Bedarfscluster 1, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Schizophrenie	• Körperliche und neurologische Untersuchungen, Labor, Drogenscreening und MRT bei Erstmanifestation; ggf. Liquorpunktion, testpsychologische Untersuchungen, EEG und Differentialdiagnostik bzgl. Demenz	✓
	• Regelmäßiges Screening auf somatische Komorbiditäten und bei positiver Testung leitliniengerechte Behandlung dieser (Schizophrenie)	✓
	• Aufstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Patientin, deren Angehörigen und aller Behandler:innen und weiterführende trialogische Zusammenarbeit	✓
	• Pharmakotherapie mittels eines Antipsychotikums unter Berücksichtigung individueller Merkmale der Patientin (ggf. ergänzende symptomatische Medikation) und vorbereitenden Maßnahmen (Labordiagnostik, EKG)	✓

	• Aufklärung der Patientin und deren Angehörigen über Pharmakotherapie inkl. Wirkung, Nebenwirkungen und alternativer Behandlungsmöglichkeiten und aktiver Einbezug der Patientin in den Entscheidungsprozess	✓
	• Therapeutisches Drug Monitoring	✓
	• Pharmakotherapie als Rezidivprophylaxe mittels Antipsychotikum	✓
	• Bei Stabilität und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer kontinuierlichen Langzeitmedikation (z.B. mangelnde Akzeptanz) entsprechende alternative Behandlung bzw. Monitoring unter Einbezug der Patientin in die Entscheidungsfindung	✓
	• Überprüfung des Response-Status und der Verträglichkeit; ggf. Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz und ggf. Einleitung eines Medikationswechsels bzw. alternativer Behandlungsverfahren (z.B. EKT, rTMS)	✓
	• Während der Akutphase soll in angemessenen Abständen eine Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgen	✓
	• Psychoedukation (Einzel; Gruppe und/oder unter Einbezug der Angehörigen)	✓
	• Psychotherapie (verschiedene Verfahren möglich)	✓
	• Metakognitives Training	✓
	• Bewegungs- und Sportinterventionen unter Berücksichtigung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit	✓
	• Körperpsychotherapeutische Interventionen	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Einbezug der Angehörigen und Vertrauenspersonen in die Behandlung (unter Berücksichtigung der Schweigepflicht) und Kommunikation von Hilfemöglichkeiten	✓
	• Vermittlung von leicht verständlichen Ratgebern, Selbsthilfemanualen und/oder internet- und computerbasierten Angeboten mit der Möglichkeit professioneller Rückmeldung	✓

Tabakkonsum	• Weiterführende Diagnostik, um Stärke der Zigarettenabhängigkeit festzustellen	✓
	• Beobachtung und Dokumentation des Tabakkonsums im Behandlungsverlauf	✓
	• Kurzberatung zur Erreichung des Rauchstopps	✓
	• Motivational Interviewing bei geringere Änderungsbereitschaft des Rauchstopps	✓
	• Angebot für internetbasierte, mobile oder andere Selbsthilfeprogramme zur Erreichung des Rauchstopps	✓
	• Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray, Nikotinmundspray und Nikotinpflaster)	✓
	• Psychosoziale Unterstützung bei der Rauchentwöhnung durch verhaltensbezogene Maßnahmen	✓
	• Verhaltenstherapeutische (Verstärker-basierte) Ansätze	✓
	• Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie zur Erreichung des Rauchstopps bei schwerer Tabakabhängigkeit	✓
Übergewicht, mäßiges metabolisches Syndrom	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und/oder Peer-Support	✓
	• Case Management	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Patientin soll befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓

	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Tabakkonsum	• Medikamentöse Behandlung zur Tabakentwöhnung (Bupropion, Vareniclin)	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Schizophrenie	• kontinuierliche Einschätzung von Suizidalität

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register-Nr.: 038-009, Kurzfassung, Stand: 15.03.2019)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Auflage, Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und BehandlungLangversion (AWMF-Register-Nr.: 076-006, Langversion, Stand: Januar, 2021)

Bedarfscluster 1, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Psychopharmakotherapie	✓
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, möglichst Einzeltherapie)	✓
	• Kombinationsbehandlung von Pharmako- und Psychotherapie	✓
	• Wöchentliches Monitoring der Medikation in den ersten vier Behandlungswochen unter starker Beachtung des Nebenwirkungsprofils bzw. der Verträglichkeit	✓
	• Medikamentöse Rezidivprophylaxe	✓
	• Psychotherapeutische Erhaltungstherapie zur Rezidivprophylaxe	✓
	• Psychoedukation für Patienten und dessen Angehörigen	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Künstlerische Therapie	✓
Gesundheit	• Förderung körperlicher Aktivität	✓

Psychosoziale Aspekte	• Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)

Bedarfscluster 2, 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).

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
PTSD	• Differentialdiagnostische Beurteilung der PTSD-Symptomatik und darauf aufbauende Therapieplanung	✓
	• Traumafokussierte Psychotherapie mit Expositionsverfahren	✓
	• Psychopharmakotherapie zur Unterstützung der Psychotherapie	✓
	• Adjuvante Verfahren (Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie)	✓
MRSA-Besiedlung	• Kontrollabstriche *	✓
	• Fortgesetzte mikrobiologische Diagnostik und Überwachung *	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den Expert*innen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den Expert*innen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurden. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
MRSA-Besiedlung	• Bei Besiedelung des Nasen-Rachen-Raumes mit MRSA täglich Mupirocin-Nasensalbe über 5 Tage. Bei Mupirocin Resistenz oder GRE- bzw. ESBL-Befall des Nasen Rachen-Raumes Versuch mit antiseptischen Präparaten, z.B. Polihexanid-Präparaten. Nach 5-tägiger Therapie die von der Pflege, nicht vom Patienten durchgeführt werden sollte und 2-tägiger Pause sind Kontrollabstriche vorzunehmen. *	✓
	• Antiseptische tägliche Ganzkörperwaschung oder Ganzkörperbad für jeweils 15 Minuten über mindestens 3 Tage unter Einbeziehung der Kopfhaare. Dabei sind mikrobiozid wirksame Präparate zu verwenden, deren antiseptische Wirksamkeit erwiesen ist (z. B. auf Basis von Octenidin, Polihexanid) *	?
	• Täglicher Wechsel von Bett-, Körper- und Pflegewäsche nach Ganzkörperantiseptik *	?
	• Desinfektion oder Austausch persönlicher Gebrauchsgegenstände (Brille, Zahnbürste, Zahnprothese, Deoroller u. a.) *	?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Psychosoziale Aspekte	• Einbezug von Angehörigen und anderen Bezugspersonen • Klärung berufliche Frage; was kann der Patient noch machen und wie kommt er wieder in den Arbeitsmarkt • Beratung zum Schwerbehindertenrecht, Integrationsfachdienste, etc...

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (AWMF-Register Nr. 155-001, Stand: 19.12.2019)
- S3-Leitlinie Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE) (AWMF-Register-Nr.: 029-019, 2. Aufl., Stand: August 2012) *
- S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge (AWMF-Register-Nr.: 079 – 001, Version 3.0, Stand: Dezember 2018)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 3, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Alkoholabhängigkeit	• Ambulante/teilstationäre symptomorientierte Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder besser qualifizierter Entzug)	✓
	• Pharmakotherapie unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und -komplikationen und individueller Merkmale des Patienten (Komorbiditäten etc.)	✓
	• Motivationale Interventionsformen	✓
	• (Kognitive) Verhaltenstherapie bzw. Kontingenzmanagement oder psychodynamische Kurzzeittherapie	✓
	• Patientengruppen	✓
	• Cognitive Bias Modification	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Spezifische Pharmakotherapie für die Postakutbehandlung	✓

Arthrose	• (Angeleitete) Übungen für Ausdauer und Krafttraining; Physiotherapie; Wärmebehandlung (z.B. Fango); Balneo und Hydrotherapie • Pharmakotherapie der Arthrose	✓ ?
Psychosoziale Aspekte	• Maßnahmen zur Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt bzw. zum Arbeitsplatzerhalt	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Arthrose	• Qi Gong, Tai Chi, Yoga • Akupunktur • Einlegesohlen (Arthrose)	✓ ? x

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Alkoholabhängigkeit	• Motivierende Gespräche
Psychosoziale Aspekte	• Vermittlung von 67er Hilfen für von Obdachlosigkeit Bedrohte, Klärung der finanziellen Situation, Anspruch ALG I oder Gewährung von Krankengeld, wenn die Kündigung erfolgte als er schon krankgeschrieben war. • Ggf. muss sogar der KV Schutz aufgrund des Arbeitsplatzverlustes erst wiederhergestellt werden • Beratung zu möglichen ambulanten und stationären Therapieformen • Beantragung der stationären oder ambulanten Rehabilitationen bei den in Frage kommenden Kostenträgern, Herstellung des Kontaktes mit Therapieeinrichtungen und möglichst nahtlose Vermittlung. • wenn Patient derzeit wohnungslos ist, muss wohl bis zur neuen Wohnmöglichkeit (Unterstützung durch Sozialarbeiter) eine stationäre Aufnahme bzw. Heimaufenthalt ermöglicht werden, Unterbringung in Obdachlosenheim birgt Risiko für Rückfälle

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3 Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Register-Nr.: 076-001, Stand: Dezember 2020)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Auflage, Stand: 02.10.2018)
- S1-Handlungsempfehlung Knieschmerz bei Arthrosezeichen (AWMF-Register-Nr.: 053-050, Stand: November 2017)

Bedarfscluster 4, 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). Geregelte Wohn- und gesicherte finanzielle Verhältnisse, fragile soziale Integration.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Psychotherapie (möglichst Einzeltherapie)	✓
	• Psychopharmakotherapie bei akuter Depression (Antidepressivum, bei psychotischer Symptomatik Antipsychotikum)	✓
	• Wöchentliches Monitoring der Medikation in den ersten vier Behandlungswochen	✓
	• Medikamentöse Rezidivprophylaxe	✓
	• Strukturiertes und supervidiertes körperliches Training	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Psychoedukation für Patientin und deren Angehörige	✓

Bluthochdruck	• Regelmäßige Blutdruckmessung bei stationärem Klinikaufenthalt • Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓ ✓
Diabetes	• Umfassendes geriatrisches Assessment zur Erfassung der medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Entwicklung eines Diabetestherapieplans unter Berücksichtigung aller relevanten Dimensionen (Mobilität, Kognition, Ernährung) • Strukturierte Diabetesschulung • Podologische Fußpflege • Maßnahmen zur Sturzprävention (Überprüfung der Diabetesmedikation bzgl. Erhöhung des Sturzrisikos, Aufklärung, Sarkopenie oder Frailty-Maßnahmen zur Sturzprophylaxe) • Angebot von Kraft - und Ausdauertraining • Motivation der Patientin zur Bewegung • Screening der kognitiven Leistungsfähigkeit • Regelmäßige Überprüfung der Diabetes-Therapiestrategie und der Veränderung / Deeskalation dieser	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung • Case Management • Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und/oder Peer-Support • (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit • Patientin soll befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können • Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓

	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Psychotherapeutische Erhaltungstherapie zur Rezidivprophylaxe	✓
Bluthochdruck	• Medikamentöse Behandlung zur Blutdrucksenkung	✓
Diabetes	• Therapie mittels insulinotropen Substanzen (DPP4-Inhibitoren, GLP-I-Analoga) oder nicht-insulinotropen Substanzen (Metformin, SGLT-2-Hemmer)	?
	• Insulintherapie	?
	• Regelmäßige Überprüfung der Visusleistung	✓
	• Sarkopenie-/Frailty-Screening	?
	• Bei Sarkopenie und Frailty optimierte Ernährungs- und Trainingsprogramme	✓
	• Regelmäßige Screening-Untersuchungen auf Neuropathie	✓

Psychosoziale Aspekte	• Interventionen zur Förderung sozialer Kontakte	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Depression	• Wenn während des langen Aufenthaltes bereits alle möglichen Antidepressiva ausprobiert wurden, EKT anbieten
Psychosoziale Aspekte	• Hoher sozialarbeiterischer Hilfebedarf: Beratung der Mutter, schafft sie das noch? Beratung der Patientin: schafft sie es noch die blinde Mutter zu unterstützen? • grundsätzliche Informationen über Erwerbsminderungsrente, finanzielle Absicherung, berufliche Möglichkeiten wie WfbM. • In Angehörigen und Patientengesprächen eruieren, ob Zusammenleben mit Mutter noch geht, wenn ja mit welchen ambulanten Hilfen: BeWo, Tagesstätte, WfbM für die Tochter/Patientin. Blindengeld, Tagespflege, Pflegegeld, Betreuungsleistungen für die Mutter. Entlastung der häuslichen Situation. Ggf. Einsetzen eines gesetzlichen Betreuers, der begleitet und Hilfen installiert und beantragt. Oder mind. SpDI Kontaktvermittlung als Ansprechpartner • Home Treatment oder psych. Pflegedienst beauftragen

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- ESC/ESH Pocket Guidelines Management der arteriellen Hypertonie (Stand: 2018)
- S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (AWMF-Register-Nr.: 057-017, 2. Auflage, Version 1, Stand: Juli 201
- Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: nvl-001, Langfassung, 2. Auflage, Version 1, Stand: 25. März 2021)

Bedarfscluster 5, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Angststörung	• Individualisierte Behandlungsplanung entsprechend Symptomschwere, Komorbiditäten und psychosozialer Rahmenbedingungen	✓
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie ggf. mit Applied Relaxation) als Einzel- oder Gruppentherapie; psychodynamische Therapie bei Nichtwirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie	✓
	• Pharmakotherapie (SSRIs, SNRIs, Pregabalin); Opipramol, Buspiron oder Sertralin bei Therapieresistenz; Therapieversuche (Imipramin, Quetiapin) bei starker Therapieresistenz gegenüber bestehender Medikation	✓
	• Therapiewechsel zw. Psycho- und Pharmakotherapie oder Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bei nicht ausreichend wirksamer Monotherapie	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓

	• Künstlerische Therapien	✓
	• Ergotherapie	✓
Diabetes	• Umfassendes geriatrisches Assessment zur Erfassung der medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Entwicklung eines Diabetestherapieplans unter Berücksichtigung aller relevanten Dimensionen (Mobilität, Kognition, Ernährung)	✓
	• Fußschulung (mit Inhalten zur Fußpflege, Schuhversorgung etc.)	✓
	• Podologische Fußpflege	✓
	• Strukturierte Diabetesschulung	✓
	• Regelmäßige Überprüfung der Visusleistung	?
	• Maßnahmen zur Sturzprävention (Überprüfung der Diabetesmedikation bzgl. Erhöhung des Sturzrisikos, Aufklärung, Sarkopenie oder Frailty-Maßnahmen zur Sturzprophylaxe)	✓
	• Motivation der Patientin zur Bewegung	✓
	• Angebot von Kraft - und Ausdauertraining	✓
	• Regelmäßige Screening-Untersuchungen auf Neuropathie	✓
	• Screening der kognitiven Leistungsfähigkeit	✓
	• Regelmäßige Überprüfung der Diabetes-Therapiestrategie und der Veränderung / Deeskalation dieser	✓
PAVK	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf Lebensstiländerung, gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
	• Regelmäßige Kontrolle der Blutzuckerstoffwechsellage	✓
	• Strukturiertes Gehtraining im Rahmen der Physiotherapie	✓
	• Regelmäßige Kontrolluntersuchungen nach invasiven Gefäßeingriffen	✓
	• Strukturiertes Gefäßtraining	✓
Vorfußamputation	• Konsiliarischer Einbezug von für die Rehabilitation relevanten Fachdisziplinen	✓

	• Wundversorgung im Rahmen der stationären Pflege und ambulanten Nachsorge	✓
Psychosoziale Aspekte	• Interventionen zur Förderung sozialer Kontakte	✓
	• Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	✓
	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Case Management	✓
	• Patientin soll befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Diabetes	• Insulintherapie	?
	• Therapie mittels insulinotropen Substanzen (DPP4-Inhibitoren, GLP-I-Analoga) oder nicht-insulinotropen Substanzen (Metformin, SGLT-2-Hemmer)	?
	• Sarkopenie-/Frailty-Screening	✓
	• Bei Sarkopenie und Frailty optimierte Ernährungs- und Trainingsprogramme	✓
PAVK	• Pharmakotherapie (CSE-Hemmer; Thrombozytenfunktionshemmer, z.B. ASS, Clopidogrel, Heparin)	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Diabetes	• Einbezug der Diätassistenz, ggf. Einbezug einer Diabtolog:in zu Optimierung der Behandlungsstrategie, sowie entsprechende Schulungsangebote für den Partner
Psychosoziale Aspekte	• Pflegeberatung erforderlich, Beantragung Pflegegrad, Organisation von Behandlungspflege. Grad der Behinderung. • Organisation von Pflegehilfsmitteln wie Rollstuhl, Badewannenlifter, Rollator, ev. Hausnotruf. • Amb. BeWo zur Unterstützung initiieren, vorsichtig Akzeptanz schaffen, um langfristig vielleicht auch an den Sohn ranzukommen

	• Ggf. Unterstützung bei Umgestaltung der Wohnung nach dem Pflegegesetz • Zuschüsse beantragen, ggf. Betreuung zur Umsetzung beantragen und Einbeziehung des Spdi. • Angehörigenberatung von Sohn und Freund der Patientin. Beratung bezüglich eigener Einkommenssituation. Beratung wo sie sich Hilfe für den Sohn holen kann. • Case Management + Sozialdienst + ambulanter Pflegedienst sind wichtig, auch den Sohn einbeziehen

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-028, Kurzfassung, Stand: 04/2021)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (AWMF-Register-Nr.: 065-003, Stand: 30. September 2015)
- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: 057-013, 2. Aufl., Stand: 2018)
- S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (AWMF-Register-Nr.: 057-017, 2. Auflage, Version 1, Stand: Juli 2018)
- Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: nvl-001, Langfassung, 2. Auflage, Version 1, Stand: 25. März 2021)
- S2k-Leitlinie Rehabilitation nach Majoramputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes) (AWMF-Register-Nr.: 033-044, Stand: 24.06.2019)

Bedarfscluster 6, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Spät-Parkinsonoid	• Psychopharmakotherapie der psychotischen Symptome (Clozapin, Quetiapin, Olanzapin, Cholinesterasehemmer) *	✓
	• Psychotherapeutische Behandlung, ggf. neuropsychologische Therapie *	✓
	• Ergotherapeutische Behandlung *	✓
	• Künstlerische Therapie (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie oder Theatertherapie) *	✓
	• Psychoedukation *	✓
	• Physiotherapeutische Behandlung zur Bewegungsförderung und Erhalt der Mobilität *	✓
Urininkontinenz	• Physiotherapeutische Behandlung (Beckenbodentraining)	✓
	• Toilettentraining	✓
	• Umgebungsanpassung und aufsaugende Hilfsmittel	✓

Gesundheit	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• Psychosoziale und sozialrechtliche Beratung der Patientin und ihren Angehörigen	✓
	• Case Management	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Patientin soll befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Spät-Parkinsonoid	• Psychopharmakotherapie (MAO-B-Hemmer, Dopaminagonisten oder Levodopa) *	✓
Urininkontinenz	• Anticholinergika, Mirabegron oder DDAVP (synthetisches Desmopressin) zur Behandlung der Harninkontinenz	?
	• Biofeedbackmethoden	✓
	• ggf. Instrumentelle Harnblasen-Langzeitdrainage	?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom (AWMF-Register-Nr.: 030-010, Kurzversion, Stand: 1. Januar 2016) *
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S2e-Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie (AWMF-Register-Nr.: 084-001, Kurzfassung, Stand: 2. 1. 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 7, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Verfahren)	✓
	• Psychopharmakotherapie (SSRIs)	✓
	• Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	✓
	• EKT-Erhaltungstherapie	✓
	• Strukturiertes und supervidiertes körperliches Training	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Trialogforum/Psychoseseminar	✓
	• Psychoedukation für Patientin und Angehörige	✓

Gesundheit	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• Case Management	✓
	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und/oder Peer-Support	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Patientin soll befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) • Medikamentöse Rezidivprophylaxe	✓ ✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)

Bedarfscluster 8, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Polytoxikomanes Verhalten	• Diagnostik unter Berücksichtigung substanzspezifischer Kriterien	✓
	• Erhebung von bestehenden psychischen und somatischen Komorbiditäten und Differentialdiagnostik bezüglich Schmerzen	✓
	• Psychotherapeutische Methoden (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie)	✓
	• Langsame/s Ausschleichen/Reduktion der Substanz ggf. Qualifizierter Entzug unter Berücksichtigung individueller Merkmale	✓
	• Niederschwellige psychosoziale Begleitung	✓
	• Motivational Interviewing/Psychoedukation	✓
	• Kurzfristige entlastende Maßnahmen (z.B. Entspannungstechniken, Schmerzbewältigungstraining)	✓
	• Verfahren der sozialkognitiven Rückfallprävention	✓
	• Angebot für ambulanten Nachsorge	✓
	• Vermittlung von abstinenzorientierter Interventionsform in spezifischer Einrichtung	✓

Psychotische Symptomatik	• Körperliche und neurologische Untersuchungen, Labor, Drogenscreening und MRT bei Erstmanifestation; ggf. Liquorpunktion, testpsychologische Untersuchungen, EEG und Differentialdiagnostik bzgl. Demenz	✓
	• Pharmakotherapie mittels eines Antipsychotikums unter Berücksichtigung individueller Merkmale des Patienten (ggf. ergänzende symptomatische Medikation) und vorbereitenden Maßnahmen (Labordiagnostik, EKG)	✓
	• Therapeutisches Drug Monitoring	✓
	• Pharmakotherapie als Rezidivprophylaxe mittels Antipsychotikum	✓
	• Überprüfung des Response-Status und der Verträglichkeit; ggf. Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz und ggf. Einleitung eines Medikationswechsels bzw. alternativer Behandlungsverfahren (z.B. EKT, rTMS)	✓
	• Aufklärung und Psychoedukation des Patienten	✓
	• Metakognitives Training	✓
	• Kognitive Remediation	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Bewegungs- und Sportinterventionen unter Berücksichtigung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit	✓
MRSA-Besiedlung	• Regelmäßige Kontrollabstriche *	✓
Psychosoziale Aspekte	• Vermittlung von Informationen über Hilfeangebote	✓
	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• Ermittlung von beruflichen und sozialen Teilhabebedarfen und entsprechende Berücksichtigung in der Weiterbehandlung	✓

