten sich insbesondere bei Augenerkrankungen sowie bei HNO- und dermatologischen Erkrankungen Unterschiede. Dagegen war die Häufigkeit von gastroenterologischen, neurologischen, rheumatologischen und respiratorischen Auffälligkeiten bei den Patienten in Turda und der rumänischen Allgemeinbevölkerung nahezu identisch. In Bezug auf die Allgemeinbevölkerung in Rumänien kann zum Zeitpunkt der Untersuchung somit ein vergleichbarer Gesundheitszustand der psychiatrischen Langzeitpatienten in Turda festgehalten werden.

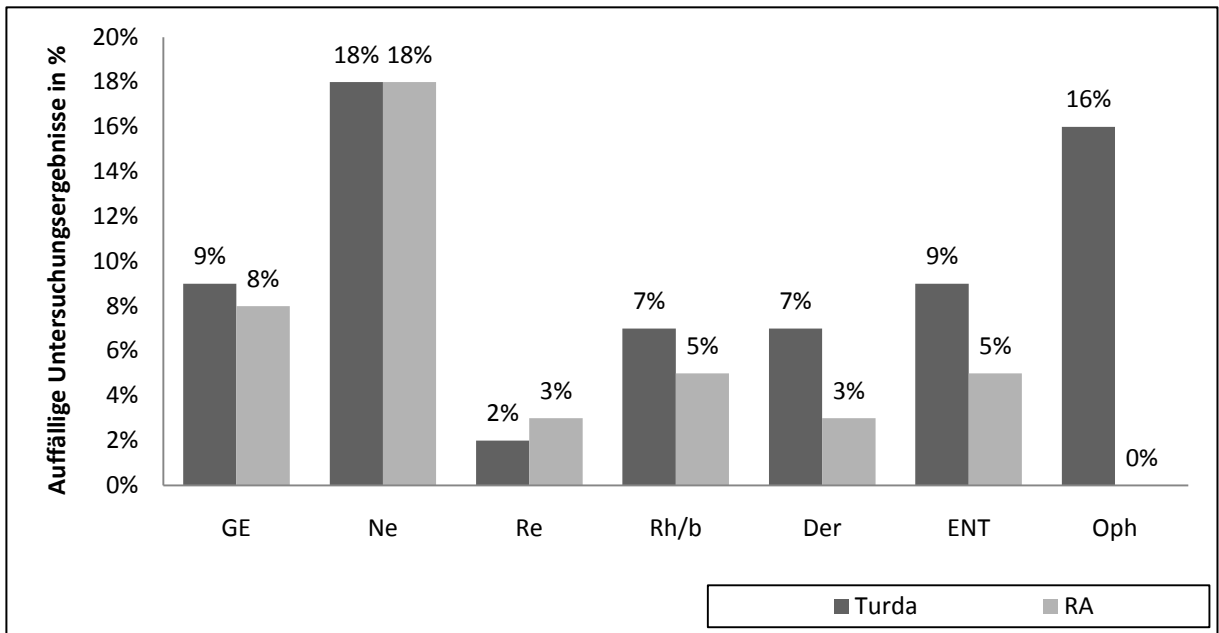


Abbildung 11: Vergleich Rumänische Allgemeinbevölkerung/Langzeitpatienten Turda

Legende Abb. 12: RA = rumänische Allgemeinbevölkerung; GE = Gastroenterology; Ne = Neurological; Re = Respiratory; Rh/b = Rheumatology/bone; Der = Dermatology; ENT = ear, nose and throat; Oph = Ophthalmology. Gegenüberstellung der durch die WHO veröffentlichten Daten zur Erkrankungshäufung der rumänischen Allgemeinbevölkerung (WHO Health Status Romania 2005) mit den Patienten in Turda (44), Angaben in Prozent.

IV. Diskussion

In der Diskussion werden zunächst die Ergebnisse der Untersuchung in Borsa mit Turda verglichen und anhand der vorgefundenen Unterschiede die Frage beantwortet, welche Auswirkung die Umsiedlung psychisch Kranker in eine heimatnahe Klinik mit Anschluss an ein somatisches Krankenhaus auf deren allgemeinen Gesundheitszustand hat. Danach wird diskutiert, wie sich die Morbidität und Mortalität der Patienten in Turda und Borsa von anderen Erhebungen in der Literatur unterscheidet. Im Anschluss daran erfolgt eine Betrachtung der Ergebnisse aus Borsa vor dem Hintergrund der dort herrschenden Bedingungen.

IV.1. Welche Auswirkung hat die Umsiedelung psychisch Kranker in eine heimatnahe Klinik mit Anschluss an ein somatisches Krankenhaus auf deren allgemeinen Gesundheitszustand?

IV.1.1. Allgemeinzustand

Borsa

In Borsa wurde bei 30 % der untersuchten Patienten ein deutlich reduzierter Allgemeinzustand beobachtet. 48 % der Patienten berichteten von regelmäßigen beeinträchtigenden Schmerzen. Die Kontaktfähigkeit - erhoben an den Möglichkeiten in Kontakt mit den Untersuchern und Übersetzern zu gehen und der zusätzlichen Einschätzung des Pflegepersonals vor Ort - wurden als sehr eingeschränkt beurteilt. Die Kontaktfähigkeit wurde vom Pflegepersonal meist noch negativer eingeschätzt als von den externen Untersuchern. Besuche durch Verwandte oder andere soziale Kontakte wurden sowohl von den Patienten als auch vom Pflegepersonal kaum berichtet. Halbjährliche Besuche wurden von beiden Seiten bereits als häufig eingestuft. Bezüglich der Bettlägerigkeit kam die Untersuchung der Patientengruppe in Borsa zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Aufgrund der Notwendigkeit zur Selbstversorgung - die Patienten sind zur Feuerung der sich in den Großraumzimmern befindenden Holzöfen genötigt - besteht im Winter eine existentielle Beschäftigung, welche bei großer Kälte mehrere Stunden täglich in Anspruch nimmt. Hier arbeitet eine Patientengruppe permanent auch unter widrigsten Bedingungen (weder entsprechendes Werkzeug noch eine adäquate Winterkleidung oder Schuhwerk sind vorhanden). Abgesehen hiervon findet man in Borsa jedoch kaum Beschäftigungsmöglichkeiten. Die Ergotherapie war Anfang 2005 mit 10 Patienten völlig ausgelastet. Patienten, die weder für die Feuerung verantwortlich sind

noch an der Ergotherapie teilnehmen liegen daher auch tagsüber fast nur im Bett. Bei der Erfragung des Impfstatus berichteten viele der Patienten jährlich gegen „Durchfall“ geimpft zu werden. Weitere Auskünfte zum Impfstatus der Patienten konnten zunächst weder die Patienten selbst noch das Pflegepersonal geben. Die Rücksprache mit der in Borsa tätigen Allgemeinmedizinerin ergab, dass die Patienten jährlich gegen Typhus geimpft wurden, da diese Erkrankung in Rumänien sehr häufig und besonders in Großeinrichtungen gefürchtet sei. Weitere Impfungen seien nicht durchgeführt worden. Es muss also aufgrund der Dauer der Aufenthalte der Patienten davon ausgegangen werden, dass keiner der untersuchten Patienten aus Borsa einen Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Polio oder Hepatitis aufwies.

Turda

In Turda wurde der Allgemeinzustand von 20 % der Patienten als deutlich reduziert eingestuft. Hier berichteten 36 % von regelmäßigen, sie beeinträchtigenden Schmerzen. Die Kontaktfähigkeit wurde seitens der Betreuer deutlich positiver eingestuft und auch seitens der Untersucher wurde die Kontaktaufnahme offener und adäquater erlebt. Die Patienten erschienen deutlich schwingungsfähiger, konnten sich an einem kurzen Gespräch gut beteiligen. Auch bezüglich der Besuche war eine deutliche Änderung ersichtlich. Durch die in den Mittelpunkt gestellte Angehörigenarbeit konnte Kontakt zu fast allen Familien aufgenommen werden. Nur sechs der 44 Patienten erhielten bisher keinen Besuch. Bei den meisten Patienten fanden regelmäßige Besuche zwischen 1x pro Quartal bis 1x pro Woche statt. Die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio sowie Hepatitis A und B wurden bei allen Patienten vollständig durchgeführt.

