




Fallbeschreibungen

Kinder- und Jugendpsychiatrie

(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 
Mädchen, 8 Jahre	Trennungsangst seit Kindergarten, stärker seit Einschulung; zunehmende Anhänglichkeit an Mutter, bleibt nicht mehr alleine im Zimmer	Täglich vor Schulbesuch Bauch- und Kopfweh; Appetit leicht vermindert, Essverhalten wählerisch aber aktuell ausreichende Mengen, BMI im unteren Normbereich	3. Klasse Grundschule, seit 5 Monaten vermehrt Fehltage, seit 4 Wochen kein Schulbesuch möglich. Mutter Z.n. Mammacarcinom, seit 6 Monaten Behandlung abgeschlossen, steht der Familie wieder voll zur Verfügung
Junge, 14 Jahre	Multiple motorische Tics im Gesichts- und Schulterbereich seit Alter 9 Jahre; medikamentöse Therapie aufgrund geringer Wirkung eingestellt; ambulante Psychotherapie von Patient beendet, da es ihm „nichts bringt“, die Hilfe nicht schnell genug komme	Pubertätsakne im Bereich Gesicht, Brust und Rücken begleitet von Verunsicherung	Lebt in Pflegefamilie nach frühkindlicher Vernachlässigung, dort integriert bis auf Geschwisterrivalität. Wird von Mitschülern gemobbt wegen der Tics




<p>Junge, 15 Jahre</p>	<p>Depressive Störung seit 4 Monaten (herabgesetzte Stimmung, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörung) ohne Suizidalität. Ambulante Therapie ohne Erfolg. Bisweilen Cannabisgebrauch in der letzten Zeit (max. 1x/Wo.). Einschlafstörungen bis 2 Uhr, spielt am Smartphone</p>	<p>Medikamentöse antidepressive Therapie erfolgt ohne besondere Nebenwirkungen</p>	<p>Besucht Sportgymnasium, Schulbesuch noch erhalten, aber Leistungsknick (Niveau um 1 Note abgesunken) seit Depression</p>
------------------------	---	--	---

Fall 1: Mädchen, 8 Jahre. Trennungsangst seit Kindergarten, stärker seit Einschulung; zunehmende Anhänglichkeit an Mutter, bleibt nicht mehr alleine im Zimmer. Täglich vor Schulbesuch Bauch- und Kopfweg; Appetit leicht vermindert, Essverhalten wählerisch aber aktuell ausreichende Mengen, BMI im unteren Normbereich. 3. Klasse Grundschule, seit 5 Monaten vermehrt Fehltage, seit 4 Wochen kein Schulbesuch möglich. Mutter Z.n. Mammacarcinom, seit 6 Monaten Behandlung abgeschlossen, steht der Familie wieder voll zur Verfügung.

Fall 2: Junge 14 Jahre. Lebt in Pflegefamilie nach frühkindlicher Vernachlässigung, ist dort integriert bis auf Geschwisterrivalität. Leidet an multiplen motorischen Tics im Gesichts- und Schulterbereich seit er 9 Jahre alt ist. Wird von Mitschülern deswegen gemobbt. Gleichzeitig Pubertätsakne im Bereich Gesicht, Brust und Rücken und damit verbundene Verunsicherung. Medikamentöse Therapie der Tics aufgrund geringer Wirkung eingestellt. Ambulante Psychotherapie von ihm beendet, „bringt nichts“ – fühlte sich nicht verstanden, Hilfe komme nicht schnell genug.

Fall 3: Junge, 15 Jahre. Depressive Störung seit 4 Monaten (herabgesetzte Stimmung, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörung) ohne Suizidalität. Ambulante Therapie ohne Erfolg. Bisweilen Cannabisgebrauch in der letzten Zeit (max. 1x/Wo.). Einschlafstörungen bis 2 Uhr, spielt am Smartphone. Medikamentöse antidepressive Therapie erfolgt ohne besondere Nebenwirkungen. Besucht Sportgymnasium, Schulbesuch noch erhalten, aber Leistungsknick (Niveau um 1 Note abgesunken) seit Depression.

Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 2: Erhöhter somatischer Aufwand

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2	Som 2 	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 	Som 1	Soz 1 
Junge, 8 Jahre	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität; Patient ist ausgeprägt verträumt, bekommt fast nichts vom Unterricht mit, Schulleistungen sehr schwach. Intelligenz durchschnittlich. Selbstwert stark reduziert und leidet unter seiner Symptomatik. Dadurch hohe Motivation zur Mitarbeit	Seit Alter 2 Jahre Epilepsie, tonische Grandmal-Anfälle mit Aura, medikamentös sehr schwierig einzustellen. Medikamentöse Einstellung des ADS konnte ambulant nicht erfolgen aufgrund der gehäuften Anfälle trotz antiepileptischer Medikation. Hat auf Station während medikamentöser ADS-Behandlung Anfälle	Besucht 2. Kl. Grundschule einer Körperbehindertenschule, Mutter leicht überbehütend
Junge, 12 Jahre	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung. In klinischen Kontext typisches Muster von oppositionellem Verhalten und auch kurzdauernden körperlichen Konflikten mit Mitpatienten. Zeigt mittelgradige depressive Symptomatik, Stimmung gereizt-dysphorisch, phasenweise traurig mit vermehrtem Weinen, Interesselosigkeit und Antriebsmangel, lässt sich bei Gruppenaktivitäten durch normale Intervention motivieren	Mukoviszidose. Verlauf der Mukoviszidose ist pulmonal betont, benötigt dreimal täglich aufwändige Bronchialhygiene. Trinkmenge durch geringe Compliance reduziert, dadurch sehr schlechtes Abhusten. Aktuell zusätzlich pulmonaler Infekt, Antibiotikagabe erfolgt zusätzlich zu symptomatischer Therapie	Ist seit 2 Jahren oppositionell-verweigernd im familiären Kontext und in der Schule, ist in Gleichaltrigengruppe wechselhaft integriert, hat eher oberflächliche Freundschaften. Lügt und entwendet den Eltern kleinere Geldbeträge. Lebt mit Eltern und jüngeren Bruder, die alle körperlich und psychisch gesund sind. Familie hat gute Unterstützung durch erweitertes Familiensystem und guten familiären Zusammenhalt. Besucht 6. Klasse einer Körperbehindertenschule, zunehmend Leistungsprobleme durch oppositionelles Verhalten. Gehäufte Fehltage durch somatische Komplikationen




Mädchen, 16 Jahre	Mittelgradige Depression, keine Suizidalität	Seit 2 Jahren Morbus Crohn mit mehreren Schüben, medikamentös bisher nicht beherrschbar, gehäuft Krankenhausaufenthalte und aktuell gehäuft Durchfälle Untergewicht, BMI 10. Altersperzentile	Schulisch krankheitsbedingt Phasen vermehrter Fehltag, Leistungen im mittleren Bereich, Sozialkontakte stabil. Eltern sind unterstützend, biologische 2-Eltern-Herkunftsfamilie untere Mittelschicht. Eltern sind deutlich in Sorge um die Tochter. Die drei Geschwister sind gesund
-------------------	--	---	--

Fall 1: Junge, 8 Jahre. Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität; Patient ist ausgeprägt verträumt, bekommt fast nichts vom Unterricht mit, Schulleistungen sehr schwach. Intelligenz durchschnittlich. Selbstwert stark reduziert und leidet unter seiner Symptomatik. Dadurch hohe Motivation zur Mitarbeit. Seit Alter 2 Jahre Epilepsie, tonische Grand-mal-Anfälle mit Aura, medikamentös sehr schwierig einzustellen. Medikamentöse Einstellung des ADS konnte ambulant nicht erfolgen aufgrund der gehäuften Anfälle trotz antiepileptischer Medikation. Hat auf Station während medikamentöser ADS-Behandlung Anfälle. Besucht 2. Kl. Grundschule einer Körperbehindertenschule, Mutter leicht überbehütend.