	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse und mittels Einbezug der entsprechenden Dienste	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung	✓
	• Peer-to-Peer Angebote	✓
	• (Vermittlung von) Selbsthilfegruppen	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge	✓
	• Case Management	✓
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patienten in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
MRSA-Besiedlung	• Antiseptische tägliche Ganzkörperwaschung * • Täglicher Wechsel von Bett-, Körper- und Pflegewäsche nach Ganzkörperantiseptik * • Antibiotikagabe * • Desinfektion oder Austausch persönlicher Gebrauchsgegenstände *	✓ ✓ ✓ ✓
Gesundheit	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Psychosoziale Aspekte	• 67er Hilfe • Klärung der finanziellen Situation, sind Leistungsanträge überhaupt gestellt? Werden Tagessätze gewährt? Wenn nein, Beantragung von ALG II für Obdachlose • Wiederherstellung des KV Schutzes • Ggf. Beantragung einer gesetzlichen Betreuung

	• Pflegegrad? Pflegeleistungen? Beantragung von Kindergeld, weil nicht in der Lage zu arbeiten und chron. Erkrankung vor dem 25 Lbj. eingetreten. • Vermittlung in niedrigschwellige Einrichtung in der zunächst Konsum erlaubt ist. • Nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik Patient motivieren, Platz zu suchen, vorzustellen und Kosten zu beantragen

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038-025, Langfassung 1. Auflage, Version 1.1, Stand: 14.01.2021)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.:r 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register-Nr.: 038-009, Kurzfassung, Stand: 15.03.2019)
- S3-Leitlinie Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE) (AWMF-Register-Nr.: 029-019, 2. Aufl., Stand: August 2012) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 8, Fall 5

Mann, 82 Jahre. Erhebliche Fremdaggressivität im Rahmen einer vaskulären Demenzerkrankung, Eifersuchtswahn 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Demenz	• Kognitive Stimulation • Reminiszenzverfahren • Ergotherapie • Körperliche Aktivierung • Rezeptive und aktive Musiktherapie • Multisensorische Verfahren (Snoezelen)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Fremdaggressivität	• Antipsychotika zur Behandlung von fremdaggressivem Verhalten (Haloperidol, Risperidon, Olanzapin, Aripiprazol, ggf. Carbamazepin)	✓

	• Einsatz von Instrumenten zur strukturierten Risikoeinschätzung aggressiven Verhaltens und Instrumenten zur frühen Intervention bei Eskalation aggressiven Verhaltens (z.B. Six Core Strategies)	✓
	• Maßnahmen, um Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen psychisch erkrankten Menschen, Angehörigen und Professionellen zu verbessern (z. B. teambezogene Schulungsmaßnahmen, Behandlungsvereinbarungen, die regelhafte Einbeziehung von Angehörigen, kooperative Entscheidungsfindungen mit psychisch erkrankten Menschen, Entstigmatisierung und Krisendienste)	✓
Hemiparese	• Körperliche Aktivität im Rahmen der individuellen Möglichkeiten	✓
	• Gehtraining	✓
	• Maßnahmen zur Verbesserung der motorischen Funktion der mimischen Muskulatur	✓
	• Sprachtherapie	✓
	• Kognitives Funktionstraining	✓
	• Ergänzende neuropsychologische Maßnahmen	✓
	• Ergotherapie (zur Förderung von Alltagsaktivitäten)	✓
Bluthochdruck	• Medikamentöse antihypertensive Therapie	✓
Mykosen	• Medikamentöse Lokaltherapie der Mykose *	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Demenz	• Aromastoffe	✓
Rechtshirniger Infarkt	• Thrombozytenaggregationshemmende Pharmakotherapie (ASS oder Clopidogrel)	?
Hemiparese	• Elektrische Muskelstimulationsverfahren (Schlaganfall)	✓
Bluthochdruck	• Cholesterinsenkung durch Pharmakotherapie mittels Statine	✓
schlechter Ernährungsstatus	• Ernährungsberatung	✓
Tabakkonsum	• Weiterführende Diagnostik, um Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen	✓
	• Beobachtung und Dokumentation des Tabakkonsums im Behandlungsverlauf	✓
	• Kurzberatung zur Erreichung des Rauchstopps (einschließlich Angebot für weiterführende Hilfsangebote bei Telefonberatung oder Einzel- oder Gruppenbehandlung)	✓
	• Motivational Interviewing bei geringer Änderungsbereitschaft des Rauchstopps	✓
	• Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray, Nikotinmundspray und Nikotinpflaster)	✓
	• Medikamentöse Behandlung zur Tabakentwöhnung (Bupropion, Vareniclin)	?
	• Psychosoziale Unterstützung bei der Rauchentwöhnung durch verhaltensbezogene Maßnahmen	✓
	• Verhaltenstherapeutische (Verstärker-basierte) Ansätze	✓

	• Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie zur Erreichung des Rauchstopps bei schwerer Tabakabhängigkeit	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Demenz/ Fremdaggressivität	• Ansätze und Psychopharmakoeinstelllung um eine Entaktualisierung und bessere Handhabbarkeit der Einschränkungen, die bestehen bleiben, erreichen zu können.
Psychosoziale Aspekte	• Maßnahmen für Vertrauen sind sehr wichtig, um Hilfen installieren zu können. Allerdings sind Behandlungsvereinbarungen in dieser Fallvignette wegen der fehlenden Absprachefähigkeit nicht möglich. Angehörige gibt es ebenso wenig, die einbezogen werden könnten. • Schulungen für Personal sind sehr wichtig, um die Last im Umgang mit aggressiven Patienten auf viele Schultern zu verteilen und im Austausch zu sein. • Unterstützung bei der Sicherung der Wohnsituation und/oder Hinarbeiten auf eine Veränderung der Wohnsituation. Organisation einer Haushaltsnahen Dienstleistung, ggf. Entmüllung der Wohnung, um Mietverhältnis zu sichern und Nachbarschaftsstreit zu befrieden. • Installation amb. Hilfen wie Tagespflege, falls Motivation durch Vertrauensaufbau möglich. Niedrigschwellige amb. Hilfen. Falls alles nicht greift auch Unterbringung in einem geschlossenen Seniorenwohnheim mit Unterbringungsbeschluss (Betreuungsrecht). • Gesetzliche Betreuung sehr wichtig, um auf Krisen reagieren zu können, um Nachbarn einen Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen und ggf. auch einen Unterbringungsbeschluss erwirken zu können, wenn Fremd- und Eigengefährdung bestehen bleibt. Patient hat sicher lange Aufenthaltsdauer im psychiatrischen Krankenhaus, um Perspektive vorzubereiten und abzusichern und über Milieutherapie

	• Sozialarbeit: Nachbarn informieren, dass sie Anzeige erstatten bei aggressivem Verhalten

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Demenzen (AWMF-Register-Nr.: 038-013, Langversion, Stand: Januar 2016)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (AWMF-Register-Nr.: 038-022, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 10.09.2018)
- S3-Leitlinie Schlaganfall (AWMF-Register-Nr.: 053-011, Stand: Februar 2020)
- S1-Leitlinie Tinea der freien Haut (AWMF –Register-Nr.: 013-002, 2. Aufl., Stand: Oktober 2008) *
- S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und BehandlungLangversion (AWMF-Register-Nr.: 076-006, Langversion, Stand: Januar, 2021)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 1, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Angstsymptomatik	• Individualisierte Planung der Behandlung anhand Symptomschwere, Komorbiditäten und psychosozialen Rahmenbedingungen	✓
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie ggf. mit begleiteten Expositionselementen) in Einzel- oder Gruppensetting; psychodynamische Therapie bei Nichtwirksamkeit der KVT	✓
	• Therapiewechsel zw. Psycho- und Pharmakotherapie oder Kombinationsbehandlung Psychotherapie und Pharmakotherapie bei nicht ausreichend wirksamer Monotherapie	✓
	• Sport als ergänzende Maßnahme	✓
Bluthochdruck	• Regelmäßige Blutdruckmessung bei stationärem Klinikaufenthalt	✓
Psychosoziale Aspekte	• Selbsthilfe und Angehörigengruppen	?

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Angstsymptomatik	• Psychopharmakotherapie (SSRIs, SNRIs; bei Nichtwirksamkeit/-verträglichkeit Trizyklika) • Psychopharmakologische Erhaltungstherapie • Interventionen mittels Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet zur Überbrückung der Zeit bis Therapiebeginn	✓ ? x

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Angstsymptomatik	• Ergotherapie (Entspannungsverfahren/ Achtsamkeit/ u.a. handwerklich-kreative Therapie) • neurophysiologisch funktionelle Behandlungsverfahren (Sensorisch Integrative Behandlungselemente (angstlösend und Ich-stärkend)) • Kunsttherapie/Musiktherapie (Einzel- und/oder Gruppensetting) • Psychoedukationsgruppe • andere Psychotherapien • klientenzentrierte Gesprächstherapie • Gestalttherapie • Aufstellung mit Coach

	• sozialtherapeutisches Rollenspiel
Psychosoziale Aspekte	• Selbsthilfe • Klärung der psychosozialen Situation mit Klärung des Wiedereinstiegs ins Berufsleben

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-028, Kurzfassung, Stand: 15.04.2021)
- ESC/ESH Pocket Guidelines Management der arteriellen Hypertonie (Stand: 2018)

Bedarfscluster 2, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Parkinson	• Klinische Überwachung und Anpassung der Medikation nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt *	✓
	• Pharmakotherapie der Psychose *	✓
	• Neuropsychologischen Therapie zur Behandlung von Exekutivfunktionsstörungen *	?
	• Ergotherapeutische Verfahren *	✓
	• Physiotherapeutische Behandlung *	✓
Psychosoziale Aspekte	• Regelmäßiger Kontakt zu betreuenden Personen *	✓

	• Zuverlässige Informationsquelle über klinische und soziale Angelegenheiten an Patientin und ihre Pflegeperson/Familie bieten *	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Parkinson	• Künstlerische Therapie (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie oder Theatertherapie) *	✓
	• Psychotherapeutische Behandlung *	✓
Psychosoziale Aspekte	• Psychosoziale und sozialrechtliche Beratung für Patientin und Angehörige *	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* Leitlinie ist abgelaufen

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Parkinson	• Empfehlenswert erscheint ein spezielles Angebot der Parkinson-Komplexbehandlung, bei der die psychiatrische Symptomatik mitbehandelt wird.