Vergleich

Bei den Patienten in Turda zeigte sich bezüglich Schmerzen, Allgemeinzustand und Bettlägerigkeit eine deutliche Besserung. Auch hinsichtlich der Kontaktfähigkeit und der Besuche konnte eine signifikante Verbesserung in Turda erreicht werden. Während in Borsa 38 Prozent der Patienten keinen Besuch erhielten, sank diese Rate in Turda auf 14 %. Dabei stieg nicht nur die Anzahl der besuchten Patienten in Turda, auch die Frequenz der Besuche nahm erheblich zu. In Borsa gab es außerhalb des eigenen Bettes kaum Rückzugsmöglichkeiten - und selbst diese Rückzugsmöglichkeit war für fast 1/3 der Patienten nicht gegeben, ca. 30 % der Patienten teilten sich zu zweit ein Bett. Bei mangelhafter Motivation der Patienten und ungenügender Mobilisierung durch fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten führte dies zu einer realen Bettlägerigkeit mit

Muskelschwund, Kontraktionen und Ulcera. Auch in Turda zogen sich viele Patienten tagsüber in das eigene Bett zurück. Jedoch wurde in Turda durch die Tagesstruktur sichergestellt, dass jeder Patient dieses mehrfach täglich verließ, wodurch eine Mobilisierung aller Patienten gewährleistet wird (Ergotherapie, Gymnastik etc.). Insgesamt zeigte sich bei den unter „Allgemeinzustand“ vereinten Items eine deutliche Verbesserung für die nach Turda verlegten Patienten.

IV.1.2. Körperliche Untersuchung

Borsa

Bei den Augenbefunden zeigte sich in Borsa eine deutliche Häufung von Sklerenicterus, welcher bei 8,5 % der Patienten vorgefunden wurde. Der Zahnstatus - häufige Quelle für Schmerzen oder bakterielle Infektionen - zeigte bei 81 % der Patienten in Borsa ein behandlungsbedürftiges Gebiss, bei 11 % wurde der Zahnstatus als schwer sanierungsbedürftig eingeschätzt. Bei 22 % der Patienten wurde eine Bronchitis diagnostiziert. Keiner dieser Patienten erhielt eine Medikation. Bei acht der Patienten hatten die Untersucher den dringenden Verdacht auf eine maligne Erkrankung. Bei einer weiteren Patientin wurde anhand einer massiv vergrößert tastbaren Milz und multiplen bis zu faustgroß vergrößerten Lymphknoten die Diagnose einer malignen Erkrankung, vermutlich einer chronisch myeloischen Leukämie, gestellt. Neben diesen Auffälligkeiten wurde aufgrund der Blutdruckmessungen deutlich, dass viele hypertensive Patienten in Borsa keine entsprechende Medikation erhielten.

Turda

Bereits vor Beginn der Untersuchung konnten in Turda einige Unterschiede festgestellt werden. Im Gegensatz zu den Untersuchungsbedingungen in Borsa fanden die Untersucher hier ein Untersuchungszimmer vor, welches für diese Zwecke benutzt werden konnte. Auch wurde deutlich, dass die Patienten insgesamt untersuchungserfahrener waren und mit den unterschiedlichen Methoden - abhören mit dem Stethoskop, „Mund weit öffnen“ - vertraut schienen. Auch bei den in Turda untersuchten Patienten fiel die mangelhafte Zahnsanierung auf. Bei 93 % der Patienten stellten die Untersucher einen sanierungsbedürftigen Zahnstatus fest. Jedoch konnte eine deutlich bessere Mundhygiene beobachtet werden. Abgesehen davon konnten bei der allgemeinmedizinischen Untersuchung kaum Auffälligkeiten festgestellt werden. Wie zuvor in Borsa fanden die Untersucher bei der Medikation von Begleiterkrankungen jedoch Lücken. Bei einigen

Patienten war ein Bluthochdruck in der Akte vermerkt, eine Medikation war jedoch vermutlich aufgrund der in Rumäniens Gesundheitssystem üblichen Jahresplanung bei den Medikamentenbestellungen bisher nicht möglich gewesen.

Bei einer Patientin wurde beim Abtasten der Mammae ein auffälliger Tastbefund bemerkt - dieser Untersuchungsbefund war zuvor bereits durch das Pflegepersonal festgestellt worden. Ein konsiliarischer Untersuchungstermin - bereits vorab vereinbart - fand am Nachmittag statt.

Vergleich

Im Vergleich zeigte sich ein deutlicher Unterschied bezüglich der körperlichen Untersuchungen in Borsa und Turda. Während in Borsa die Untersuchung ohne Schutzkleidung und Handschuhe nicht möglich war, mussten in Turda keine Vorsichtsmaßnahmen dieser Art getroffen werden. In Turda war es aufgrund gut geführter Patientenakten möglich, neben den Informationen durch das anwesende Pflorgeteam auch die medizinische Vorgeschichte nachzuvollziehen. Insgesamt waren in Borsa bei über 27 % der Patienten allgemeinmedizinische Auffälligkeiten festgestellt worden, in Turda waren es nur 4,6 % der Patienten. Womöglich auch aufgrund der unterschiedlichen Jahreszeiten - die Untersuchung in Borsa fand im Januar, die in Turda im September statt - diagnostizierten die Untersucher in Borsa bei 22 % der Patienten eine Bronchitis, in Turda wurde diese nur bei 2 % der Patienten festgestellt. Des Weiteren wurde in Turda bei keinem Patienten ein Sklerenicterus festgestellt, in Borsa hingegen, bei 8,5 % der Patienten. In Borsa wurde durch die Untersuchung bei neun Patienten der Verdacht auf eine maligne Erkrankung gestellt. In Turda lag bei einem Patient eine bekannte Diagnose einer malignen Erkrankung vor, ein weiterer Verdacht hatte bereits vor der Ankunft der externen Untersucher zu einer konsiliarischen Vorstellung geführt. In Turda war eine deutlich bessere Kontrolle der medikamentösen Einstellung mit Psychopharmaka und weiterer Begleiterkrankungen anhand der Krankenakten nachvollziehbar. Insgesamt erhielten in Turda 11,3 % der Patienten weiterhin die bereits in Borsa verabreichte Medikation, bei einem Patient konnte die Medikation abgesetzt werden. Alle weiteren Patienten in Turda erhielten eine neu eingestellte Medikation.

IV.1.3. Neurologische Untersuchung

Borsa

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung waren in Borsa die deutlich reduzierte Kraft und die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit der Patienten auffallend; bei 21 % der Patienten wurde die Kraft als reduziert eingestuft, die oberen (17 %) und unteren (16 %) Extremitäten waren fast gleich häufig betroffen. Auch die Bewegungsfähigkeit war bei 20 % der Patienten reduziert (obere Extremitäten 18 %, untere Extremitäten 12 %). Mit dieser Einschränkung ging eine häufig beobachtete Fehlhaltung einher: im Halswirbelsäulenbereich bei 11 %, im weiteren Verlauf der Wirbelsäule bei 13 % der Patienten. Insgesamt waren bei der Untersuchung 32 % der Patienten deutlich verlangsamt. Bei 20 % der Patienten wurde ein deutlicher Tremor festgestellt. Die Diadochokinese war - unter Sichtkontrolle - bei fast 53 % der Patienten hoch auffällig, sie konnte von einem großen Anteil der Patienten nicht oder nur als Händewaschen oder Klatschen ausgeführt werden. Das Gangbild wurde bei 29 % der Patienten als entweder kleinschrittig oder unsicher eingestuft.

Turda

Bei 23 % der Patienten zeigte sich eine deutliche Verlangsamung. Ebenso wurde bei 18 % der Untersuchten ein Tremor, in 18 % oder eine erhebliche Kleinschrittigkeit beobachtet. Eine Einschränkung von Kraft oder Beweglichkeit zeigte sich in 9 % der Fälle und bezog sich hier zumeist auf die oberen Extremitäten.

Vergleich

Es können keine Angaben darüber gemacht werden, inwieweit die vorgefundenen neurologischen pathologischen Befunde bei den Patienten in Borsa und Turda auf die langzeitige Gabe von typischen Neuroleptika, dem Hospitalismus oder andere Störungen zurückgeführt werden können.

