Bedarfscluster 1, Fall 1

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Trennungsangst	• Ausschlussdiagnostik für andere Arten von Angststörungen; psychische und körperliche Ursachen *	✓
	• Exploration von Kind und Bezugspersonen; Erfassung der Angstsymptomatik *	✓
	• Exploration der Eltern oder Stellvertretern bzgl. pränataler und Geburtsanamnese, medizinische Vorgeschichte, Selbstständigkeitsentwicklung und Risikoverhalten, belastende Lebensereignisse *	✓
	• Exploration bzgl. Temperamentsfaktoren und kognitiver Entwicklung *	✓
	• Erfassung der Familienanamnese und familiärer Interaktionsstil *	✓
	• Testpsychologische Diagnostik bzgl. Angst und damit verbundenen Faktoren (z.B. kognitives Leistungsniveau) *	✓

	• Alters- bzw. entwicklungsadäquate Aufklärung des Kindes sowie der Eltern bzgl. Erkrankung *	✓
	• Entwicklung von Therapiezielen und eines Behandlungsplanes gemeinsam mit Eltern und Kind *	✓
	• Prüfung der Behandlungsmotivation und evtl. Einsatz von Maßnahmen zur Verbesserung der Motivation bei Patientin und Eltern *	✓
	• Kognitive Restrukturierung/ Innerer Dialog *	✓
	• Kontingente Verstärkung, Entspannungstechniken und systematische Desensibilisierung *	✓
	• Verhaltenstherapeutische Ansätze sozialen Lernens (Modelllernen, Problemlöseverhalten oder soziales Kompetenztraining) *	✓
	• Psychodynamische Interventionen (z.B. analytische Einzel- und Gruppengespräche, Fokaltherapie, Imaginationsverfahren, spieltherapeutische Ansätze) *	✓
	• Beratung über den Umgang der Eltern mit dem Angst- und Vermeidungsverhalten ihres Kindes *	✓
	• Familientherapeutische/ familienorientierte Gespräche und Maßnahmen *	✓

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Trennungsangst	• Im letzten Behandlungsdrittel empfiehlt sich der begleitete Schulbesuch, mit steigender Anzahl der Unterrichtsstunden, im Anschluss an die stationäre Behandlung direkter Übergang ins tagesklinische Setting mit weiterer Verselbständigung der Schulbesuche • musiktherapeutische Interaktionsförderung

[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:

- Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): S1-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Phobische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen (F40, F93.1, F93.2). Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, S. 277 - 289 (AWMF-Register-Nr.: 028-021, Stand: November 2006) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 2, Fall 3

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Störung des Sozialverhaltens	• Deeskalationsmaßnahmen bei aggressivem Verhalten *	✓
	• Psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings, einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung *	✓
	• Elterntraining *	✓

Depressive Störung	• Aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation bei leichten depressiven Störungen *	✓
	• Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) *	✓
	• Psychodynamische oder systemische Psychotherapie *	✓
	• Pharmakotherapie (Fluoxetin, alternativ Escitalopram, Citalopram, Sertralin) als Behandlung zweiter Wahl (inkl. Monitoring hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen) *	✓
	• Regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolgs nach (frühestens) 4 Wochen *	✓
	• Therapiewechsel bei Nicht-Ansprechen der bisherigen Therapie zu einer bisher nicht verwendeten Therapie (Psychotherapie oder Medikament) *	✓

[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
Mukoviszidose	• mikrobiologische Untersuchung auf Pseudomonas aeruginosa • ggf. Antibiotikatherapie	✓ ✓

[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
Störung des Sozialverhaltens	• Schwerpunkt auf Deeskalation, Vermeidung/Reduzierung von evtl. Zwangsmaßnahmen • Musiktherapeutische Entspannungsförderung

[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-Leitlinien Störung des Sozialverhaltens (AWMF-Register-Nr.: 028-020, Stand: September 2016) *
- S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028 – 043, Stand: 01.07.2013) *
- S3-Leitlinie Lungenerkrankung bei Mukoviszidose: Pseudomonas aeruginosa (AWMF-Register-Nr. 026-022, Stand: Stand: 27.09.2022)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 3, Fall 3

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Somatoforme Störung mit Kopf- und Bauchschmerzen, begleitend leicht depressive Symptomatik	• Aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation bei leichten depressiven Störungen * • Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) * • Psychodynamische oder systemische Psychotherapie * • Regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolgs nach (frühestens) 4 Wochen * • Therapiewechsel bei Nicht-Ansprechen der bisherigen Therapie zu einer nicht verwendeten Therapie (Psychotherapie oder Medikamente) *	✓ ✓ ✓ ✓ ✓

Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug des Jugendamts	✓

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Somatoforme Störung mit Kopf- und Bauchschmerzen, begleitend leicht depressive Symptomatik	• Familientherapie • Interaktionsförderung 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 Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028 – 043, Stand: 01.07.2013) *
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 4, Fall 3

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Zwangsstörung	• Psychoedukation (Pat. und Bezugspersonen) *	✓
	• Störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) inkl. Expositionstherapie *	✓
	• Psychopharmakotherapie (als Kombinationsbehandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie) *	✓
Psychosoziale Aspekte	• Berücksichtigung von psychosozialen Aspekten bei der Behandlung *	✓

	• Vermittlung von Angehörigengruppen *	

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Zwangsstörung	• begleitete Schulreintegration

[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:

- Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): S1-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Phobische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen (F40, F93.1, F93.2). Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, S. 277 - 289 (AWMF-Register-Nr.: 028-021, Stand: November 2006) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 5, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Autismus	• Überprüfung des Entwicklungsstands während der Behandlung	✓
	• Planung und Verlaufskontrolle zur Versorgung von Betroffenen in ihren Lebensbereichen entsprechend ihrer Wünsche, Bedürfnisse und Ziele	✓
	• Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie) zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation, Veränderung repetitiven Verhaltens und störender Sonderinteressen, Behandlung	✓

	von Hyper- oder Hypoaktivität; Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten, adaptiven Verhaltens und der Emotionsregulation	
	• Gruppensettings bei entsprechender Befähigung der Kinder	✓
	• Verhaltenstherapeutische Förderung der kognitiven Fähigkeiten	✓
	• Psychosoziale Interventionsmethoden (inkl. Einüben verhaltenstherapeutischer Techniken zur Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten, übersichtliche Alltagsstrukturierung; möglichst im Gruppensetting)	✓
	• Intensive Einbeziehung der Eltern in Therapie (inkl. Elterntraining ggf. auch für den Umgang mit oppositionellem / aggressiven Verhalten)	✓
	• Psychoedukative Elterngruppe	✓
	• Instruktionen und Fortbildungen für Erziehende (z.B. Kindergarten, Schule)	✓
Gestörtes Essverhalten	• Formalisierte Mahlzeitenstruktur und verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern zur Behandlung der Essstörung	✓
Eisenmangelanämie	• Medikamentöse Eisensubstitution	?
Fuß- und Nagelpilz	• Lokale Antimykotikabehandlung *	?
sanierungs-bedürftiger Zahnstatus	• Motivation des Pat. Zur Verhaltensänderung, um die Mundhygiene zu verbessern	✓
	• Individuell angepasste Instruktionen zur häuslichen mechanischen Mundhygiene	✓
Psychosoziale Aspekte	• Konkrete Unterstützung und Nachteilsausgleich in Bildung und Zugang zum Arbeitsmarkt	✓
	• Förderung aktiven Freizeitverhaltens	✓
	• Angehörigen- und Selbsthilfegruppen	?

Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug des Jugendamts	✓

[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
Autismus	• Pharmakologische Therapie zur Unterstützung des Sozialverhaltens und zur Behandlung von repetitivem Verhalten, störenden Sonderinteressen und Hyper-/Hypoaktivität	✓
sanierungs-bedürftiger Zahnstatus	• Empfehlung der Teilnahme an strukturierten Karies-Prophylaxeprogrammen *	x
	• Versiegelung kariesgefährdeter Fissuren und Grübchen *	x
	• Professionelle mechanische Plaquereduktion (PMPR) und die Reduktion retentiver Faktoren (Reizfaktoren)	x
	• Lokal appliziertes Chlorhexidin mit Retard-Formulierung zur Parodontitistherapie	x
	• Verwendung von adjuvanten antimikrobiellen Wirkstoffen	x
	• (Lokal applizierte Antibiotika mit anhaltender Freisetzung zur Parodontitistherapie) **	x
	• (Zugangslappenoperation) **	x
	• (Resektive Parodontalchirurgie) **	x

	• (Wiederholte Reinigung der Wurzeloberfläche (mit oder ohne Zugangslappen)) **	✗
	• (Zähne mit tiefen Resttaschen und Knochentaschen sollen regenerativ behandelt werden) **	✗
	• (Regenerativen Parodontalchirurgie unter Anwendung von entweder Membranen oder Schmelz-Matrix-Proteine mit oder ohne Zusatz von Knochenersatzmaterial (Bone-derived Grafts)) **	✗

[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

** eher nicht relevant

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Autismus	• musiktherapeutische Einzel- und Gruppentherapie v.a. zur Förderung der sozialen Interaktion

[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 Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF- Register-Nr.: 028-047, Version 1.1, Stand: März 2021)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-026, 2. Aufl., Stand: Mai 2018)
- S1-Leitlinien Eisenmangelanämie (AWMF-Register-Nr.: 025-021, Oktober 2021)
- S1-Leitlinien Onychomykose (AWMF-Leitlinien-Register-Nr.: 013-003, Stand: 12.05.2022)
- S2k-Leitlinie Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen (AWMF-Registernummer: 083-021, Stand: Juni 2016) *
- S3-Leitlinie Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III. Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP) (AWMF-Registernummer: 083-043; Stand: Dezember 2020)
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 6, Fall 1

Junge, 9 Jahre, Ausgeprägte hyperaktiv-impulsive Symptomatik. Medikation ist erfolgt und trotz mehrfacher Umstellung bisher erfolglos. Entwicklungsstörung motorischer Funktionen mit fein- und grobmotorischer Koordinationsstörung. Sehr häufige verbale und körperliche aggressive Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen, oppositionell-verweigerndes Verhalten gegenüber Erwachsenen. Mehrfach gezündelt, einmalig auf Station Papierkorb angezündet aus Impuls heraus. Kardialer Befund einer ERBST, was psychopharmakologische Medikation kompliziert. Floride Neurodermitis. Allergisches und Belastungs-Asthma, medikamentös schwer einstellbar da schnell QTc-Verlängerung auftritt. Gehäuftes Stürzen und Unfälle, auch auf Station mit traumatologischer Versorgung. Bedarf regelmäßiger Psychomotorik. Schule nur in Begleitung möglich, Umschulung auf Schule für Körperbehinderte ist erfolgt. Hat nur wenige Freunde. Geregelte familiäre Verhältnisse; Eltern pädagogisch durch Verhalten ihres Sohnes überfordert, daher ambulante Erziehungshilfe über Jugendhilfe installiert.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
hyperaktiv-impulsive Symptomatik	• Exploration des Patienten und seiner Bezugspersonen zu: a) der aktuellen ADHS-Symptomatik; b) den daraus resultierenden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit; c) aktuellen koexistierenden psychischen Symptomen / Störungen oder körperlichen Erkrankungen; d) der aktuellen und früheren Rahmenbedingungen; e) der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte; f) der Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen; g) der Familienanamnese	✓
	• Verhaltensbeobachtung des Patienten und der Patient-Eltern Interaktionen in der Untersuchungssituation	✓

	• Psychopathologische Beurteilung des Patienten auf der Grundlage der explorierten und beobachteten Symptomatik	✓
	• Körperliche und neurologische Untersuchung mit Beurteilung des Entwicklungsstandes	✓
	• Fragebogenverfahren zur Diagnostik	✓
	• Testpsychologische Verfahren zur Diagnostik	✓
	• Differentialdiagnostik bezgl. weiteren psychische oder somatischen Erkrankungen und ggf. leitliniengerechte Behandlung dieser	✓
	• Behandlungsplanung gemeinsam mit Patient und Angehörigen	✓
	• Psychoedukation	✓
	• Psychopharmakotherapie unter Berücksichtigung individueller Merkmale des Patienten (einschl. Ergebnisse von vorangestellter Labordiagnostik und körperlichen Untersuchungen) und engmaschiger Überprüfung bzgl. des Auftretens unerwünschter Wirkungen bzw. Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung der Verabreichung und der Medikamenten-Adhärenz	✓
	• Bei Verdacht auf ernährungsinduzierte ADHS-Symptomatik Verweis an Ernährungsberatung	✓
	• Kognitiv-behaviorale Behandlung (Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining)	✓
	• Neurofeedback	✓
	• Elterntraining / Elternschulung / Elternberatung	✓
	• Lehrertrainings / Lehrerschulungen	✓
Neurodermitis	• Pharmakologische Behandlung der Neurodermitis (Glukokortikosteroide oder Calcineurininhibitoren zur lokalen Anwendung, alternativ antimikrobielle Therapie) *	✓
Asthma	• Antiasthmatikatherapie	✓
Entwicklungsstörung motorischer Funktionen	• Standardisierter Motoriktest zur genauen Beschreibung motorischer Kompetenzen und Schwierigkeiten	✓

	• Aktivitäts- oder teilhabeorientierte Ansätze mit Fokus auf Alltagsaktivitäten unter Einbeziehung der Eltern, um Fertigkeiten zu fördern	✓
	• Neben Handschrift Schulung in anderen schriftlichen Mitteilungsmöglichkeiten (z. B. das Schreiben mit der Tastatur)	✓
	• Aktive Videospiele in einem entsprechend betreuten Umfeld bzw. supervidierten Gruppenbehandlungen	✓
	• Kontinuierliche Verhaltensbeobachtung während des Behandlungszeitraums der motorischen Störungen	✓
Psychosoziale Aspekte	• Vermittlung von Selbsthilfeangeboten (Selbsthilfe- bzw. 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.

* Leitlinie ist abgelaufen

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
hyperaktiv-impulsive Symptomatik	• Motivation zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
Neurodermitis	• Antimikrobiell wirkende Wäsche (z.B. silbernitrathaltige Wäsche) *	?

Asthma	• Antiallergene Immuntherapie	✓

[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 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter (AWMF-Register-Nr.: 028-045, Stand: 02.05.2017)
- S2k-Leitlinie Neurodermitis (AWMF-Register-Nr.: 013-027, Langfassung, Stand: 31.03.2015) *
- S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma (AWMF-Register-Nr.: nvl-002, Langfassung, 4. Aufl., Version 1, Stand: 07.09.2020)
- Deutsch-österreichisch-schweizerische (DACH) Versorgungsleitlinie zu Definition, Diagnostik, Behandlung und psychosozialen Aspekten bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF) (AWMF-Register Nr. 022/017, Stand: Mai 2020)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 6, Fall 3

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Anorexia nervosa	• Psychotherapeutische Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonale Psychotherapie, fokale psychodynamische Therapie, Maudsley Model of Anorexia Nervoas Treatment, Specialist Supportive Clinical Management)	✓
	• Pharmakologische Behandlung (niedrig dosierte Neuroleptika, z.B. Olanzapin)	✓
	• Ernährungstherapie zur Wiederherstellung eines gesunden Körpergewichts	✓
	• Ernährungsmanagement bei Patienten mit hochgradiger Mangelernährung	✓
	• Medizinische Überwachung von kritischen Elektrolyten und Vitaminen in der Refeeding-Phase	✓
	• Ernährungsberatung der Patientin	✓

	• Regelmäßige Visiten mit Besprechen der Gewichtskurve	✓
	• Regelmäßiges Wiegen der Patientin (in der Regel 1–3 x/Woche)	✓
	• Störungsorientierte Körper- und ggfs. Sporttherapie	✓
	• Familientherapeutische Ansätze	✓
Perikarderguss	• Pharmakologische Behandlung des Perikarderguss (ASS, NSAR, Colchin) *	✓

[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.