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom (AWMF-Register-Nr.: 030-010, Kurzversion, Stand: 1. Januar 2016) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 2, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Pharmakotherapie (SSRIs) bei depressiver Störung und Diabetes mellitus (bei diabetischer, sensomotorischer Neuropathie auch Tryziklika, Duloxetin)	✓
	• Psychotherapie der depressiven Störung (möglichst Einzeltherapie)	✓
	• Psychoedukation für Patientin und deren Angehörige	✓
	• Medikamentöse Rezidivprophylaxe	✓
	• Psychotherapeutische Erhaltungstherapie zur Rezidivprophylaxe	✓
Diabetes	• Umfassendes geriatrisches Assessment zur Erfassung der medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Entwicklung eines Diabetes-Therapieplans unter Berücksichtigung aller relevanten Dimensionen (Mobilität, Kognition, Ernährung)	✓
	• Betreuung im Rahmen einer strukturierten Versorgung	✗
	• Diabetesbetreuung (inkl. Regelmäßiger Kontakt zum Diabetes-Betreuungsteam)	✓
	• Strukturierte Diabetesschulung	✓

	• Insulintherapie	✓
	• Ernährungsberatung	✓
	• Schulungs- und Behandlungsprogramm zur Verbesserung der Wahrnehmung und des Umgangs mit Hypoglykämien	✓
	• Glucose-Monitoring	?
	• Regelmäßige Überprüfung der Visusleistung	✓
	• Maßnahmen zur Sturzprävention (Überprüfung der Diabetes-Medikation bzgl. Erhöhung des Sturzrisikos, Aufklärung, Sarkopenie oder Frailty Maßnahmen zur Sturzprophylaxe)	✓
	• Angebot von Kraft- und Ausdauertraining	✓
	• Motivation der Patientin zur Bewegung	✓
	• bei Sarkopenie oder Frailty optimierte Ernährungs- und Trainingsprogramme	?
	• regelmäßige Screening-Untersuchungen auf Neuropathie	?
	• Screening der kognitiven Leistungsfähigkeit	✓
	• Regelmäßige Überprüfung der Diabetes-Therapiestrategie und der Veränderung/Deeskalation dieser	?
	• Alle drei Monate Kontrolle der Stoffwechseleinstellung	x
Psychosoziale Aspekte	• Interventionen zur Förderung sozialer Kontakte	✓
	• Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	?

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Diabetes	• Fußschulung (mit Inhalten zur Fußpflege, Schuhversorgung etc.)	✓
	• Podologische Fußpflege	✓
	• Medikamentöse Behandlung zur Blutdrucksendung	?
	• Sarkopenie-/Frailty-Screening	?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Depression	• Musiktherapie im Einzelsetting

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2.Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: nvl-001, Langfassung, 2. Auflage, Version 1, Stand: 25. März 2021)
- S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (AWMF-Register-Nr.: 057-017, 2. Auflage, Version 1, Stand: Juli 2018)
- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: 057-013, 2. Aufl., Stand: 2018)

Bedarfscluster 3, Fall 3

Frau, 42 Jahre. Erstmals seit 8 Tagen akustische Halluzinationen (Geräusche und kommentierende Stimmen) und unsystematische 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Schizophrenie	• Diagnostik anhand operationalisierter Kriterien inkl. Anamneseerhebung unter Berücksichtigung spezifischer Kriterien und Differentialdiagnostik (z.B. Ausschluss einer substanzinduzierten Psychose; Ausschluss organische Genese)	✓
	• Körperliche und neurologische Untersuchungen, Labor, Drogenscreening und MRT bei Erstmanifestation; ggf. Liquorpunktion, testpsychologische Untersuchungen, EEG und Differentialdiagnostik bzgl. Demenz	✓
	• Regelmäßiges Screening auf somatische Komorbiditäten und bei positiver Testung leitliniengerechte Behandlung dieser	✓
	• Aufstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Patientin, deren Angehörigen und aller Behandler und weiterführende trialogische Zusammenarbeit	✓

	• Pharmakotherapie mittels eines Antipsychotikums unter Berücksichtigung individueller Merkmale der Patientin (ggf. ergänzende symptomatische Medikation) und vorbereitenden Maßnahmen (Labordiagnostik, EKG, Ausschluss Schwangerschaft bei Frauen im gebärfähigen Alter)	✓
	• Aufklärung der Patientin und deren Angehörigen über Pharmakotherapie inkl. Wirkung, Nebenwirkungen und alternativer Behandlungsmöglichkeiten und aktiver Einbezug der Patientin in den Entscheidungsprozess	✓
	• Therapeutisches Drug Monitoring	✓
	• Pharmakotherapie als Rezidivprophylaxe mittels Antipsychotikum	✓
	• Bei Stabilität und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer kontinuierlichen Langzeitmedikation (z.B. mangelnde Akzeptanz) entsprechende alternative bzw. Monitoring unter Einbezug der Patientin in die Entscheidungsfindung	?
	• Überprüfung des Response-Status und der Verträglichkeit; ggf. Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz und ggf. Einleitung eines Medikationswechsels bzw. alternativer Behandlungsverfahren (z.B. EKT, rTMS)	✓
	• Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes in angemessenen Abständen während der Akutphase	✓
	• Psychoedukation (Einzel; Gruppe und/oder unter Einbezug der Angehörigen)	✓
	• Psychotherapie (verschiedene Verfahren möglich)	✓
	• Bewegungs- und Sportinterventionen unter Berücksichtigung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit	✓
	• Einbezug der Angehörigen und Vertrauenspersonen in die Behandlung (unter Berücksichtigung der Schweigepflicht) und Kommunikation von Hilfemöglichkeiten	✓
Nebenhöhlen-entzündung	• ABS-Visite (Überwachung der Antibiotikamedikation im Rahmen eines breit angelegten Antibiotika-Behandlungskonzepts von Infektionskrankheiten)	?
Psychosoziale Aspekte	• Weiterführende Koordination der Versorgung durch andere Mitglieder des Versorgungssystems unter Einbezug der Patientin und deren Angehörigen	✓
	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	?

	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung	✓
	• Case Management	✓
	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	✓
	• Patientin soll befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Schizophrenie	• Metakognitives Training	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Kognitive Remediation	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Künstlerische Therapien	✓

	• Trialogforum/Psychoseseminar	✓
Psychosoziale Aspekte	• Peer Support	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Schizophrenie	• Musiktherapie (Einzelsetting)

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register-Nr.: 038-009, Kurzfassung, Stand: 15.03.2019)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus (AWMF-Register-Nr.: 092-001, Stand: 2018)

Bedarfscluster 4, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Demenz	• Psychopharmakobehandlung (Risperidon, Aripiprazol; bei Therapieresistenz Carbamazepin)	✓
	• Körperliche Aktivierung	✓
	• Behandlung relevanter vaskulärer Risikofaktoren und Grunderkrankungen, die zu weiteren vaskulären Schädigungen führen	✓
	• Strukturierte Angebote für Bezugspersonen von Demenzerkrankten	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Demenz	• Reminiszenzverfahren (Erinnerungstraining)	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Demenz / Fremdaggressivität	• Ergotherapie, speziell die sensorisch perzeptiven Behandlungsverfahren (Sensorische Integration) zur Vermeidung der Fremdaggressivität • aktive Musiktherapie im Einzelsetting • Assessment zu herausforderndem Verhalten, Krankenhauskonzept für dementiell veränderte Menschen (z.B. Lern von mir), Personenzentrierte Haltung

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Demenzen (AWMF-Register-Nr.: 038-013, Langversion, Stand: Januar 2016)

Bedarfscluster 5, 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.

Mögliche leitliniengerechte Behandlungsoptionen (unsichere Relevanz!):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Demenz	• Aufklärung der Patientin und ihrer Angehörigen	✗
	• Kognitive Stimulation	✗
	• Reminiszenzverfahren (Erinnerungstraining)	✗
	• Ergotherapeutische Verfahren	✓
	• Körperliche Aktivierung	✓
	• Aktive und rezeptive Musiktherapie	✓
	• Aromatherapie	✓
	• Multisensorische Verfahren (Sinnanregung durch Musik, Düfte, Lichter etc.)	?
	• Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz	✗

	• Edukations- und Unterstützungsprogramme von Pflegenden und Betreuenden	✗
Nebenschilddrüsen-adenom	• Operativer Eingriff an der Schilddrüse	✗
	• Kontrolle einer Nachblutung, Hypokalzämien und Stimmlippenparesen nach Schilddrüsenoperation und ggf. Einleitung von Maßnahmen zur Sicherung der Atemwege	✗
	• Prophylaktische Gabe von Calcium und aktivem Vitamin D zur Prävention einer postoperativer Hypokalzämie	✗

[1] Diese Tabelle zeigt Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Demenzen (AWMF-Register-Nr.: 038-013, Langversion, Stand: Januar 2016)
- S2k-Leitlinie Operative Therapie des primären und renalen Hyperparathyreoidismus (AWMF-Register-Nr.: 088-009, Stand: 22.12.2020)

Bedarfscluster 6, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Persönlichkeitsstörung	• Psychotherapie (Dialektisch-behaviorale Therapie, Mentalisierungs-basierte Therapie, Schematherapie bzw. schemafokussierte Therapie und Übertragungsfokussierte Psychotherapie)	✓
	• Evtl. kurzzeitige Psychopharmakotherapie (SSRIs, MAOHemmer, Valproat, Lamotrigin, Topiramat); bei akuten Krisen auch mit atypischen Neuroleptika und Antidepressiva	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Ergotherapie	✓
Polytoxikomanie	• Langsame/s Ausschleichen/Reduktion der Substanz ggf. qualifizierter Entzug unter Berücksichtigung individueller Merkmale	✓
	• Kurzfristige entlastende Maßnahmen (z.B. Entspannungstechniken, Schmerzbewältigungstraining)	✓
	• Motivierende Gesprächsführung	✓
Suizidalität	• Stationäre Unterbringung bei akuter Suizidgefahr und intensive Betreuung	✓

	• Regelmäßige Exploration suizidaler Symptomatik und Risikobeurteilung von Suizidgedanken und -handlungen	✓
	• Psychopharmaka (Benzodiazepin) zur Akutbehandlung der suizidalen Symptomatik; danach Medikation im Rahmen der Depressionsbehandlung (auch Antipsychotika bei psychotischen Symptomen)	✓
	• Suizid-fokussierte Psychotherapien und psychologische Kriseninterventionen bei Suizidgefahr	✓
	• Nachuntersuchung kurz nach Entlassung stationärer ehemals suizidgefährdeter Patient*Innen	✓
Gesundheit	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
Psychosoziale Aspekte	• Niederschwellige psychosoziale Begleitung	✓
	• Angebot für ambulanten Nachsorge	✓
	• Ermittlung von beruflichen und sozialen Teilhabebedarfen und entsprechende Berücksichtigung in der Weiterbehandlung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse	✓
	• Vermittlung von Informationen über Hilfeangebote	✓
	• (Vermittlung von) Selbsthilfegruppen	✓
	• Case Management	✓
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patienten in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Polytoxikomanie	• Verfahren der sozialkognitiven Rückfallprävention	✓
	• Angehörigenarbeit	✓
Suizidalität	• Lithiumtherapie zur Rezidiv-Prophylaxe	✓
Zahnprobleme	• Mechanische Plaquereduktion (PMPR) und Reduktion retentiver Faktoren im Rahmen der Parodontaltherapie	x
	• Reduktion der Taschensondierungstiefe (TST) unter Verwendung subgingivaler Instrumentierung; ggf. adjuvante Antiseptika, speziell ChlorhexidinMundspülungen für einen begrenzten Zeitraum oder lokal appliziertes Chlorhexidin mit Retard-Formulierung oder Antibiotika mit anhaltender Freisetzung	x
	• Zugangslappenoperation/Parodontaltherapie	x
	• Engmaschige Kontrolle im Rahmen der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT); ggf. adjuvanten antimikrobiellen Wirkstoffen	x
	• Regenerative Parodontalchirurgie unter Anwendung von Membranen oder Schmelz-Matrix-Proteinen mit oder ohne Zusatz von Knochenersatzmaterial (Bone-derived Grafts)	x