Bei den feinmotorischen und grobmotorischen Übungen - wie die Durchführung der Diadochokinese oder des Finger-Nase-Versuchs - zeigten sich die Patienten in Turda weniger eingeschränkt als die Patienten in Borsa, ebenso bei der allgemeinen Beweglichkeit und der Kraft.

IV.1.4. Hauterkrankungen

Borsa

Bei 24 % der Patienten wurde eine Scabiesbefall festgestellt, 17 % der Patienten hatten einen Läuse- oder/und Flöhe-Befall. Insgesamt waren in Borsa 38 % der Patienten von einem Parasitenbefall betroffen. In fast neun Prozent der Fälle hatten sich die entstandenen Kratzwunden bakteriell superinfiziert (Pyodermie). Bei 12 % der Patienten bestanden Ulcera. In keinem der vorgefundenen Fälle hatte eine Anbehandlung der Pyodermie oder der Epizoonosen stattgefunden. Bei 17% der Patienten wurde zusätzlich ein disseminierter Pilzbefall erhoben. Insgesamt wurde bei 64 % der Patienten eine nicht lokal begrenzte Hauterkrankung festgestellt.

Turda

In Turda fanden die Untersucher bei 18 % der Patienten lokal begrenzte Pilzerkrankungen. Hierbei war der Genitalbereich (16%) neben der Fußregion am Häufigsten betroffen. Eine Anbehandlung des Pilzbefalles der Genitalregion war in den meisten Fällen erfolgt, nicht bei einem Befall der Füße. Ansonsten konnten - neben erheblichen Vernarbungen - keine weiteren Auffälligkeiten vorgefunden werden.

Vergleich

Eine Untersuchung der Haut erschien bei den Patienten in Borsa und Turda von besonderer Bedeutung. Zunächst stellten die Lebensbedingungen in Borsa mit mangelhafter Hygiene, Mehrfachbelegung der Betten, marodem Bauwerk, etc. an sich ein Risiko für Epizoonosen und Pilzerkrankungen dar. Zudem ist bei einem hohen Anteil an schizophrenen Patienten ein erhöhtes Auftreten eines Diabetes mell Typ 2 wahrscheinlich, die mit einer erhöhten Anfälligkeit für Hauterkrankungen einher geht. In allen Bereichen zeigt sich bezüglich des Hautstatus eine deutliche Verbesserung bei den in Turda untersuchten Patienten.

Die Parasiten - die auch bei der ersten Aufnahmeuntersuchung bei den verlegten Patienten in Turda vorgefunden worden waren - konnten vollständig eliminiert werden. Die sehr schmerzhaften Pyodermien wurden nicht mehr vorgefunden. Weiterhin litten viele Patienten unter lokal begrenzten Pilzerkrankungen. Ein disseminierter Befall wurde jedoch nicht mehr vorgefunden. Auch bezüglich der von Parasiten nicht beeinflussbaren Ulcera zeigte sich eine Verbesserung. Während in Borsa 12 % der Patienten betroffen waren, wurden in Turda keine Ulcera vorgefunden. Bezüglich bestehender Verletzungen zeigte sich ebenfalls ein deutlicher Unterschied. In Borsa wurden bei fast 20 % der Patienten erhebliche äußere Verletzungen, v. a. an den unteren Extremitäten (15 %), vorgefunden. In

Turda hatten neun Prozent der Patienten Verletzungen, welche sich zu gleichen Anteilen auf die oberen (6,8 %) und unteren (6,8 %) Extremitäten verteilten.

IV.2. Wie unterscheiden sich Morbidität und Mortalität der Patienten in Turda und Borsa gegenüber den Daten der Literatur?

VII.2.1. Borsa

Im Vergleich mit den in der Literatur (u. a. Cormac et al. 2003; Cormac et al. 2004) beschriebenen somatischen Befunden von psychiatrischen Langzeitpatienten in stationärer Behandlung zeigte sich bei den in Borsa lebenden Patienten ein deutlich reduzierter Allgemeinzustand, insbesondere lag eine hohe Rate nicht behandelter Erkrankungen vor. Hier verwiesen Pfleger und Krankenschwestern darauf, dass viele Erkrankungen zwar bekannt seien, jedoch eine Behandlung aufgrund der in Rumänien üblichen Bestellung der Medikation nur zu Beginn des Jahres und aufgrund des Kostendrucks nicht möglich wäre. Eine hohe Morbidität zeigte sich auch bei den neurologischen und ophtalmologischen Befunden. Ursächlich könnte dies mit der langjährigen nicht kontrollierten Medikation mit Psychopharmaka im Zusammenhang stehen, aber auch mit nicht erkannten bzw. nicht behandelten kardiovaskulären Erkrankungen oder mit einem nicht behandelten Diabetes mell. Typ 2. Verglichen mit den Erhebungen zur rumänischen Allgemeinbevölkerung hatten die Patienten in Borsa ebenfalls deutlich erhöhte Erkrankungsraten. Auch in den Bereichen „neurologische Auffälligkeiten“ und „HNO“, in denen die rumänische Allgemeinbevölkerung verglichen mit den englischen Langzeitpatienten höhere Erkrankungsraten aufwies, zeigten sich bei den Patienten in Borsa nochmals deutlich höhere Krankheitshäufigkeiten. Insgesamt ist der Gesundheitszustand der Patienten in Borsa sowohl schlechter im Vergleich zur rumänischen Allgemeinbevölkerung als auch einer Vergleichspopulation stationärer Langzeitpatienten in England.

IV.2.2. Turda

Der Allgemeinzustand der Patienten in Turda gleicht den beschriebenen Daten der englischen stationären Langzeitpatienten. Verglichen mit den Daten der WHO aus dem Jahr 2005 ergibt sich gegenüber der rumänischen Allgemeinbevölkerung ein ebenfalls vergleichbarer Allgemeinzustand. Bezogen auf die englischen Langzeitpatienten zeigt sich eine deutliche Verbesserung bezogen auf die gastroenterologischen und respiratorischen Auffälligkeiten. Auch bei den rheumatologischen Erkrankungen zeigen sich im Rahmen der Untersuchungsmöglichkeiten geringere Auffälligkeiten. Die Anzahl neurologischer

Beschwerden zeigt sich mit denen der englischen Langzeitpatienten vergleichbar. Erhöhte Werte ergaben sich in den Bereichen „HNO“ und „ophthalmologische Auffälligkeiten“ – Zusammenhänge mit anderen internistischen Erkrankungen (wie Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen) liegen nahe. Im Vergleich zu Daten aus der Literatur zum Gesundheitszustand der rumänischen Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei den Patienten aus Turda nur in den Bereichen „HNO“ und „dermatologische Auffälligkeiten“ leicht erhöhte Werte.

Zusammenfassend ist der somatische Allgemeinzustand der Patienten in Turda im Vergleich zu den vorliegenden Daten der rumänischen Allgemeinbevölkerung und dem der englischen Langzeitpatienten ähnlich.

IV.2.3 Vergleichbarkeit der Daten

Schwierigkeiten ergeben sich bei den Vergleichen der hier erhobenen Daten mit der Literatur, da die meisten publizierten Daten im ambulanten Bereich erhoben wurden. Bei ambulant behandelten Patienten ergibt sich aufgrund der geringeren Schwere der Erkrankung einerseits und einer deutlich ausgeprägteren Selbstständigkeit andererseits ein eigenes Risikoprofil: es muss bei den ambulant behandelten Patienten von einem erhöhten Unfall-, Suizidrisiko und Drogenabusus ausgegangen werden. Des Weiteren ist bei den ambulant betreuten Patienten die medizinische Versorgung häufig lückenhaft. Erkrankungen werden nicht oder erst deutlich später erkannt. Die Veröffentlichungen weisen zudem auf die Schwierigkeiten mit der kontinuierlichen Behandlung bekannter Erkrankungen hin.

Auch bei dem Vergleich mit den Untersuchungen bei stationären Patienten (Cormac et al. 2003; Cormac et al. 2004) ist von einer selektiven Stichprobe auszugehen, da die befragten Patienten einige Kriterien zur Selbstständigkeit und Selbstbestimmung erfüllen mussten und somit Schwersterkrankte bzw. akut kranke Patienten in diesen Untersuchungen nicht berücksichtigt wurden. Hierin könnte neben den desolaten hygienischen Verhältnissen und der schlechten medizinischen Versorgung ein zusätzlicher Grund für den schlechteren Allgemeinzustand der Langzeitpatienten in Borsa liegen.

