

Anlage 1:

Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Psych-PV inklusive Erläuterungen)

Vorbemerkung:

Die Spalten 1 bis 4 wurden aus der Psych-PV Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1) übernommen, vgl. S. 44 – 47 in: Kunze & Kaltenbach (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage 2005. Spalte 5 und 6 enthalten ergänzende Erläuterungen und Fallbeispiele der Selbstverwaltungspartner zu Anlage 2 Psych-PV (5. Auflage 2005, vgl. S.203 – 211).

1. Allgemeine Psychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
A 1 Regelbehandlung	Akut psychisch Kranke	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie ¹ , Ergotherapie	In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Allgemeine Psychiatrie einzugruppieren, sofern keine Intensivbehandlung (A2), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (A3), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (A4) oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A5) dominieren.	Patient, Alter 50 Jahre, mit mittelschwerer Depression verbunden mit Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und gelegentlichen Lebensüberdrußgedanken ist nicht dazu in der Lage, seine Medikamente selbständig einzunehmen. Eine ausreichende Selbstversorgung und Tagesstrukturierung sind im Alltag nicht mehr gewährleistet.
A 2 Intensivbehandlung	Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung. Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmakotherapie	Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Z. B. ist bei Suizidgefahr gemeint, dass der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, auch nur über kurze Zeit für sich die Verantwortung zu übernehmen, er also eine sehr dichte Betreuung benötigt. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn der Patient nicht absprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist. Die unter psychisch Kranken weit verbreitete latente Suizidgefahr ist für den Behandlungsbereich A 2 nicht ausreichend. Die Patienten im Behandlungsbereich A2 sind so schwer krank, dass sie zumeist einzelfallbezogen behandelt werden müssen. Für den „Intensiv“-Charakter von Behandlungsbereich A2 ist der quantitative pflegerische Betreuungsaufwand für sich kein ausreichendes Kriterium, entscheidend ist - wegen der unmittelbaren Gefährdung - der hohe und	Patient, Alter 22 Jahre, mit akutem Schub einer schizophrenen Psychose ist affektiv gespannt, kann die Nähe anderer nicht ertragen, wird aggressiv/tätlich gegenüber anderen. Täglich sind, auch unvorhersehbar, mehrfach ärztliche Behandlungsmaßnahmen (Einschätzung des Gefährdungspotentials, Kriseninterventionsgespräche, Adaption der Bedarfsmedikation, Festlegung der Beaufsichtigungsintensität) erforderlich. Der pflegerische Beobachtungs-, Überwachungs- und Interventionsbedarf ist hoch, der Patient wird engmaschig beaufsichtigt.

¹ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
				<p>häufige ärztliche Abstimmungsaufwand in Bezug auf Behandlungsziele und -mittel. Der diagnostische und therapeutische Aufwand muss dann auch aus der Dokumentation erkennbar sein, z.B. bei somatischer Vitalgefährdung: Vitalzeichenkontrolle. Ein Hinweis für Behandlungsbereich A2 ist die unfreiwillige Behandlung bzw. der Patient müsste untergebracht werden, wenn er nicht in die Behandlung einwilligen würde (weil eine Entlassung gegen ärztlichen Rat nicht zu verantworten wäre).</p> <p>Die Intensivbehandlung ist in der Regel eine relativ kurze Durchgangsphase, meist in Richtung Behandlungsbereich A 1. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene aus notwendig werden.</p> <p>Die Einstufung in die Intensivbehandlung ist nicht mit Beurlaubung oder unbegleitetem Ausgang von der Station vereinbar. Zur Entaktualisierung können kurze begleitete Ausgänge durchgeführt werden. Der Behandlungsbereich A2 kann auch noch für wenige Tage vorliegen, wenn sich der Patient nach einer hochakuten Symptomatik bessert, die Gefährdungsaspekte aber noch nicht sicher abgeklungen sind (z. B. bei abklingender manifester Suizidalität).</p>	
A 3 Rehabilitative Behandlung	Für die rehabilitative Behandlung ausreichend stabilisierte Kranke mit psychischen und sozialen Krankheitsfolgen	Bessern, Lindern der Krankheitsfolgen – mit diesen leben lernen, Enthospitalisierung, Wiedereingliederung	Mehrdimensionale rehabilitative Behandlung; Psychotherapie zur Bewältigung der Krankheitsfolgen, Soziotherapie, Ergotherapie	Dieser Behandlungsbereich ist als Psychiatrische Krankenhausbehandlung nur noch selten erforderlich, zumeist nach längerer stationärer Behandlung in der Phase der Vorbereitung einer Reintegration in die ursprüngliche oder eine neue Wohnform oder zur Vorbereitung einer Rehabilitationsmaßnahme (z.B. Rehabilitation psychisch Kranker, RPK; Eingliederung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Beschäftigung).	Bei einem jüngeren, bisher allein lebenden Patienten mit bipolarer affektiver Störung und häufigen Wechseln zwischen schweren manischen und depressiven Episoden, kann erst nach neun Monaten stationärer Behandlung eine deutliche Besserung erreicht werden. Jetzt stehen die Rehabilitation im Sinne von Reintegration in das Alltagsleben mit Integration in eine betreute Wohngemeinschaft und die Vorbereitung des Besuchs einer Tagesstätte im Vordergrund der Behandlung. Der Patient ist mit den Alltagsaktivitäten noch häufig überfordert, ambivalent bezüglich der Zukunftsplanung und braucht noch regelmäßige multiprofessionelle Behandlung und Bezugspflege.