Fall 2: Junge, 12 Jahre. Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, Mukoviszidose. Ist seit 2 Jahren oppositionell-verweigernd im familiären Kontext und in der Schule, ist in Gleichaltrigengruppe wechselhaft integriert, hat eher oberflächliche Freundschaften. Lügt und entwendet den Eltern kleinere Geldbeträge. In klinischen Kontext typisches Muster von oppositionellem Verhalten und auch kurzdauernden körperlichen Konflikten mit Mitpatienten. Zeigt mittelgradige depressive Symptomatik, Stimmung gereizt-dysphorisch, phasenweise traurig mit vermehrtem Weinen, Interesselosigkeit und Antriebsmangel, lässt sich bei Gruppenaktivitäten durch normale Intervention motivieren. Verlauf der Mukoviszidose ist pulmonal betont, benötigt dreimal täglich aufwändige Bronchialhygiene. Trinkmenge durch geringe Compliance reduziert, dadurch sehr schlechtes Abhusten. Aktuell zusätzlich pulmonaler Infekt, Antibiotikagabe erfolgt zusätzlich zu symptomatischer Therapie. Lebt mit Eltern und jüngeren Bruder, die alle körperlich und psychisch gesund sind. Familie hat gute Unterstützung durch erweitertes Familiensystem und guten familiären Zusammenhalt. Besucht 6. Klasse einer Körperbehindertenschule, zunehmend Leistungsprobleme durch oppositionelles Verhalten. Gehäufte Fehltag durch somatische Komplikationen.

Fall 3: Mädchen, 16 Jahre. Mittelgradige Depression, keine Suizidalität. Seit 2 Jahren Morbus Crohn mit mehreren Schüben, medikamentös bisher nicht beherrschbar, gehäuft Krankenhausaufenthalte und aktuell gehäuft Durchfälle Untergewicht, BMI 10. Altersperzentile. Schulisch krankheitsbedingt Phasen vermehrter Fehltag, Leistungen im mittleren Bereich, Sozialkontakte stabil. Eltern sind unterstützend, biologische 2-Eltern-Herkunftsfamilie untere Mittelschicht. Eltern sind deutlich in Sorge um die Tochter. Die drei Geschwister sind gesund.

Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 3: Erhöhter Psychosozialer Aufwand

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2	Som 2	Soz 2 
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 	Som 1 	Soz 1
Junge, 9 Jahre	ADHS vordiagnostiziert, mit Methylphenidat behandelt, jedoch unregelmäßige Einnahme. Er ist sehr unaufmerksam und erhöht ablenkbar. Intelligenz durchschnittlich. Wegen Schlafmangels (spätes Zubettgehen, schlechtes Einschlafen) ist Patient chronisch müde. Auf Station mit Hilfe von normalen Einschlafritualen schläft er gut ein	Patient hat tendenziell Untergewicht aufgrund Hyperaktivität, frühstückt aber auch nie. Ansonsten körperlich fit	Schlechte Adhärenz der Eltern. Vater ist alleinerziehend, hat Depression mit bereits mehrfacher stationärer Behandlung; Junge lebt in der Zeit jeweils bei Großmutter, die an einer zunehmenden Demenz leidet. Vater benötigt intensive Unterstützung in sozialen Belangen. Bisher keine Unterstützung durch das Jugendamt. Patient besucht 3. Klasse Grundschule, hat 2. Klasse wiederholt; hat Hausaufgaben unvollständig oder gar nicht, sehr schlechte Schulleistungen; es droht Umschulung in Förderschule
Mädchen, 17 Jahre	Störung des Sozialverhaltens und nicht-suizidales selbstverletzen-des Verhalten (Frequenz ca. 1x/Woche, oberflächliches Ritzen an Unterarmen, multiple reizlose oberflächliche Narben sichtbar). Auf Station leicht dominantes und situativ verweigerndes Verhalten, geringe emotionale Offenheit, aber keine nennenswerten Impulsdurchbrüche. Stationäre Krisenaufnahme erfolgte vor 2 Tagen nach aggressivem Durchbruch in Einrichtung		Wiederholte Aufenthalte in Jugendhilfeeinrichtungen mit mehrfachen Wechseln. Derzeitige Wohngruppe droht nach aktuellem aggressivem Durchbruch die Maßnahme (mit integrierter Ausbildung) zu beenden. Patientin hat große Angst Ausbildungsplatz zu verlieren, andererseits große Wut auf Erzieher der Einrichtung




<p>Junge, 13 Jahre</p>	<p>Begleitend leicht depressive Symptomatik, die in Anforderungssituationen ausgeprägter ist. Junge ist im stationären Kontext entlastet</p>	<p>Somatoforme Störung mit Kopf- und Bauchschmerzen und dadurch eingeschränkte allgemeine Leistungsfähigkeit. Keine somatische Begleiterkrankung, vor jetziger Behandlung bereits durch umfangreiche Diagnostik ausgeschlossen</p>	<p>Familie entstammt der gehobenen Mittelschicht, Vater ist Konrektor eines Gymnasiums, Mutter ist Japanerin, Hausfrau seit Abbruch des Musikstudiums aufgrund der Familiengründung. Eltern schätzen ihren Sohn hochbegabt ein, er spielt mehrere Instrumente, Leistungsanforderungen durch Eltern sind überspitzt, Junge hat keine Freizeit, Alltag besteht aus Lernen und Musik, er darf sich nicht mit Freunden treffen, drastische Bestrafungen durch Mutter bei Nichtbefolgen ihrer Anweisungen. Ein zusätzlicher psychosozialer Hilfebedarf wird von den Eltern bisher strikt abgelehnt, Prüfung Kinderschutzfall ist erforderlich</p>
------------------------	--	--	--

Fall 1: Junge, 9 Jahre. ADHS vordiagnostiziert, mit Methylphenidat behandelt, jedoch unregelmäßige Einnahme. Er ist sehr unaufmerksam und erhöht ablenkbar. Intelligenz durchschnittlich. Wegen Schlafmangels (spätes Zubettgehen, schlechtes Einschlafen) ist Patient chronisch müde. Auf Station mit Hilfe von normalen Einschlafritualen schläft er gut ein. Patient hat tendenziell Untergewicht aufgrund Hyperaktivität, frühstückt aber auch nie. Ansonsten körperlich fit. Schlechte Adhärenz der Eltern. Vater ist alleinerziehend, hat Depression mit bereits mehrfacher stationärer Behandlung; Junge lebt in der Zeit jeweils bei Großmutter, die an einer zunehmenden Demenz leidet. Vater benötigt intensive Unterstützung in sozialen Belangen. Bisher keine Unterstützung durch das Jugendamt. Patient besucht 3. Klasse Grundschule, hat 2. Klasse wiederholt; hat Hausaufgaben unvollständig oder gar nicht, sehr schlechte Schulleistungen; es droht Umschulung in Förderschule.

Fall 2: Mädchen, 17 Jahre. Störung des Sozialverhaltens und nicht-suizidales selbstverletzen-des Verhalten (Frequenz ca. 1x/Woche, oberflächliches Ritzen an Unterarmen, multiple reizlose oberflächliche Narben sichtbar). Auf Station leicht dominantes und situativ verweigerndes Verhalten, geringe emotionale Offenheit, aber keine nennenswerten Impulsdurchbrüche. Stationäre Krisenaufnahme erfolgte vor 2 Tagen nach aggressivem Durchbruch in Einrichtung. Wiederholte Aufenthalte in Jugendhilfeeinrichtungen mit mehrfachen Wechseln. Derzeitige Wohngruppe droht nach aktuellem aggressivem Durchbruch die Maßnahme (mit integrierter Ausbildung) zu beenden. Patientin hat große Angst Ausbildungsplatz zu verlieren, andererseits große Wut auf Erzieher der Einrichtung.

Fall 3: Junge, 13 Jahre. Somatoforme Störung mit Kopf- und Bauchschmerzen und dadurch eingeschränkte allgemeine Leistungsfähigkeit. Keine somatische Begleiterkrankung, vor jetziger Behandlung bereits durch umfangreiche Diagnostik ausgeschlossen. Begleitend leicht depressive Symptomatik, die in Anforderungssituationen ausgeprägter ist. Junge ist im stationären Kontext entlastet. Familie entstammt der gehobenen Mittelschicht, Vater ist Konrektor eines Gymnasiums, Mutter ist Japanerin, Hausfrau seit Abbruch des Musikstudiums aufgrund der Familiengründung. Eltern schätzen ihren Sohn hochbegabt ein, er spielt mehrere Instrumente, Leistungsanforderungen durch Eltern sind überspitzt, Junge hat keine Freizeit, Alltag besteht aus Lernen und Musik, er darf sich nicht mit Freunden treffen, drastische Bestrafungen durch Mutter bei Nichtbefolgen ihrer Anweisungen. Ein zusätzlicher psychosozialer Hilfebedarf wird von den Eltern bisher strikt abgelehnt, Prüfung Kinderschutzfall ist erforderlich.

