

# MARCÉ CLINICAL CHECKLIST (Version April 2011)

Modifiziert nach Louis Appelby  
Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Brigitte Scheid/ Modifikation: Michael Kramer

Name der Klinik: \_\_\_\_\_ Name der Patientin: \_\_\_\_\_

## Teil 1 BEI AUFNAHME AUSZUFÜLLEN

### 1 Zuweisung

1.1 **Aufnahmedatum der Mutter**

     

**Aufnahmedatum des Kindes**

     

1.2 **Ort der Zuweisung**

1 überregional

2 Versorgungsgebiet

Postleitzahl des Wohnortes der Patientin

    

1.3 **Ärztliche Zuweisung (bitte ankreuzen)**

- 01 Hausarzt/AllgemeinmedizinerIn
- 02 niedergelassener Frauenarzt
- 03 niedergelassener Nervenarzt/Psychiater
- 04 niedergelassener Arzt anderer Fachrichtung
- 05 Notarzt
- 06 Ambulanz der eigenen Klinik
- 07 Verlegung innerhalb der eigenen Abteilung
- 08 Verlegung aus anderer Fachabteilung der eigenen Klinik
- 09 Verlegung aus einer anderen psychiatrischen Einrichtung
- 10 Andere (bitte ausführen) .....

1.4 **Nicht-ärztliche Zuweisung (bitte ankreuzen)**  
(vor, zusätzlich oder anstatt formell einweisendem Arzt)

- 01 ausschließlich ärztliche Initiative
- 02 Patientin selbst
- 03 Familienangehörige
- 04 PsychologIn
- 05 Hebamme
- 06 Beratungsstelle
- 07 Sonstige (bitte ausführen) .....
- 99 Unbekannt

*Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.*

**1.5 Zeitpunkt der Zuweisung (nicht der Aufnahme)**

1 Präpartal

2 Postpartal

**1.6 Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?**

Nein = 0

Ja = 1

(d.h. erneute Aufnahme in der selben Einheit, alle Aufnahmen im ersten Jahr postpartum bezogen auf die aktuelle Geburt)

**2. Kind****2.1 Geschlecht**

Männlich =1

Weiblich =2

**2.2 Alter bei Aufnahme (in Wochen)****2.3 Geburtsdatum****3 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN****3.1 Alter der Patientin (in Jahren)****3.2 Höchster erreichter Schulabschluss**

1 keiner

2 Sonderschule

3 vor letzter Hauptschulklasse abgeschlossen

4 mit letzter Hauptschulklasse abgeschlossen

5 Realschule/POS/Handelsschule/berufsvorbereitende Schule

6 Gymnasium/EOS/Fachabitur/höhere Handelsschule/Beruf mit Abitur

7 andere

**3.3 Art der abgeschlossenen Berufsausbildung**

1 keine

2 Lehre

3 Fachschule (z.B. Meisterprüfung), Fachhochschule, Berufsakademie

4 Universitätsstudium

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.**

### 3.4 Aktuelle Schichtzugehörigkeit

(bezogen auf die aktuelle oder letzte Berufstätigkeit des Partners; wenn keine Partnerschaft besteht, bezogen auf die Berufstätigkeit der Patientin)

**1 = untere Schichten** {Gelegenheitsarbeiter, un-/angelernte Arbeiter mit harter körperlicher Arbeit wie Straßenarbeiter, Möbelpacker, Lagerarbeiter, Zeitungsausträger, Pförtner, Gepäckträger u.a.)}

**2 = obere Unterschicht** {Handwerksgesellen, Industriearbeiter wie Elektroschweißer oder Maschinenschlosser, untere Angestellte, z.B. bei der Post oder Bahn, Kellner, Selbständige mit kleinsten Geschäften (Kiosk u.ä.)}

**3 = untere Mittelschicht** {Facharbeiter mit Leitungsfunktion (Meister), einfache Angestellte, einfache Beamte, Selbständige mit kleineren Betrieben, Angehörige der bewaffneten Organe mit einfacher Funktion)}

**4 = mittlere Mittelschicht** {mittlere und leitende Angestellte (außer Akademiker), mittlere Beamte und Beamte im höheren Dienst, Selbständige mit mittelgroßen Betrieben/Geschäften)}