* keine AWMF-Leitlinie

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Anorexia nervosa	• Förderung der Körperwahrnehmung durch Klangmassage mit Körpertambura, Klangwiege, Klangschalen

[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 Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-026, 2. Aufl., Stand: Mai 2018)
- ESC Pocket Guidelines Perikarderkrankungen (Stand: 2015) *

* keine AWMF-Leitlinie

Bedarfscluster 7, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Sozialverhaltensstörung	• Zeitlich begrenzte intensive kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungsformen (Psychoedukation, Modelldarbietung, Methoden der Affektregulation, Rollenspiele etc.) *	✓
	• Soziales Kompetenztraining (einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung) *	✓
	• Deeskalationsstrategien *	✓

	• Elterntraining (mit Psychoedukation, Verstärkertechniken, Techniken zur Verbesserung der Konfliktlösung, etc.) *	✓
nächtliches Einnässen	• Standard-Urotherapie	✓
Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug von Jugendamt	✓

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Sozialverhaltensstörung	• musiktherapeutische Interaktionsförderung

[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 Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028-026, Langfassung, Stand: 31.05.2021)
- S3-Leitlinien Störung des Sozialverhaltens (AWMF-Register-Nr.: 028-020, Stand: September 2016) *
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 8, Fall 4

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
polytoxikomaner Substanzabusus (inkl. Heroin)	• Erhebung von bestehenden psychischen und somatischen Komorbiditäten und Differentialdiagnostik bezüglich Schmerzen *	✓
	• Qualifizierte Entzugsbehandlung unter Einbindung von bedarfsspezifischen Selbsthilfegruppen und Angehörigenarbeit *	✓
	• Psychotherapeutische Methoden (z.B. Psychoedukation, Motivierende Gesprächsführung) *	✓
	• bedarfs- und motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- und Therapieangebot in der Postakutbehandlung *	✓
	• Medikamentöse Behandlung mit Benzodiazepinen *	✓
	• ggf. Unterstützung der pharmakologischen Behandlung durch Antipsychotika *	✓
	• Vermittlung von Methoden der Sporttherapie (Trainingstherapie, körperliche Konditionierung) zur Linderung von Entzugserscheinungen und Stabilisierung der Abstinenz *	✓
	• Neurofeedback *	✓
	• Ohrakupunktur *	✓

Persönlichkeitsstörung	• Fertigkeitentraining für Impulskontrolle, Emotionsregulation, Problemlösestrategien, soziales Verhalten * • Evtl. kurzzeitige Psychopharmakotherapie (SSRIs, MAO-Hemmer, Valproat, Lamotrigin, Topiramat) * • Psychoedukation der Patientin *	✓ ✓ ✓
Suizidalität	• Abklärung der Suizidalität (Psychopathologischer Befund, körperlich-neurologische Untersuchung, Aussagen der Eltern und Bezugspersonen) * • Beaufsichtigung bei akuter Suizidalität in geschütztem Rahmen * • psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der Suizidalität (unter Einbezug der Familie, Kontinuität des Therapeuten, Reduktion von Belastungsfaktoren inkl. Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität) * • Training von Fertigkeiten, die Stabilität, Sicherheit und Beziehungsfähigkeit fördern (möglichst in einem Gruppensetting) * • Unterstützung bei der Umsetzung der Fertigkeiten in den Alltag (Generalisierung) und Begleitung der Patientin durch Angebote zur Kontaktaufnahme (z. B. Telefon) oder direkte Unterstützung im Realkontext * • Unterstützung der/des TherapeutIn im therapeutischen Team (Supervison, Intervention), Konsultationsmöglichkeiten *	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Schwangerschaft	• Aufklärung über Risiken für Embryo, Fetus und Schwangerschaftsverlauf bei Substanzabusus	✓
Psychosoziale Aspekte	• Sozialarbeiterische Unterstützung und Begleitung * • (Vermittlung von) Suchtbezogener Nachsorge * • Vermittlung von abstinenzorientierter Interventionsform in spezifischer Einrichtung * • Ermittlung von beruflichen und sozialen Teilbedarfen und entsprechende Berücksichtigung in der Weiterbehandlung * • Vermittlung von Information über Hilfsangebote *	✓ ✓ ✓ ✓ ✓

	• (Vermittlung von) onlinebasierten Selbsthilfeangeboten *	✓
	• (Vermittlung von) Selbsthilfegruppen *	✓
Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug von Jugendamt	✓

[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
Suizidalität	• Strukturierte Interventionen im familiären und außerfamiliären (z. B. schulischem) Umfeld *	✓

[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
allgemein	• geschlossene/geschützte Unterbringung zu überlegen
Schwangerschaft	• Einbezug einer Hebamme

[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 Methamphetamin-bezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038/024, Stand: 2016) *
- S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (AWMF –Register-Nr.: 038-015, Stand: Mai 2008) *
- S2k-Leitlinie Suizidalität im Kindes-und Jugendalter (AWMF-Register-Nr.: 028 –031, Stand: Mai 2016) *
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 8, Fall 6

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Persönlichkeitsstörung	• Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Verfahren; inkl. Fokus auf Beziehungsarbeit, Hierarchisierung der Behandlungsziele, Problemanalyse unter Berücksichtigung spezifischer Denk-, Verhaltens- und Beziehungsmuster; tiefenpsychologische Verfahren) zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen *	✓
	• Psychoedukation *	✓

	• Kombinationstherapie pharmakologischer und psychotherapeutischer Therapien *	✓
	• Gruppentherapeutische Verfahren zur Schulung der Fähigkeit zum Perspektivwechsel *	✓
	• Fertigkeitentraining für Impulskontrolle, Emotionsregulation, Problemlösestrategien, soziales Verhalten *	✓
	• Gruppen- und Familientherapeutische Ansätze *	✓
Adipositas	• Ernährungstherapie unter Einbeziehung der Familie	✓
	• Bewegungstherapie / Körperliche Aktivität; möglichst im Gruppensetting	✓
	• Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Umsetzung und Aufrechterhaltung der Veränderungen in Ernährungs- und Bewegungsverhalten	✓
	• Verhaltenstherapeutische Elternschulung/ Psychoedukation zur Adipositasbehandlung	✓
Diabetes mellitus	• Regelmäßige Überprüfung der Diabetes-Therapiestrategie und der Veränderung/ Deeskalation dieser	✓
	• Insulintherapie	✓
	• Intensivierte Insulintherapie (ggf. Einsatz einer Insulinpumpentherapie bei Nichterreichen der individuellen Therapieziele)	✓
	• 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)	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.

* Leitlinie ist abgelaufen

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (AWMF-Register-Nr.: 038-015, Stand: Mai 2008) *
- S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Register-Nr.: 050-002, Stand: August 2019)
- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: 057-013, 2. Aufl., Stand: 2018)
- Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: nvl-001, Langfassung, 2. Auflage, Version 1, Stand: 25. März 2021)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 1, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Ticstörung	• Diagnostik im Hinblick auf komorbide psychiatrische Erkrankungen *	✓
	• Pharmakotherapie (Atypische Antipsychotika z.B. Tiaprid, Sulpirid, Aripiprazol und Risperidon) **	✓
	• Verhaltenstherapie („Habit Reversal Training" (HRT) oder „Exposure and Response Prevention Training" (ERPT)) **	✓
	• Psychoedukation (auch der Angehörigen) **	✓
Akne	• Peeling in Kombination mit Pharmakotherapie	✓
	• additive manuelle Aknetherapie (Reinigung und Desinfektion)	✓
Psychosoziale Aspekte	• Nachteilsausgleich in der Schule	?

	• Eingliederungshilfe	?

[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.

* keine AWMF-Leitlinie

** Leitlinie ist abgelaufen

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Psychosoziale Aspekte	• Empfehlung von Selbsthilfegruppen (Ticstörung) *	?

[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
Ticstörung	• Gruppentherapie zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen und zur Förderung des Selbstwerts • Elternarbeit / Familientherapie • Tanztherapie • Erlebnistherapeutisch, Körperpsychotherapie Förderung der Selbstwirksamkeit Selbstakzeptanz beides in Gruppe • soziales Kompetenztraining
Psychosoziale Aspekte	• Arbeit mit Patient, Pflegefamilie und Schule bzgl. Mobbing; Mobbingprävention (Einbezug der Schule)

[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:

- S1-Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Tic (AWMF-Register-Nr.: 030/012, Stand: September 2012) *
- Practice Guideline: The treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders. American Academy of Neurology, 2019 **

* Leitlinie ist abgelaufen

** keine AWMF-Leitlinie

Bedarfscluster 2, Fall 1

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Depression	• Aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation bei leichten depressiven Störungen *	?
	• Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) *	?
	• Psychodynamische oder systemische Psychotherapie *	?
	• Pharmakotherapie (Fluoxetin, alternativ Escitalopram, Citalopram, Sertralin) als Behandlung zweiter Wahl (inkl. Monitoring hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen) *	?
	• Regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolgs nach (frühestens) 4 Wochen *	?
	• Therapiewechsel bei Nicht-Ansprechen der bisherigen Therapie zu einer bisher nicht verwendeten Therapie (Psychotherapie oder Medikament) *	✗
Morbus Crohn	• frühzeitige Einbindung der Patientin und der Familie sowie Bezugspersonen in die Behandlung sowie relevante Entscheidungen	?