IV.3. Untersuchungsergebnisse in Borsa im Spiegel der infrastrukturellen, lokalen und baulichen Besonderheiten

Einige der in Borsa festgestellten körperlichen Auffälligkeiten konnten durch den Umzug der 44 Patienten nach Turda bei diesen deutlich reduziert werden. Hierzu zählten die Epizoonosen, die Einschränkung von Kraft und Beweglichkeit, Fein- und Grobmotorik und die dermatologischen Erkrankungen. Auch bei den Angaben zu Kontaktfähigkeit, Bettlägerigkeit sowie den Angaben zu Schmerzen zeigten sich deutliche Verbesserungen. Daher müssen in Borsa Bedingungen angenommen werden, welche die erhobenen pathologischen Befunde zumindest mit verursachten. Wie bereits zu Beginn beschrieben befindet sich Borsa weitab von Verkehrsanbindungen und wurde von der nächsten größeren Stadt zum Untersuchungszeitpunkt nur zwei Mal am Tag angefahren. Die Fahrt mit dem PKW dauerte bei gutem Wetter ca. 1 Stunden. Einen Großteil der Strecke legte man auf Schotterpisten zurück, die bei Regen oder Schnee kaum befahrbar war. Medizinische Untersuchungen (einschließlich Laboruntersuchungen bei Psychopharmakotherapie) können in der Regel weder personell noch organisatorisch gewährleistet werden. Es erwies sich offensichtlich als äußerst schwierig medizinisch-psychiatrisch qualifiziertes Personal für die Arbeit in Borsa zu motivieren (die zum Zeitpunkt der Untersuchungen angestellte Ärztin hatte eine 50%-Stelle, die Fahrzeit zählte zu ihrer Arbeitszeit). Die medizinische Unterversorgung scheint mit ein Grund des Ergebnisses der somatischen Untersuchung in Borsa zu sein. Bereits die Erkennung somatischer Erkrankungen war bei der großen Patientenzahl kaum möglich. Das Schloss Banffy, der Sitz der Klinik, gilt seit Jahren als einsturzgefährdet. Die Wände des Hauptgebäudes waren von Schimmel und Pilzen durchsetzt. Die sanitären Anlagen begrenzten sich für alle 221 Patienten auf drei Duschen. Die Wasserversorgung für diese und die drei Waschmaschinen war nicht gesichert. Bereits mehrfach musste ein neuer Brunnen ausgehoben werden. Auch der neueste Brunnen lieferte nur unzureichende Wassermengen. So konnte weder die Hygiene der Patienten noch eine Reinigung der Wäsche kontinuierlich aufrechterhalten werden. Aufgrund der erheblichen Überbelegung der Räumlichkeiten waren 1/3 der Betten doppelt belegt. Durch diese räumliche Enge war eine Ansteckung durch Epizoonosen und andere Erkrankungen unvermeidbar. Da es sich bei den meisten vorgefundenen Erkrankungen um übertragbare Erkrankungen handelte war der Kontakt zwischen Personal und Patienten teils angstbesetzt und sehr eingeschränkt. Dies auch deshalb, weil ein Großteil der Angestellten kein medizinisches Fachpersonal ist. Eine adäquate Therapie der

dermatologischen Auffälligkeiten findet in der Regel nicht statt. Die Patienten wurden kaum zum Verlassen des Bettes motiviert (Entstehung von Druckstellen und Ulcera).

Ausblick

Es muss bezweifelt werden, ob das Schloss Banffy als Standort einer psychiatrischen Klinik geeignet ist. Hierfür sind sowohl die dezentrale Lage an sich als auch das marode Bauwerk, die Verseuchung durch Pilze, Schimmel und Parasiten und die Problematik der Wasserversorgung ein Argument. Ob und wie die Investitionen für neue Einrichtungen von der Politik mitgetragen werden, ist offen. Nach der Eröffnung der Klinik in Turda wurde die Klinik in Borsa rasch wieder überbelegt. Eine Teilschließung der Klinik wird inzwischen immerhin auch von den politisch Verantwortlichen in Rumänien diskutiert. Um eine Verbesserung der Situation in Borsa selbst erreichen zu können, wäre eine vollständige Beseitigung der Epizoonosen (Milben, Pulikosen, Pedikulosen) erforderlich. Hierzu wäre sowohl eine durchgängige Behandlung aller Patienten und Mitarbeiter v. a. gegen Scabies sowie eine Säuberung der Räumlichkeiten, insbesondere der Matratzen, Decken und Kleidungsstücke notwendig. Könnten weitere Infektionen auf diesem Wege vermieden werden, wäre auch eine Verbesserung des Allgemeinzustandes die Folge (und eine Verringerung der Distanz seitens der Angestellten zu den Patienten). Das Angebot des Beclean e.V., hierfür Hilfsmittel und professionelle Unterstützung bereitzustellen, wurde bislang seitens der Klinikleitung abgelehnt, bzw. man sah sich nicht in der Lage, die formal-hygienischen Anforderungen umzusetzen.

IV.4 Zur hohen Inzidenz somatischer Erkrankungen bei schizophrenen Störungen

Die Literatur zur Morbidität und Mortalität von schizophren Erkrankten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kann wie folgt zusammengefasst werden: Die Lebenserwartung ist deutlich reduziert, Lambert et al. (2003) gehen von einer Verminderung von 9 - 12 Jahren aus. Gründe hierfür sind neben einer krankheitsbedingten Erhöhung der Mortalität (insbesondere Suizide) auch das gehäufte Auftreten somatischer Erkrankungen. Ursächlich sind insbesondere Adipositas, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mell. Typ 2, Hyperlipidämie, maligne Erkrankungen, Epilepsie und Infektionskrankheiten. Diese Erkrankungen treten sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Langzeitpatienten signifikant häufiger auf. Wegen der negativ sich potenzierenden Wirkung von Adipositas, koronaren Herzerkrankungen, Diabetes mell. Typ 2 und Hyperlipidämie ist eine engmaschige medizinische Betreuung bedeutsam. In der vorliegenden Untersuchung musste aufgrund der eingeschränkten Untersuchungsmöglichkeiten die Beurteilung einer koronaren Herzerkrankungen auf den Risikofaktor Bluthochdruck beschränkt werden. Eine Diagnostik von Diabetes mell. Typ 2 oder Hyperlipidämie war nicht möglich, sodass diese beiden Erkrankungen trotz ihrer Relevanz nicht berücksichtigt werden konnten. Die diagnostizierten Hauterkrankungen könnten in einem Zusammenhang mit einem Diabetes mell. Typ 2 und möglicher Folgeinfektionen stehen.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass dieser somatische Aspekt psychiatrischer Erkrankungen bei den Patienten in Borsa weitgehend vernachlässigt wurde, während für die Patienten in Turda somatische Behandlung durch die Anbindung an das Allgemeinkrankenhaus gewährleistet war.

V. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit vergleicht den allgemeinmedizinischen Status zweier Populationen chronisch psychisch Kranker stationärer (Langzeit-)Patienten in Rumänien (vergleichende Statuserhebung). Es wurden einerseits Patienten aus einer aus den alten Strukturen des Ceausescu-Regimes stammenden und bis heute weitergeführten psychiatrischen Klinik (in Borsa/Transsilvanien) untersucht (N=177). Aus dieser Klinik wurden kurz vor der dortigen Erhebung 44 Patienten in die psychiatrische Abteilung eines zwei Fahrtstunden entfernt liegenden somatischen Krankenhauses (in Turda) verlegt – das Selektionskriterium war ausschließlich die Herkunftsregion. Bei diesen (N=44) wurde 9 Monate nach ihrer Verlegung ebenfalls ein allgemeinmedizinischer Status erhoben. Die Fragestellung war, ob sich ein strukturell anderes Versorgungsetting auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Patienten auswirkt. Die Erhebungen in Borsa und Turda zeigten deutliche Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen. Im Borsa ergaben sich bei nahezu allen erhobenen Items deutlich schlechtere Gesundheitswerte als in Turda. Dies bezog sich insbesondere auf den neurologischen, respiratorischen und dermatologischen Status. Diese Unterschiede ergaben sich sowohl im Vergleich zu anderen Studien als auch zu den in Turda erhobenen Befunden. Die in Turda erhobenen Daten sind (abgesehen von ophthalmologischen Auffälligkeiten) in allen Bereichen mit vergleichbaren Populationen chronisch psychisch Kranker in anderen (westlichen) Ländern, von denen Studien vorliegen, identisch. Die engmaschige Anbindung an das somatische Krankenhaus führte offensichtlich zu einer signifikanten Verbesserung des somatischen Allgemeinzustandes der Patienten. Fördernd wirken die bessere Infrastruktur (insbesondere bessere sanitäre Bedingungen), die bessere somatische Versorgung durch die somatische Klinik, die bessere Motivation der Mitarbeiter, die aktivierende Strukturierung des Alltags der Patienten und die Anbindung der Angehörigen der Patienten an die Klinik.