**5 = Oberschichten** {leitende Angestellte in höherer Funktion oder Akademiker, leitende Angestellte mittlerer oder großer Unternehmen, Beamte im gehobenen Dienst, selbständige Akademiker oder Großunternehmer, Angehörige der bewaffneten Organe (mindestens Offiziere), freie Berufe mit Universitätsausbildung (z.B. Fachärzte, Rechtsanwälte, Richter), Prestigeberufe in Politik, Wirtschaft, Finanzwesen und Rechtswesen, Diplomaten}

**6=nicht berufstätig ohne arbeitslos zu sein (Hausfrau, Student, Rentner)**

**7= arbeitslos**

### 3.5 Familienstand/Partnerschaft

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 verheiratet/zusammenlebend | 2 geschieden/getrennt lebend |
| 3 ledig/ohne Partnerschaft   | 4 verwitwet                  |

### 3.6 Qualität der Partnerschaft

(sehr gut) -1- -2- -3- -4- -5- (sehr schlecht)

### 3.71 Qualität der Beziehung zu den Eltern

(sehr gut) -1- -2- -3- -4- -5- (sehr schlecht)

### 3.72 Qualität der Beziehungen zu Freunden

(sehr gut) -1- -2- -3- -4- -5- (sehr schlecht)

### 3.8 Psychiatrische Erkrankung beim Partner

- |  |  |
|--|--|
| 0 Keine  | 1 Erkrankung, die eine allgemeinmedizinische Behandlung erforderte   |
| 2 Erkrankung, die eine ambulante psychiatrisch/nervenärztliche Behandlung erforderte | 3 Erkrankung, die eine stationäre psychiatrische Aufnahme erforderte |

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.**

#### 4 PSYCHIATRISCHE ANAMNESE

##### 4.1 Frühere Psychiatrische Diagnose(n) nach ICD-10 (vorherige Episode, letzte Diagnose)

1. F - in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt:  Ja  Nein

2. F - in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt:  Ja  Nein

3. F - in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt:  Ja  Nein

##### 4.2 Psychiatrische Erkrankungen bei Familienangehörigen 1. Grades nach ICD 10 (bis zu 2 Diagnosen)

F - F -

(wenn keine Erkrankung, 00-00 angeben; wenn ICD-Diagnose nicht bekannt ist, bestmögliche Annäherung, z.B. Erkrankung aus dem schizophränen Formenkreis F 2x-xx, Depressionen F 33.xx)

##### 4.3 Höchstes Funktionsniveau im Jahr vor der Schwangerschaft

GAF-Wert

##### 4.4 Funktionsniveau bei Aufnahme

GAF-Wert

##### 4.5 CGI Teil 1

Patientin ist:

1 nicht beurteilbar  
3 Grenzfall psychiatrischer Erkrankung  
5 mäßig krank  
7 schwer krank

2 überhaupt nicht krank,  
4 nur leicht krank  
6 deutlich krank  
8 extrem schwer krank

##### 4.6 Suizidalität vor der Aufnahme

1 Keine Gedanken/Handlungen 2 Nur Gedanken 3 Nicht-tödliche Handlung

##### 4.7 Schädigung des Kindes vor Aufnahme

1 Keine Gedanken/Handlungen 2 Nur Gedanken 3 Nicht-tödliche Handlung

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.**

#### 4.8 Wurden psychotrope Medikamente während der Schwangerschaft eingenommen?

Nein=0; Ja=1

#### 4.9 Wenn ja, welche Medikamente und während welcher Phase der Schwangerschaft

	Nein=0 Ja=1	Klartext Medikamente	Trimenon, in dem Einnahme erfolgte (bitte ankreuzen)		
			1.	2.	3.
Typische Neuroleptika					
Atypische Neuroleptika					
Trizyklische Antidepressiva					
SSRI, SNRI (Venlafaxin), NaSSA (Mirtazapin)					
MAO-Hemmer					
Lithium					
Antikonvulsiva					
Benzodiazapine					
Andere (bitte spezifizieren).....					