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Persönlichkeits-störung / Suizidalität	• Musiktherapie im Einzelsetting

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (AWMF –Register-Nr.: 038-015, Stand: Mai 2008)
- S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038-025, Langfassung 1. Auflage, Version 1.1, Stand: 14.01.2021)
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III (AWMF-Register-Nr.: 083-043, Langversion, Stand: Dezember 2020)

Bedarfscluster 6, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Anorexia nervosa	• Störungsorientierte Psychotherapie (im Einzel- und Gruppensetting; fokale psychodynamische Therapie, erweiterte kognitive Verhaltenstherapie, Maudsleys Behandlungsmodell, Specialist Supportive Clinical Management)	✓
	• Ernährungsberatung und -management	✓
	• Interventionen zur Veränderung des Gewichts-, Ess- und ggfs. Bewegungsverhaltens (u.a. Essbegleitung und klare Vereinbarungen/„Verträge“)	✓
	• Störungsorientierte Körper- und ggfs. Sporttherapie	✓
	• Regelmäßige Kontrollen des Phosphat-Serumspiegels und der Serumkaliumwerte	✓
	• Einbeziehung der Familie in Behandlung	✓
Osteoporose	• DXA-Messung zur Frakturrisikoabschätzung (oder DVOScore)	?
	• Ausreichende Zufuhr von Kalzium und Vitamin D	✓

	• Medikamentöse Therapie der Osteoporose	✓
Psychosoziale Aspekte	• Übergangsmanagement zwischen Behandlungssettings	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Anorexia nervosa	• Neuroleptika (z.B. Olanzapin)	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-026, 2. Aufl., Stand: Mai 2018)
- S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose, AWMF-Register-Nr.: 183-001, Langfassung, Stand: Dezember 2017)

Bedarfscluster 7, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Suchterkrankung	• Langsame/s Ausschleichen/Reduktion der Substanz ggf. Qualifizierter Entzug unter Berücksichtigung individueller Merkmale	✓
	• Kurzfristige entlastende Maßnahmen (z.B. Entspannungstechniken, Schmerzbewältigungstraining)	✓
	• Psychotherapeutische Methoden (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie)	✓
	• Verhaltenstherapeutische Interventionen in der Postakutbehandlung	✓
	• Symptomorientierte unterstützende Pharmakotherapie unter Berücksichtigung individueller Eigenschaften	✓
	• Motivational Interviewing/Psychoedukation	✓
	• Plasmaspiegelmessungen zur Abschätzung der Adhärenz	✓
	• Einbezug der Patientin und ggf. Betreuers in alle Entscheidungen bezgl. Interventionen	✓
	• Angehörigenarbeit	✓
	• Verfahren der sozialkognitiven Rückfallprävention	✓

Psychosoziale Aspekte	• Niederschwellige psychosoziale Begleitung	✓
	• (Vermittlung von) Suchtbezogene Nachsorge	✓
	• Vermittlung von Informationen über Hilfeangebote	✓
	• Ermittlung von beruflichen und sozialen Teilhabebedarfen und entsprechende Berücksichtigung in der Weiterbehandlung	✓
	• Maßnahmen zur Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt bzw. zum Arbeitsplatzerhalt	✓
	• (Vermittlung von) Selbsthilfegruppen	✓
	• Anbahnung von Maßnahmen zur Unterstützung schutzbefohlener Kinder und Jugendlicher	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Alkoholkonsum	• Cognitive Bias Modification	?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038-025, Langfassung 1. Auflage, Version 1.1, Stand: 14.01.2021)
- S3 Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Register-Nr.: 076-001, Stand: Dezember 2020)

Bedarfscluster 8, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
PTBS	• Traumafokussierte Psychotherapie mit Expositionsverfahren (bzw. Dialektisch-behaviorale Therapie, Mentalisierungs-basierte Therapie, Schematherapie bzw. schemafokussierte Therapie und Übertragungsfokussierte Psychotherapie)	✓
	• Psychopharmakotherapie zur Unterstützung der Psychotherapie	✓
	• Adjuvante Verfahren (Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie)	✓
	• Psychoedukation in unterschiedlichen Settings (Einzel, Gruppe, mit Angehörigen)	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
Suizidalität	• Regelmäßige Exploration suizidaler Symptomatik und Risikobeurteilung von Suizidgedanken und -handlungen	✓
	• Intensive Betreuung bei Suizidalität	✓
	• Psychopharmaka (Benzodiazepin) zur Akutbehandlung der Suizidalität; danach antidepressive Medikation	✓

Diabetes mellitus Typ 1	• intensivierte Insulintherapie (ggf. Einsatz einer Insulinpumpentherapie bei Nichterreichen der individuellen Therapieziele) • Selbstmanagement mithilfe Echtzeit-Glukosemessung (rtCGM) oder intermittierend scannender Glukosemessung (iscCGM) (Flash-Glukose-Monitoring) • Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität • Wiederholungs-, Refresher- und Ergänzungsschulungen sowie problemorientierte Schulungen zu Typ-1-Diabetes bei besonderen Problemen bei der Umsetzung der Diabetestherapie, dem Nichterreichen bedeutsamer Therapieziele (z. B. glykämischer Kontrolle, Vermeidung von Hypoglykämien, Ketoazidosen)	✓ ✓ ✓ ✗
Wundversorgung	• Wunddokumentation (inkl. gesicherte Kausaldiagnose bzw. Verdachtsdiagnose, gemessene Wundgröße, Beschreibung von sichtbarer Wundfläche, Wundrand und Wundumgebung, Therapieanordnung, Therapiedurchführung und Anlass für einen Therapiewechsel • Wundreinigung • Regelmäßiger Verbandswechsel	✓ ✓ ✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung • (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung • Peer Support • Case Management • (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge • Patientin soll befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓

	• Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Suizidalität	• Lithiumtherapie zur Rezidiv-Prophylaxe	✓
Psychosoziale Aspekte	• Vermittlung von leicht verständlichen Ratgebern, Selbsthilfemanualen und/oder internet- und computerbasierten Angeboten mit der Möglichkeit professioneller Rückmeldung	✓
	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (AWMF-Register-Nr.: 155-001, Stand: 19.12.2019)
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: 057-013, 2. Aufl., Stand: 2018)
- S3-Leitlinie Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz (AWMF-Register-Nr.: 091-001, Kurzfassung, Stand: 16.01.2014)

Bedarfscluster 1, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Drogenkonsum	• Psychotherapeutische Methoden (z.B. Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung)	✓
	• ggf. Unterstützung einer pharmakologischen Behandlung durch Antipsychotika	✓
	• Vermittlung von Methoden der Sporttherapie (Trainingstherapie, körperliche Konditionierung) zur Linderung von Entzugserscheinungen und Stabilisierung der Abstinenz	✓
	• bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot in der Postakutbehandlung	✓
	• (Vermittlung von) onlinebasierten Selbsthilfeangeboten	✓
	• Vermittlung von Informationen über Hilfeangebote	✓
	• Vermittlung von abstinenzorientierter Interventionsform in spezifischer Einrichtung	✓
	• (Vermittlung von) Suchtbezogene Nachsorge	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Drogenkonsum	• Qualifizierte Entzugsbehandlung unter Einbindung von bedarfsspezifischen Selbsthilfegruppen und Angehörigenarbeit	✓
	• Ohrakupunktur	✓
	• (Erhebung von bestehenden psychischen und somatischen Komorbiditäten und Differentialdiagnostik bezüglich Schmerzen)*	✓
	• (Erhebung von bestehenden psychischen und somatischen Komorbiditäten und Differentialdiagnostik bezüglich Schmerzen)*	✓
	• (Medikamentöse Behandlung (Benzodiazepine))*	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* eher nicht relevant

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038/024, Stand: 2016)

Bedarfscluster 2, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Antidepressive Pharmakotherapie durch nicht-anticholinerge Substanzen für Schlaganfall-Patient:innen	✓
	• Regelmäßiges Monitoring der depressiven Symptomatik	✓
Hirnblutung	• Orale Antikoagulation zur Hemmung der Blutgerinnung	✓
	• Thrombin-Hemmerbehandlung (Dabigatran; auch in Kombination mit Idarucizumab)	✓
	• Körperliche Aktivität im Rahmen der individuellen Möglichkeiten	✓
	• Kognitives Funktionstraining	✓
	• Ergänzende neuropsychologische Maßnahmen	✓
Hemiparese	• Aktives, repetitives Üben („hands off“) in Form des Arm-Basis-Trainings	✓
	• Elektrische Muskelstimulationsverfahren	✓
	• Geh- und Gleichgewichtstraining unterstützt durch Geräte (z.B. Exoskelett oder Endeffektorgerät)	✓

	• Ergotherapie (zur Förderung von Alltagsaktivitäten) • Sprachtherapie	✓ ✓
Blutdruckentgleisungen	• Medikamentöse antihypertensive Therapie	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Allgemein	• Unterstützung bei Krankheitsbewältigung unter Einbezug der Angehörigen

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S2k-Leitlinie Behandlung von spontanen intrazerebralen Blutungen (AWMF-Register-Nr.: 030-002, Version 1, Stand: 01.04.2021)
- S3-Leitlinie Schlaganfall (AWMF-Register-Nr.: 053-011, Stand: Februar 2020)
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S2k-Leitlinien Rehabilitation von sensomotorischen Störungen (AWMF-Register-Nr.: 030/123, Langfassung, Stand: 06.11.2017)

Bedarfscluster 3, Fall 2

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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Angstsymptomatik	• Individualisierte Planung der Behandlung anhand Symptomschwere, Komorbiditäten und psychosozialen Rahmenbedingungen	✓
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie ggf. mit begleiteten Expositionselementen) in Einzel- oder Gruppensetting; psychodynamische Therapie bei Nichtwirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie	✓
	• Psychopharmakotherapie (SSRIs, SNRIs; bei Nichtwirksamkeit/-verträglichkeit Trizyklika)	✓
	• Therapiewechsel zw. Psycho- und Pharmakotherapie oder Kombinationsbehandlung Psychotherapie und Pharmakotherapie bei nicht ausreichend wirksamer Monotherapie	✓
	• Sport als ergänzende Maßnahme	✓
	• Interventionen mittels Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet zur Überbrückung der Zeit bis Therapiebeginn	✓
	• Psychopharmakologische Erhaltungstherapie	✓

Bluthochdruck	• Regelmäßige Blutdruckmessung bei stationärem Klinikaufenthalt	✓
Psychosoziale Aspekte	• Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse	✓
	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und/oder Peer-Support	✓
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patienten in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-028, Kurzfassung, Stand: 04/2021)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- ESC/ESH Pocket Guidelines Management der arteriellen Hypertonie (Stand: 2018)