	• Multikonvergente Therapien (Achtsamkeitsmeditation mit Aspekten kognitiver Verhaltenstherapie) zur Stressreduktion	?
	• Akzeptanz- und Commitment-Therapien (Akzeptanz- und Achtsamkeitsverfahren zusammen mit dem Erlernen von Strategien des engagierten Handelns und von Verhaltensänderungen)	?
	• Ernährungsberatung durch eine qualifizierte Fachkraft	✗
	• Screening auf Anämie und Mangelernährung	✗
	• Behandlung der Unterernährung	?
	• altersgerechte Heranführung der Patientin an die erfolgreiche Krankheitsbewältigung	?
Psychosoziale Aspekte	• Psychosoziale Unterstützung der Familie hinsichtlich des Morbus Crohn	✗

[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
Morbus Crohn	• Medikamentöse Therapie (z.B. Immunsuppressiva/Biologika, Budesonid)	✗
	• ggf. weiterführenden Abklärung extramuraler Komplikationen (z.B. Fisteln, Abszesse)	✗
	• Untersuchung auf C. difficile und Cytomegalievirus bei schwerem akutem Schub und/oder therapierefraktärem Verlauf	✗

	• erneute Diagnostik inklusive Sonographie und/oder Endoskopie und/oder MR-Enterographie bei Persistenz der Beschwerden und/oder bei therapierefraktärem Schub	✗
	• exklusive, enterale Ernährungstherapie zur Remissionsinduktion	✗
	• Akupunktur (ggf. in Kombination mit Moxibustion) bei mildem bis moderatem Schub	✗
	• Therapieversuch mit cannabisbasierten Arzneimitteln	✗
	• ggf. elektive Operation bei anhaltender Krankheitsaktivität	✗
	• enterale Ernährung als supplementäre Therapie bei Unterernährung	✗
	• ggf. Eisen-, Folsäure- und/oder Vitamin B_{12}-Substitution bei entsprechendem Mangel	?

[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	• Tanztherapie • Kunst- oder Musiktherapie • Ergotherapie

[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 depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028 – 043, Stand: 01.07.2013) *
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn (AWMF-Register-Nr.: 021-004, Stand: August 2021)
- S3-Leitlinie der DGEM in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGVS. Klinische Ernährung in der Gastroenterologie (Teil 4) – Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (AWMF-Register-Nr. 073/027, Stand: 2014) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 3, Fall 1

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
ADHS	• Differentialdiagnostische Abgrenzung anderer psychischer Störungen bzw. Komorbiditäten	✓
	• Behandlungsplanung gemeinsam mit Patient und Angehörigen	✓
	• Psychopharmakotherapie unter Berücksichtigung individueller Merkmale des Patienten (einschl. Ergebnisse von vorangestellter Labordiagnostik und körperlichen Untersuchungen) und engmaschiger Überprüfung bzgl. des Auftretens unerwünschter Wirkungen bzw. Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung der Verabreichung und der Medikamenten-Adhärenz	✓
	• Kognitiv-behaviorale Behandlung (Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining)	✓

	• Ernährungsberatung • Psychoedukation • Elterntraining / Elternschulung / Elternberatung • Regelmäßige Überprüfung der Symptomatik und damit einhergehender Einschränkungen (z.B. Schulunfähigkeit) *	✓ ✓ ✓ ✓
Psychosoziale Aspekte	• Vermittlung von Selbsthilfeangeboten (Selbsthilfe- bzw. Angehörigengruppen)	✓
Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug des Jugendamts	✓

[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.

* keine AWMF-Leitlinie

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
ADHS	• Neurofeedback	?

[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
ADHS	• Tanz- oder Bewegungstherapie • Eltern-Kind-Interaktionsförderung in Gruppe mit Schwerpunkt Bewegung und Förderung der Selbstregulation
Psychosoziale Aspekte	• Klärung der schulischen Perspektive unter Einbeziehung der Beurteilung durch die Klinikschule; enge Kooperation in der Behandlung zwischen Schule und Behandler (Klinik, TK) • Case-Management

[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 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter (AWMF-Register-Nr.: 028-045, Stand: 02.05.2017)
- NICE guideline. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. (Stand: 14.03.2019) *
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* keine AWMF-Leitlinie

Bedarfscluster 4, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Persönlichkeitsstörung	• Psychotherapeutische Verfahren (Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Verfahren) *	✓
	• Fertigkeitentraining für Impulskontrolle, Emotionsregulation, Problemlösestrategien, soziales Verhalten *	✓
	• Gruppen- und Familientherapeutische Ansätze *	?
nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	• Psychopharmakotherapie bei Auftreten von Anspannungszuständen mittels niederpotentem Antipsychotikum *	✓
Suizidalität	• Abklärung der Suizidalität (Psychopathologischer Befund, körperlich-neurologische Untersuchung, Aussagen der Eltern und Bezugspersonen) *	

	• Beaufsichtigung bei akuter Suizidalität in geschütztem Rahmen *	✓
	• psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der Suizidalität (unter Einbezug der Familie, Kontinuität des Therapeuten, Reduktion von Belastungsfaktoren inkl. Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität) *	✓
	• Spezifische Interventionen bei Suizidalität (einschließlich Familienmanagement, Fertigkeitentraining, Familienberatung) *	✓

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Persönlichkeitsstörung / Suizidalität	• Gute Schulung des Personals in der TWG vor Ort und ggf. Supervision des Teams der TWG • Ergotherapie, Kunst- und/ oder Musiktherapie, Tanztherapie

[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) *
- S2k-Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Register-Nr.: 028-029, Stand: Februar 2015) *
- S2k-Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Register-Nr.: 028 – 031, Stand: Mai 2016) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 4, Fall 4

Junge, 7 Jahre, Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters. Seit Kindergartenalter in sozialer Gruppe sehr ängstlich zurückhaltend, sozial zurückgezogen, spielt nur wenig in Gruppen mit. Spricht nur wenig mit Erzieherinnen, lässt sich auf diese kaum ein. Kaum Verbesserung der Symptomatik über die Jahre trotz ambulanter Psychotherapie und Heilpädagogik. Starke Ängste vor der anstehenden Einschulung; Patient benötigt altersbedingt enge Begleitung und Haltgebung in Situationen wie Zubettgehen, nächtliches Aufwachen, Gestaltung von Freizeit. Lebt mit Eltern und 2 Geschwistern, Mittelschichtfamilie ohne psychosoziale Belastungen. Mutter war in Kindheit ebenfalls ängstlich, jetzt leichte Ängstlichkeit ohne Krankheitswert. Eltern befürchten Misslingen der Einschulung aufgrund des bisherigen Verlaufs. Hilfen durch das Jugendamt sind bereits angebahnt.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Soziale Ängstlichkeit	• Ausschlussdiagnostik für andere Arten von Angststörungen; psychische und körperliche Ursachen *	✓
	• Exploration von Kind und Bezugspersonen; Erfassung der Angstsymptomatik *	✓
	• Exploration der Eltern oder Stellvertretern bzgl. Pränataler und Geburtsanamnese, medizinische Vorgeschichte, Selbstständigkeitsentwicklung und Risikoverhalten, belastende Lebensereignisse *	✓
	• Exploration bzgl. Temperamentsfaktoren und kognitiver Entwicklung *	✓
	• Erfassung der Familienanamnese und familiärer Interaktionsstil *	✓
	• Testpsychologische Diagnostik bzgl. Angst und damit verbundenen Faktoren (z.B. kognitives Leistungsniveau) *	✓

	• Alters- bzw. entwicklungsadäquate Aufklärung des Kindes sowie der Eltern bzgl. Erkrankung *	✓
	• Entwicklung von Therapiezielen und eines Behandlungsplanes gemeinsam mit Eltern und Kind *	✓
	• Etablierung eines Arbeitsbündnisses *	✓
	• Erstellen eines Therapiekontraktes *	✓
	• Prüfung der Realisierbarkeit und Akzeptanz von Interventionen *	✓
	• Prüfung der Behandlungsmotivation und evtl. Einsatz von Maßnahmen zur Verbesserung der Motivation bei Patient und Eltern *	✓
	• Kontingente Verstärkung, Entspannungstechniken und systematische Desensibilisierung *	✓
	• Verhaltenstherapeutische Ansätze sozialen Lernens (Modelllernen, Problemlöseverhalten oder soziales Kompetenztraining) *	✓
	• Kognitiv-verhaltensorientierte Therapie unter Einbezug von Techniken wie systematische Desensibilisierung, Exposition, Reaktionsverhinderung, Gegenkonditionierung, Modelllernen und operante Konditionierung *	✓
	• Psychodynamische Interventionen (z.B. Imaginationsverfahren, spieltherapeutische Ansätze) *	✓
	• Individuelle und Gruppenpsychotherapie *	?
	• Beratung über den Umgang der Eltern mit dem Angst- und Vermeidungsverhalten ihres Kindes *	✓
	• Familientherapeutische/familienorientierte Gespräche und Maßnahmen *	✓
	• Familieninterventionen *	✓
Psychosoziale Aspekte	• Anbahnung von Jugendhilfemaßnahmen *	?