### 5 GYNÄKOLOGISCHE/GEBURTSHILFLICHE ANAMNESE

#### 5.1 Vorgeschichte

( wenn Item nicht vorlag mit 0 codieren, wenn zutreffend jeweils entsprechende Anzahl angeben)

Frühere Entbindungen

Frühere Fehlgeburten

Frühere Todgeburt/Tod eines Neugeborenen

Anzahl der Kinder

#### 5.2 Geburtshilfliche Komplikationen

(bei der letzten Schwangerschaft)

Nein =0 Ja =1

Stationäre Aufnahme während der Schwangerschaft

Zangenentbindung

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.**

Kaiserschnittentbindung

Stationäre Aufnahme (Somatik)

Andere (bitte spezifizieren).....

### 5.3 **Gesundheit des neugeborenen Kindes**

Nein =0 Ja =1

Frühgeburt (vor der 36.Schwangerschaftswoche)

Niedriges Geburtsgewicht (weniger als 2.5 kg )

Stationäre Behandlung im 1. Monat postnatal

Andere Komplikationen beim Neugeborenen  
(bitte spezifizieren) .....

### 5.4 **Gesundheit der Mutter** (seit der Entbindung)

Nein =0 Ja =1

Stationäre Behandlung (nicht-psychiatrisch )

fachärztliche ambulante Behandlung (nicht-psychiatrisch)

allgemeinmedizinische ambulante Behandlung

### 5.5 **Stillen**

Anzahl der Wochen (00= nicht begonnen)

 

## 6 **Aktuelle Krankheitsepisode/-manifestation**

### 6.1 **Beginn der Symptomatik**

in Woche postpartal (00 = präpartal, 01 = in der 1. Woche postpartal etc.)

 

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.**

**6.2 Zeitpunkt der stationären Aufnahme**

in Woche postpartal (00 = präpartal, 01 = in der 1. Woche postpartal etc.)

**6.3 Hauptindikation für den stationären Aufnahme (bitte ankreuzen)**

- 1 Akute Erkrankung, erste Episode
- 2 Rückfall i.R. der akuten Erkrankung
- 3 Rückfall einer chronischen Erkrankung
- 4 Nur zur Beurteilung der mütterlichen Kompetenz/Fertigkeiten
- 5 Beurteilung der mütterlichen Kompetenz und 1,2 oder 3
- 6 Andere (bitte spezifizieren)

**Teil 2 BEI ENTLASSUNG AUSZUFÜLLEN****7 STATIONÄRE BEHANDLUNG**

<b>7.1 Psychopathologische Symptomatik</b>	Nicht vorhanden = 0 vorhanden = 1
Depressive Symptomatik	
Maniforme Symptomatik	
Wahn	
Zwänge/Befürchtungen	
Halluzinationen/Sinnestäuschungen	
Formale Denkstörungen	
Verhaltensauffälligkeiten (z.B. bizarres Verhalten, aggressives Verhalten außer Selbstschädigung oder Schädigung des Kindes)	
Agitiertheit	
Verlangsamung	
Verwirrtheit/Ratlosigkeit	
Fluktuierende/wechselnde Symptome	

**7.2 Psychiatrische Entlassungsdiagnose(n) nach ICD-10**

1.F - 2.F - 3.F -

**7.3 Rechtsstatus (während der stationären Behandlung) (bitte ankreuzen)**

1 = freiwillig

2 = untergebracht nach PsychK

3 = untergebracht nach Betreuungsrecht

4 = Anderer (bitte spezifizieren).....

(wenn Unterbringung unter mehreren Rechtsgrundlagen erfolgte, Angabe des jeweils „höchsten“ Modus:  
Betreuungsrecht>PsychKG>freiwillig)

**7.4 Somatische Behandlung**

	Nein=0 Ja=1	Klartext der Medikamente
Typische Neuroleptika		
Atypische Neuroleptika		
Trizyklische Antidepressiva		
SSRI, SSNRI (Venlafaxin), NaSSA (Mirtazapin)		
MAO-Hemmer		
Lithium		
Antikonvulsiva		
Benzodiazapine		
EKT		
Anderer (bitte spezifizieren).....		

