




# Fallbeschreibungen

Erwachsenenpsychiatrie

zur Ableitung des Behandlungsbedarfs und des Behandlungsaufwandes

Plattform-Personal

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 1: Kein erhöhter Aufwand**

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2	Som 2	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 	Som 1 	Soz 1 
Mann, 24 Jahre	Ängstiges Derealisationserleben und optische Verkennungen nach Drogenkonsum zu Beginn des Urlaubs	Bisher keine körperlichen Erkrankungen (Ausschlussdiagnostik)	Gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, sozial integriert; Irritation des Umfeldes bezüglich des Substanzkonsums
Mann, 35 Jahre	Angstsymptomatik mit erheblichem Vermeidungsverhalten	Medikamentös kompensierter Bluthochdruck, multifaktorieller Genese	Verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, berufstätig, Hauptverdiener, intaktes soziales Umfeld
Frau, 55 Jahre	Aktuell abklingende, aber noch deutliche psychotische Symptomatik bei paranoider Schizophrenie	Raucherin, Übergewicht, mäßiges metabolisches Syndrom	Kontakt mit zwei Freundinnen, Lebt in therapeutischer Wohngemeinschaft
Frau, 72 Jahre	Depressive Episode bei M. Parkinson, gutes Krankheitsverständnis und Reflexionsvermögen	Gut eingestellter M. Parkinson, geringer Assistenzbedarf bei Körperpflege, etwas verwaschene Sprache	Stabile Ehe, gute soziale Kontakte

Mann, 91 Jahre	Aktuell Beginn der Besserung einer depressiven Symptomatik, keine Suizidalität. Nicht mehr suizidal (bei Krankheitsbeginn initial hohes Suizidrisiko, deshalb stationäre Behandlung)	Außer einer im 2. Weltkrieg verlorenen Hand, künstlichen Augenlinsen und künstlichen Hüftgelenken körperlich gesund	Pensionierter Lehrer, mehrfach verwitwet, mehrere Kinder, z.T. in der Nähe lebend, gute familiäre Kontakte
----------------	--	---	--

Fall 1: Mann, 24 Jahre. Ängstigendes Derealisationserleben und optische Verkennungen nach Drogenkonsum zu Beginn des Urlaubs, bisher keine körperlichen Erkrankungen (Ausschlussdiagnostik), gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, sozial integriert; Irritation des Umfeldes bezüglich des Substanzkonsums




Fall 2: Mann, 35 Jahre. Angstsymptomatik mit erheblichem Vermeidungsverhalten, medikamentös kompensierter Bluthochdruck multifaktorieller Genese, verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, berufstätig, Hauptverdiener, intaktes soziales Umfeld.

Fall 3: Frau, 55 Jahre. Aktuell abklingende, aber noch deutliche psychotische Symptomatik bei paranoider Schizophrenie. Raucherin, Übergewicht, mäßiges metabolisches Syndrom. Lebt in therapeutischer Wohngemeinschaft, Außenkontakte zu zwei langjährigen Freundinnen.

Fall 4: Frau, 72 Jahre. Depressive Episode bei M. Parkinson, gutes Krankheitsverständnis und Reflexionsvermögen. Gut eingestellter M. Parkinson, geringer Assistenzbedarf bei Körperpflege, etwas verwaschene Sprache. Stabile Ehe, gute soziale Kontakte.

Fall 5: Mann, 91 Jahre. Aktuell Beginn der Besserung einer depressiven Symptomatik, nicht mehr suizidal (bei Krankheitsbeginn initial hohes Suizidrisiko, deshalb stationäre Behandlung). Außer einer im 2. Weltkrieg verlorenen Hand, künstlichen Augenlinsen und künstlichen Hüftgelenken körperlich gesund. Pensionierter Lehrer, mehrfach verwitwet, mehrere Kinder, z.T. in der Nähe lebend, gute familiäre Kontakte.

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 2: Erhöhter somatischer Aufwand**

<b>Erhöhter Behandlungsbedarf</b>	<b>Psy 2</b>	<b>Som 2</b> 	<b>Soz 2</b>
<b>Regelbedarf der Behandlung</b>	<b>Psy 1</b> 	<b>Som 1</b>	<b>Soz 1</b> 
Mann, 24 Jahre	Opiatabhängigkeit, zuhause kalten Heroin- und Tilidinentzug begonnen	Aufnahme wegen aktuell starkem Flüssigkeitsverlust bei Durchfall und Tränen- / Naselaufen, starken Schmerzen	Gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, sozial gut integriert
Mann, 34 Jahre	PTSD nach Autounfall	Vor Verlegung in Psychiatrie mehrmonatige intensivmedizinische Behandlung mit Multiorganversagen nach Sepsis. Zum Einstufungszeitpunkt noch MRSA-Besiedlung mit Isolierung und Sanierung	Verheiratet, eine Tochter, stabile Familie und gesichertes Einkommen (EU-Rente, Unfallversicherung, berufstätige Ehefrau)
Frau, 52 Jahre	Schizodepressive Episode mit abnormem Bedeutungserleben und depressiver Verstimmung	Terminal niereninsuffizient, zum Einstufungszeitpunkt beginnende Hämodialyse	Geschieden, in neuer Partnerschaft lebend, stabile soziale Verhältnisse
Mann, 67 Jahre	Depression nach Hirnblutung - Therapie zur Sprachförderung begleitend zur antidepressiven Behandlung	Hemiparese rechts, deutlicher Assistenzbedarf bei Körperpflege, verlangsamt, gangunsicher, motorische Aphasie nach Hirnblutung, rezidivierende Blutdruckentgleisungen, auch beim Versuch verbaler Kommunikation -	Rentner, stabile Ehe, unterstützende Kinder