[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
Soziale Ängstlichkeit	• Kognitive Restrukturierung/innerer Dialog *	?

[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
Soziale Ängstlichkeit	• Sandspiel

[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:

- S1-Leitlinien Phobische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028-021, Stand: November 2006) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 5, Fall 3

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Ängstlichkeit	• Ausschlussdiagnostik für andere Arten von Angststörungen; psychische und körperliche Ursachen *	✓
	• Exploration von Kind/Jugendlichem und Bezugspersonen; Erfassung der Angstsymptomatik *	✓
	• Exploration der Eltern oder Stellvertretern bzgl. Pränataler und Geburtsanamnese, medizinische Vorgeschichte, Selbstständigkeitsentwicklung und Risikoverhalten, belastende Lebensereignisse *	✓
	• Exploration bzgl. Temperamentsfaktoren und kognitiver Entwicklung *	✓
	• Erfassung der Familienanamnese und familiärer Interaktionsstil *	✓
	• Testpsychologische Diagnostik bzgl. Angst und damit verbundenen Faktoren (z.B. kognitives Leistungsniveau) *	✓
	• alters- bzw. entwicklungsadäquate Aufklärung des Kindes/Jugendlichen sowie der Eltern bzgl. Erkrankung *	✓
	• Entwicklung von Therapiezielen und eines Behandlungsplanes gemeinsam mit Eltern und Kind *	✓
	• Etablierung eines Arbeitsbündnisses *	✓

	• Erstellen eines Therapiekontraktes *	✓
	• Prüfung der Realisierbarkeit und Akzeptanz von Interventionen *	✓
	• Prüfung der Behandlungsmotivation und evtl. Einsatz von Maßnahmen zur Verbesserung der Motivation bei Patient und Eltern *	✓
	• Kognitive Restrukturierung/innerer Dialog *	✓
	• Kontingente Verstärkung, Entspannungstechniken und systematische Desensibilisierung *	✓
	• Verhaltenstherapeutische Ansätze sozialen Lernens (Modelllernen, Problemlöseverhalten oder soziales Kompetenztraining) *	✓
	• Kognitiv-verhaltensorientierte Therapie unter Einbezug von Techniken wie systematische Desensibilisierung, Exposition, Reaktionsverhinderung, Gegenkonditionierung, Modelllernen und operante Konditionierung *	✓
	• Individuelle und Gruppenpsychotherapie *	✓
	• Beratung über den Umgang der Eltern mit dem Angst- und Vermeidungsverhalten ihres Kindes *	✓
	• Familientherapeutische/familienorientierte Gespräche und Maßnahmen *	✓
	• Familieninterventionen *	?
kindliches Rheuma	• psychologische Betreuung	?
Psychosoziale Aspekte	• Anbahnung von Jugendhilfemaßnahmen *	✓
	• Anbahnung von Rehabilitationsmaßnahmen *	?

[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
Emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Ängstlichkeit	• Psychodynamische Interventionen (z.B. analytische Einzel- und Gruppengespräche, Fokaltherapie, Imaginationsverfahren, spieltherapeutische Ansätze) *	?
kindliches Rheuma	• Physiotherapie / Ergotherapie • physikalische Therapie (u.a. Thermotherapie, Elektrotherapie, Massage und Lymphdrainage) • Kinderorthopädie hinzuziehen	x 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.

* Leitlinie ist abgelaufen

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Ängstlichkeit	• ggf. auch gruppentherapeutische Maßnahmen in einem Setting mit Gleichaltrigen • Ressourcenorientierte Freizeitgestaltung fördern

kindliches Rheuma	• Konsil ist wichtig
Psychosoziale Aspekte	• Prüfung der weiteren Beschulung (z.B. Umschulung auf Schule für Körperbehinderte o.ä.)

[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:

- S1-Leitlinien Phobische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028-021, Stand: November 2006) *
- S2k-Leitlinie „Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“ (AWMF-Register Nr. 027/020, 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 6, Fall 4

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Anorexia nervosa purging type	• Psychotherapeutische Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonale Psychotherapie, fokale psychodynamische Therapie, Maudsley Model of Anorexia Nervoas Treatment, Specialist Supportive Clinical Management)	✓
	• Pharmakologische Behandlung (Neuroleptika, Z.B. Olanzapin)	✓
	• Ernährungstherapie zur Wiederherstellung eines gesunden Körpergewichts	✓
	• Ernährungsmanagement bei Patienten mit hochgradiger Mangelernährung	✓
	• Medizinische Überwachung von kritischen Elektrolyten und Vitaminen in der Refeeding-Phase	✓
	• Ernährungsberatung der Patientin	✓
	• Regelmäßige Visiten mit Besprechen der Gewichtskurve	✓

	• Regelmäßiges Wiegen der Patientin (in der Regel 1–3 x/Woche) • Störungsorientierte Körper- und ggfs. Sporttherapie • Familientherapeutische Ansätze	✓ ✓ ✓
Diabetes mellitus Typ 1	• Intensivierte Insulintherapie • 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)	✓ ✓

[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
Anorexia nervosa purging type	• Arbeit an der Compliance und Motivation bei der Patientin, Arbeit und Förderung der Krankheitseinsicht • weitere Diagnostik bzgl. Emotionsregulation und Komorbiditäten und ggf. entsprechende Mitbehandlung • Tanztherapie bzw. körperorientierte Psychotherapie • Förderung innerhalb der Peergroup • Angehörigenarbeit

[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 Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-026, 2. Aufl., Stand: Mai 2018)
- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: 057-013, 2. Aufl., Stand: 2018)

Bedarfscluster 7, Fall 4

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
PTBS	• Differentialdiagnostische Beurteilung der PTBS-Symptomatik und komorbiden psychischen Erkrankungen; darauf aufbauende Therapieplanung • Berücksichtigung des Entwicklungsstandes des Kindes/Jugendlichen • Adjuvante Verfahren (Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie)	✓ ✓ ✓

	• Einbezug Eltern oder Bezugspersonen in die Behandlung	
Suizidalität	• Abklärung der Suizidalität (Psychopathologischer Befund, körperlich-neurologische Untersuchung, Aussagen der Eltern und Bezugspersonen) *	✓
	• Intensive Betreuung bei Suizidalität *	✓
	• psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der Suizidalität (unter Einbezug der Familie, Kontinuität des Therapeuten, Reduktion von Belastungsfaktoren inkl. Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität) *	✓
	• Psychopharmakotherapie *	✓
Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbeziehen des Jugendamts (sexueller Missbrauch)	✓

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
PTBS	• Skills entdecken und erarbeiten lassen
Psychosoziale Aspekte	• Mutter unterstützen für Umgang mit Jugendamt • evtl. anschließende Unterbringung in betreute Jugend-WG, Schutz vor weiteren Traumatisierungen

Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung der Kindeswohlgefährdung beim Bruder

[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 Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028 – 043, Stand: 01.07.2013) *
- S2k-Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Register-Nr.: 028 – 031, Stand: Mai 2016) *
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 8, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Abhängigkeit von MDMA, Cannabinoiden und Alkohol	• Erstellung eines individuellen Behandlungsplans unter Berücksichtigung der alkoholbezogenen Störung, komorbider Erkrankungen und sozialer Belastung	✓
	• Stationäre symptomorientierte Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder besser qualifizierter Entzug) (bei (zu erwartenden) schweren Entzugssymptomen, schweren und multiplen somatischen oder psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen, Suizidalität, fehlender sozialer Unterstützung, Misserfolg bei ambulanter Entgiftung)	✓
	• Pharmakotherapie (z.B. Benzodiazepine) unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und -komplikationen und individueller Merkmale des Patienten (z.B. Komorbiditäten etc.)	✓
	• ggf. Unterstützung der pharmakologischen Behandlung durch Antipsychotika *	✓

	• (Kognitive) Verhaltenstherapie bzw. Kontingenzmanagement oder psychodynamische Kurzzeittherapie	✓
	• Motivationale Interventionsformen	✓
	• Cognitive Bias Modification	✓
	• Ohrakupunktur *	✓
	• Psychosoziale Therapien (z. B. Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport- und Bewegungstherapie, Freizeitpädagogik, Ergotherapie)	✓
	• Künstlerische Therapien	✓
	• Patientengruppen	✓
	• Angehörigenarbeit, Einbezug der Familienangehörigen bzw. Bezugspersonen	✓
	• Familienbasierte Therapieformen/Multidimensionale Familientherapie	✓
	• Differentialdiagnostik zu Substanzabhängigkeiten und komorbiden psychischen Erkrankungen in der Postakutbehandlung *	✓
	• Bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot in der Postakutbehandlung *	✓
Körperliche Gesundheit	• Diagnostische Abklärung alkoholassoziierter somatischer Folgeerkrankungen, z.B. Klinik, Labor, Elastographie und Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung und Verlaufskontrolle von Lebererkrankungen; ggf. Leberbiopsie; Klinik und Labor zur Früherkennung von alkoholassoziierten Polyneuropathien	✓
	• Gabe von B-Vitaminen bei alkoholassoziierten Polyneuropathien	✓
Scabiesinfektion	• Pharmakologische Behandlung der Scabies *	✓
	• Hygienefördernde Umgebungsmaßnahmen *	✓
ruinöser Zahnstatus	• Konsultation eines Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen, bzw. Oralchirurgen *	✓
	• Wiederholte individuell angepasste Instruktionen zur häuslichen mechanischen Mundhygiene einschließlich der Interdentalraumreinigung	✓