Fallbeschreibungen zum Bedarfs-Cluster 4: Erhöhter psychiatrischer Aufwand

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2 	Som 2	Soz 2
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1 	Soz 1 
Junge, 7 Jahre	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters. Seit Kindergartenalter in sozialer Gruppe sehr ängstlich-zurückhaltend, sozial zurückgezogen, spielt nur wenig in Gruppen mit. Spricht nur wenig mit Erzieherinnen, lässt sich auf diese kaum ein. Kaum Verbesserung der Symptomatik über die Jahre trotz ambulanter Psychotherapie und Heilpädagogik. Starke Ängste vor der anstehenden Einschulung; Patient benötigt altersbedingt enge Begleitung und Haltgebung in Situationen wie Zubettgehen, nächtliches Aufwachen, Gestaltung von Freizeit		Lebt mit Eltern und 2 Geschwistern, Mittelschichtfamilie ohne psychosoziale Belastungen. Mutter war in Kindheit ebenfalls ängstlich, jetzt leichte Ängstlichkeit ohne Krankheitswert. Eltern befürchten Mißlingen der Einschulung aufgrund des bisherigen Verlaufs. Hilfen durch das Jugendamt sind bereits angebahnt
Mädchen, 10 Jahre	Zwangsstörung mit stundenlangen Waschwängen und Toilettenzwängen und Behinderung nahezu aller Abläufe ihres Alltags auf Station. Wird aggressiv, wenn Pflege- und Erziehungsdienst Handlungen unterbrechen will. Zum Teil Zwangshandlungen auf Zimmer verlegt mit Pulli an- und ausziehen. Patientin lehnt Medikation bisher ab. Blockierte vor Aufnahme stundenlang das Familien-Bad, in dem überdies „Merkzettel“ auf der Waschmaschine in bestimmter Ordnung für die Patientin von ihr ausgelegt sind, damit bekämpft sie ihre Angst etwas zu vergessen	Haut der Hände durch gehäuftes Waschen gerötet und rissig, jedoch keine Superinfektion. Außer mehrmals täglichem Eincremen keine medizinische Behandlung diesbezüglich notwendig. Patientin kooperiert beim Eincremen	Eltern beide Lehrer, pädagogisch einfühlsam. Keine Geschwister. Patientin besucht die Schule (5.Klasse Gymnasium) aufgrund der Zwänge aktuell nicht mehr, vermeidet dadurch auch die dort befürchtete Kontamination. Die guten Leistungen lassen jedoch genügend Spielraum ohne dass die Versetzung gefährdet ist

<p>Mädchen, 14 Jahre</p>	<p>Beginnende Persönlichkeits-störung vom emotional instabilen Typ und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten; in Vorgeschichte mehrmals Suiziddrohungen, und -versuche (einmal 4mg Paracetamol; einmal Versuch der Strangulation mit Handtuch an Heizkörper bei letztem Aufenthalt vor 2 Monaten). Aufnahmegrund waren Suizidgedanken, die andauernd vorhanden sind und nur minimal über den Tag und die Woche in ihrer Intensität fluktuieren. Patientin gibt Handlungsdruck bzgl. Suizidalität an und kann nicht versprechen, sich bei Suizidgedanken zu melden. Wechselhafte Stimmung, Freiwilligkeit der Behandlung ebenfalls wechselnd, aber noch gegeben</p>	<p>Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten täglich, aber oberflächlich; Wundversorgung durch Desinfektion ausreichend</p>	<p>Lebt in therapeutischer Wohngruppe</p>
<p>Junge, 15 Jahre</p>	<p>Manische Symptomatik seit 3 Wochen. Patient hat stark gesteigertes Selbstwertgefühl, Größenwahn, Denken stark beschleunigt und phasenweise zerfahren; Antrieb gesteigert, Patient läuft den ganzen Tag umher, kommt nicht zur Ruhe, ist logorrhöisch; er ist unkritisch und hat daher kein Gefahrenbewusstsein, ausgeprägte Schlafstörung mit mehrfach hintereinander durchwachten Nächten; erhöhte Libido, spricht Mädchen an und betatscht sie auch. Sehr hohes externes Monitoring bis hin zu Einzelbetreuung ist notwendig; Stimmung gesteigert, zum Teil sehr fröhlich, zum Teil stark gereizt bis aggressiv mit unvorhersehbarem Wechsel</p>	<p>Bisher trotz gesteigerten Essensdrangs keine Gewichtszunahme während der Krankheitsepisode</p>	<p>Gymnasiumsbesuch 10. Klasse mit sehr guten Leistungen. Seit 3 Wochen krankheitsbedingt kein Schulbesuch mehr möglich. Lebt bei seiner Mutter gemeinsam mit dem 18-jährigen Bruder, Eltern geschieden, regelmäßiger Kontakt zum Vater. Die Eltern ziehen bezüglich der Kinder an einem Strang</p>

Fall 1: Junge, 7 Jahre. Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters. Seit Kindergartenalter in sozialer Gruppe sehr ängstlich-zurückhaltend, sozial zurückgezogen, spielt nur wenig in Gruppen mit. Spricht nur wenig mit Erzieherinnen, lässt sich auf diese kaum ein. Kaum Verbesserung der Symptomatik über die Jahre trotz ambulanter Psychotherapie und Heilpädagogik. Starke Ängste vor der anstehenden Einschulung; Patient Benötigt altersbedingt enge Begleitung und Haltgebung in Situationen wie Zubettgehen, nächtliches Aufwachen, Gestaltung von Freizeit. Lebt mit Eltern und




2 Geschwistern, Mittelschichtfamilie ohne psychosoziale Belastungen. Mutter war in Kindheit ebenfalls ängstlich, jetzt leichte Ängstlichkeit ohne Krankheitswert. Eltern befürchten Misslingen der Einschulung aufgrund des bisherigen Verlaufs. Hilfen durch das Jugendamt sind bereits angebahnt.

Fall 2: Mädchen, 10 Jahre. Zwangsstörung mit stundenlangen Waschwängen und Toilettenzwängen und Behinderung nahezu aller Abläufe ihres Alltags auf Station. Wird aggressiv, wenn Pflege- und Erziehungsdienst Handlungen unterbrechen will. Zum Teil Zwangshandlungen auf Zimmer verlegt mit Pulli an- und ausziehen. Patientin lehnt Medikation bisher ab. Blockierte vor Aufnahme stundenlang das Familien-Bad, in dem überdies „Merkzettel“ auf der Waschmaschine in bestimmter Ordnung für die Patientin von ihr ausgelegt sind, damit bekämpft sie ihre Angst etwas zu vergessen. Haut der Hände durch gehäuftes Waschen gerötet und rissig, jedoch keine Superinfektion Außer mehrmals täglichem Eincremen keine medizinische Behandlung diesbezüglich notwendig. Patientin kooperiert beim Eincremen. Eltern beide Lehrer, pädagogisch einfühlsam. Keine Geschwister. Patientin besucht die Schule (5.Klasse Gymnasium) aufgrund der Zwänge aktuell nicht mehr, vermeidet dadurch auch die dort befürchtete Kontamination. Die guten Leistungen lassen jedoch genügend Spielraum ohne dass die Versetzung gefährdet ist.

Fall 3: Mädchen, 14 Jahre. Beginnende Persönlichkeits-störung vom emotional instabilen Typ und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten; in Vorgeschichte mehrmals Suiziddrohungen, und -versuche (einmal 4mg Paracetamol; einmal Versuch der Strangulation mit Handtuch an Heizkörper bei letztem Aufenthalt vor 2 Monaten). Aufnahmegrund waren Suizidgedanken, die andauernd vorhanden sind und nur minimal über den Tag und die Woche in ihrer Intensität fluktuieren. Patientin gibt Handlungsdruck bzgl. Suizidalität an und kann nicht versprechen, sich bei Suizidgedanken zu melden. Wechselhafte Stimmung, Freiwilligkeit der Behandlung ebenfalls wechselnd, aber noch gegeben. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten täglich, aber oberflächlich; Wundversorgung durch Desinfektion ausreichend. Lebt in therapeutischer Wohngruppe.