		Einstellung des Blutdrucks erforderlich	
Frau, 72 Jahre	Pseudohalluzinose mit noch vorhandener Einsichtsfähigkeit in Fehlwahrnehmungen nach Neueinstellung der Antiparkinsonmedikation, mit quälenden biografischen Inhalten (sieht verstorbene Angehörige in der Wohnung, weiß gleichzeitig, dass sie tot sind)	Komplizierte Neueinstellung der Antiparkinsonmedikation; hoher Assistenzbedarf bei Körperpflege und Alltagsaktivitäten, Schlafprobleme	Stabile Ehe, ausreichend soziale Kontakte, Ambulante Pflege (SGB XI)
Frau, 83 Jahre	Mittelschwere depressive Episode nach Versuch der Antidepressiva-Reduktion bei rezidivierender depressiver Erkrankung mit schwerer Inappetenz	Zum Einstufungszeitpunkt entgleister insulinpflichtiger Diabetes (initial Aufnahme mit schwerer Hypoglykämie und eintägige Behandlung in der Somatik), kachektisch.	Alleinlebend, sich mit Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe selbst versorgend und sozial integriert

Fall 1: Mann, 24 Jahre, Opiatabhängigkeit, zuhause kalten Heroin- und Tilidinentzug begonnen, Aufnahme wegen aktuell starkem Flüssigkeitsverlust bei Durchfall und Tränen- / Naselaufen, starken Schmerzen. Gesicherte familiäre, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, sozial gut integriert.

Fall 2: Mann, 34 Jahre. PTSD nach Autounfall. Vor Verlegung in Psychiatrie mehrmonatige intensivmedizinische Behandlung mit Multiorganversagen nach Sepsis. Zum Einstufungszeitpunkt noch MRSA-Besiedlung mit Isolierung und Sanierung. Verheiratet, eine Tochter, stabile Familie und gesichertes Einkommen (EU-Rente, Unfallversicherung, berufstätige Ehefrau).

Fall 3: Frau, 52 Jahre. Schizodepressive Episode mit abnormem Bedeutungserleben und depressiver Verstimmung, Terminal niereninsuffizient, zum Einstufungszeitpunkt beginnende Hämodialyse. Geschieden, in neuer Partnerschaft lebend, stabile soziale Verhältnisse.

Fall 4: Mann, 67 Jahre. Depression nach Hirnblutung - Therapie zur Sprachförderung begleitend zur antidepressiven Behandlung. Hemiparese rechts, deutlicher Assistenzbedarf bei Körperpflege, verlangsamt, gangunsicher, motorische Aphasie, rezidivierende Blutdruckentgleisungen, auch beim Versuch verbaler Kommunikation - Einstellung des Blutdrucks erforderlich. Rentner, stabile Ehe, unterstützende Kinder.

Fall 5: Frau, 72 Jahre. Pseudohalluzinose mit noch vorhandener Einsichtsfähigkeit in Fehlwahrnehmungen nach Neueinstellung der Antiparkinsonmedikation, mit quälenden biografischen Inhalten (sieht verstorbene Angehörige in der Wohnung, weiß gleichzeitig, dass sie tot sind). Komplizierte Neueinstellung der Antiparkinsonmedikation. Hoher Assistenzbedarf bei Körperpflege und Alltagsaktivitäten. Schlafprobleme. Stabile Ehe, ausreichend soziale Kontakte, zuhause ambulante Pflege nach SGB XI.

Fall 6: Frau, 83 Jahre. Mittelschwere depressive Episode nach Versuch der Antidepressiva-Reduktion bei rezidivierender depressiver Erkrankung mit schwerer Inappetenz. Zum Einstufungszeitpunkt entgleister insulinpflichtiger Diabetes (initial Aufnahme mit schwerer Hypoglykämie und eintägige Behandlung in der Somatik), kachektisch. Alleinlebend, sich mit Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe selbst versorgend und sozial integriert.

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 3: Erhöhter Psychosozialer Aufwand**

<b>Erhöhter Behandlungsbedarf</b>	<b>Psy 2</b>	<b>Som 2</b>	<b>Soz 2</b>
<b>Regelbedarf der Behandlung</b>	<b>Psy 1</b>	<b>Som 1</b>	<b>Soz 1</b>
Mann, 45 Jahre	Leistungsknick, antriebslos bei guter Stimmung, Sprachverarmung, bei Anforderungen auch Impulskontrollstörung. Frontotemporale Demenz, akzeptiert stationäre Diagnostik und Behandlung	Körperlich subjektiv gesund, kein Hausarzt	Kündigung der Arbeitsstelle wegen unentschuldigter Fehlzeiten und fehlender Kommunikationsfähigkeit, zum Einstufungszeitpunkt drohende Obdachlosigkeit bei angekündigter Trennung der Ehefrau, die mit den gemeinsamen Kindern in der bisherigen Wohnung bleiben will.
Mann, 35 Jahre	Angstsymptomatik mit erheblichem Vermeidungsverhalten	Medikamentös kompensierter Bluthochdruck multifaktorieller Genese	Verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, berufstätig, Hauptverdiener, durch Vermeidungsverhalten angedrohte Kündigung der Arbeitsstelle mit Ultimatum des Arbeitgebers
Frau, 42 Jahre	Erstmals seit 8 Tagen akustische Halluzinationen (Geräusche und kommentierende Stimmen) und unsystematische Wahnvorstellungen (akute polymorph-psychootische Episode), Dysphorisch-gereizte Stimmung bei geringgradig beeinträchtigter Alltagsfähigkeit	Bisher keine somatischen Erkrankungen, aktuell Nebenhöhlenentzündung mit antibiotischer Behandlung	alleinerziehend, zwei Töchter, hoch verschuldet durch Bürgschaft für spielsüchtigen Vater, Mietschulden, bereits einmal abgewendete Räumungsklage, fragile soziale Integration