**7.5 Stillen während der medikamentösen Behandlung**

Nein =0 Ja =1

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.**



**8 SELBSTSCHÄDIGUNG**

**8.1 Gedanken/Handlungen während des Aufenthaltes**

1 Keine Gedanken/Handlungen 2 Nur Gedanken

3 Nicht-tödliche Handlung 4 Suizid

**9 SCHÄDIGUNG DES KINDES**

**9.1 Gedanken/Handlungen**

1 Keine Gedanken/Handlungen 2 Nur Gedanken

3 Nicht-tödliche Handlung 4 Infantizid

**10 ENTLASSUNG**

**10.1 Entlassungsdatum**

Mutter:

Kind

**10.2 CGI Teil 1 bei Entlassung**

Patientin ist:

- 1 nicht beurteilbar
- 3 Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
- 5 mäßig krank
- 7 schwer krank

- 2 überhaupt nicht krank,
- 4 nur leicht krank
- 6 deutlich krank
- 8 extrem schwer krank

**10.3 Funktionsniveau bei Entlassung**

**GAF-Wert**

**10.4 Ärztliche Weiterbetreuung**

- 0 Keine
- 1 PsychiaterIn/NervenärztIn
- 2 Psychiater der Mutter-Kind-Einrichtung
- 3 Hausarzt/Allgemeinmediziner
- 4 Andere ( bitte spezifizieren).....

<b>10.5 Medikation bei Entlassung</b>	Nein=0 Ja=1
Typische Neuroleptika	
Atypische Neuroleptika	
Trizyklische Antidepressiva	
SSRI, SSNRI (Venlafaxin), NaSSA (Mirtazapin)	
MAO-Hemmer	
Lithium	
Antikonvulsiva	
Benzodiazapine	
Andere (bitte spezifizieren).....	

### 10.6 Nicht-ärztliche Weiterbetreuung (bitte ankreuzen)

1. Psychologische Psychotherapie
2. Jugendamt
3. Allgemeine soziale Dienste
4. Sozialpsychiatrischer Dienst
5. Eltern-Kind Beratungsstelle
6. Eltern-Kind-Therapeut
7. Selbsthilfegruppen,
8. Sonstige: (bitte spezifizieren) .....

### 10.7 Rechtsstatus und Unterbringung des Kindes (Entlassung) (bitte ankreuzen)

- 1 Entlassung mit Mutter, keine Beobachtung
- 2 Entlassung mit Mutter, unter freiwilliger Aufsicht des ASD/Jugendamtes
- 3 Entlassung mit Mutter, unter familiengerichterlich angeordneten Auflagen (BGB §1666)
- 4 freiwillige Abgabe/Ruhen der elterlichen Sorge oder Teilen des Sorgerechts, Unterbringung in Heim / Pflegefamilie oder Adoption
- 5 gesetzlich angeordnete Abgabe/Ruhen des Sorgerechts, Unterbringung des Kindes in Heim / Pflegefamilie / Adoptiveltern

### 10.8 Wohnsituation der Mutter bei Entlassung (bitte ankreuzen)

- 1 Alleine mit oder ohne Kind/Kinder
- 2 Mit Ehemann/Partner
- 3 Mit Eltern
- 4 Betreutes Wohnen
- 5 Mutter-Kind-Einrichtung
- 6 Verlegung auf allgemeinspsychiatrische Station
- 7 Anderes (bitte spezifizieren).....

### 10.9 Mütterliche Kompetenzen (bitte ankreuzen)

1. Relevante Probleme bei der praktischen Versorgung des Kindes
2. Relevante Störung der emotionalen Beziehung und Responsivität
3. Relevante Gefahr einer Schädigung des Kindes (*auch durch Vernachlässigung?*)

### 10.10 Qualität der Partnerschaft

(sehr gut) -1- -2- -3- -4- -5- (sehr schlecht)

### 10.111 Qualität der Beziehung zu den Eltern

(sehr gut) -1- -2- -3- -4- -5- (sehr schlecht)

### 10.112 Qualität der Beziehungen zu Freunden

**Bitte beantworten Sie alle Fragen. Falls eine Antwort unbekannt ist, bitte die „9“ angeben.**

(sehr gut) -1- -2- -3- -4- -5- (sehr schlecht)