Bedarfscluster 3, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Demenz	• Psychopharmakotherapie (Acetylcholinesterase-Hemmer, Memantin, Ginkgo Biloba EGb 761)	✓
	• Kognitive Stimulation	✓
	• Reminiszenzverfahren (Erinnerungstraining)	✓
	• Ergotherapeutische Maßnahmen (unter Einbeziehung der Angehörigen)	✓
	• Körperliche Aktivierung	✓
	• Aktive Musiktherapie	✓
	• Multisensorische Verfahren (Sinnanregung durch Musik, Düfte, Lichter etc.)	✓
	• Strukturierte soziale Aktivierung	✓
Angstzustände	• Psychoedukation in unterschiedlichen Settings (Einzel, Gruppe, mit Angehörigen)	✓

	• Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen	✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung	✓
	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und/oder Peer-Support	✓
	• Case Management	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Unterstützung der Patientin in ihrem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung ihrer Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Demenz	• Aromatherapie	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Allgemein	• viel mit der Patientin reden

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Demenzen (AWMF-Register-Nr.: 038-013, Langversion, Stand: Januar 2016)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)

Bedarfscluster 4, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
psychotische Episode	• Diagnostik anhand operationalisierter Kriterien inkl. Anamneseerhebung unter Berücksichtigung spezifischer Kriterien und Differentialdiagnostik (z.B. Ausschluss einer substanzinduzierten Psychose; Ausschluss organische Genese)	✓
	• Körperliche und neurologische Untersuchungen, Labor, Drogenscreening und MRT bei Erstmanifestation; ggf. Liquorpunktion, testpsychologische Untersuchungen, EEG und Differentialdiagnostik bzgl. Demenz	✓
	• Aufstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung des Patienten, dessen Angehörigen und aller Behandler:innen und weiterführende trialogische Zusammenarbeit	✓
	• Pharmakotherapie mittels eines Antipsychotikums unter Berücksichtigung individueller Merkmale des Patienten (ggf. ergänzende symptomatische Medikation) und vorbereitenden Maßnahmen (Labordiagnostik, EKG)	✓

	• Aufklärung des Patienten und dessen Angehörigen über Pharmakotherapie inkl. Wirkung, Nebenwirkungen und alternativer Behandlungsmöglichkeiten und aktiver Einbezug des Patienten in den Entscheidungsprozess	✓
	• Therapeutisches Drug Monitoring	✓
	• Pharmakotherapie als Rezidivprophylaxe mittels Antipsychotikum	✓
	• Bei Stabilität und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer kontinuierlichen Langzeitmedikation (z.B. mangelnde Akzeptanz) entsprechende alternative Behandlung bzw. Monitoring unter Einbezug des Patienten in die Entscheidungsfindung	✓
	• Überprüfung des Response-Status und der Verträglichkeit; ggf. Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz und ggf. Einleitung eines Medikationswechsels bzw. alternativer Behandlungsverfahren (z.B. EKT, rTMS)	✓
	• Während der Akutphase soll in angemessenen Abständen eine Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgen	✓
	• Psychotherapie (verschiedene Verfahren möglich)	✓
	• Psychoedukation (Einzel; Gruppe und/oder unter Einbezug der Angehörigen)	✓
	• Metakognitives Training	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Bewegungs- und Sportinterventionen unter Berücksichtigung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit	✓
	• Präventionsmaßnahmen gegen aggressives Verhalten und b. B. schrittweise Deeskalation (letzte Eskalationsstufe Isolierung, Fixierung oder medikamentöse Sedierung)	✓
	• Bei aggressiven Vorfällen Nachbesprechung dieser	✓
	• Kontinuierliche Einschätzung suizidaler Gedanken, Pläne und suizidalen Verhaltens; empathische Ansprache und ggf. medikamentöse Maßnahmen	✓
	• Regelmäßige Untersuchung auf depressive Symptomatik und ggf. psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung	✓

	• Einbezug der Angehörigen und Vertrauenspersonen in die Behandlung (unter Berücksichtigung der Schweigepflicht) und Kommunikation von Hilfemöglichkeiten	✓
Drogenkonsum	• Qualifizierte Entzugsbehandlung unter Einbindung von bedarfsspezifischen Selbsthilfegruppen und Angehörigenarbeit	✓
	• Medikamentöse Behandlung (Benzodiazepine)	✓
	• Psychotherapeutische Methoden (z.B. Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung)	✓
	• bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot in der Postakutbehandlung	✓
	• Vermittlung von Methoden der Sporttherapie (Trainingstherapie, körperliche Konditionierung) zur Linderung von Entzugserscheinungen und Stabilisierung der Abstinenz	✓
	• (Vermittlung von) suchtbezogener Nachsorge	✓
	• Vermittlung von Informationen über Hilfeangebote	✓
	• Vermittlung von abstinenzorientierter Interventionsform in spezifischer Einrichtung in der Postakut-Behandlung	✓
	• (Vermittlung von) onlinebasierten Selbsthilfeangeboten	✓
Gesundheit	• Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (Ernährungsberatung, Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion	✓
	•	
	• Regelmäßiges Screening auf Komorbiditäten und bei positiver Testung leitliniengerechte Behandlung dieser	✓
Psychosoziale Aspekte	• Weiterführende Koordination der Versorgung durch andere Mitglieder des Versorgungssystems unter Einbezug des Patienten und dessen Angehörigen	✓
	• Bei Ersterkrankung zusätzlich psychosoziale Interventionen auf dem ersten Arbeitsmarkt und Möglichkeit zu niederschwelligen Behandlungsangeboten oder aufsuchender Behandlung	✓
	• Case Management	✓

	• Peer-to-Peer Angebote	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
psychotische Episode	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Kognitive Remediation	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Angebote zur schulischen und/oder beruflichen Ausbildung	✓
Drogenkonsum	• Erhebung von bestehenden psychischen und somatischen Komorbiditäten und Differentialdiagnostik bezüglich Schmerzen	✓
	• Ohrakupunktur	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register-Nr.: 038-009, Kurzfassung, Stand: 15.03.2019)
- S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038/024, Stand: 2016)

Bedarfscluster 4, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Manisches Syndrom	• Dokumentation und Beobachtung des Symptomverlaufs durch Patientin und Behandelnde	✓
	• Erhebung physiologischer Parameter vor Beginn der Pharmakotherapie	✓
	• Pharmakotherapie (Carbamazepin, Aripiprazol, Lithium, Valproat, Asenapin, Olanzapin, Paliperidon, Quetiapin, Risperidon, Haloperidon, Ziprasidon, ergänzt durch Benzodiazepine)	✓
	• Pharmakologische Phasenprophylaxe manischer Episoden	✓
	• Intensives Monitoring während der Pharmakotherapie	✓
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Familien-fokussierte Behandlung)	✓
	• Psychotherapeutische Phasenprophylaxe bei manischen Episoden (KVT, FFT, IPSRT, im Einzel- und Gruppensetting)	✓
	• Unterstützende Therapieverfahren (wie z.B. Entspannungs-, Bewegungs-, Ergo- und künstlerische Therapien)	✓
	• Psychoedukation	✓

	• Rezidiv-prophylaktische Psychoedukation bei manischen Episoden (im Einzel- und Gruppensetting)	✓
	• Einbeziehung von Angehörigen in Behandlung	✓
Psychosoziale Aspekte	• Peer-Support für Patientin und Angehörige	✓
	• Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Manisches Syndrom	• (Kognitive/funktionale Remediation)*	✓
Asthma	• Regelmäßige Prüfung der Inhalationstechnik und der Asthmakontrolle	?
	• Regelmäßige Motivation zu körperlichem Training	?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* eher nicht relevant

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038-019, Langversion 2.1, Stand: Mai 2020)
- Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma (AWMF-Register-Nr.: nvl-002, Langfassung, 4. Auflage, Version 1, September 2020)

Bedarfscluster 5, Fall 5

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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression/ Panikattacken	• Psychopharmakotherapie (SSRIs, Venlafaxin, SNRIs; bei Nichtwirksamkeit/-verträglichkeit Trizyklika)	✓
	• Wöchentliches Monitoring der Medikation in den ersten vier Behandlungswochen	✓
	• Medikamentöse Rezidivprophylaxe	✓
	• Psychopharmakologische Erhaltungstherapie (Panikattacken)	✗
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie ggf. mit Expositionselementen; Interpersonelle Therapie, möglichst Einzeltherapie)	?
	• Psychoedukation	✓
Plasmozytom	• Laufende Chemotherapie	✗
Übelkeit und Erbrechen	• Antiemetische Pharmakotherapie	?

Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge	✓
	• Case Management	✓
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patienten in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression/ Panikattacken	• Therapiewechsel zw. Psycho- und Pharmakotherapie oder Kombinationsbehandlung Psychotherapie und Pharmakotherapie bei nicht ausreichend wirksamer Monotherapie	✓
	• Selbsthilfegruppe	x

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Depression / Panikattacken	• Künstlerische Therapien im stationären, sowie teilstationären und ambulanten Setting
Psychosoziale Aspekte	• Betreuung anregen, wegen Klage • Sozialpsychiatrischer Dienst

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2.Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-028, Kurzfassung, Stand: 04/2021)
- S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen (AWMF-Register-Nr.: 032/054OL, Langversion 1.3, Stand: Februar 2020)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)

Bedarfscluster 6, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Asperger-Autismus	• Verhaltenstherapeutische Förderung der kognitiven Fähigkeiten •	✓
	• Aufklärung des Betroffenen und dessen Angehörigen	✓
Depression	• Medikamentöse Behandlung von depressiven Störungen (SSRIs)	✓
	• Verhaltenstherapie (KVT)	✓
	• Psychoedukation in unterschiedlichen Settings (Einzel, Gruppe, mit Angehörigen)	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Psychosoziale / verhaltenstherapeutische Prävention von depressiven Episoden (Einzel- oder Gruppentherapie)	✓
M. Crohn	• Medikamentöse Therapie des M. Crohn (z.B. Mesalazin), ggf. immunsuppressive Therapie bei schwerem M. Crohn	✓

	• Regelmäßige Kontrolle des Vitamin-B1-Spiegels	✓
	• Eisensubstitution bei Eisenmangelanämie	✓
	• Ggf. analgetische Therapie bei Gelenkschmerzen	✓
	• Motivation zu einer gesunden, vollwertigen Ernährung	✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Angehörigen- und Selbsthilfegruppen	✓
	• Förderung aktiven Freizeitverhaltens	✓
	• Case Management	✓
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patienten in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Künstlerische Therapien	✓
M. Crohn	• Remissionserhaltende Pharmakotherapie	✓
	• Ggf. Darmsonographie (Morbus Crohn)	x
	• Ggf. Fisteltherapie in interdisziplinärer Abstimmung, häufig als kombinierter Ansatz (medikamentös und chirurgisch)	?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF- Register-Nr.: 028-047, Version 1.1, Stand: März 2021)
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn (AWMF-Register-Nr.: 021-004, Stand: August 2021)

Bedarfscluster 7, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Psychose	• Aufstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung des Patienten, dessen Angehörigen und aller Behandler und weiterführende trialogische Zusammenarbeit	✓
	• Pharmakotherapie mittels eines Antipsychotikums unter Berücksichtigung individueller Merkmale des Patienten (ggf. ergänzende symptomatische Medikation) und vorbereitenden Maßnahmen (Labordiagnostik, EKG)	✓
	• Aufklärung des Patienten und dessen Angehörigen über Pharmakotherapie inkl. Wirkung, Nebenwirkungen und alternativer Behandlungsmöglichkeiten und aktiver Einbezug des Patienten in den Entscheidungsprozess	✓
	• Therapeutisches Drug Monitoring	✓
	• Pharmakotherapie als Rezidivprophylaxe mittels Antipsychotikum	✓
	• Bei Stabilität und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer kontinuierlichen Langzeitmedikation (z.B. mangelnde Akzeptanz) entsprechende alternative Behandlung bzw. Monitoring unter Einbezug des Patienten in die Entscheidungsfindung	✓