Fall 4: Junge, 15 Jahre. Manische Symptomatik seit 3 Wochen. Patient hat stark gesteigertes Selbstwertgefühl, Größenwahn, Denken stark beschleunigt und phasenweise zerfahren; Antrieb gesteigert, Patient läuft den ganzen Tag umher, kommt nicht zur Ruhe, ist logorrhöisch; er ist unkritisch und hat daher kein Gefahrenbewusstsein, ausgeprägte Schlafstörung mit mehrfach hintereinander durchwachten Nächten; erhöhte Libido, spricht Mädchen an und betastet sie auch. Sehr hohes externes Monitoring bis hin zu Einzelbetreuung ist notwendig; Stimmung gesteigert, zum Teil sehr fröhlich, zum Teil stark gereizt bis aggressiv mit unvorhersehbarem Wechsel. Bisher trotz gesteigerten Essensdrangs keine Gewichtszunahme während der Krankheitsperiode. Gymnasiumbesuch 10. Klasse mit sehr guten Leistungen. Seit 3 Wochen krankheitsbedingt kein Schulbesuch mehr möglich. Lebt bei seiner Mutter gemeinsam mit dem 18-jährigen Bruder, Eltern geschieden, regelmäßiger Kontakt zum Vater. Die Eltern ziehen bezüglich der Kinder an einem Strang.

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

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2	Som 2 	Soz 2 
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1 	Som 1	Soz 1
Mädchen, 11 Jahre	Emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Ängstlichkeit. Zunehmender sozialer Rückzug	Aufgrund eines kindlichen Rheumas (seit Alter 5 Jahre), welches progredient und medikamentös nur schwer beherrschbar ist, ist das Gehen wegen Kontrakturen und Schmerzen nicht mehr möglich. Seit 1 Jahr Rollstuhlpflicht	Schwerbehinderung ist anerkannt, Schule jedoch nicht behinderteneeignet. Eltern sind stark auf Behinderung fixiert und „schützen“ Mädchen vor möglichen altersgleichen Kontakten; Jugendhilfe wird aus Angst vor möglichen Interventionen des Jugendamts („Mischen sich in Familie ein“) abgelehnt
Mädchen, 14 Jahre	Somatoforme Störung und depressive Symptomatik ohne Suizidalität; gelegentlich oberflächliches Ritzen der Unterarme; leichter sozialer Rückzug	Diabetes mellitus Typ 1, schlecht einstellbar, geringe Compliance der Patientin bezüglich Diät und Blutzucker-Messungen	Eltern hochstrittig getrennt, leben aber noch im gemeinsamen Haus, häufige fruchtlose Auseinandersetzungen, zum Teil mit Handgreiflichkeiten. Patientin steht im Loyalitätskonflikt zwischen den Eltern. Eltern sehen die Bedarfe der Tochter nicht mehr, Kinderschutzfrage muss geklärt werden. Krankheitsbedingt Schulvermeidung und vermehrt Schulfehltag

<p>Junge, 16 Jahre</p>	<p>Asperger Syndrom, Verhalten zwanghaft-rigide; störungstypische Veränderungsresistenz ohne aggressive Reaktionen, vielmehr soziale Abwendung und Vermeidung. Leidensdruck vorhanden, hätte gerne Freunde, lässt sich mit üblichen therapeutischen Interventionen sozial integrieren. Essverhalten stark ritualisiert mit einseitiger Ernährung und reduzierter Nahrungsmenge</p>	<p>Chronisches Untergewicht (BMI 10. Perc.) und Eisenmangelanämie; in den Wochen vor Aufnahme zunehmende Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Seine Körperpflege ist stark vernachlässigt (lange ungewaschene Haare, wechselt nur selten die Wäsche, starker Schweißgeruch, sanierungs-bedürftiger Zahnstatus) Hat behandlungsbedürftigen Fuß- und Nagelpilz. Benötigt Kontrolle der Körperpflege. Ein- und Ausfuhrkontrolle und Nahrungsprotokoll erforderlich</p>	<p>Seit sechs Monaten besteht eine komplette Schulvermeidung. Lebt bei alleinerziehender Mutter, die Hartz IV- Empfängerin ist und eine chronifizierte Angststörung hat, durch die sie sozial stark eingeschränkt ist, der sozialpsychiatrische Dienst ist involviert. Der Sohn ist ihre Hauptbezugsperson, die Mutter hat bzgl. Des Sohnes ausgeprägte Verlustängste. Zusammenarbeit mit dem Jugendamt hat die Mutter bisher abgelehnt</p>
------------------------	--	---	---




Fall 1: Mädchen, 11 Jahre. Emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Ängstlichkeit. Zunehmender sozialer Rückzug; aufgrund eines kindlichen Rheumas (seit Alter 5 Jahre), welches progredient und medikamentös nur schwer beherrschbar ist, ist das Gehen wegen Kontrakturen und Schmerzen nicht mehr möglich. Seit 1 Jahr Rollstuhlpflicht. Schwerbehinderung ist anerkannt, Schule jedoch nicht behinderteneignet. Eltern sind stark auf Behinderung fixiert und „schützen“ Mädchen vor möglichen altersgleichen Kontakten; Jugendhilfe wird aus Angst vor möglichen Interventionen des Jugendamts („Mischen sich in Familie ein“) abgelehnt.

Fall 2: Mädchen, 14 Jahre. Somatoforme Störung und depressive Symptomatik ohne Suizidalität; gelegentlich oberflächliches Ritzen der Unterarme; leichter sozialer Rückzug. Diabetes mellitus Typ 1, schlecht einstellbar, geringe Compliance der Patientin bezüglich Diät und Blutzucker-Messungen. Eltern hochstrittig getrennt, leben aber noch im gemeinsamen Haus, häufige fruchtlose Auseinandersetzungen, zum Teil mit Hand greiflichkeiten. Patientin steht im Loyalitätskonflikt zwischen den Eltern. Eltern sehen die Bedarfe der Tochter nicht mehr, Kinderschutzfrage muss geklärt werden. Krankheitsbedingt Schulvermeidung und vermehrt Schulfehltag.

Fall 3: Junge, 16 Jahre. Asperger-Syndrom, Verhalten zwanghaft-rigide; störungstypische Veränderungsresistenz ohne aggressive Reaktionen, vielmehr soziale Abwendung und Vermeidung. Leidensdruck vorhanden, hätte gerne Freunde, lässt sich mit üblichen therapeutischen Interventionen sozial integrieren. Essverhalten stark ritualisiert mit einseitiger Ernährung und reduzierter Nahrungsmenge. Chronisches Untergewicht (BMI 10. Perc.) und Eisenmangelanämie; in den Wochen vor Aufnahme zunehmende Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Seine Körperpflege ist stark vernachlässigt (lange ungewaschene Haare, wechselt nur selten die Wäsche, starker Schweißgeruch, sanierungs-bedürftiger Zahnstatus). Hat behandlungsbedürftigen Fuß- und Nagelpilz. Benötigt Kontrolle der Körperpflege. Ein- und Ausfuhrkontrolle und Nahrungsprotokoll erforderlich. Seit sechs Monaten besteht eine komplette Schulvermeidung. Lebt bei alleinerziehender Mutter, die Hartz IV- Empfängerin ist und eine chronifizierte Angststörung hat, durch

die sie sozial stark eingeschränkt ist, der sozialpsychiatrische Dienst ist involviert. Der Sohn ist ihre Hauptbezugsperson, die Mutter hat bzgl. Des Sohnes ausgeprägte Verlustängste. Zusammenarbeit mit dem Jugendamt hat die Mutter bisher abgelehnt.

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 
Junge, 3;6 Jahre	Globale Entwicklungsstörung mit V.a. frühkindlichen Autismus, bisher bis auf Lautieren keine Sprachentwicklung, motorisch starke Unruhe, stereotype Verhaltensweisen, keine soziale Kontaktaufnahme. Im Kindergarten überreizt-aggressives Verhalten und Schreien	Patient ist noch nicht sauber oder trocken, gehäuftes stereotypes Kotschmierern. Trägt Windel, muss bis 5x/Tag gewickelt werden, verweigert Toilettentraining. Weder Essen noch Trinken selbstständig möglich	Seit 6 Monaten Kindergartenbesuch in Integrations-KiTa mit erhöhtem Betreuungsschlüssel. Eltern sind überlastet, Mutter hatte depressive Phase vor 1 Jahr, nach Medikation und ambulanten psychotherapeutischer Behandlung selbst stabil und symptomfrei. Sozialarbeiterische Planung ist erfolgt, eine Sozialpädagogische Familienhilfe ist aktuell von Jugendamt bewilligt worden
Junge, 9 Jahre	Ausgeprägte hyperaktiv-impulsive Symptomatik. Medikation ist erfolgt und trotz mehrfacher Umstellung bisher erfolglos. Entwicklungsstörung motorischer Funktionen mit fein- und grobmotorischer Koordinationsstörung. Sehr häufige verbale und körperliche aggressive Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen, oppositionell-verweigerndes Verhalten gegenüber Erwachsenen. Mehrfach gezündelt, einmalig auf Station Papierkorb angezündet aus Impuls heraus	Kardialer Befund einer ERBST, was psychopharmakologische Medikation kompliziert. Floride Neurodermitis. Allergisches und Belastungs-Asthma, medikamentös schwer einstellbar da schnell QTc-Verlängerung auftritt. Gehäuftes Stürzen und Unfälle, auch auf Station mit traumatologischer Versorgung. Bedarf regelmäßiger Psychomotorik	Schule nur in Begleitung möglich, Umschulung auf Schule für Körperbehinderte ist erfolgt. Hat nur wenige Freunde. Geregelt familiäre Verhältnisse; Eltern pädagogisch durch Verhalten ihres Sohnes überfordert, daher ambulante Erziehungshilfe über Jugendhilfe installiert