	• Antimikrobielle Wirkstoffe zur Behandlung einer Parodontitis in der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT)	✓
Psychosoziale Aspekte	• Klinikschulbesuch *	✓
	• Vermittlung von abstinenzorientierter Interventionsform in spezifischer Einrichtung *	✓
	• Ermittlung von beruflichen und sozialen Teilhabebedarfen und entsprechende Berücksichtigung in der Weiterbehandlung *	✓
	• Vermittlung von Informationen über Hilfeangebote *	✓
	• (Vermittlung von) Erziehungshilfe für Familie	✓
	• (Vermittlung von) onlinebasierten Selbsthilfeangeboten *	✓
	• (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.

* Leitlinie ist abgelaufen

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Abhängigkeit von MDMA, Cannabinoiden und Alkohol	• Entwicklungsanamnese bzgl. Traumata, Teilleistungsstörungen inkl. Sprachstörungen, ADHS etc. für die weitere Behandlung wichtig • familienbezogener Maßnahmen

[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 Methamphetamin-bezogene Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038/024, Stand: 2016) *
- S3 Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Register-Nr.: 076-001, Stand: Dezember 2020)
- S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Skabies (AWMF-Registernummer: 013-052, Langfassung, Stand: 31.01.2016) *
- S3-Leitlinie Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III (AWMF-Registernummer: 083-043, Langfassung, Stand: Dezember 2020)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 8, Fall 3

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Psychotische Episode	• Pharmakotherapie mittels Antipsychotika (z.B. Aripiprazol, Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin, Paliperidon und Risperidon)	✓
	• Psychotherapie (verschiedene Verfahren möglich)	✓
	• Psychoedukation (Einzel; Gruppe und/oder unter Einbezug der Angehörigen)	✓
	• Metakognitives Training	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Ergotherapie	✓

	• 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	✓
Tachykardie	• Pharmakologische Akut- und Dauerbehandlung der tachykardischen Herzrhythmusstörungen (z.B. Verapamil)	x
Psychosoziale Aspekte	• Case Management	✓
	• Anbahnung von Maßnahmen zur beruflichen bzw. schulischen Rehabilitation mittels Einbezug der entsprechenden Dienste	✓
Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und Einbezug des Jugendamts	✓

[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)
- S2k-Leitlinie Pädiatrische Kardiologie: Tachykarde Herzrhythmusstörungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (EMAH-Patienten; AWMF-Register-Nr.: 023-022, Langfassung, Stand: 28.11.2018)
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

Bedarfscluster 1, Fall 3

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
depressive Störung	• Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) *	✓
	• Psychodynamische oder systemische Psychotherapie *	✓
	• Pharmakotherapie (Fluoxetin, alternativ Escitalopram, Citalopram, Sertralin) als Behandlung zweiter Wahl (inklusive Monitoring hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen) *	✓
	• Regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolges nach (frühestens) 4 Wochen *	✓
	• Therapiewechsel bei Nicht-Ansprechen der bisherigen Therapie zu einer bisher nicht verwendeten Therapie (Psychotherapie oder Medikament) *	✓
	• Aktive Exploration weiterer Symptome einer depressiven Störung **	✓
	• Strukturiertes und supervidiertes körperliches Training **	✓
	• Lichttherapie **	✓

Psychosoziale Aspekte	• Information an Patient und Angehörige über Selbsthilfe und Angehörigengruppen **	✓
	• qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, z. B. Selbsthilfebücher/Online-Programme **	?

[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

** Diese Leitlinie ist nicht für die Behandlung von Kinder und Jugendlichen entwickelt. Die Empfehlungen gelten für Erwachsene.

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
depressive Störung	• repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) (Depression) **	✓

[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.

** Diese Leitlinie ist nicht für die Behandlung von Kinder und Jugendlichen entwickelt. Die Empfehlungen gelten für Erwachsene.

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
depressive Störung	• Elternberatung und –psychoedukation • Co-therapeutische Angebote zur Erhaltung der Tagesstruktur • Betätigungsorientierte Therapien (Kunst, Bewegung, Drama, Musik, Ergo)
Cannabisgebrauch	• Besuch einer Drogenberatungsstelle • Drogenscreening

[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 depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028 – 043, Stand: 01.07.2013) *
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung (AWMF-Register-Nr.: nvl-005, Kurzfassung, 2. Aufl., Version 1, Stand: 2017) **

* Leitlinie ist abgelaufen

** Diese Leitlinie ist nicht für die Behandlung von Kinder und Jugendlichen entwickelt. Die Empfehlungen gelten für Erwachsene.

Bedarfscluster 2, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Aufmerksamkeits-störung ohne Hyperaktivität	• Differenzialdiagnostische Abgrenzung anderer psychischer Störungen bzw. Komorbiditäten	✓
	• Behandlungsplanung gemeinsam mit Patient und Angehörigen	✓
	• Psychoedukation	✓
	• Psychopharmakotherapie unter Berücksichtigung individueller Merkmale des Patienten (einschl. Ergebnisse von vorangestellter Labordiagnostik und körperlichen Untersuchungen) und engmaschiger Überprüfung bzgl. des Auftretens unerwünschter Wirkungen bzw. Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung der Verabreichung und der Medikamenten-Adhärenz	✓
	• Kognitiv-behaviorale Behandlung (Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining)	✓
	• Elterntraining / Elternschulung / Elternberatung	✓

	• Lehrertrainings / Lehrerschulungen	✓
Epilepsie	• Konsil mit Kindeneurologen	✓
	• entwicklungsneurologische und psychologische Diagnostik zur Erfassung und evtl. Behandlung komorbider Störungen	✓
	• weiterführende Diagnostik bei therapierefraktärem Verlauf (z.B. MRT-Untersuchung, Diagnostik hinsichtlich Stoffwechselerkrankungen)	✓
	• Ketogene Ernährungstherapie bei pharmakoresistenter und schwer behandelbarer Epilepsie im Kindes- und Jugendalter	✓
Psychosoziale Aspekte	• Vermittlung von Selbsthilfeangeboten (Selbsthilfe- bzw. 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
Aufmerksamkeits-störung ohne Hyperaktivität	• Motivation zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	✓
	• Bei Verdacht auf ernährungsinduzierte ADHS-Symptomatik Verweis an Ernährungsberatung	
	• Neurofeedback	

Epilepsie	• Zuweisung zu epilepsiechirurgischer Diagnostik bei therapierefraktärem Verlauf	

[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
Aufmerksamkeits-störung ohne Hyperaktivität	• Psychomotorische / Bewegungstherapie • Ergotherapie
Psychosoziale Aspekte	• Enge Rückkopplung mit ambulanten Behandlungsangeboten (z.B. PIA, Haus- und Kinderärzten), um die vollstationäre Behandlungszeit nicht unnötig zu verlängern. Besonders wichtig ist die Erprobung der Wirksamkeit der medikamentösen Einstellung im häuslichen und schulischen Bezugsrahmen (Heimatschule)

[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 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter (AWMF-Register-Nr.: 028-045, Stand: 02.05.2017)
- S1-Leitlinie Diagnostische Prinzipien bei Epilepsien des Kindesalters (AWMF-Registernummer 022/007, 18.12.2017)
- S1-Leitlinie Ketogene Ernährungstherapien (KET) (AWMF-Registernummer 022/021, 30.11.2021)

Bedarfscluster 3, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Störung des Sozialverhaltens	• Psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings, einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung und unter Einbezug des selbstverletzenden Verhaltens *	✓
	• Multimodale Intensivbehandlung *	✓
	• Deeskalationsmaßnahmen bei aggressivem Verhalten *	✓
	• Psychoedukation *	✓

[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
Störung des Sozialverhaltens	• Ergänzend psychopharmakologische Behandlung * • Elterntraining *	✓ ✓
nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	• Ggf. Psychopharmakotherapie bei Auftreten von Anspannungszuständen *	✓