Die verkürzte Lebenserwartung chronisch psychisch Kranker, speziell schizophren Erkrankter, wurde in allen bisherigen Studien der letzten 10 Jahre belegt. Die weit überproportional auftretenden Erkrankungen bei dieser Population sind insbesondere koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Adipositas und Hypertonus. Alle Untersuchungen kommen einheitlich zu dem Schluss, dass eine gezielte medizinische Betreuung (neben der psychiatrischen Behandlung) die entscheidende Maßnahme zur Prävention somatischer Erkrankungen bei psychisch Kranken darstellt.

VI. Literaturverzeichnis

1. Abiodun O. A.: Physical morbidity in a psychiatric population in Nigeria. *General Hospital Psychiatry* 22: 195-199 (2000)
2. Adamis D., Ball, C.: Physical morbidity on elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between major mental disorders and physical illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15: 248-253 (2000)
3. Adler N., Mueller G., Ayat M.: Psychiatry under Tyranny: A report on the political abuse of Romanian psychiatry during the Ceausescu years. *Current Psychology* 12: 3-17 (1993)
4. Allan M. A., Mash J.: History and Examination. 2. Aufl., Elsevier Health Sciences, S. 7-60, 75-204 (2004)
5. Allebeck, P., Verla A., Wisted, B.: Mortality in schizophrenia. A ten year follow-up based on the Stockholm county inpatient register. *Archives of General Psychiatry* 43: 650-653 (1986)
6. Altmeyer P., Dirschka T., Hartwig R.: Klinikleitfaden Dermatologie, 2. Aufl., Urban und Fischer Verlag München Jena, S. 13-56 (2003)
7. Antwerpes, Frank: Flowsheet of physical examination
http://www.campus.doccheck.com/upload/20021110_examflowsheet.doc,
Aufgerufen am 10.11.2002 (13:35 Uhr)
8. Björkman T., Hansson L.: How does case management for long-term mentally ill individuals affect their use of health care services?: A 18month follow-up of 10 Swedish case management services. *Nordic Journal of Psychiatry* 54: 441-447 (2000)
9. Bralet M. C., Yon V., Loas G., Noisette C.: Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients. *Encephale* 26: 32-41 (2000)
10. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H. H., Winkelmann R. K.: Dermatology, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York S. 1-402, 671-685, 757-843 (1984)
11. Brown S.: Excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 171: 502-508 (1997)
12. Brown S., Birtwistle J., Roe L., Thompson C.: The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine* 29: 697-701(1999)

13. Brown S., Inskip H., Barraclough B.: Causes of excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 177: 212-217 (2000)
14. Brunner, E., Vorderwülbecke U.: <http://www.rote-liste.de>. Aufgerufen am 17.10.2004 (14:32 Uhr)
15. Cattapan-Ludewig K., Ludewig S., Jaquenoud Sirot E., Etzensberger M., Hasler F.: Warum rauchen Schizophreniepatienten? *Der Nervenarzt* 76: 287-294 (2005)
16. Ceilley, J. W., Douaihy A. B., Salloum I. M.: Prevalence and Impact of medical disorders in hospitalized psychiatric patients with comorbid substance use disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment* 4: 65-70 (2005)
17. Chan G. W., Ungvari G. S., Shek D. T., Leung Dagger J. J.: Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong-Kong – quality of life and its correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 196-203 (2003)
18. Chapiro F.: Old and new long stay patients in French psychiatric institutions: results from a national random survey with two-year follow-up. *Encephale* 31: 466-476 (2005)
19. Citrome L.: Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Journal of Psychopharmacology* 19: 84-93 (2005)
20. Citome L., Jaffe A., Levine J., Martello D.: Incidence, Prevalence and Surveillance of Diabetes in New York State Psychiatric Hospitals 1997-2004. *Psychiatric Services* 57: 1132-1139 (2006)
21. Classen M., Diehl V., Koch K.-M., Kochsiek K., Pongratz D., Scriba P. C.: Differentialdiagnose Innere Medizin. Urban & Schwarzenberg München Wien Baltimore S. 287-319, 497-501, 707-12, 749-51 (1998)
22. Cormac I., Ferriter M., Benning R., Saul C.: Physical health and health risk factors in a population of long-stay psychiatric patients. *Psychiatric Bulletin* 29: 18-20 (2003)
23. Cormac I., Martin D., Ferriter M.: Improving the physical health of long-stay psychiatric in-patients. *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 107-115 (2004)
24. Depla M., Graaf R. de, Heeren T.: Does supported living in residential homes improve the quality of life and mental stability of older adults with chronic mental disorders? *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 13: 124-133 (2005)

25. D'Ercole A., Skodol A. E., Struening E., Curtis J., Millman J.: Diagnosis of Physical Illness in Psychiatric Patients Using Axis III and Standardized Medical History. *Hosp Community Psychiatry* 42: 395-400 (1991)
26. Dickerson, F. B., McNary S. W., Brown C., Kreyenbuhl J., Goldberg R. W., Dixon L. B.: Somatic Healthcare Utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Medical Care* 41: 560-570 (2003)
27. Diener H.-C., Limmroth V.: Neurologie für Praktiker. Steinkopff-Verlag Darmstadt S. 161-214, 245-68, 411-28 (2002)
28. Dixon L., Postrado L., Delahanty J., Fischer P. J., Lehman A.: The Association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 187: 496-502 (1999)
29. Druss B. G., Rosenheck R. A., Desai M. M., Perlin J. B.: Quality of Preventive Medical Care for Patients With Mental Disorders. *Medical Care* 40: 129-136 (2002)
30. Fisher W. H., Barreira P. J., Geller J. L., White A. W., Lincoln A. K., Sudders M.: Long-stay patients in state psychiatric hospitals at the end of the 20th century. *Psychiatric Services* 52: 1051-1056 (2001)
31. Fleck A. de, Wagner L., Wagner M., Dias M.: Long-stay patients in a psychiatric hospital in southern brazil. *Revista de Saúde Pública* 41: 124-130 (2007)
32. Franz M., Meyer T., Reber T., Gallhofer B.: The importance of social comparison for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research* 9: 481-489 (2000)
33. Friedlander A. H., Marder S. R.: The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *Journal of the American Dental Association* 133: 603-610 (2002)
34. Friedman J. I., Harvery P. D., McGurk S. R., White L., Parrella M., Raykov T., Coleman T., Adler D. N, Davis K. L.: Correlates of change in functional status of institutionalized geriatric schizophrenic patients: focus on medical comorbidity. *American Journal of Psychiatry* 159: 1388-1394 (2002)
35. Fritsch P.: Dermatologie und Venerologie. 2. Aufl., Springer Berlin Heidelberg New York, S. 115-119 (2004)