Mädchen, 13 Jahre	Anorexia nervosa mit BMI 12. Altersperzentile, Amenorrhoe, Obstipation, erhöhter Bewegungsdrang, heimliches exzessives Wassertrinken. Keinerlei Krankheitseinsicht, will weitere Gewichtsabnahme, was durch Daueraktivität auf Station auch erfolgt ist, Gewichtskurve stagnierend bzw. undulierend. Benötigt 1:1 Betreuung beim Essen, sowie engmaschige Überwachung des Bewegungsverhaltens	Dekubitus-Stellen auf den Sitzhöckern, regelmäßiges Wundmanagement erforderlich; relevanter Perikarderguss kardiologisch kontrollbedürftig. Benötigt 1:1 Betreuung bei Körperpflege, sofern sie diese zulässt	Entstammt einer leistungsorientierten, formal heilen Familie mit sehr kooperativer, aber mit dem Leben unzufriedenen und überprotektiver Mutter
Mädchen, 15 Jahre	Anorexia nervosa purging type mit Erbrechen und Laxantienabusus, BMI 13, mehrere ambulante Therapien bisher erfolglos, Gewicht weiter abfallend. Deutliche Körperschemastörung. Verweigert zum Teil Essensplan, zeigt dauernde zwanghafte sportliche Betätigung und Bewegung. Aggressive Durchbrüche gegenüber 1:1 Betreuung (rammt ihr Bleistift in die Hand). Will nicht Gewicht zunehmen. Dennoch freiwilliger Aufenthalt, weil sie sagt, ihre Eltern wünschen Behandlung, dann möchte sie auch	Diabetes mellitus Typ1, Patientin manipuliert mit Insulin zur Gewichtsabnahme, benötigt intensive Beaufsichtigung beim Insulinmanagement	Eltern sind bezüglich der Symptomatik ihrer Tochter sehr unsicher und ängstlich

Fall 1: Junge, 3;6 Jahre. Globale Entwicklungsstörung mit V.a. frühkindlichen Autismus, bisher bis auf Lautieren keine Sprachentwicklung, motorisch starke Unruhe, stereotype Verhaltensweisen, keine soziale Kontaktaufnahme. Im Kindergarten überreizt-aggressives Verhalten und Schreien. Patient ist noch nicht sauber oder trocken, gehäuftes stereotypes Kotschmierern. Trägt Windel, muss bis 5x/Tag gewickelt werden, verweigert Toilettentraining. Weder Essen noch Trinken selbstständig möglich. Seit 6 Monaten Kindergartenbesuch in Integrations-KiTa mit erhöhtem Betreuungsschlüssel. Eltern sind überlastet, Mutter hatte depressive Phase vor 1 Jahr, nach Medikation und ambulanter psychotherapeutischer Behandlung selbst stabil und symptomfrei. Sozialarbeiterische Planung ist erfolgt, eine Sozialpädagogische Familienhilfe ist aktuell von Jugendamt bewilligt worden.




Fall 2: Junge, 9 Jahre. Ausgeprägte hyperaktiv-impulsive Symptomatik. Medikation ist erfolgt und trotz mehrfacher Umstellung bisher erfolglos.

Entwicklungsstörung motorischer Funktionen mit fein- und grobmotorischer Koordinationsstörung. Sehr häufige verbale und körperliche aggressive Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen, oppositionell-verweigerndes Verhalten gegenüber Erwachsenen. Mehrfach gezündelt, einmalig auf Station Papierkorb angezündet aus Impuls heraus. Kardialer Befund einer ERBST, was psychopharmakologische Medikation kompliziert. Floride Neurodermitis. Allergisches und Belastungs-Asthma, medikamentös schwer einstellbar da schnell QTc-Verlängerung auftritt. Gehäuftes Stürzen und Unfälle, auch auf Station mit traumatologischer Versorgung. Bedarf regelmäßiger Psychomotorik. Schule nur in Begleitung möglich, Umschulung auf Schule für Körperbehinderte ist erfolgt. Hat nur wenige Freunde. Geregelt familiäre Verhältnisse; Eltern pädagogisch durch Verhalten ihres Sohnes überfordert, daher ambulante Erziehungshilfe über Jugendhilfe installiert.

Fall 3: Mädchen, 13 Jahre. Anorexia nervosa mit BMI 12. Altersperzentile, Amenorrhoe, Obstipation, erhöhter Bewegungsdrang, heimliches exzessives Wassertrinken. Keinerlei Krankheitseinsicht, will weitere Gewichtsabnahme, was durch Daueraktivität auf Station auch erfolgt ist, Gewichtskurve stagnierend bzw. undulierend. Benötigt 1:1 Betreuung beim Essen, sowie engmaschige Überwachung des Bewegungsverhaltens. Dekubitus-Stellen auf den Sitzhöckern, regelmäßiges Wundmanagement erforderlich; relevanter Perikarderguss kardiologisch kontrollbedürftig. Benötigt 1:1 Betreuung bei Körperpflege, sofern sie diese zulässt. Entammt einer leistungsorientierten, formal heilen Familie mit sehr kooperativer, aber mit dem Leben unzufriedenen und überprotektiver Mutter.

Fall 4: Mädchen, 15 Jahre. Anorexia nervosa purging type mit Erbrechen und Laxantienabusus, BMI 13, mehrere ambulante Therapien bisher erfolglos, Gewicht weiter abfallend. Deutliche Körperschemastörung. Verweigert zum Teil Essensplan, zeigt dauernde zwanghafte sportliche Betätigung und Bewegung. Aggressive Durchbrüche gegenüber 1:1 Betreuung (rammt ihr Bleistift in die Hand). Will nicht Gewicht zunehmen. Dennoch freiwilliger Aufenthalt, weil sie sagt, ihre Eltern wünschen Behandlung, dann möchte sie auch. Diabetes mellitus Typ1, Patientin manipuliert mit Insulin zur Gewichtsabnahme, benötigt intensive Beaufsichtigung beim Insulinmanagement. Eltern sind bezüglich der Symptomatik ihrer Tochter sehr unsicher und ängstlich

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

Erhöhter Behandlungsbedarf	Psy 2 	Som 2	Soz 2 
Regelbedarf der Behandlung	Psy 1	Som 1 	Soz 1
<p>Junge, 6;6 Jahre</p>	<p>Trotzig-oppositionelle Sozialverhaltensstörung; er hört nicht auf Mutter, kommandiert sie und schlägt und tritt sie gelegentlich, im Kindergarten dominant und verbal aggressiv gegenüber Gleichaltrigen. PIA-Behandlung über 1,5 Jahre erfolglos. Auf Station bei klarer Strukturvorgabe steuerbar. Jedoch hoher Betreuungsaufwand durch Hilfestellung beim An- und Auskleiden und der Körperpflege, Anleitung und Vorgaben bei der Tagesstrukturierung, enge Begleitung und Haltgebung in Situationen wie Zubettgehen, nächtliches Aufwachen, Gestaltung von Freizeit</p>	<p>Gelegentlich nächtliches Einnässen (1x/2 Wochen)</p>	<p>Lebt bei Mutter und Großmutter, Vater unbekannt. Mutter leidet an unsicher-vermeidender Persönlichkeitsstörung und rezidivierender Depression (derzeit sich verschlechternd), ist nur unregelmäßig in Behandlung. Sie ist äußerst erziehungsschwach, wird von eigener Mutter meist entwertet. Mutter ist erzieherisch gewährend, parentifiziert ihren Sohn. Ambulante Familienhilfe wurde von Mutter aufgrund Beeinflussung durch Großmutter bisher abgelehnt. In Kindergarten pädagogisch gerade noch steuerbar; von Einschulung vor 6 Monaten zurückgestellt wegen sozialer Unreife, seither keine Nachreifung</p>