Mann, 60 Jahre	Bekannte Alkoholabhängigkeit, Rückfall, mäßig ausgeprägtes vegetatives Entzugssyndrom	Kniebeschwerden bei ausgeprägter Arthrose, ansonsten keine schweren körperlichen Alkoholfolgeschäden	Trennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaft, beim selbstständigen Partner zuvor angestellt, jetzt gekündigt, aktuell wohnungslos, keine Angehörigen, sozial wenig integriert
Frau, 76 Jahre	Im Vorfeld Angstzustände bei Orientierungslosigkeit und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit bei im leichten Stadium diagnostizierter, jetzt mittelschwerer Alzheimer-Demenz. Im stationären Umfeld deutlich ruhiger, guter Stimmung, einzelne Fehlhandlungen, Tag-Nacht-Rhythmus-Störung	Früher Leistungssportlerin, Sport nie ganz aufgegeben, gute körperliche Verfassung	Allein lebend, Wohnformwechsel gegen den erklärten Willen, aber im Interesse der Patientin. Suchen einer und behutsame Überleitung in eine adäquate und für die Patientin letztlich akzeptable Wohnform

Fall 1: Mann, 45 Jahre. Leistungsknick, antriebslos bei guter Stimmung, Sprachverarmung, bei Anforderungen auch Impulskontrollstörung. Frontotemporale Demenz, akzeptiert stationäre Diagnostik und Behandlung. Körperlich subjektiv gesund, kein Hausarzt. Kündigung der Arbeitsstelle wegen unentschuldigter Fehlzeiten und fehlender Kommunikationsfähigkeit, zum Einstufungszeitpunkt drohende Obdachlosigkeit bei angekündigter Trennung der Ehefrau, die mit den gemeinsamen Kindern in der bisherigen Wohnung bleiben will.

Fall 2: Mann, 35 Jahre. Angstsymptomatik mit erheblichem Vermeidungsverhalten. Medikamentös kompensierter Bluthochdruck multifaktorieller Genese. Verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, berufstätig, Hauptverdiener, durch Vermeidungsverhalten angeordnete Kündigung der Arbeitsstelle mit Ultimatum des Arbeitgebers.

Fall: 3: Frau, 42 Jahre. Erstmals seit 8 Tagen akustische Halluzinationen (Geräusche und kommentierende Stimmen) und unsystematischer Wahnvorstellungen (akute polymorph-psychotische Episode). Dysphorisch-gereizte Stimmung bei geringgradig beeinträchtigter Alltagsfähigkeit. Bisher keine somatischen Erkrankungen, aktuell Nebenhöhlenentzündung mit antibiotischer Behandlung. Alleinerziehend, zwei Töchter, hoch verschuldet durch Bürgschaft für spielsüchtigen Vater, Mietschulden, bereits einmal abgewendete Räumungsklage, fragile soziale Integration

Fall 4: Mann, 60 Jahre. Bekannte Alkoholabhängigkeit, Trinkrückfall, mäßig ausgeprägtes vegetatives Entzugssyndrom. Kniebeschwerden bei ausgeprägter Arthrose, ansonsten keine schweren körperlichen Alkoholfolgeschäden. Trennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaft, beim selbstständigen Partner zuvor angestellt, jetzt gekündigt, aktuell wohnungslos, keine Angehörigen, sozial wenig integriert.



Fall 5: Frau, 76 Jahre. Im Vorfeld Angstzustände bei Orientierungslosigkeit und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit bei im leichten Stadium diagnostizierter, jetzt mittelschwerer Alzheimer-Demenz. Im stationären Umfeld deutlich ruhiger, guter Stimmung, einzelne Fehlhandlungen, Tag-Nacht-Rhythmus-Störung. Früher Leistungssportlerin, Sport nie ganz aufgegeben, gute körperliche Verfassung. Alleinlebend, Wohnformwechsel gegen den erklärten Willen, aber im Interesse der Patientin. Suchen einer und behutsame Überleitung in eine adäquate und für die Patientin letztlich akzeptable Wohnform.

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 4: Erhöhter psychiatrischer Aufwand**

<b>Erhöhter Behandlungsbedarf</b>	<b>Psy 2</b> 	<b>Som 2</b>	<b>Soz 2</b>
<b>Regelbedarf der Behandlung</b>	<b>Psy 1</b>	<b>Som 1</b> 	<b>Soz 1</b> 
Mann, 19 Jahre	Erste, schwere, polymorph psychotische Episode mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, regelmäßiger Cannabiskonsum, zuletzt bei Feiern zum Abitur auch Speed und Liquid Ecstasy	Keine körperlichen Erkrankungen (Ausschlussdiagnose)	Gerade Abitur gemacht, lebt bei den Eltern, die bisher nichts vom Drogenkonsum wussten, noch unklare Vorstellungen zur Zukunft
Frau, 28 Jahre	Suizidale Krise und depressive Reaktion, nachdem sie ihren streng religiösen Eltern ihre Homosexualität offenbart hatte und daraufhin aus der Familie ausgestoßen wurde	Keine körperlichen Erkrankungen	Stabile Partnerschaft, unterstützende Freundinnen, Arbeit
Frau, 46 Jahre	Manisches Syndrom, agitiert, erregt, reizbar, denkt sie sei die Halbschwester von Karl Lagerfeld	Gut eingestelltes allergisches Asthma	Verheiratet, 1 Tochter, betreibt mit dem Ehemann ein Modegeschäft; unsinnige Geldausgaben, aber im Rahmen der finanziellen Reserven