[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
Störung des Sozialverhaltens / nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	• Ergotherapie • Bewegungstherapie • Künstlerische 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:

- S2k-Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter (AWMF-Register-Nr.: 028-029, Stand: Februar 2015) *
- S3-Leitlinien Störung des Sozialverhaltens (AWMF-Register-Nr.: 028-020, Stand: September 2016) *

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 4, Fall 1

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
manische Symptomatik	• Umfassende Diagnostik und Anamneseerhebung für bipolare Symptomatik und psychische, neurologische und somatische Komorbiditäten durch qualifiziertes Fachpersonal **	✓
	• Erhebung physiologischer Parameter vor Beginn der Pharmakotherapie **	✓
	• Aufklärung des Patient und dessen Angehörige über pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten und deren mögliche Nebenwirkungen **	✓
	• Pharmakotherapie (Carbamazepin, Valproat, ggf. Benzodiazepine, Neuroleptika, Lithium) *	✓
	• Intensives Monitoring während der Pharmakotherapie **	✓

	• Stützende Psychotherapie (im Einzel- und Gruppensetting) als Zusatz zur Pharmakotherapie *	✓
	• Einbeziehung von Angehörigen in Behandlung **	✓
	• Psychoedukation von Patient und Eltern *	✓
	• Familienberatung (fokussierend auf Stressreduktion, Copingstrategien, Kommunikation und Interaktion) *	✓
	• Ergotherapie *	✓
	• Unterstützende Therapieverfahren (wie z.B. Entspannungs-, Bewegungs- und künstlerische Therapien) **	✓
	• Dokumentation und Beobachtung des Symptomverlaufs **	✓
Psychosoziale Aspekte	• Kontaktaufnahme mit Lehrer*innen (mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten) zur Wiedereingliederung in Schule und deren Psychoedukation *	✓
	• Selbsthilfe-und Angehörigengruppen **	✓

[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; keine AWMF-Leitlinie

** Diese Leitlinie ist nicht für die Behandlung von Kinder und Jugendlichen entwickelt. Die Empfehlungen gelten für Erwachsene.

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
manische Symptomatik	• kognitive/funktionale Remediation **	✓
	• Schul- und Ausbildungsfördermaßnahmen *	✓

[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; keine AWMF-Leitlinie

** Diese Leitlinie ist nicht für die Behandlung von Kinder und Jugendlichen entwickelt. Die Empfehlungen gelten für Erwachsene.

Referenzen für die leitliniengerechte Behandlung:

- Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, S. 45 – 56 *
- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (AWMF-Register-Nr.: 038-019, Langversion 2.1, Stand: Mai 2020) **

* Leitlinie ist abgelaufen; keine AWMF-Leitlinie

** Diese Leitlinie ist nicht für die Behandlung von Kinder und Jugendlichen entwickelt. Die Empfehlungen gelten für Erwachsene.

Bedarfscluster 5, Fall 1

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Somatoforme Störung und depressive Symptomatik	• Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) *	✓
	• Psychodynamische oder systemische Psychotherapie *	✓
	• Aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation *	✓
	• Regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolges nach (frühestens) 4 Wochen *	✓
	• Therapiewechsel bei Nicht-Ansprechen der bisherigen Therapie zu einer bisher nicht verwendeten Therapie (Psychotherapie oder Medikament) *	✓
Diabetes mellitus Typ 1	• Intensivierte Insulintherapie (ggf. Einsatz einer Insulinpumpentherapie bei Nichterreichen der individuellen Therapieziele)	?
	• 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)	?
Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug des Jugendamts	✓

[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
Somatoforme Störung und depressive Symptomatik	• Pharmakotherapie (Fluoxetin, alternativ Escitalopram, Citalopram, Sertralin) als Behandlung zweiter Wahl (inkl. Monitoring hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen) *	✓

[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
Somatoforme Störung und depressive Symptomatik	• Notwendigkeit von enger Zusammenarbeit zwischen ambulanten und vollstationären Behandler*innen, ggf. Intervallbehandlungen

[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 depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028- 043, Stand: 01.07.2013) *
- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes (AWMF-Register-Nr.: 057-013, 2. Aufl., Stand: 2018)
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 6, Fall 2

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Globale Entwicklungsstörung mit V.a. frühkindlichen Autismus	• Beobachtung bei Entwicklungsauffälligkeiten bei der Krankheits-Früherkennungs-Untersuchung (U6 - U9); bei Verdacht auf ASS ggf. Anwendung psychologischer Screeningverfahren, neurologischer und humangenetischer Untersuchungen sowie Anamneseerhebung unter Einbeziehung der Eltern	✓
	• Umfassende Diagnoseverfahren durch spezialisierte Fachkräfte anhand klinischer Kriterien und etablierter Instrumente unter Beachtung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen, sowie Intelligenztestung	✓
	• Diagnostische Konsensfindung im Team	✓
	• Planung und Verlaufskontrolle zur Versorgung von Betroffenen in ihren Lebensbereichen entsprechend ihrer Wünsche, Bedürfnisse und Ziele	✓

	• Regelmäßige Überprüfung des Entwicklungsstands während der Behandlung • Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie) zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation, repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen, Hyper- oder Hypoaktivität; Alltagspraktische Fähigkeiten, adaptives Verhalten, Emotionsregulation • Gruppensettings bei entsprechender Befähigung des Kindes • Verhaltenstherapeutische Förderung der kognitiven Fähigkeiten • Aufklärung der Angehörigen • Intensive Einbeziehung der Eltern in Therapie (inkl. Elterntraining ggf. auch für den Umgang mit oppositionellem / aggressivem Verhalten) • Psychoedukative Elterngruppe • Reizexposition durch Eltern, angeleitet durch Verhaltenstherapeut*innen zur Behandlung sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität • Instruktionen und Fortbildungen für Erziehende (z.B. Kindergarten, Schule)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
keine Sprachentwicklung	• Training in einem Bildkartensystem zur Förderung non-verbaler Kommunikation (bei nicht-sprechenden Kindern) • Training zur Förderung der Sprachentwicklung und verbaler Kommunikation unter Einbeziehung der Eltern	✓ ✓
nicht sauber oder trocken, gehäuftes stereotypes Kotschmieren	• Verhaltens- und pharmakotherapeutische Behandlung von Ausscheidungsstörungen (bei Behandlungsresistenz von 3-6 Monaten im teil- oder vollstationären Setting)	✓
weder Essen noch Trinken selbstständig möglich	• Elterntraining bei Ernährungs- und Essstörungen	✓

Psychosoziale Aspekte	• Angehörigen- und Selbsthilfegruppen (Autismus)	✓

[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 Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF- Register-Nr.: 028-047, Version 1.1, Stand: März 2021)

Bedarfscluster 7, Fall 1

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Bindungsstörung	• Herstellung positiver Interaktions- und damit Bindungserfahrungen zwischen Bezugsperson und Kind *	✓
	• Psychotherapie in Form von intensiver psychotherapeutischer Arbeit mit der Bezugsperson, dyadischer Therapie von Bezugsperson und Kind oder Einzeltherapie mit begleitender Beratung der Bezugspersonen *	✓

	• Beratung der Bezugsperson hinsichtlich Methoden der Verhaltenssteuerung * • Funktionelle Therapien (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie) * • Aufklärung und Beratung von Erziehern und Lehrern mit Einverständnis des Personensorgeberechtigten * • Beratung und/oder Supervision von Bezugspersonen in Familien, Pflegefamilien, Heim und Schule *	✓
autoaggressives Verhalten	• Intensive Betreuung bei Suizidalität *	✓
Psychosoziale Aspekte	• Jugendhilfemaßnahmen *	✓
Prüfung Kinderschutzfall	• ggf. Einbezug des Jugendamts	✓

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

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen
Psychosoziale Aspekte	• Es sollte ein zügiger Übergang in eine vollstationäre Einrichtung der Jugendhilfe erfolgen, gerne auch unter einer Kooperationsvereinbarung mit der jeweiligen Einrichtung, die eine Wiederaufnahme zur Krisenintervention vorsieht, wiederum eine schnelle Rückführung in die Einrichtung garantiert.