<p>Junge, 11 Jahre</p>	<p>Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung. Hyperaktivität, erhöhte Impulsivität mit lautem Schimpfen und Beleidigen, verbales Bedrohen von Mitschülern, Verweigerungsverhalten in Schule und Familie. Intelligenzalter entspricht maximal einem 7-Jährigen. Besucht die Schule für Geistig Behinderte. Kann seinen Namen schreiben, ebenso geübte einzelne Wort, kann einfache und dysgrammatische 2-Wort-Sätze schreiben. Erkennt Mengen bis 5, addiert sicher bis 10, Subtrahieren nicht möglich</p>	<p>Benötigt Begleitung und Unterstützung bei der Körperpflege, beim Ankleiden, bei der Tagesstrukturierung und Handlungsplanung und bei der Selbstregulation. Sauberkeitsentwicklung ist abgeschlossen. Es liegen keine somatischen Erkrankungen vor</p>	<p>Ist seit 3 Monaten aufgrund der Verweigerung und dem lauten Schreien und Schimpfen nicht mehr beschulbar. Eltern (Vater LkW-Fahrer, nur am Wochenende zu Hause, Mutter Hausfrau, Förderschulabschluss) mit der Erziehung und mit der Alltagsstrukturierung überfordert. Wohnung ist in desolatem Zustand. 8-jähriger Bruder besucht Förderschule, 5-jähriger Bruder einen heilpädagogischen Kindergarten aufgrund globaler Entwicklungsverzögerung. Bisher ist keine Jugendhilfemaßnahme installiert, Eltern sehen trotz Empfehlung durch die Schule, dazu keinen Bedarf</p>
<p>Mädchen, 13 Jahre</p>	<p>Bindungsstörung mit Enthemmung. Wahlloses Bindungsverhalten; auf Station gegenüber Mitpatienten und Mitarbeitern distanzgemindert und sexualisiert. Kein Gefahrenbewusstsein; häufige und unvermittelte Erregungszustände mit häufigem fremdaggressiven und gelegentlich autoaggressivem Verhalten; Patientin daher unberechenbar, so dass ständige Aufsicht erforderlich. Aktuell starkes fremdaggressives Verhalten (hat Polizist geschlagen und Mitpatientin gewürgt), nachdem die Polizei das Mädchen nachts am Bahnhof aufgegriffen hat. Unterbringung nach 1631b BGB in der KJPP im geschlossenen Klinikbereich nicht nur zur Krisen-behandlung sondern auch zur Ermöglichung einer Regelbehandlung, ohne dass die hoch ambivalente Kontaktaufnahme durch Weglaufen unterbrochen oder verhindert wird</p>	<p>Pflegezustand leicht vernachlässigt, sonst keine körperlichen Beeinträchtigungen</p>	<p>Bei intelligenzgeminderter Mutter bis Alter 2 Jahre aufgewachsen, dort körperlich und seelisch stark vernachlässigt, seither außerhäusliche Unterbringung mit häufigen Einrichtungs-wechseln aufgrund Problemverhalten. Promiskuität mit z.T. Beziehungen mit erwachsenen Männern. Wohnen in Inobhutnahmestelle, keine Beschulbarkeit, häufiges Entweichen. Offene Jugendhilfeangebote sind bis hin zur intensivtherapeutischen Wohnmaßnahme ausgeschöpft</p>

<p>Mädchen, 15 Jahre</p>	<p>Posttraumatische Belastungsstörung seit mehreren Jahren bei Z.n. sexuellem Missbrauch i.A.v. 8 Jahren. Seit 6 Monaten täglich mehrfach Flashbacks mit panikhaften Angstzuständen und Bewegungslosigkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit, ausgeprägte Schlafstörung (2-3h Schlaf pro Nacht) mit Angst vorm Einschlafen aufgrund frequenter Alpträume (wacht schreiend und weinend auf). Stimmung stark herabgesetzt, häufige Weinanfälle, Gefühl der Sinnlosigkeit, vermehrt Lebensunlust und drängende Suizidgedanken, starker sozialer Rückzug, hält sich fast nur noch in ihrem Zimmer auf. Absprachefähigkeit ist nur unter engmaschiger therapeutischer Begleitung und intensiver Betreuung möglich. Mehrere ambulante Therapieversuche sind gescheitert</p>		<p>Seit 4 Monaten kein Schulbesuch mehr. Patientin ist im familiären Kontext stark eingebunden und belastet. Lebt gemeinsam mit alleinerziehender und arbeitsloser Mutter, älterer Schwester und erwachsenem Bruder. Dieser hat einen frühkindlichen Autismus und eine Intelligenzminderung, er ist regelmäßig körperlich aggressiv, wird von der Familie zu Hause im Bett mehrfach wöchentlich fixiert, um die Situation zu beherrschen. Ein Heimplatz für den Bruder ist nicht in Sicht. Kontakt zum Jugendamt wird von Seiten der Mutter vermieden, um die unterstützende Tochter nicht zu verlieren</p>
--------------------------	--	--	---

Fall 1: Junge, 6;6 Jahre. Trotzig-oppositionelle Sozialverhaltensstörung; er hört nicht auf Mutter, kommandiert sie und schlägt und tritt sie gelegentlich, im Kindergarten dominant und verbal aggressiv gegenüber Gleichaltrigen. PIA-Behandlung über 1,5 Jahre erfolglos. Auf Station bei klarer Strukturvorgabe steuerbar. Jedoch hoher Betreuungsaufwand durch Hilfestellung beim An- und Auskleiden und der Körperpflege, Anleitung und Vorgaben bei der Tagesstrukturierung, enge Begleitung und Haltgebung in Situationen wie Zubettgehen, nächtliches Aufwachen, Gestaltung von Freizeit. Gelegentlich nächtliches Einnässen (1x/2 Wochen). Lebt bei Mutter und Großmutter, Vater unbekannt. Mutter leidet an unsicher-vermeidender Persönlichkeitsstörung und rezidivierender Depression (derzeit sich verschlechternd), ist nur unregelmäßig in Behandlung. Sie ist äußerst erziehungsschwach, wird von eigener Mutter meist entwertet. Mutter ist erzieherisch gewährend, parentifiziert ihren Sohn. Ambulante Familienhilfe wurde von Mutter aufgrund Beeinflussung durch Großmutter bisher abgelehnt. In Kindergarten pädagogisch gerade noch steuerbar; von Einschulung vor 6 Monaten zurückgestellt wegen sozialer Unreife, seither keine Nachreifung.




Fall 2: Junge, 11 Jahre. Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung. Hyperaktivität, erhöhte Impulsivität mit lautem Schimpfen und Beleidigen, verbales Bedrohen von Mitschülern, Verweigerungsverhalten in Schule und Familie. Intelligenzalter entspricht maximal einem 7-Jährigen. Besucht die Schule für Geistig Behinderte. Kann seinen Namen schreiben, ebenso geübte einzelne Wort, kann einfache und dysgrammatische 2-Wort-Sätze schreiben. Erkennt Mengen bis 5, addiert sicher bis 10, Subtrahieren nicht möglich. Benötigt Begleitung und Unterstützung bei der

Körperpflege, beim Ankleiden, bei der Tagesstrukturierung und Handlungsplanung und bei der Selbstregulation. Sauberkeitsentwicklung ist abgeschlossen. Es liegen keine somatischen Erkrankungen vor. Ist seit 3 Monaten aufgrund der Verweigerung und dem lauten Schreien und Schimpfen nicht mehr beschulbar. Eltern (Vater LKW-Fahrer, nur am Wochenende zu Hause, Mutter Hausfrau, Förderschulabschluss) mit der Erziehung und mit der Alltagsstrukturierung überfordert. Wohnung ist in desolatem Zustand. 8-jähriger Bruder besucht Förderschule, 5-jähriger Bruder einen heilpädagogischen Kindergarten aufgrund globaler Entwicklungsverzögerung. Bisher ist keine Jugendhilfemaßnahme installiert, Eltern sehen trotz Empfehlung durch die Schule, dazu keinen Bedarf.