Mann, 72 Jahre	Erhebliche, impulsiv durchbrechende Fremdaggressivität im Rahmen einer subkortikalen vaskulären Demenz. Selbstvernachlässigung und fehlende Eigenhygiene, kein Problembewusstsein. Kaum verbal zugänglich	Jahrzehntelang schlecht eingestellter, aber mittlerweile stabiler Hochdruck. Phasenweise urininkontinent	Lebt im Pflegeheim, wo er einen Mitbewohner schwer verletzt hat. Das Heim ist bereit, ihn mit einem Wechsel des Wohnbereichs weiter zu betreuen, wenn es gelingt, die Aggressivität so weit zu reduzieren, dass der Patient keine Gefahr für andere mehr darstellt
Frau, 80 Jahre	Erschöpfungsdepression und Ängste in Bezug auf finanzielle Verhältnisse / Verarmung an der Grenze zur Folie à deux bei wahnhaft depressiv erkranktem Ehemann. Sehr misstrauisch, keine Krankheitseinsicht und stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, regelmäßig Zunahme der Symptomatik nach Besuch des Ehemanns. Kinder stehen der Erkrankung der Eltern verständnislos gegenüber	Glaukom und eingestellter Bluthochdruck sowie diätetisch behandelter Diabetes mellitus. Schwerhörig (Hörgeräte wurden verlegt)	Geregelte Wohn- und gesicherte finanzielle Verhältnisse, fragile soziale Integration

Fall 1: Mann, 19 Jahre. Erste, schwere, polymorph psychotische Episode mit lebhaften akustischen Halluzinationen und optischen Verkennungen sowie stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit. Regelmäßiger Cannabiskonsum, zuletzt bei Feiern zum Abitur auch Speed und Liquid Ecstasy. Keine körperlichen Erkrankungen (Ausschlussdiagnose). Gerade Abitur gemacht, lebt bei den Eltern, die bisher nichts vom Drogenkonsum wussten, noch unklare Vorstellungen zur Zukunft.

Fall 2: Frau, 28 Jahre. Suizidale Krise und depressive Reaktion, nachdem sie ihren streng religiösen Eltern ihre Homosexualität offenbart hatte und daraufhin aus der Familie ausgestoßen wurde. Keine körperlichen Erkrankungen. Stabile Partnerschaft, unterstützende Freundinnen, Arbeit.




Fall 3: Frau, 46 Jahre. Manisches Syndrom, agitiert, erregt, reizbar, sei die Halbschwester von Karl Lagerfeld. Gut eingestelltes allergisches Asthma- Verheiratet, 1 Tochter, betreibt mit dem Ehemann ein Modegeschäft. Unsinnige Geldausgaben, aber im Rahmen der finanziellen Reserven.

Fall 4: Mann, 72 Jahre. Erhebliche, impulsiv durchbrechende Fremdaggressivität im Rahmen einer subkortikalen vaskulären Demenz. Selbstvernachlässigung und fehlende Eigenhygiene, kein Problembewusstsein. Kaum verbal zugänglich. jahrzehntelang schlecht

eingestellter, aber mittlerweile stabiler Hochdruck. Phasenweise urininkontinent. Lebt im Pflegeheim, wo er einen Mitbewohner schwer verletzt hat. Das Heim ist bereit, ihn mit einem Wechsel des Wohnbereichs weiter zu betreuen, wenn es gelingt, die Aggressivität so weit zu reduzieren, dass der Patient keine Gefahr für andere mehr darstellt.

Fall 5: Frau, 80 Jahre. Erschöpfungsdepression und Ängste in Bezug auf finanzielle Verhältnisse / Verarmung an der Grenze zur Folie à deux bei wahnhaft depressiv erkranktem Ehemann. Sehr misstrauisch, Keine Krankheitseinsicht und stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, regelmäßig Zunahme der Symptomatik nach Besuch des Ehemanns. Kinder stehen der Erkrankung der Eltern verständnislos gegenüber. Glaukom und eingestellter Bluthochdruck sowie diätetisch behandelter Diabetes mellitus. Schwerhörig (Hörgeräte wurden verlegt). Geregelt Wohn- und gesicherte finanzielle Verhältnisse, fragile soziale Integration.

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 5: Erhöhter somatischer und psychosozialer Aufwand**