[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:

- S1-Leitlinien Bindungsstörungen (AWMF –Register-Nr.: 028-024, Stand: November 2006) *
- S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF-Register-Nr.: 028- 043, Stand: 01.07.2013) *
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027- 069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen

Bedarfscluster 7, Fall 3

Junge, 11 Jahre, leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung. Hyperaktivität, erhöhte Impulsivität mit lautem Schimpfen und Beleidigen, verbales Bedrohen von Mitschülern, Verweigerungsverhalten in Schule und Familie. Intelligenzalter entspricht maximal einem 7-Jährigen. Besucht die Schule für geistig Behinderte. Kann seinen Namen schreiben, ebenso geübte einzelne Wort, kann einfache und dysgrammatische 2-Wort-Sätze schreiben. Erkennt Mengen bis 5, addiert sicher bis 10, Subtrahieren nicht möglich. Benötigt Begleitung und Unterstützung bei der Körperpflege, beim Ankleiden, bei der Tagesstrukturierung und Handlungsplanung und bei der Selbstregulation. Sauberkeitsentwicklung ist abgeschlossen. Es liegen keine somatischen Erkrankungen vor. Ist seit 3 Monaten aufgrund der Verweigerung und dem lauten Schreien und Schimpfen nicht mehr beschulbar. Eltern (Vater LKW-Fahrer, nur am Wochenende zu Hause, Mutter Hausfrau, Förderschulabschluss) mit der Erziehung und mit der Alltagsstrukturierung überfordert. Wohnung ist in desolatem Zustand. 8-jähriger Bruder besucht Förderschule, 5-jähriger Bruder einen heilpädagogischen Kindergarten aufgrund globaler Entwicklungsverzögerung. Bisher ist keine Jugendhilfemaßnahme installiert, Eltern sehen trotz Empfehlung durch die Schule, dazu keinen Bedarf.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung	• Psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen (verhaltenstherapeutische, psychodynamische Verfahren)	✓
	• ggf. psychopharmakologische Behandlung (Risperidon) bei anhaltender Symptomatik	✓
	• Ergotherapie unter Einbezug der Eltern	✓

Hyperaktivität	• Differenzialdiagnostische Abgrenzung anderer psychischer Störungen bzw. Komorbiditäten	✓
	• Kognitiv-behaviorale Behandlung (Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining)	✓
	• Neurofeedback	✓
	• Elterntraining / Elternschulung / Elternberatung	✓
	• Hinweise auf Bedeutung ausgewogener Ernährung und regelmäßiger Bewegung / sportlicher Betätigung	✓
	• Lehrer*innenschulungen / Lehrer*innentrainings	✓
Psychosoziale Aspekte	• Unterstützung der Eltern bei der Wahl der Beschulungsform	✓
Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug des Jugendamts	✓

[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 mit Verhaltensstörung	• Familientherapie, systemische Therapie (Verhaltensstörung)	✓

[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
Verhaltensstörung / Hyperaktivität	• Psychomotorik / Bewegungstherapie
Psychosoziale Aspekte	• Einsatz Familienhelfer*in, • Einsatz einer Schulbegleitung • Beantragen einer Pflegestufe zur Bereitstellung weiterer Hilfsangebote im häuslichen Rahmen • Evtl. Organisation einer Ganztagesbetreuung (für geistig behinderte Kinder) • ggf. Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung für geistig behinderte Kinder.

[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)
- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter (AWMF-Register-Nr.: 028-045, Stand: 02.05.2017)
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

Bedarfscluster 8, Fall 1

Mädchen, 13 Jahre, Erstmanifestation einer Schizophrenie mit Halluzinationen, wahnhaftem Erleben mit konsekutiven Ängsten, Misstrauen, Erregungszuständen. Das Gesamtverhalten ist desorganisiert, fehlende Selbstfürsorge und Fähigkeit zur Alltagsstrukturierung, starker sozialer Rückzug seit 2 Wochen. Nur im Zimmer bzw. an der Stationstür, weil sie immer wieder gehen will, ist aber freiwillig auf Station, weil ihre Mutter sie bittet. Schlafstörungen mit Hyposomnie, Trinken und Essen eingeschränkt, Gewichtsverlust von 3 kg in 2 Wochen. Einfuhrplan erforderlich, ebenso engmaschiges Begleiten des Essens und Trinkens. Blutentnahme verweigert, auch somatische differentialdiagnostische Untersuchungen und Sicherheitsuntersuchungen zur Medikation nur mit hohem Aufwand und Betreuung möglich. Lebt mit Familie seit 2 Jahren in Deutschland, Asylverfahren läuft, Bleibestatus unsicher. Eltern sprechen kaum Deutsch, Familiengespräche nur mit Dolmetscher möglich. Mutter ist traumatisiert und depressiv.

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
Schizophrenie	• Pharmakotherapie mittels Antipsychotika (z.B. Aripiprazol, Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin, Paliperidon und Rispoeridon)	✓
	• Psychotherapie (verschiedene Verfahren möglich)	✓
	• Psychoedukation (Einzel; Gruppe und/oder unter Einbezug der Angehörigen)	✓
	• Metakognitives Training	✓
	• Training sozialer Fertigkeiten	✓
	• Ergotherapie	✓

	• Künstlerische Therapien	✓
	• 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	✓
	• Systemische Therapie / Familieninterventionen	✓
Schlafstörungen	• Pharmakotherapie der Schlafstörung (Hypnotika)	✓
Psychosoziale Aspekte	• Maßnahmen zur schulischen Rehabilitation mittels Einbezug der entsprechenden Dienste	✓
	• Case Management	✓

[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
Trinken und Essen eingeschränkt, Gewichtsverlust	• Screening zur Früherkennung einer Essstörung	✓

[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)
- S1-Leitlinien Nichtorganische Schlafstörungen (AWMF-Register-Nr.: 028-012, Stand: 01.07.2018)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (AWMF-Register-Nr.: 051-026, 2. Aufl., Stand: Mai 2018)

Bedarfscluster 8, Fall 5

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

Im Expertenkonsens als relevant identifizierte leitliniengerechte Behandlungsoptionen:[1]

Diagnose / Bedarfe	Behandlungsoptionen	Relevant im stationär/teilstationär psychiatrischen Setting
hyperkinetisches Verhalten mit deutlicher motorischer Unruhe	• Differentialdiagnostik bezgl. weiteren psychische oder somatischen Erkrankungen und ggf. leitliniengerechte Behandlung dieser • Exploration der Patientin und seiner Bezugspersonen zu: a) der aktuellen ADHS-Symptomatik; b) den daraus resultierenden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit; c) aktuellen koexistierenden psychischen Symptomen / Störungen oder körperlichen Erkrankungen; d) der aktuellen und	✓

	früheren Rahmenbedingungen; e) der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte; f) der Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen; g) der Familienanamnese	
	• Verhaltensbeobachtung der Patientin und Patient-Eltern Interaktionen in der Untersuchungssituation	✓
	• Psychopathologische Beurteilung der Patientin auf der Grundlage der explorierten und beobachteten Symptomatik	
	• Körperliche und neurologische Untersuchung mit Beurteilung des Entwicklungsstandes	
	• Fragebogenverfahren zur Diagnostik	
	• Testpsychologische Verfahren zur Diagnostik	
	• Behandlungsplanung gemeinsam mit Patientin und Angehörigen	
	• Psychopharmakotherapie unter Berücksichtigung individueller Merkmale der Patientin (einschl. Ergebnisse von vorangestellter Labordiagnostik und körperlichen Untersuchungen) und engmaschiger Überprüfung bzgl. des Auftretens unerwünschter Wirkungen bzw. Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung der Verabreichung und der Medikamenten-Adhärenz	
	• Psychoedukation	
	• Motivation zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	
	• Kindzentrierte Interventionen (Trainings) zur Verbesserung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und -ausdauer oder zur Einübung von Handlungsabläufen im Alltag	✓
	• Elterntraining / Elternschulung / Elternberatung	✓
Scabies	• Topische Antiskabiosabehandlung (Permethrin, Benzylbenzoat, Crotamiton) *	✓
	• Pharmakologische Behandlung (Ivermectin) *	✓
	• Hygienefördernde Umgebungsmaßnahmen *	✓
Neurodermitis	• Pharmakologische Behandlung der Neurodermitis (Glukokortikosteroide) *	✓

Prüfung Kinderschutzfall	• Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und ggf. Einbezug des Jugendamts	✓

[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
hyperkinetisches Verhalten mit deutlicher motorischer Unruhe	• Bei Verdacht auf ernährungsinduzierte ADHS-Symptomatik Verweis an Ernährungsberatung • Erziehertraining (ADHS)	✓ ✓

[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 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter (AWMF-Register-Nr.: 028-045, Stand: 02.05.2017)
- S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Skabies (AWMF-Registernummer: 013-052, Langfassung, Stand: 31.01.2016) *
- S2k-Leitlinie Neurodermitis (AWMF-Register-Nr.: 013-027, Langfassung, Stand: 31.03.2015) *
- S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie; AWMF-Register-Nr.: 027-069, Langfassung, Stand: Februar 2019)

* Leitlinie ist abgelaufen