Fall 3: Mädchen, 13 Jahre. Bindungsstörung mit Enthemmung. Wahlloses Bindungsverhalten; auf Station gegenüber Mitpatienten und Mitarbeitern distanzgemindert und sexualisiert. Kein Gefahrenbewusstsein; häufige und unvermittelte Erregungszustände mit häufigem fremdaggressivem und gelegentlich autoaggressivem Verhalten; Patientin daher unberechenbar, so dass ständige Aufsicht erforderlich. Aktuell starkes fremdaggressives Verhalten (hat Polizist geschlagen und Mitpatientin gewürgt), nachdem die Polizei das Mädchen nachts am Bahnhof aufgegriffen hat. Unterbringung nach 1631b BGB in der KJPP im geschlossenen Klinikbereich nicht nur zur Krisenbehandlung, sondern auch zur Ermöglichung einer Regelbehandlung, ohne dass die hoch ambivalente Kontaktaufnahme durch Weglaufen unterbrochen oder verhindert wird. Pflegezustand leicht vernachlässigt, sonst keine körperlichen Beeinträchtigungen. Bei intelligenzgeminderter Mutter bis Alter 2 Jahre aufgewachsen, dort körperlich und seelisch stark vernachlässigt, seither außerhäusliche Unterbringung mit häufigen Einrichtungs-wechseln aufgrund Problem-verhalten. Promiskuität mit z.T. Beziehungen mit erwachsenen Männern. Wohnen in Inobhutnahmestelle, keine Beschulbarkeit, häufiges Entweichen. Offene Jugendhilfeangebote sind bis hin zur intensivtherapeutischen Wohnmaßnahme ausgeschöpft.

Fall 4: Mädchen, 15 Jahre. Posttraumatische Belastungsstörung seit mehreren Jahren bei Z.n. sexuellem Missbrauch i.A.v. 8 Jahren. Seit 6 Monaten täglich mehrfach Flashbacks mit panikhaften Angstzuständen und Bewegungslosigkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit, ausgeprägte Schlafstörung (2-3h Schlaf pro Nacht) mit Angst vorm Einschlafen aufgrund frequenter Alpträume (wacht schreiend und weinend auf). Stimmung stark herabgesetzt, häufige Weinanfälle, Gefühl der Sinnlosigkeit, vermehrt Lebensunlust und drängende Suizidgedanken, starker sozialer Rückzug, hält sich fast nur noch in ihrem Zimmer auf. Absprachefähigkeit ist nur unter engmaschiger therapeutischer Begleitung und intensiver Betreuung möglich. Mehrere ambulante Therapieversuche sind gescheitert. Seit 4 Monaten kein Schulbesuch mehr. Patientin ist im familiären Kontext stark eingebunden und belastet. Lebt gemeinsam mit alleinerziehender und arbeitsloser Mutter, älterer Schwester und erwachsenem Bruder. Dieser hat einen frühkindlichen Autismus und eine Intelligenzminderung, er ist regelmäßig körperlich aggressiv, wird von der Familie zu Hause im Bett mehrfach wöchentlich fixiert, um die Situation zu beherrschen. Ein Heimplatz für den Bruder ist nicht in Sicht. Kontakt zum Jugendamt wird von Seiten der Mutter vermieden, um die unterstützende Tochter nicht zu verlieren.

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
Mädchen, 5;0 Jahre	Verhalten hyperkinetisch mit deutlicher motorischer Unruhe, fehlendem Gefahrenbewusstsein, sehr geringer Konzentrationsspanne, erhöhter Impulsivität. Fühlt sich ständig benachteiligt, weint schnell und laut und fordert viel Aufmerksamkeit. Benötigt über weite Teile des Tages enge Begleitung durch erwachsene Bezugsperson, ansonsten ständig Streit mit anderen Kindern bis hin zu Handgreiflichkeiten	Pflegezustand schlecht, Mädchen riecht bei Aufnahme ungewaschen, Kleidung ist schmutzig und verraucht. Haut mit Scabies befallen, multiple Kratzeffekt an beiden Handrücken und Unterarmen, z.T. superfiziert. Zudem besteht floride Neurodermitis, bisher unbehandelt. Trägt nachts noch Windel, teilweise auch tagsüber aufgrund Einkotens, Sauberkeitserziehung noch nicht abgeschlossen	Kommt aus vernachlässigenden psychosozialen Verhältnissen. Eltern leben zusammen, jedoch gehäuft fruchtlose Auseinandersetzungen, Vater schlägt die Mutter bei vermehrtem Alkoholkonsum; diese war bereits mit den Kindern (Bruder, 2 Jahre) mehrfach im Frauenhaus, ist aber immer wieder zu ihrem Mann zurückgekehrt. Vater arbeitslos, Familie lebt von Hartz IV. Patientin besucht fast nie den Kindergarten. Ambulante Erziehungshilfe ist installiert, Familie arbeitet nur sehr schleppend und auf Druck des Jugendamtes mit
Mädchen, 13 Jahre	Erstmanifestation einer Schizophrenie mit Halluzinationen, wahnhaftem Erleben mit konsekutiven Ängsten, Misstrauen, Erregungszuständen. Das Gesamtverhalten ist desorganisiert, fehlende Selbstfürsorge und Fähigkeit zur Alltagsstrukturierung, starker sozialer Rückzug seit 2 Wochen. nur im Zimmer bzw. an der Stationstür, weil sie immer wieder gehen will, ist aber freiwillig auf Station, weil ihre Mutter sie bittet	Schlafstörungen mit Hyposomnie, Trinken und Essen eingeschränkt, Gewichtsverlust von 3kg in 2 Wochen. Einfuhrplan erforderlich, ebenso engmaschiges Begleiten des Essens und Trinkens. Blutentnahme verweigert, auch somatische differentialdiagnostische Untersuchungen und Sicherheitsuntersuchungen zur Medikation nur mit hohem Aufwand und Betreuung möglich	Lebt mit Familie seit 2 Jahren in Deutschland, Asylverfahren läuft, Bleibestatus unsicher. Eltern sprechen kaum Deutsch, Familiengespräche nur mit Dolmetscher möglich. Mutter ist traumatisiert und depressiv

<p>Junge, 15 Jahre</p>	<p>Psychotische Episode mit ausgeprägter halluzinatorisch-desorientierter und Symptomatik, ebenso ausgeprägte Angst; benötigt ständige Betreuung</p>	<p>Multiple Organmissbildungen, Z.n. mehrfachen Herz-Operationen; hat regelmäßig tachykarde Krisen mit ärztlich-pflegerischem Interventionsbedarf. Deutliche Beeinträchtigung der körperlichen Belastbarkeit; Pflegeaufwand deutlich erhöht</p>	<p>Eltern sind beide alkoholabhängig und kaum in der Lage das Kind zu besuchen, getrennt lebend. Patient lebt bis heute bei der teils fassadär fürsorglichen und mit dem Jugendamt und allen Therapeuten vordergründig kooperierenden Mutter, dennoch sollte aufgrund der Gefährdung durch den erhöhten somatischer Pflegebedarf nach Abklingen der akuten Symptomatik eine Fremdunterbringung angebahnt werden</p>
<p>Junge, 16 Jahre</p>	<p>Abhängigkeit von MDMA, Cannabinoiden und Alkohol. Entzugssymptomatik mit starkem Craving und körperlichen Entzugerscheinungen, aber generell Ablehnung von medikamentöser Unterstützung. Sehr wechselhafte Motivation mit Abbruchstendenzen</p>	<p>Wegen Trebegang und unregel-mäßigem Essen untergewichtig (BMI 15); Scabiesinfektion der Haut; HIV-Test von ihm bisher abgelehnt. Zahnstatus ruinös mit Schmerzen</p>	<p>Zumeist im Obdachlosenmilieu unterwegs, besucht Herkunftsfamilie nur noch alle paar Tage zum Essen und Duschen. Wahrscheinliche Erfahrungen auf dem Jungenstrich. Etliche Strafanzeigen wegen Diebstahl, Dealen, Drogenbesitz, Bedrohung, Widerstand gegen Polizeibeamte, Schwarzfahren. Kein Schulbesuch seit 1,5 Jahren, bis dahin Hauptschule ohne Abschluss bei früherer Sekundarschulempfehlung und bereits zwischenzeitlichem Abstieg auf die Hauptschule nach Klassenwiederholung</p>
<p>Mädchen, 16 Jahre</p>	<p>Doppeldiagnose aus polytoxikomanem Substanzabusus (inkl. Heroin) und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung. Immer wieder auch suizidale Krisen und fremd- und eigenaggressives Verhalten.</p>	<p>schwanger im 4. Monat</p>	<p>zeitweise Prostitution, aktuell keine Maßnahme der Jugendhilfe aktiv (lebt auf Straße)</p>