	• Überprüfung des Response-Status und der Verträglichkeit; ggf. Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz und ggf. Einleitung eines Medikationswechsels bzw. alternativer Behandlungsverfahren (z.B. EKT, rTMS)	✓
	• Psychotherapie (verschiedene Verfahren möglich)	✓
	• Psychoedukation (Einzel; Gruppe und/oder unter Einbezug der Angehörigen)	✓
	• Metakognitives Training	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Kognitive Remediation	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Bewegungs- und Sportinterventionen unter Berücksichtigung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit	✓
	• Während der Akutphase soll in angemessenen Abständen eine Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgen	✓
Gesundheit	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität (Ernährungsberatung, Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion	✓
	• Regelmäßiges Überwachung auf somatische Komorbiditäten und bei positiver Testung leitliniengerechte Behandlung dieser	✓
Psychosoziale Aspekte	• Weiterführende Koordination der Versorgung durch andere Mitglieder des Versorgungssystems unter Einbezug des Patienten und dessen Angehörigen	✓
	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• Vermittlung von leicht verständlichen Ratgebern, Selbsthilfemanualen und/oder internet- und computerbasierten Angeboten mit der Möglichkeit professioneller Rückmeldung	✓

	• Maßnahmen zur beruflichen bzw. schulischen Rehabilitation mittels Einbezug der entsprechenden Dienste	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse	✓
	• Bei Ersterkrankung zusätzlich psychosoziale Interventionen auf dem ersten Arbeitsmarkt und Möglichkeit zu niederschwelligen Behandlungsangeboten oder aufsuchender Behandlung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Case Management	✓
	• Peer-to-Peer Angebote	✓
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patienten in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

<u>Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:</u>

- S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register-Nr.: 038-009, Kurzfassung, Stand: 15.03.2019)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)

Bedarfscluster 8, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Kurzzeit-gedächtnisstörung	• Funktions- oder strategieorientiertes kognitives Training (mind. 10 Sitzungen); ggf. Fokus der Therapie auf das Erlernen von Kompensationsstrategien	✓
	• Elektronische Erinnerungshilfen (z. B. Smartphone-Kalender)	✓
	• Aerobes Konditionstraining	✓
Tetraparese	• Aktives, repetitives Üben („hands off“) in Form des Arm-Basis-Trainings	✓
	• Geh- und Gleichgewichtstraining unterstützt durch Geräte (z.B. Exoskelett oder Endeffektorgerät)	✓
	• Ergotherapie (zur Förderung von Alltagsaktivitäten)	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 030-124, Version 3, Stand: 26.02.2020)
- S2k-Leitlinien Rehabilitation von sensomotorische Störungen (AWMF-Register-Nr.: 030/123, Langfassung, Stand: November 2017)

Bedarfscluster 1, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depressive Episode	• Pharmakotherapie der Depression (Trizyklische Antidepressiva, SSRIs) mit komorbider Parkinsonerkrankung	?
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) bei depressiver Episode mit komorbider Parkinsonerkrankung	x
M. Parkinson	• Medikamentöse Therapie des Morbus Parkinson	x
	• Physiotherapie bei M. Parkinson	x
	• Logopädische Therapie bei M. Parkinson	x

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
M. Parkinson	• Künstlerische Therapie (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie und Theatertherapie) • psychosoziale und sozialrechtliche Beratung	✗ ✗

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Depressive Episode / M. Parkinson	• Bewegungstherapie und Entspannungs- und Atemtherapie in Einzel- und Gruppentherapien -höchst relevant

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom (AWMF-Register-Nr.: 030-010, Kurzversion, Stand: 1. Januar 2016)
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)

Bedarfscluster 2, 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.

Information: Für diesen Fall liegt derzeit keine gültige Leitlinie vor. Die angemeldete Leitlinie „S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen“ wird erst im Jahr 2024 fertiggestellt. Ersatzweise sind hier Behandlungsoptionen aus der Leitlinie „S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen“ zusammengetragen. Diese Leitlinie bezieht sich jedoch auf eine Abhängigkeit von medizinisch indizierten Opioiden, weshalb diese Leitlinie bei der vorliegenden Fallvignette (wahrscheinlich) keine Gültigkeit hat. Die hier vorgelegten Behandlungsoptionen dienen daher nur Hilfestellung für die Minutenschätzung, gelten aber nicht als „leitliniengerechte Behandlung“.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1,2]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Opiatabhängigkeit	• Erhebung von bestehenden psychischen und somatischen Komorbiditäten und Differentialdiagnostik bezüglich Schmerzen	✓
	• Einbezug des Patienten in alle Entscheidungen bezgl. Interventionen	✓
	• Langsame/s Ausschleichen/Reduktion der Substanz ggf. Qualifizierter Entzug unter Berücksichtigung individueller Merkmale	✓
	• Pharmakotherapie unter Berücksichtigung des suchtanamnestischen Hintergrundes	✓
	• Symptomorientierte unterstützende Pharmakotherapie unter Berücksichtigung individueller Eigenschaften	✓

	• Substitutionsbehandlung (bei Indikation der Weiterführung der Arzneimittelvergabe) mit vorangestellter ärztlicher Stellungnahme, suchtmedizinischer/psychiatrischer Abklärung und Aufklärung des Patienten	✓
	• Psychotherapeutische Methoden (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie)	✓
	• Verhaltenstherapeutische Interventionen nach der Akut-Phase	✓
	• Kurzfristige entlastende Maßnahmen (z.B. Entspannungstechniken, Schmerzbewältigungstraining)	✓
	• Motivierende Gesprächsführung/Psychoedukation	✓
	• Individuelle Vereinbarung von Therapiezielen und regelmäßige Überprüfung unter Einbezug des Patienten	✓
	• Verfahren der sozialkognitiven Rückfallprävention	✓
	• Angehörigenarbeit	✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung von) Suchtbezogene Nachsorge	✓
	• Vermittlung von abstinenzorientierter Interventionsform in spezifischer Einrichtung	✓
	• Angebot für ambulanten Nachsorge	✓
	• (Vermittlung von) Selbsthilfegruppen	?

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

[2] Diese Behandlungsoptionen wurden ersatzweise aus einer Leitlinie ohne Gültigkeit für diesen Patienten abgeleitet (siehe Information oben).

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1,2]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Psychosoziale Aspekte	• Niederschwellige psychosoziale Begleitung	✗

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

[2] Diese Behandlungsoptionen wurden ersatzweise aus einer Leitlinie ohne Gültigkeit für diesen Patienten abgeleitet (siehe Information oben).

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Opiatabhängigkeit	• Stärkung der körperlichen Leistungsfähigkeit z.B. in Fitnessstudio oder Fitnessraum • Sport- und Bewegungstherapie • Musiktherapie • Angebot von Physiotherapie • Biofeedback • Akupunktur

Psychosoziale Aspekte	• Vermittlung von Ergotherapie im Rahmen der arbeitsrehabilitativen Verfahren zur Anbahnung einer Berufstätigkeit / Ausbildung / RPK (ambulant)

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenz:

- S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038-025, Langfassung 1. Auflage, Version 1.1, Stand: 14.01.2021)

Bedarfscluster 2, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Schizodepressive Episode	• Regelmäßige Untersuchung auf depressive Symptomatik und ggf. psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung	✓
	• Aufstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Patientin, deren Angehörigen und aller Behandler und weiterführende trialogische Zusammenarbeit	✓
	• Pharmakotherapie aus Antidepressiva und Antipsychotika	✓
	• Therapeutisches Drug Monitoring	✓
	• Pharmakotherapie als Rezidivprophylaxe mittels Antipsychotikum	✓
	• Bei Stabilität und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer kontinuierlichen Langzeitmedikation (z.B. mangelnde Akzeptanz) entsprechende alternative Behandlung bzw. Monitoring unter Einbezug der Patientin in die Entscheidungsfindung	✓
	• Aufklärung der Patientin und deren Angehörigen über Pharmakotherapie inkl. Wirkung, Nebenwirkungen und alternativer Behandlungsmöglichkeiten und aktiver Einbezug der Patientin in den Entscheidungsprozess	✓

	• Einbezug der Angehörigen und Vertrauenspersonen in die Behandlung (unter Berücksichtigung der Schweigepflicht) und Kommunikation von Hilfemöglichkeiten	✓
	• Psychoedukation (Einzel; Gruppe und/oder unter Einbezug der Angehörigen)	✓
	• Psychotherapie (verschiedene Verfahren möglich)	✓
	• Metakognitives Training	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Kognitive Remediation	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Bewegungs- und Sportinterventionen unter Berücksichtigung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit	✓
	• Während der Akutphase soll in angemessenen Abständen eine Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgen	✓
Gesundheit	• Regelmäßiges Screening auf somatische Komorbiditäten und bei positiver Testung leitliniengerechte Behandlung dieser	✓
	• Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (Ernährungsberatung, Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion	✓
Psychosoziale Aspekte	• Weiterführende Koordination der Versorgung durch andere Mitglieder des Versorgungssystems unter Einbezug der Patientin und deren Angehörigen	✓
	• Case Management	✓
	• Peer-to-Peer Angebote	?

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Schizodepressive Episode	• Überprüfung des Response-Status und der Verträglichkeit; ggf. Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz und ggf. Einleitung eines Medikationswechsels bzw. alternativer Behandlungsverfahren (z.B. EKT, rTMS)	✓
Terminale Niereninsuffizienz	• Dialyse • Nierentransplantation	x x

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register-Nr.: 038-009, Kurzfassung, Stand: 15.03.2019)

Bedarfscluster 3, 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 unentschuldigten Fehlzeiten und fehlender Kommunikationsfähigkeit, zum Einstufungszeitpunkt drohende Obdachlosigkeit bei angekündigter Trennung der Ehefrau, die mit den gemeinsamen Kindern in der bisherigen Wohnung bleiben will.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Frontotemporale Demenz	• Verfahren zur kognitiven Stimulation	✓
	• Reminiszenzverfahren	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Körperliche Aktivierung	✓
	• Multisensorische Verfahren	✓
	• Angemessene strukturierte soziale Aktivierung	✓
	• Musiktherapie	✓
	• Angehörigentraining	✓
	• Strukturierte Angebote für Bezugspersonen	✓

Psychosoziale Aspekte	• Angehörigengruppen	?