36. Frost M. P.: The medical care of psychiatric inpatients: Suggestions of improvement. *The Internet Journal of Healthcare Administration* 4 (2007)
37. Gebhardt R.-P., Schmidt-Michel P.-O., Rusch J., Turuc A., Verseck K.: Systematische Begehung von Krankenhäusern für psychiatrisch Kranke in Rumänien (2004)
38. Goldberg R. W., Kreyenbuehl J. A., Medoff D. R., Dickerson F. B., Wohlheiter K., Fang L. J., Brown C. H., Dixon L. B.: Quality of Diabetes Care Among Adults with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 58: 536-543 (2007)
39. Grinshpoon A., Naisberg Y., Weizman A.: A six month outcome of long-stay inpatients resettled in a hostel. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30: 89-95 (2006)
40. Gury C.: Schizophrenia, diabetes mellitus and antipsychotics. *Encephale* 30: 382-391 (2004)
41. Haupt D. W.: Differential metabolic effects of antipsychotic treatments. *European Neuropsychopharmacology* 16: 149-155 (2006)
42. Hennekens C. H., Hennekens A. R., Hollar D., Casey D. E.: Schizophrenia and increased risk of cardiovascular disease. *American Heart Journal* 150: 1115-21 (2005)
43. Himmerich H., Schuld A., Pollmächer T.: Gewichtszunahme unter Psychopharmakotherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 102: 2172-2177 (2005)
44. Hodgson R., Adeyemo O.: Physical examination performed by psychiatrists. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 8: 57-60 (2004)
45. Huber, Virgil: Lage Borsa. www.weltkarte.com/europa/rumaenien.htm. Aufgerufen am 16 Dezember 2008 (15:37 Uhr)
46. Huber, Virgil: Lage Turda. www.weltkarte.com/europa/rumaenien.htm. Aufgerufen am 16 Dezember 2008 (15:38 Uhr)
47. Hufschmidt, Andreas: Neurologische Untersuchung. <http://www.neurologie-wittlich.de/downloads>. Aufgerufen am 19.10.2002 (18:12 Uhr)
48. Janka H. U., Redalli U., Gandjour A., Giani G., Hauner H., Michaelis D., Standl E.: Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. Deutsche Diabetes-Gesellschaft e. V. 1. Aufl., Foglio Medien, Köln, S. 16 (2000)
49. Janssen B, Menke R, Gaebel W.: Qualitätssicherung in der Versorgung schizophren erkrankter Patienten. *Nervenheilkunde* 25: 65-68 (2006)

50. Jones D. R., Macias C., Barreira P. J., Fisher W. H., Hargreaves W. A., Harding C. M.: Prevalence, Severity, and Co-occurrence of Chronic Physical Health Problems of Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 55: 1250-1257 (2004)
51. Joukamaa M., Heliövaara M., Knekt P., Aromaa A., Raitasalo R., Lehtinen V.: Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *The British Journal of Psychiatry* 188: 122-127 (2006)
52. Kallert T.: Older-aged schizophrenic patients in institutionalized residential services: A challenge for mental health care provision? *Psychogeriatrica Polska* 3: 57-68 (2006)
53. Kamara S. G., Oeterson P., Dennis J. L.: Prevalence of physical Illness among psychiatric inpatients who die of natural causes. *Psychiatric Services* 49: 788-793 (1998)
54. Karasu T. B., Waltzman S. A., Lindenmayer J.-P., Buckley P. J.: The Medical Care of Patients with Psychiatric Illness. *Hosp Community Psychiatry* 31: 463-472 (1980)
55. Kasckow J. W., Twamley E., Muchahey J. J., Carroll B., Sabai M., Strakowski S. M., Patterson T., Jeste D. V.: Health related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. *Psychiatric Research* 103: 69-78 (2001)
56. Kiehl W., Fehrmann S.: Empfehlungen der ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut / Stand Juli 2002. *Epidemiologisches Bulletin* 28 (2002)
57. Lambert T. J. R., Velakoulis D., Pantelis C.: Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal Australia* 178: 67-70 (2003)
58. Leff J., Trieman N., Gooch C.: Team of the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry* 153: 1318-1324 (1996)
59. Lehman A. F., Lieberman J. A., Dixon L. B., McGlashan T. H., Miller A. L., Perkins D. O., Kreyenbuhl J. (Consultant): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, second edition. *American Journal of Psychiatry* 161: 1-56 (2004)

60. Levine J., Chengappa R. K. N., Patel A., Vagnucci A., John V., Brar J. S., Chalasani L., Parepally H., Ganguli R.: Obesity and medical illnesses in psychiatric patients admitted to a long-term psychiatric facility. *Journal of Psychiatric Practice* 7: 432-439 (2001)
61. Lieberman H. J., Nigro J., Trembath P., Tenczynski D. H., Dlugacz D., Scher S.: Community mental health systems generate new chronics: The study of a pure case. *Administration and Policy in Mental Health and mental Health Services Research* 15: 139-156 (1988)
62. Lysaker P. H., Carcione A., Dimaggio G., Johannesen J. K., Nicolò G., Procacci M., Semerari A.: Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta psychiatrica Scandinavia* 112: 64-71 (2004)
63. Marder S. R., Essock S. M., Miller A. L., Buchanan R. W., Davis J. M., Kane J. M., Lieberman J., Schooler N. R.: The Mount Sinai conference on the pharmacotherapy of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 28: 5-16 (2002)
64. Marder S. R., Essock S. M., Miller A. L., Buchanan R. W., Casey D. E., Davis J. M., Kane J. M., Lieberman J. A., Schooler N. R., Covell N., Stroup S., Weissman E. M., Wirshing D. A., Hall C. S., Pogach L., Pi-Sunyer X., Bigger Jr. J. T., Friedman A., Kleinberg D., Yevich S. J., Davis B., Shon S.: Physical Health Monitoring of Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 161: 1334-1349 (2004)
65. McCloughen A.: The association between schizophrenia and cigarette smoking: A review of the literature and implications for mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 12: 119–129 (2003)
66. McNeill A.: Smoking and mental health – a review of the literature. *SmokeFree London Program* (2001)
67. Megens Y., Meijel B. van: Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: a literature study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13: 704-712 (2006)
68. Meyer J. M.: Awareness of Obesity and weight issues among chronically mentally ill patients: a pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry* 14: 39-45 (2002)
69. Montout C., Casadebaig F., Lagnaoui R., Verdoux H., Philippe A., Begaud B., Moore N.: Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of

- death in a French cohort of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research* 57:147-56 (2002)
70. Mortensen P. B., Juel K.: Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81: 372-377 (1990)
 71. Mujabasic M.: The quality of life in inpatients with chronic schizophrenia *Zdravniski Vestnik* 72: 192-200 (2000)
 72. Mumenthaler M., Bassetti C., Daetwyler C.: Neurologische Differentialdiagnostik. 5. Aufl. Georg Thieme Verlag Oberiberg Zürich Philadelphia S. 125-38, 181-95, 257-258, 268-89, 294-303 (2005)
 73. Newcomer J. W.: Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 19: 1-93 (2005)
 74. Ösby U., Correia N., Brandt L., Ekblom A., Sparén P.: Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophrenia Research* 45: 21-28 (2000)
 75. Pleis J. R., Lethbridge-Cejku M.: Summary Health Statistics for US Adults: National Health Interview Survey 2005. *Vital Health Stat* 232: 1-153 (2006)
 76. Räsänen S., Hakko H., Viilo K., Meyer-Rochow V. B., Moring J.: Excess Mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 297-304 (2003)
 77. Robert L., Roalfe A., Wilson S., Lester H.: Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Family Practice* 24: 34-40 (2007)
 78. Rosack J.: Psychiatrists urged to pay more heed to patients' physical health. *Psychiatric News* 39: 26 (2004)
 79. Ryu Y., Mizuno M., Sakuma K., Munakata S., Takebayashi T., Murakami M., Falloon I. R. H., Kashima H.: Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: The 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 462-470 (2006)
 80. Salokangas R. K., Honkonen T., Stengard E., Koivisto A. M., Hietala J.: Cigarette smoking in long-term schizophrenia. *European Psychiatry* 21: 219-223 (2005)