<b>Erhöhter Behandlungsbedarf</b>	<b>Psy 2</b>	<b>Som 2</b> 	<b>Soz 2</b> 
<b>Regelbedarf der Behandlung</b>	<b>Psy 1</b> 	<b>Som 1</b>	<b>Soz 1</b>
Mann, 24 Jahre	Nach Trennung von Freundin verstärkter Alkoholkonsum. Unkomplizierte Entgiftung, aber vorherrschend Problematik durch selbst verschuldeten Unfall ....	.....mit multiplen Frakturen, akut versorgt, aber mit Bedarf an Nachoperationen	Busfahrer – drohende Berufsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust aufgrund des Unfalls unter Alkohol
Mann, 35 Jahre	Angstsymptomatik (Agoraphobie) mit erheblichem Vermeidungsverhalten	Dekompensierter Bluthochdruck mit stark schwankenden Werten, Erstdiagnose des Hochdrucks mit umfassender Abklärung somatischer und psychiatrischer Ursachen	Verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, Ehefrau verunsichert, grenzkompenziert und mit hohem Gesprächsbedarf Patient ist Hauptverdiener, durch Vermeidungsverhalten begründete, bereits ausgesprochene Kündigung der Arbeitsstelle
Frau, 59 Jahre	Ambulant fehldiagnostizierte Alzheimer-Demenz, Diagnostik, Korrektur der Behandlung sowie Reorientierung und Unterstützung bei der Verarbeitung der sozialen Folgen der Fehldiagnose	Bei auffälliger Polydipsie und hohem Calcium letztlich Diagnose einer Sekundären Demenz bei Nebenschilddrüsenadenom. Senkung des Calciums auf Werte, die eine OP zulassen, nach OP Abfangen der schwankenden Calcium-Werte	Siedelte wegen der Fehldiagnose n in ein Pflegeheim über – Hilfe bei der Reintegration – u.a. Unterstützung der Angehörigen und Patientin bei der Wohnungssuche, Auseinandersetzung mit Rentenversicherungsträger und Arbeitsamt
Frau, 63 Jahre	Langjährige generalisierte Angstsymptomatik und soziale Phobie	Diabetes mellitus, PAVK, frische Vorfußamputation. Auf der Station mit Rollstuhl mobil, Wundversorgung, Physiotherapie und Hilfsmittelanpassung erforderlich. Belastungsinkontinenz bei	Lebt im eigenen, nicht behinderungsgerechten Haus. Geschieden, neuer Partner, nicht zusammenlebend. Sohn, 37 Jahre, mit Messi-Syndrom in Einliegerwohnung des Hauses der Mutter, ohne eigenes Einkommen. Erwerbsunfähigkeitsrente, Schädlingsbefall im Haus

		Selbstvernachlässigung und Abwehr der Unterstützung der Eigenhygiene	
Mann, 92 Jahre	Gelegentliche Panikattacken bei Depression mit Stimmungstief, mäßiger Antriebshemmung, keine Suizidalität	MMST 27, Plasmozytom, Übelkeit und Erbrechen bei laufender Chemotherapie. Deutlich verlangsamt, ansonsten mit Rollator mobil. Alltagshandlungen mit geringer Unterstützung selbständig	Alleinlebend, keine Angehörigen, geht täglich im Stadtteil zum Mittagstisch. Räumungsklage wg. Verkauf der Wohnung und Eigenbedarfskündigung

Fall 1: Mann, 24 Jahre. Nach Trennung von Freundin verstärkter Alkoholkonsum. Unkomplizierte Entgiftung, aber vorherrschend Problematik durch selbst verschuldeten Unfall mit multiplen Frakturen, akut versorgt, aber mit Bedarf an Nachoperationen. Busfahrer – drohende Berufsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust aufgrund des Unfalls unter Alkohol.




Fall 2: Mann, 35 Jahre. Angstsymptomatik (Agoraphobie) mit erheblichem Vermeidungsverhalten. Dekompensierter Bluthochdruck mit stark schwankenden Werten, Erstdiagnose des Hochdrucks mit umfassender Abklärung somatischer und psychiatrischer Ursachen. Verheiratet, Vater von zwei Kindern, Regelfamilie, Ehefrau verunsichert, grenzkompenziert und mit hohem Gesprächsbedarf. Pat. ist Hauptverdiener, durch Vermeidungsverhalten begründete, bereits ausgesprochene Kündigung der Arbeitsstelle.

Fall 3: Frau, 59 Jahre. Ambulant fehldiagnostizierte Alzheimer-Demenz, Diagnostik, Korrektur der Behandlung sowie Reorientierung und Unterstützung bei der Verarbeitung der sozialen Folgen der Fehldiagnose. Bei auffälliger Polydipsie und hohem Calcium letztlich Diagnose einer Sekundären Demenz bei Nebenschilddrüsenadenom. Vollstationär Senkung des Calciums auf Werte, die eine OP zulassen, nach OP Abfangen der schwankenden Calcium-Werte. Siedelte wegen der Fehldiagnose in ein Pflegeheim über – Hilfe bei der Reintegration – u.a. Unterstützung der Angehörigen und Patientin bei der Wohnungssuche, Auseinandersetzung mit Rentenversicherungsträger und Arbeitsamt.

Fall 4: Frau, 63 Jahre. Langjährige generalisierte Angstsymptomatik und soziale Phobie. Diabetes mellitus, PAVK, frische Vorfußamputation. Auf der Station mit Rollstuhl mobil, Wundversorgung, Physiotherapie und Hilfsmittelanpassung erforderlich. Belastungsinkontinenz bei Selbstvernachlässigung und Abwehr der Unterstützung der Eigenhygiene. Lebt im eigenen, nicht behinderungsgerechten Haus. Geschieden, neuer Partner, nicht zusammenlebend. Sohn 37 Jahre mit Messi-Syndrom in Einliegerwohnung des Hauses der Mutter, ohne eigenes Einkommen. Erwerbsunfähigkeitsrente, Schädlingsbefall im Haus.

Fall 5: Mann, 92 Jahre. Gelegentliche Panikattacken bei Depression mit Stimmungstief, mäßiger Antriebshemmung, keine Suizidalität. MMST 27, Plasmoytom, Übelkeit und Erbrechen bei laufender Chemotherapie. Deutlich verlangsamt, ansonsten mit Rollator mobil. Alltagshandlungen mit geringer Unterstützung selbständig. Alleinlebend, keine Angehörigen, geht täglich im Stadtteil zum Mittagstisch. Räumungsklage wg. Verkauf der Wohnung und Eigenbedarfskündigung.