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Frontotemporale Demenz	• Aromatherapie	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Frontotemporale Demenz	• Med. Therapie bei Symptomverschlechterung anbieten
Psychosoziale Aspekte	• Modifikation der Wohn- und Lebenssituation • Zusammenarbeit mit dem sozialen Dienst um, die Zeit nach der stationären Behandlung zu regeln • psychosoziale Therapien

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Demenzen (AWMF-Register-Nr.: 038-013, Langversion, Stand: Januar 2016)

Bedarfscluster 4, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression und suizidale Krise	• Intensive Betreuung	✓
	• Regelmäßige Exploration suizidaler Symptomatik und Risikobeurteilung von Suizidgedanken und -handlungen	✓
	• Suizid-fokussierte Psychotherapien und psychologische Kriseninterventionen bei suizidgefährdeten Patient*Innen	✓
	• Psychoedukation für Patientin und deren Angehörige	✓
	• Psychotherapeutische Erhaltungstherapie zur Rezidivprophylaxe	x
	• Nachuntersuchung kurz nach Entlassung stationärer ehemals suizidgefährdeter Patient*Innen	x
Psychosoziale Aspekte	• Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	x

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression und suizidale Krise	• Psychopharmaka (Benzodiazepin) zur Akutbehandlung bei suizidalen Parient:innen	✓
	• Medikation im Rahmen der Depressionsbehandlung im Anschluss an die Akutbehandlung (auch Antipsychotika bei psychotischen Symptomen)	✓
	• Strukturiertes und supervidiertes körperliches Training	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Depression und suizidale Krise	• Entspannungstraining • Musiktherapie

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)

Bedarfscluster 5, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Alkoholkonsum	• Pharmakotherapie unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und -komplikationen und individueller Merkmale des Patienten (z.B. Komorbiditäten etc.)	✓
	• Spezifische Pharmakotherapie für die Postakutbehandlung	✓
	• (Kognitive) Verhaltenstherapie bzw. Kontingenzmanagement oder psychodynamische Kurzzeittherapie in der Postakut-Behandlung	✓
	• Motivationale Interventionsformen	✓
	• Patientengruppen	✓
	• Angehörigenarbeit	?
Frakturen	• Chirurgischer Eingriff zur Behandlung der Frakturen (Frakturen)	✗
	• Physiotherapeutische Rehabilitation	?

Psychosoziale Aspekte	• Maßnahmen zur Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt bzw. zum Arbeitsplatzerhalt	?

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Alkoholkonsum	• Cognitive Bias Modification	?
	• Künstlerische Therapien	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Alkoholkonsum	• Entspannungstechniken • tiergestützte Therapie

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3 Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Register-Nr.: 076-001, Stand: Dezember 2020)
- S1-Leitlinien Unfallchirurgie (AWMF-Register-Nr.: 012-009, Version 3, Stand: 10.3.2019)

Bedarfscluster 5, 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, grenzkompensiert und mit hohem Gesprächsbedarf. Pat. ist Hauptverdiener, durch Vermeidungsverhalten begründete, bereits ausgesprochene Kündigung der Arbeitsstelle.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Angstsymptomatik (Agoraphobie)	• Interventionen mittels Bücher, Audiomaterial, Computer oder Internet zur Überbrückung der Zeit bis Therapiebeginn	✗
	• Individualisierte Planung der Behandlung anhand Symptomschwere, Komorbiditäten und psychosozialen Rahmenbedingungen	✓
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie ggf. mit begleiteten Expositionselementen) in Einzel- oder Gruppensetting; psychodynamische Therapie bei Nichtwirksamkeit der KVT	✓
	• Psychopharmakotherapie (SSRIs, SNRIs; bei Nichtwirksamkeit/-verträglichkeit Trizyklika)	✓
	• Therapiewechsel zw. Psycho- und Pharmakotherapie oder Kombinationsbehandlung Psychotherapie und Pharmakotherapie bei nicht ausreichend wirksamer Monotherapie	✓
	• Sport als ergänzende Maßnahme	✓
	• Künstlerische Therapien	✓

	• Ergotherapie	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Trialogforum / Psychoseseminar	?
	• Psychopharmakologische Erhaltungstherapie	?
Bluthochdruck	• Blutdrucksenkende Therapie (Lebensstilintervention; bei Therapieresistenz medikamentöse Behandlung)	?
	• Regelmäßige Blutdruckmessung	?
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	?
	• Bedarfsgerechte, individuelle soziale Beratung und Unterstützung des Patienten bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung	?
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse	✓
	• Case Management	✓
	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und/oder Peer-Support	?
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patienten in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Angstsymptomatik (Agoraphobie) / Bluthochdruck	• Biofeedback	✓
Psychosoziale Aspekte	• Sozialberatung zur Sicherung der wirtschaftlichen Situation der Familie, Klärung von Ersatzansprüchen, ambulant über Fachberatungsstelle	✓
	• Prüfung relevanter beruflicher Perspektive, ambulant Fachberatungsstelle, aufzeigen einer Perspektive	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- ESC/ESH Pocket Guidelines Management der arteriellen Hypertonie (Stand: 2018)
- S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-028, Kurzfassung, Stand: 06/2021)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)

Bedarfscluster 6, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Lewy-Körper-Demenzerkrankung	• Aufklärung von Patientin und Angehörigen	✓
	• Psychopharmakotherapie (Risperidon, ggf. auch Donepezil, Memntin)	✓
	• Ergotherapieverfahren	✓
	• Multisensorische Verfahren (Snoezelen)	✓
	• körperliche Aktivierung	✓
nächtliche Unruhe	• Strukturierte, soziale Aktivierung zur Besserung des Tag-Nacht-Schlafverhältnisses	✓
	• Niederpotente Antipsychotika (Melperon oder Pipamperon) zur Behandlung der Unruhezustände	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Lewy-Körper-Demenzerkrankung	• Kognitive Stimulation • Musiktherapie	✓ ?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Lewy-Körper-Demenzerkrankung / nächtliche Unruhe	• Lichttherapie

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie Demenzen (AWMF-Register-Nr.: 038-013, Langversion, Stand: Januar 2016)
- S3-Leitlinie Nicht-erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen (AWMF-Register-Nr.: 063-003, Stand: 2016)

Bedarfscluster 7, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Suizidale / autoaggressive Krise	• Intervention hinsichtlich suizidaler Handlungen (z.B. kontinuierliche Überwachung, Entfernung von Materialien zur Eigen und oder Fremdschädigung)	✓
	• bei gegebener Indikation Therapie von Angst und Anspannung mit Benzodiazepinen	✓
	• Ergotherapie	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
Gesundheit	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	?
	• Bedarfsgerechte, individuelle soziale Beratung und Unterstützung des Patienten bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Arbeit/Ausbildung unter Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse	✓

	• Case Management	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich der Selbstsorge und Familie/Freizeit	✓
	• Patient soll befähigt und in die Lage versetzt werden, seine Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie seine Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können	✓
	• Unterstützung des Patientenn in seinem individuellen Recovery-Prozess zur Förderung seiner Autonomie und Individualität	✓
	• Berücksichtigung von Erkenntnissen zur Gestaltung therapeutischer Milieus bei psychosozialen Interventionen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Suizidale / autoaggressive Krise	• Nichtpharmakologische Krisenintervention	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Vermittlung von leicht verständlichen Ratgebern, Selbsthilfemanualen und/oder internet- und computerbasierten Angeboten mit der Möglichkeit professioneller Rückmeldung	✓

Psychosoziale Aspekte	• Angebot für Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und/oder Peer-Support	?

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Suizidale / autoaggressive Krise	• Biofeedback

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ (AWMF-Registernummer: 038-023, Stand 13.04.2019)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)

Bedarfscluster 7, 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Psychopharmakotherapie (SSRIs, Antipsychotika) unter Berücksichtigung der Herzinsuffizienz	✓
	• Wöchentliches Monitoring der Medikation in den ersten vier Behandlungswochen	✓
	• Medikamentöse Rezidivprophylaxe	✓
	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Verfahren)	✓
	• Psychotherapeutische Erhaltungstherapie zur Rezidivprophylaxe	✓
	• Elekrokonvulsionstherapie (EKT)	✓
	• Wachtherapie (für kurzfristige Behandlungserfolge)	✓
	• Psychoedukation	✓

	• Künstlerische Therapien	✓
	• Ergotherapie	✓
Herzinsuffizienz	• Bei der Information und Schulung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollen kognitive Einschränkungen und möglicherweise vorliegende psychische Probleme berücksichtigt und ggf. Angehörige einbezogen werden	✓
	• Körperliche Aktivierung (Ausdauertraining) unter Berücksichtigung der spezifischen Pulsfrequenz	✓
	• Überwachung der Flüssigkeitszufuhr und deren Regulation	✓
	• Überwachung Gewicht	✓
	• Überwachung Elektrolythaushalt und Nierenfunktion	✓
Gesundheit	• Gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	?
Psychosoziale Aspekte	• (Vermittlung einer Weiter-) Behandlung im gemeindepsychiatrischen Setting (z.B. PIA) ggf. mit Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung	✓
	• (Vermittlung von) Unterstützung im Bereich Wohnen (z.B. Ambulant betreutes Wohnen) mit höchst möglichem Grad an Selbstbestimmung	✓
	• Case Management	?
	• Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	✓
	• Vermittlung von leicht verständlichen Ratgebern, Selbsthilfemanualen und/oder internet- und computerbasierten Angeboten mit der Möglichkeit professioneller Rückmeldung	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Folie à deux	• Paartherapie

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Register-Nr.: 038-020, Langfassung, 2. Aufl., Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz (AWMF-Register-Nr. nvl-006, 3. Aufl., Version 3, Stand: 22.10.2019)

Bedarfscluster 8, Fall 3

Frau, 35 Jahre mit mittelgradiger Intelligenzminderung. In Konfliktsituationen mit Mitbewohnern wiederholt zunächst fremdaggressive Übergriffe (Kratzen, Schlagen). Danach im Kontext von Schulderleben 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.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Aggressives Verhalten	• Psychopharmakotherapie (Neuroleptikum, z.B. Risperidon zur Behandlung aggressiven Verhaltens)	✓
Selbstverletzendes Verhalten	• Funktionale Analyse des selbstverletzenden Verhaltens und ggf. psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung	✓

[1] Die erste Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, die von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant bewertet wurden (Median > 6). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

Weitere leitliniengerechte Behandlungsoptionen, deren Relevanz im Expertenkonsens unsicher war:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Intelligenzminderung	• (Ätiologische Abklärung der Intelligenzminderung durch Befragungen und Diagnoseverfahren)*	?
Aggressives Verhalten	• Psychotherapie (insb. verhaltenstherapeutische und psychodynamische Ansätze)	✓

[1] Die zweite Tabelle zeigt jeweils Behandlungsoptionen, deren Bewertung durch die ExpertInnen mit Unsicherheit behaftet war (Median 4-6, > 2 fehlende Einschätzungen, Uneinigkeit der Experten). Die letzte Spalte gibt an, ob die Behandlungsoption von den ExpertInnen mehrheitlich als relevant **für die stationäre psychiatrische Behandlung** gewertet wurde. ✓ = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting relevant; ? = Relevanz im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting unsicher; x = im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting nicht relevant.

* eher nicht relevant

Weitere Maßnahmenvorschläge (ohne Leitlinienbezug, nicht expertenkonsentiert):[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Aggressives / Selbstverletzendes Verhalten	• Musiktherapie • Bewegungstherapie

[1] Bei diesen aufgeführten Maßnahmen handelt es sich um Vorschläge einzelner ExpertInnen. Diese Maßnahmen entstammen nicht den Leitlinien und wurden in den Expertenrunden nicht besprochen und konsentiert.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S2k-Praxisleitlinie Intelligenzminderung (AWMF-Register-Nr.: 028-042, Version 2, Stand: Juni 2021)