<p>Junge, 17 Jahre</p>	<p>Aufgrund Hydrocephalus seit Säuglingsalter mit Liquorshunt versorgt. Seit mehrfacher Shuntverlegung und bakterieller Encephalitis i.A.v. 12 Jahren besteht eine organische Persönlichkeitsstörung. Patient ist misstrauisch bis paranoid, Denken rigide und eingengt, erhöhte Reizbarkeit mit Affekt- und Impulsausbrüchen und explosivem fremdaggressivem Verhalten. Ist nicht ohne Begleitung gruppenfähig, hat Mitpatienten und Pflegepersonal unvermittelt geschlagen. Intelligenz im Grenzbereich zwischen niedriger Intelligenz und leichter Intelligenzminderung</p>	<p>Essverhalten ungehemmt mit ausgeprägter Adipositas (BMI 35) und sehr schlecht einstellbarem insulinpflichtigem Diabetes mellitus</p>	<p>Seit 2 Jahren nur kurz Schulbesuche in wechselnden Schulen, wurde von allen Schulen wegen des fremdaggressiven Verhaltens verwiesen. Hausunterricht verweigert er. Mutter ist alleinerziehend, lebt mit Sohn in ihrem Elternhaus. Mutter-Sohn-Bindung symbiotisch, Junge ist auch gegenüber Mutter körperlich aggressiv bei Nichterfüllen seiner Bedürfnisse. Mutter ist überzeugt, ihnen werde nicht genug geholfen und keiner verstehe sie. Sie hat die Helfer des Schul- und Jugendhilfesystems durch fordernd-vorwurfsvolles Verhalten gegen sich aufgebracht. Mutter ist fixiert auf die Unterbringung ihres Sohnes in einem ADHS-Internat</p>
------------------------	--	---	--

Fall 1: Mädchen, 5;0 Jahre. Verhalten hyperkinetisch mit deutlicher motorischer Unruhe, fehlendem Gefahrenbewusstsein, sehr geringer Konzentrationsspanne, erhöhter Impulsivität. Fühlt sich ständig benachteiligt, weint schnell und laut und fordert viel Aufmerksamkeit. Benötigt über weite Teile des Tages enge Begleitung durch erwachsene Bezugsperson, ansonsten ständig Streit mit anderen Kindern bis hin zu Handgreiflichkeiten. Pflegezustand schlecht, Mädchen riecht bei Aufnahme ungewaschen, Kleidung ist schmutzig und verraucht. Haut mit Scabies befallen, multiple Kratzeffekt an beiden Handrücken und Unterarmen, z.T. superinfiziert. Zudem besteht floride Neurodermitis, bisher unbehandelt. Trägt nachts noch Windel, teilweise auch tagsüber aufgrund Einkotens, Sauberkeitserziehung noch nicht abgeschlossen. Kommt aus vernachlässigenden psychosozialen Verhältnissen. Eltern leben zusammen, jedoch gehäuft fruchtlose Auseinandersetzungen, Vater schlägt die Mutter bei vermehrtem Alkoholkonsum; diese war bereits mit den Kindern (Bruder, 2 Jahre) mehrfach im Frauenhaus, ist aber immer wieder zu ihrem Mann zurückgekehrt. Vater arbeitslos, Familie lebt von Hartz IV. Patientin besucht fast nie den Kindergarten. Ambulante Erziehungshilfe ist installiert, Familie arbeitet nur sehr schleppend und auf Druck des Jugendamtes mit.

Fall 2: Mädchen, 13 Jahre. Erstmanifestation einer Schizophrenie mit Halluzinationen, wahnhaftem Erleben mit konsekutiven Ängsten, Misstrauen, Erregungszuständen. Das Gesamtverhalten ist desorganisiert, fehlende Selbstfürsorge und Fähigkeit zur Alltagsstrukturierung, starker sozialer Rückzug seit 2 Wochen. nur im Zimmer bzw. an der Stationstür, weil sie immer wieder gehen will, ist aber freiwillig auf Station, weil ihre Mutter sie bittet. Schlafstörungen mit Hyposomnie, Trinken und Essen eingeschränkt, Gewichtsverlust von 3kg in 2 Wochen. Einfuhrplan erforderlich, ebenso engmaschiges Begleiten des Essens und Trinkens. Blutentnahme verweigert, auch somatische differentialdiagnostische Untersuchungen und

Sicherheitsuntersuchungen zur Medikation nur mit hohem Aufwand und Betreuung möglich. Lebt mit Familie seit 2 Jahren in Deutschland, Asylverfahren läuft, Bleibestatus unsicher. Eltern sprechen kaum Deutsch, Familiengespräche nur mit Dolmetscher möglich. Mutter ist traumatisiert und depressiv.

Fall 3: Junge, 15 Jahre. Psychotische Episode mit ausgeprägter halluzinatorisch-desorientierter und Symptomatik, ebenso ausgeprägte Angst; benötigt ständige Betreuung. Multiple Organmissbildungen, Z.n. mehrfachen Herz-Operationen; hat regelmäßig tachykarde Krisen mit ärztlich-pflegerischem Interventionsbedarf. Deutliche Beeinträchtigung der körperlichen Belastbarkeit; Pflegeaufwand deutlich erhöht. Eltern sind beide alkoholabhängig und kaum in der Lage das Kind zu besuchen, getrennt lebend. Patient lebt bis heute bei der teils fassadär fürsorglichen und mit dem Jugendamt und allen Therapeuten vordergründig kooperierenden Mutter, dennoch sollte aufgrund der Gefährdung durch den erhöhten somatischen Pflegebedarf nach Abklingen der akuten Symptomatik eine Fremdunterbringung angebahnt werden.

Fall 4: Junge, 16 Jahre. Abhängigkeit von MDMA, Cannabinoiden und Alkohol. Entzugssymptomatik mit starkem Craving und körperlichen Entzugserscheinungen, aber generell Ablehnung von medikamentöser Unterstützung. Sehr wechselhafte Motivation mit Abbruchstendenzen. Wegen Treibgang und unregelmäßigem Essen untergewichtig (BMI 15); Scabiesinfektion der Haut; HIV-Test von ihm bisher abgelehnt. Zahnstatus ruinös mit Schmerzen. Zumeist im Obdachlosenmilieu unterwegs, besucht Herkunftsfamilie nur noch alle paar Tage zum Essen und Duschen. Wahrscheinliche Erfahrungen auf dem Jungenstrich. Etliche Strafanzeigen wegen Diebstahl, Dealen, Drogenbesitz, Bedrohung, Widerstand gegen Polizeibeamte, Schwarzfahren. Kein Schulbesuch seit 1,5 Jahren, bis dahin Hauptschule ohne Abschluss bei früherer Sekundarschulempfehlung und bereits zwischenzeitlichem Abstieg auf die Hauptschule nach Klassenwiederholung.

Fall 5: Mädchen, 16 Jahre. Doppeldiagnose aus polytoxikomanem Substanzabusus (inkl. Heroin) und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung. Immer wieder auch suizidale Krisen und fremd- und eigenaggressives Verhalten. Schwanger im 4. Monat. Zeitweise Prostitution, aktuell keine Maßnahme der Jugendhilfe aktiv (lebt auf Straße).

Fall 6: Junge, 17 Jahre. Aufgrund Hydrocephalus seit Säuglingsalter mit Liquorshunt versorgt. Seit mehrfacher Shuntverlegung und bakterieller Encephalitis i.A.v. 12 Jahren besteht eine organische Persönlichkeitsstörung. Patient ist misstrauisch bis paranoid, Denken rigide und eingengt, erhöhte Reizbarkeit mit Affekt- und Impulsausbrüchen und explosivem fremdaggressivem Verhalten. Ist nicht ohne Begleitung gruppenfähig, hat Mitpatienten und Pflegepersonal unvermittelt geschlagen. Essverhalten ungehemmt mit ausgeprägter Adipositas (BMI 35) und sehr schlecht einstellbarem insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Seit 2 Jahren nur kurz Schulbesuche in wechselnden Schulen, wurde von allen Schulen wegen des fremdaggressiven Verhaltens verwiesen. Hausunterricht verweigert er. Intelligenz im Grenzbereich zwischen niedriger Intelligenz und leichter Intelligenzminderung. Mutter ist alleinerziehend, lebt mit Sohn in ihrem Elternhaus. Mutter-Sohn-Bindung symbiotisch, Junge ist auch gegenüber Mutter körperlich aggressiv bei Nichterfüllen seiner Bedürfnisse. Mutter ist überzeugt, ihnen werde nicht genug geholfen und keiner verstehe sie. Sie

hat die Helfer des Schul- und Jugendhilfesystems durch fordernd-vorwurfsvolles Verhalten gegen sich aufgebracht. Mutter ist fixiert auf die Unterbringung ihres Sohnes in einem ADHS-Internat.