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 6: Erhöhter psychiatrischer und somatischer Aufwand**

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2 	Som 2 	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1	Soz 1 
Mann, 24 Jahre	Suizidale Krise bei Borderline-Persönlichkeitsstörung - mehrere ambulante Behandlungen abgebrochen, Polytoxikomanie	Polyvalentes vegetatives Entzugssyndrom. Akute Zahnprobleme bei schlechtem Zahnstatus	Studiert Schauspiel, hatte bereits Engagements. Häufig wechselnde Beziehungen
Mann, 29 Jahre	Depressive Symptomatik mit gedrückter Stimmung und Antriebsdefizit bei Asperger-Autismus mit entsprechender Beeinträchtigung der Kommunikation und zwanghaft-rigidem Verhalten	M. Crohn mit Kachexie	Lebt noch bei den Eltern, keine abgeschlossene Ausbildung, keine Vorstellung zur Zukunftsgestaltung
Frau, 20 Jahre	Anorexia nervosa, BMI war zuvor in teilstationärer Behandlung auf 13 abgefallen und weiter fallend, kaum kooperierend bzgl. Essens- und Bewegungsplan, begleitetes Essen und Aufsicht nach Nahrungsaufnahme erforderlich. Keine Interessen, braucht Beschäftigung und Tagesstruktur als Alternative zu exzessivem Sport	Aktuelle Elektrolytentgleisungen, und Herzrhythmusstörungen, seit langem Amenorrhö, Hypothermie, Osteoporose	Auf Station nur Kommunikation mit ebenfalls essgestörten Mitpatientinnen, die ähnliche Themen haben. Kürzlich mittlerer Schulabschluss. Lebt bei den Eltern, diese sind engagiert und stützend



<p>Frau, 63 Jahre</p>	<p>Akute psychotische Exazerbation unter Medikamentenumstellung bei schwerem Spät-Parkinsonoid, neuroleptische Neueinstellung ...</p>	<p>... und Behandlung der motorischen Symptomatik. Hoher Assistenzbedarf bei Selbstversorgung und Körperpflege, Urininkontinenz, nur mit Unterstützung mobil</p>	<p>Lebt in einer Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Senioren</p>
<p>Frau, 87 Jahre</p>	<p>Delirante Zustände im Rahmen einer Lewy-Körper-Demenzerkrankung stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, desorientiert. Ausgeprägte nächtliche Unruhe. habe nachts Mitbewohner in deren Zimmern besucht und wahnhaft verkannt, Fluchtwünsche</p>	<p>Multiple Medikamentenunverträglichkeiten mit behandlungsbedürftigen Nebenwirkungen. Hoher Assistenzbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens und Inkontinenz</p>	<p>Im Pflegeheim lebend. Entfernt lebende Tochter ist vorsorgebevollmächtigt</p>

Fall 1: Mann, 24 Jahre. Suizidale Krise bei Borderline-Persönlichkeitsstörung - mehrere ambulante Behandlungen abgebrochen. Polytoxikomanie Polyvalentes vegetatives Entzugssyndrom. Akute Zahnprobleme bei schlechtem Zahnstatus. Studiert Schauspiel, hatte bereits Engagements. Häufig wechselnde Beziehungen.

Fall 2: Mann, 29 Jahre. Depressive Symptomatik mit gedrückter Stimmung und Antriebsdefizit bei Asperger-Autismus mit entsprechender Beeinträchtigung der Kommunikation und zwanghaft-rigidem Verhalten. M. Crohn mit Kachexie. Lebt noch bei den Eltern, keine abgeschlossene Ausbildung, keine Vorstellung zur Zukunftsgestaltung.




Fall 3: Frau, 20 Jahre. Anorexia nervosa, BMI war zuvor in teilstationärer Behandlung auf 13 abgefallen und weiter fallend, kaum kooperierend bzgl. Essens- und Bewegungsplan, begleitetes Essen und Aufsicht nach Nahrungsaufnahme erforderlich. Keine Interessen, braucht Beschäftigung und Tagesstruktur als Alternative zu exzessivem Sport. Aktuelle Elektrolytentgleisungen, und Herzrhythmusstörungen, seit langem Amenorrhö, Hypothermie, Osteoporose. Auf Station nur Kommunikation mit Mitpatientinnen, die ähnliche Themen haben. Kürzlich mittlerer Schulabschluss. Lebt bei den Eltern, diese sind engagiert und stützend.

Fall 4: Frau, 63 Jahre. Akute psychotische Exazerbation unter Medikamentenumstellung bei schwerem Spät-Parkinsonoid, neuroleptische Neueinstellung und Behandlung der motorischen Symptomatik. Hoher Assistenzbedarf bei Selbstversorgung und Körperpflege, Urininkontinenz, nur mit Unterstützung mobil. Lebt in einer Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Senioren.

Fall 5: Frau, 87 Jahre. Delirante Zustände im Rahmen einer Lewy-Körper-Demenzerkrankung. Stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, desorientiert. Ausgeprägte nächtliche Unruhe. habe nachts Mitbewohner in deren Zimmern besucht und wahnhaft

verkannt, Fluchtwünsche. Multiple Medikamentenunverträglichkeiten mit behandlungsbedürftigen Nebenwirkungen. Hoher Assistenzbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens und Inkontinenz. Im Pflegeheim lebend. Entfernt lebende Tochter ist vorsorgebevollmächtigt.