81. Schmidt-Michel P.-O., Wunder M., Miller W., Gebhardt R.-P.: Psychiatrie in Rumänien – ein langer Weg nach Europa. *Krankenhauspsychiatrie* 14: 138-142 (2003)
82. Schmidt-Michel, P.-O.: Beclean e. V. <http://www.beclean-ev.org>, abgerufen am 03. Mai 2005 (20:29 Uhr)
83. Schmidt-Michel P.-O., Gebhardt R.-P.: Zur Lage chronisch psychisch Kranker in Rumänien (2005)
84. Schmidt-Michel P.-O., Gebhardt R.-P., Grupp D.: Vorschlag eines Programms zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Judetul Cluj (2005)
85. Seiderer J., Schlamp A., Christ F.: Anamnese und körperliche Untersuchung. 1. Aufl. Lehmanns Media München, S. 1-203 (2003)
86. Sokal J., Messias E., Dickerson F. B., Kreyenbuhl J., Brown C. H., Goldberg R. W., Dixon L. B.: Comorbidity of Medical Illnesses Among Adults With Serious Mental Illness Who Are Receiving Community Psychiatric Services. *Journal of Nervous & Mental Disease* 192: 421-427 (2004)
87. Verseck K.: Rumänien. Becksche Länderreihe München 2. Aufl. (2001)
88. Warren B. H., Crews C. K., Schulte M. M.: Managing Patients with Diabetes Mellitus and Mental Health Problems: Administrative and Clinical Challenges. *Disease Management & Health Outcomes* 9: 123-130 (2001)
89. Wikimedia Foundation: Bezirke Rumänien. http://www.wikimedia.org/Wikipedia/commons/f/fc/Romania_countries.png (2008). Aufgerufen am 15 Dezember 2008 (15:13 Uhr)
90. World Health Organisation, WHO-Konferenz Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki Finnland EUR/045047810/6 (2005)
91. World Health Organization, Regional Office for Europe: Highlights on health in Romania 2005. WHO Regional Office for Europe Copenhagen EUR/05/50464150 (2006)
92. Zubenko G. S., Marino L. J. Jr., Sweet R. A., Rifai A. H., Mulsant B. H., Pasternak R. E.: Medical comorbidity in elderly psychiatric inpatients. *Biological Psychiatry* 41: 724-736 (1997)

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bezirke in Rumänien	- 20 -
Abbildung 2: Lage Borsa	- 21 -
Abbildung 3: Kreis Cluj: Verteilung der Krankenhäuser im Dezentralisierungsplan	- 22 -
Abbildung 4: Lage Turda	- 23 -
Abbildung 5: Gegenüberstellung von Items zur allgemeinmedizinischen Untersuchung...	- 35 -
Abbildung 6: Gegenüberstellung der Items zur Hautuntersuchung	- 36 -
Abbildung 7: Gegenüberstellung der Items zur neurologischen Untersuchung	- 37 -
Abbildung 8: Vergleich Langzeitpatienten England/Langzeitpatienten Borsa.....	- 39 -
Abbildung 9: Vergleich Rumänische Allgemeinbevölkerung /Langzeitpatienten Borsa	- 39 -
Abbildung 10: Vergleich Langzeitpatienten England/Langzeitpatienten Turda	- 41 -
Abbildung 11: Vergleich Rumänische Allgemeinbevölkerung/Langzeitpatienten Turda ...	- 42 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisübersicht der Literaturrecherche unter den Begriffen „Schizophrenia“ oder „chronically mental ill patients“ + „somatic diseases/disorders“ + „inpatients“ sowie „Schizophrenia“ oder „chronically mental ill patients“ + „inpatients“ + „physical health“	- 12 -
Tabelle 2: Erkrankungsziffern aus Cormac et al. (2003).....	- 15 -
Tabelle 3: Health-adjusted life expectancy betreffende Erkrankungen Rumänien	- 19 -
Tabelle 4: Ergebnisdarstellung	- 30 -
Tabelle 5: Gegenüberstellung der erhobenen Daten mit denen der Literatur (WHO Health Status Romania 2005, Cormac et al. 2003).....	- 37 -
Tabelle 6: Darstellung von ausgewählten Mortalitätsraten aus Rumänien im Vergleich zu Ländern aus der europäischen Union (WHO Health Status Romania 2005)	- 64 -
Tabelle 7: Literaturübersicht Untersuchungsbogen.....	- 66 -

Tabellen

Tabelle 6: Darstellung von ausgewählten Mortalitätsraten aus Rumänien im Vergleich zu Ländern aus der europäischen Union (WHO Health Status Romania 2005)

Legende Tabelle 6: SDR = Standardized death rate, Eur-B-C-Länder: Die 25 Länder mit geringer Kindes- und Erwachsenen-Mortalität beinhalten Albanien, Armenien, Aserbaidshon, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Estland, Georgien, Ungarn, Kasachstan, Kirgisien, Lettland, Litauen, Polen, Moldawien, Rumänien, die Russische Föderation, Serbien und Montenegro, Slowakei, Tadschikistan, Mazedonien, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan, Weißrussland; Eur-A-Länder: Die 27 Länder mit sehr geringer Kindes- und sehr geringer Erwachsenenmortalität werden als Eur-A-Länder bezeichnet. Sie bestehen aus Andorra, Österreich, Belgien, Kroatien, Zypern, Tschechien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Island, Irland, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Portugal, San Marino, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz und England. Allerdings sind für Andorra und Monaco die meisten Daten nicht verfügbar. Somit sind die hier verwendeten Daten die der verbleibenden 25 Länder. (Quelle: WHO Health Romania 2005, S. 26)

Condition	SDR/100.000 (2002/3)		Excess mortality in Romania (%)	Total deaths in Romania (%)	Total deaths in Eur-B+C* (%)	Eur-A** average	Excess Romania to Eur-A** (%)	Total death in Eur-A** (%)
	Romania	Eur-B+C* average						
Selected non-communicable conditions	1028,1	1044,9	- 1,6	89,7	79,6	533,8	92,6	82,4
Cardiovascular diseases	699,5	741,8	- 5,7	61,0	56,5	243,4	167,4	87,6
Ischaemic heart disease	236,0	362,7	- 34,9	20,6	27,6	95,9	146,1	14,8
Cerebrovascular diseases	224,8	221,7	1,4	19,6	16,9	61,1	267,9	9,4
Diseases of pulmonary circulation/other heart diseases	74,4	68,9	8,0	6,5	5,3	56,6	31,4	8,7
Malignant neoplasms	177,6	172,0	3,3	15,5	13,1	181,5	- 2,1	28,0
Tracheal/bronchus/lung cancer	36,0	33,9	6,2	3,1	2,6	37,1	- 3,0	5,7
Female breast cancer	23,1	22,1	4,5	2,0	1,7	27,0	- 14,4	4,2
Colon/rectal/anal cancer	16,9	19,0	- 11,1	1,5	1,4	20,7	- 18,4	3,2
Prostate	15,2	14,3	6,3	1,3	1,1	25,1	- 39,4	3,9
Respiratory diseases	69,1	63,1	9,5	6,0	4,8	47,8	44,6	7,4
Chronic lower respiratory disease	29,0	31,2	- 7,1	2,5	2,4	20,2	43,6	3,1

Fortsetzung Tabelle 6

Condition	SDR/100.000 (2002/3)		Excess mortality in Romania (%)	Total deaths in Romania (%)	Total deaths in Eur-B+C* (%)	Eur-A** average	Excess Romania to Eur-A** (%)	Total death in Eur-A** (%)
	Romania	Euro B+C* average						
Pneumonia	33,0	23,6	43,6	3,0	1,8	16,2	100,3	2,5
Digestive diseases	68,7	52,3	31,4	6,0	4,0	30,8	123,1	4,8
Chronic liver diseases and cirrhosis	50,2	32,0	56,9	4,4	2,4	12,6	298,4	1,9
Neuropsychiatric disorders	13,2	15,7	- 15,9	1,2	1,2	30,3	- 56,4	4,7
Communicable conditions	15,2	20,8	- 26,9	1,3	1,6	8,4	81,0	1,3
AIDS/HIV	1,7	0,8	112,5	0,1	0,1	1,1	54,5	0,2
External causes	65,4	139,6	- 53,2	5,7	10,6	40,3	62,3	6,2
Unintentional	48,1	102,2	- 52,9	4,2	7,8	28,7	67,6	4,4
Road traffic injuries	12,4	14,7	- 15,6	1,1	1,1	9,9	25,3	1,5
Falls	7,2	7,5	- 4,0	0,6	0,6	6,1	18,0	0,9
Intentional	17,3	37,4	- 53,7	1,5	2,9	11,6	49,1	1,8
Self-Inflicted (suicide)	13,7	23,2	- 40,9	1,2	1,8	10,6	29,2	1,6
Violent (homicide)	3,6	14,2	- 74,6	0,3	1,1	1,0	260,0	0,2
Ill-defined conditions	1,1	64,0	- 98,3	0,1	4,9	20,9	- 94,7	3,2
All causes	1145,8	1312,2	- 12,7	100,0	100,0	647,8	76,9	100,0