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 7: Erhöhter psychiatrischer und psychosozialer Aufwand**

<b>Erhöhter Behandlungsbedarf</b>	<b>Psy 2</b> 	<b>Som 2</b>	<b>Soz 2</b> 
<b>Regelbedarf der Behandlung</b>	<b>Psy 1</b>	<b>Som 1</b> 	<b>Soz 1</b>
Mann, 25 Jahre	Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Akute Dekompensation, keine Krankheitseinsicht, Unterbringungsbeschluss, 3. stationäre Behandlung	Keine bekannten somatischen Begleiterkrankungen	alleinlebend, Hartz IV, Räumungsklage nach Fehllhandlungen. Keine stabilen soziale Kontakte, kein Kontakt zu den Eltern
Frau, 32 Jahre	Heroinabhängig. Substitution mit Beikonsum von Alkohol und Z-Substanzen. Fremdmotivierte Behandlung. Sehr forderndes Verhalten, auch im Kontakt mit Mitpatienten oft laut und verbal aggressiv	Noch keine schweren körperlichen Folgeerkrankungen/ Ausschlussdiagnostik typischer Begleiterkrankungen	Bisher 6 Kinder, davon leben 2 bei der Mutter, will unter Druck des Jugendamts entgiften
Mann, 50 J.	Suizidale / autoaggressive Krise nach schwerer narzisstischer Kränkung durch Fremdgehen der Ehefrau und Zurücksetzung am Arbeitsplatz	Herzinfarkt in der Vorgeschichte	Arbeitslos, da impulsiv gekündigt, keine Einkünfte, außerhalb der Ehe kaum soziale Kontakte
Frau, 53 Jahre	Seit 67 Wochen aufgrund eines therapieresistenten depressiven Syndroms mit erheblicher Antriebsminderung in ambulanter Behandlung. Spricht kaum noch, wenig zugänglich im Kontakt. braucht Motivierung zur Durchführung einfachster Alltagshandlungen	Rezidivierende Gastritiden, die gut auf Medikation ansprechen	Mit 83-jähriger blinder Mutter in 2 Raum-Wohnung lebend - arbeitsunfähig, fehlende soziale Kontakte

<p>Mann, 78 Jahre</p>	<p>Schwer depressiv mit Schuldwahn, Verarmungswahn und wahnhafter Überzeugung, an einer Demenz erkrankt zu sein, keine Krankheitseinsicht, misstrauisch. Krankheitsbedingt deutlich eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten</p>	<p>Kompensierte Herzinsuffizienz, kachektisch</p>	<p>Lebt im eigenen Haus, im Verarmungswahn Heizung abgestellt und teilweise ausbauen lassen, notwendige Wartungsverträge gekündigt, Steuern nicht bezahlt, Pfändung bei eigentlich gesicherten finanziellen Verhältnissen. Verheiratet. Gleichzeitige Behandlung der Ehefrau erforderlich bei Erschöpfungsdepression und beginnender Folie à deux im Hinblick auf Verarmungswahn. Keine familiäre Unterstützung, Kinder stehen der Erkrankung der Eltern verständnislos gegenüber</p>
-----------------------	--	---	---

Fall 1: Mann, 25 Jahre. Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Akute Dekompensation, keine Krankheitseinsicht, Unterbringungsbeschluss, 3. stationäre Behandlung. Keine bekannten somatischen Begleiterkrankungen. Alleinlebend, Hartz IV, Räumungsklage nach Fehlhandlungen. Keine stabilen soziale Kontakte, kein Kontakt zu den Eltern.




Fall 2: Frau, 32 Jahre. Heroinabhängig. Substitution mit Beikonsum von Alkohol und Z-Substanzen. Fremdmotivierte Behandlung. Sehr forderndes Verhalten, auch im Kontakt mit Mitpatienten oft laut und verbal aggressiv. Noch keine schweren körperlichen Folgeerkrankungen/ Ausschlussdiagnostik typischer Begleiterkrankungen. Bisher 6 Kinder, davon leben 2 bei der Mutter, will unter Druck des Jugendamts entgiften.

Fall 3: Mann, 50 Jahre. Suizidale / autoaggressive Krise nach schwerer narzisstischer Kränkung durch Fremdgehen der Ehefrau und Zurücksetzung am Arbeitsplatz. Herzinfarkt in der Vorgeschichte. Arbeitslos, da selbst im Impuls gekündigt, keine Einkünfte. Außerhalb der Ehe kaum soziale Kontakte.

Fall 4: Frau, 53 Jahre. Seit 67 Wochen aufgrund eines therapieresistenten depressiven Syndroms mit erheblicher Antriebsminderung in ambulanter Behandlung. Spricht kaum noch, wenig zugänglich im Kontakt. Braucht Motivierung zur Durchführung einfachster Alltagshandlungen. Rezidivierende Gastritiden, die gut auf Medikation ansprechen. Mit 83-jähriger blinder Mutter in 2 Raum-Wohnung lebend - arbeitsunfähig, fehlende soziale Kontakte.

Fall 5: Mann, 78 Jahre. Schwer depressiv mit Schuldwahn, Verarmungswahn und wahnhafter Überzeugung, an einer Demenz erkrankt zu sein, keine Krankheitseinsicht, misstrauisch. Krankheitsbedingt deutlich eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten. Kompensierte Herzinsuffizienz, kachektisch. Lebt im eigenen Haus, im Verarmungswahn Heizung abgestellt und teilweise ausbauen lassen, notwendige Wartungsverträge gekündigt, Steuern nicht bezahlt, Pfändung bei eigentlich gesicherten finanziellen Verhältnissen. Verheiratet. Gleichzeitige Behandlung der Ehefrau erforderlich bei Erschöpfungsdepression und beginnender Folie à deux im Hinblick auf Verarmungswahn. Keine familiäre Unterstützung, Kinder stehen der Erkrankung der Eltern verständnislos gegenüber.

**Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 8: Erhöhter psychiatrischer, somatischer und psychosozialer Aufwand**

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2 	Som 2 	Soz 2 
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1	Soz 1
Mann, 19 Jahre	Polytoxikomanes Verhalten, psychotische Symptomatik, keine Krankheitseinsicht. Verbal aggressiv	Arm nach Fraktur in Fehlstellung verheilt, offene Wunde mit MRSA-Besiedlung nach Fußamputation wegen Gangrän	Obdachlos, keine Ausbildung, kein Kontakt zur Familie
Frau, 23 Jahre	PTBS, emotional instabil, mehrfache Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten	Schwer einstellbarer Diabetes mellitus Typ 1. Selbstverletzungen erfordern Wundversorgung	Therapeutische Wohngemeinschaft, aber Träger wünscht Kündigung wegen gravierender Probleme in der Interaktion mit Mitbewohnern. Grundsicherung, ohne Ausbildung
Frau, 35 Jahre	mit mittelgradiger Intelligenzminderung. In Konfliktsituationen mit Mitbewohnern wiederholt zunächst fremdaggressive Übergriffe (Kratzen, Schlagen)	Danach im Kontext von Schulterleiden autoaggressive Handlungen, aktuell mit chirurgischen Versorgungsbedarf und täglichen Verbandswechseln aufgrund tiefer Schnittverletzung	Weitgehend Alltagsfähig. Kommunikativ schwer erreichbar, sehr verschlossen. Abseits des akuten Geschehens gefestigte Lebenssituation in einer Wohngemeinschaft gemeinsam mit dem Lebenspartner
Mann, 59 Jahre	mit schwerer Kurzzeitgedächtnisstörung, Desorientierung und Agitiertheit	Ursache ist eine zentrale pontine Myelinolyse nach Hyponatriämie unklarer Genese mit zu schnellem Natriumausgleich. Neben amnestischem Syndrom leichte Tetraparese. Weiter stark schwankende Natrium-Werte,	Ungeklärte soziale Situation, so weit feststellbar Einzelgänger, keine sozialen Kontakte, Hartz IV, unklare weitere Versorgung

		endokrinologische Diagnostik erforderlich	
Mann, 82 Jahre	Erhebliche Fremdaggressivität im Rahmen einer vaskulären Demenzerkrankung, Eifersuchtswahn nach rechtshirnimigem Infarkt	Verdacht auf Anfallsleiden bei fluktuierender Symptomatik. Mäßige Hemiparese links. Schlecht eingestellter Bluthochdruck, schlechter Ernährungsstatus, Mykosen im Schambereich und Ablehnung von Behandlung und Hygiene, Raucher	Lebt allein, nachdem Ehefrau aufgrund mehrerer Angriffe ausgezogen ist, verwahrloste Wohnung, Abmahnung, ständige Auseinandersetzungen mit Nachbarn. Will auf keinen Fall in ein Heim, lehnt aufsuchende ambulante Hilfen ab

Fall 1: Mann, 19 Jahre. Polytoxikomanes Verhalten, psychotische Symptomatik, keine Krankheitseinsicht. Verbal aggressiv. Arm nach Fraktur in Fehlstellung verheilt, offene Wunde mit MRSA-Besiedlung nach Fußamputation wegen Gangrän. Obdachlos, keine Ausbildung, kein Kontakt zur Familie

Fall 2: Frau, 23 Jahre. PTBS, emotional instabil, mehrfache Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten. Schwer einstellbarer Diabetes mellitus Typ 1. Selbstverletzungen erfordern Wundversorgung. Therapeutische Wohngemeinschaft, aber Träger wünscht Kündigung wegen gravierender Probleme in der Interaktion mit Mitbewohnern. Grundsicherung, ohne Ausbildung.

Fall 3: Frau, 35 Jahre mit mittelgradiger Intelligenzminderung. In Konfliktsituationen mit Mitbewohnern wiederholt zunächst fremdaggressive Übergriffe (Kratzen, Schlagen). Danach im Kontext von Schulterleiden autoaggressive Handlungen, aktuell mit chirurgischen Versorgungsbedarf und täglichen Verbandswechseln aufgrund tiefer Schnittverletzung. Weitgehend Alltagsfähig. Kommunikativ schwer erreichbar, sehr verschlossen. Abseits des akuten Geschehens gefestigte Lebenssituation in einer Wohngemeinschaft gemeinsam mit dem Lebenspartner.

Fall 4: Mann, 59 Jahre. Akut entstandenes Amnestisches Syndrom mit schwerer Kurzzeitgedächtnisstörung, Desorientierung und Agitiertheit. Ursache ist eine zentrale pontine Myelinolyse nach Hyponatriämie unklarer Genese mit zu schnellem Natriumausgleich. Neben amnestischem Syndrom leichte Tetraparese. Weiter stark schwankende Natrium-Werte, endokrinologische Diagnostik erforderlich. Ungeklärte soziale Situation, soweit feststellbar Einzelgänger, keine sozialen Kontakte, Hartz IV, unklare weitere Versorgung

Fall 5: Mann, 82 Jahre. Erhebliche Fremdaggressivität im Rahmen einer vaskulären Demenzerkrankung, Eifersuchtwahn nach rechtshirnigem Infarkt. Verdacht auf Anfallsleiden bei fluktuierender Symptomatik. Mäßige Hemiparese links. Schlecht eingestellter Bluthochdruck, schlechter Ernährungsstatus, Mykosen im Schambereich und Ablehnung von Behandlung und Hygiene, Raucher. Lebt allein, nachdem Ehefrau aufgrund mehrerer Angriffe ausgezogen ist, verwahrloste Wohnung, Abmahnung, ständige Auseinandersetzungen mit Nachbarn. Will auf keinen Fall in ein Heim, lehnt aufsuchende ambulante Hilfen ab.