Tabelle 7: Literaturübersicht Untersuchungsbogen

Untersuchungsart	Name/Art	Quelle
Internistische Untersuchung	„Flow-sheet for history and physical examination“	http://campus.doccheck.com/upload/20021110_examflowsheet.doc
Internistische Untersuchung	Internistischer Untersuchungsbogen	Universität Heidelberg (2002)
Internistische Untersuchung	Internistischer Untersuchungsbogen	Universität Ulm (2002)
Internistische Untersuchung	Internistischer Untersuchungsbogen	Kreiskrankenhaus Ravensburg, (2002)
Internistische Untersuchung	„Anamnese und körperliche Untersuchung“	Seiderer et al. (2003); Lehmanns (2003)
Internistische Untersuchung	“History and examination”	Allan, Mash (2004)
Internistische Untersuchung	Differentialdiagnose Innere Medizin	Classen et al. (1998)
Neurologische Untersuchung	„orientierende neurologische Untersuchung“	Neurologie Wittlich (www.neurologie-wittlich.de/downloads ; Stand 19.10.2002)
Neurologische Untersuchung	„Neurologische Differentialdiagnostik“	Mumenthaler et al. (2004)
Neurologische Untersuchung	„Neurologie für Praktiker“	Diener et al. (2002); Steinkopff (2002)
Dermatologische Untersuchung	„Dermatologie und Venerologie“	Fritsch (2004)
Dermatologische Untersuchung	„Dermatology“	Braun-Falco et al. (1984)
Dermatologische Untersuchung	„Klinikleitfaden Dermatologie“	Altmeyer et al. (2003)

Fragebogen

Patient:					M	W		
Gewicht:	Größe:	BMI:	Geb.:	Diagnose:				
Medikamente								
OP's?								
Impfungen?								
Vorerkrankungen?								
Husten/Auswurf? Tageszeitabgängig?								
Nachtschweiß? Wenn ja, seit:								
Durchfall?								
Inkontinenz?								
Schmerzen?								
Wo?								
Patient kontaktfähig		Nein, kaum		Selten		Häufig		Immer
Besuch		Nein, kaum		Selten		Häufig		Immer
Patient bettlägerig		Immer		Großteils		Selten		Nie
AZ		Vorgealtert		Multimorbide		Alters- entsprechend		Sonstiges
1. Augen		Normal		Auffällige Veränderungen s. u.				
1.2.Augen- Entzündliche Veränderungen		Ja, beidseits		Ja, einseitig				Nein

Fortsetzung Fragebogen

1.4. Augen- schwerere Sehbehinderung	Ja, beidseits	Ja, einseitig	Nein
1.5. Augen –Skleren	Gefäßzeichnungen	Ikterisch	Sonstiges
2. Ohren	Normal	Auffällige Veränderungen s. u.	
2.1. Ohren – schwere Hörbehinderung?	Ja, beidseits	Ja, einseitig	Nein
2.2. Ohren – sonstige Auffälligkeiten			
3.1. Gesicht- Sensibilitätsstörungen	Gesichtshälfte Betroffen	1-2 Dermato- me Betroffen	Unauffällig
3.2 Gesichtsmotorik	Beidseits auffällig	Einseitig auffällig	Unauffällig
4. Mund/Rachen	Normalbefund	Auffällige Veränderungen s. u.	
4.1. Mund Zungenbewegung	Beide Richtungen auffällig	Eine Richtung auffällig	Unauffällig
4.2. Mund Zungenmuskel	Atrophisch	Asymmetrisch	Unauffällig
4.3. Mund – Zahnstatus	Schwer sanierungsbedürftig	Behandlungsbedürftig	Unauffällig
4.4. Mund – Zahnfleisch	Mehrere krankhaft veränderte Stellen	1-2 krankhaft veränderte Stelle	Unauffällig
5.1. Hals- Muskelbewegung	Versteift	Verhärtet/Schmerzhaft	Unauffällig
5.2. Hals – Lymphknoten von Hinterkopf bis Clavicula	Mehrere Regionen schmerzhaft vergrößert	1-2 Regionen schmerzhaft vergrößert	Unauffällig
5.3. Hals- Schilddrüse	Sichtbar vergrößert	Tastbar vergrößert	Unauffällig
6.1. Herz	Systolikum	Diastolikum	Unauffällig

Fortsetzung Fragebogen

6.2. Fortleitung Carotiden?	Ja, beidseits	Ja, einseitig	Nein
6.2. Fortgeleitung Axillae?	Ja beidseits	Ja, einseitig	Nein
7.1. Lunge - Intercostale Einziehungen?	Stark	Schwach	Nicht
7.2. Lunge	Giemen/Brummen	Knistern	Sonstiges
7.2.1. path. Geräusch	Bds. diss.	Bds. Lok	Eins diss.
7.4. Lunge- Abklopfen	Hypersonor	Hyposonor	Unauffällig
8.1. Abdomen	Prall elastisch	Schmerzhaft	Sonstiges
8.2. Abdomen – Leber	> 3 QF unter Rippenbogen	Unter Rippenbogen tastbar	Normal
8.3. Abdomen – Milz	Milz tastbar	Milz nicht tastbar	
8.4. Abdomen- Sichtbare Venenzeichnung	Stark vorhanden	Sichtbar/Spider Naevie	Sonstiges
9.1. Wirbelsäule – Klopfeschmerz	Generalisiert	Örtlich begrenzt	Nicht vorhanden
9.2. Wirbelsäule- Fehlhaltung	Skoliose	Lordose	Kyphose
9.3. Wirbelsäule – Nierenlager	Beidseits klopfeschmerzhaft	Einseitig klopfeschmerzhaft	Unauffällig
10.1. Genitalregion- Leistenpulse	Beidseits fehlend	Einseitig fehlend	Unauffällig
10.2. Genitalregion- Genital	Geschlechtskrankheit (V. a.)	Entzündung	Atrophie
11.1. Kraft – obere Extremität	Beidseits abgeschwächt	Einseitig abgeschwächt	Normal

Fortsetzung Fragebogen

11.2. Kraft – Untere Extremität	Beidseits abgeschwächt	Einseitig abgeschwächt	Normal
11.3. Beweglichkeit – obere Extr.	Beidseits abgeschwächt	Einseitig abgeschwächt	Normal
11.4. Beweglichkeit – untere Extr.	Beidseits abgeschwächt	Einseitig abgeschwächt	Normal
11.5. ggf. Gelenksveränderungen	Ja,		Nein
11.5. Verletzungen – obere Extr.	Ja, :		Nein
11.6. Verletzungen – untere Extr.	Ja, :		Nein
12.1. Tremor	Ruhetremor	Intensions-tremor	Aktionstremor Keiner
13.1. Koordination Diadochokinese	Nicht möglich	Teilweise möglich Normal	
13.6. Koordination Gangbild	Unsicher/ Schwanken	Kleinschrittig	Sonstiges Normal
14. Haut	Normalbefund	Path. Veränderungen (s. u.)	
14.1. Ausschlag	Disseminiert	Begrenzt	Sonstiges Nicht
14.2. V. a. Pilz	Disseminiert	Begrenzt	Sonstiges Nicht
14.3. V. a. Parasiten	Disseminiert	Begrenzt	Sonstiges Nicht
14.4. V. a. Bakterien	Disseminiert	Begrenzt	Sonstiges Nicht
14.5. Haut – bösartige Veränderung	Erwiesen	Im Verdacht	Entfernt Nichts ersichtlich
14.6. Haut – Ulzera	Größere, >2cm	1-2 kleine (>2,5X2,5cm) Keine	

Fortsetzung Fragebogen

15.1. Akuter Infekt		Erwiesen		Im Verdacht		Anbehandelt		Nicht ersichtlich
15.2. Skabiesbefall		Erwiesen		Im Verdacht		Anbehandelt		Nicht ersichtlich
15.3. Tbc		Erwiesen		Im Verdacht		Anbehandelt		Nicht ersichtlich
15.4. Maligne Erkrankung		Erwiesen		Im Verdacht		Anbehandelt		Nicht ersichtlich
Nicht aufgeführte Diagnosen/ Besonderheiten								
Zugehörige Bilder								