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
					Es geht darum, die Wechselwirkungen von Anforderungen und Belastungen einerseits und Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen andererseits zu einem vom Patienten steuerbaren Gleichgewicht zu bringen.
A 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symptomen und/oder erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen	Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, mehrdimensionale Einzelbehandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen	Diese Kranken haben einen anhaltend akuten Krankheitsverlauf, so ähnlich wie bei Behandlungsbereich A1, jedoch länger andauernd. Der hohe ärztliche und pflegerische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Psychose eine hirnanorganische Schädigung verschlimmernd hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung erheblich körperliche Erkrankungen (Diabetes mellitus, häufige Asthmaanfälle usw.) vorliegen. Patienten im Behandlungsbereich A4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher pflegerischer Begleitung. Der hohe therapeutische Aufwand muss aus der Dokumentation erkennbar sein.	Patientin, Alter 47 Jahre, mit chronisch-rezidivierender Schizophrenie mit akuter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik, ist übergewichtig, hat einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit diabetischen Folgeschädigungen und unzureichender Stoffwechsellage. Insbesondere die medikamentöse Behandlung kann wegen der Multimorbidität nur langsam einschleichend und unter ständiger ärztlicher Kontrolle unter Bezug auf die Komorbidität vorgenommen werden.
A 5 Psychotherapie	Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung	Dies ist eine spezielle Phase psychiatrischer Behandlung, bei der Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patienten sind schon soweit stabilisiert, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als in Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. Psychotherapie kann nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht nur bei „schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen“ sondern bei allen psychischen Erkrankungen wirksam angewendet werden.	Beispiel 1 für A 5 Patientin, Alter 20 Jahre, alleinlebend, ist erstmalig mit einer Anorexia nervosa (bulimischer Typ) in stationärer Behandlung wegen zunehmender Ess-/Brechanfälle, die sich im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht stabilisieren ließ; BMI 16 kg/m ² , Elektrolyte im unteren Grenzbereich. Beispiel 2 für A 5 Patient, Alter 45 Jahre, beruflich erfolgreich, ist nach einem Autounfall ohne somatische Folgeerkrankungen aufgrund einer ausgeprägten Symptomatik in Form von Herzrasen und Schwindelattacken nicht mehr in der Lage, das Haus ohne Begleitperson zu verlassen. Aktuell ist die Ausübung seines Berufes nicht möglich. Jegliche soziale Kontakte sind auf die häusliche Umgebung eingeschränkt.

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
A 6 Tagesklinische Behandlung²	Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Sozialtherapie, Ergotherapie	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	Patient, Alter 35 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode mit Herabgestimmtheit und erheblicher Antriebsminderung, wird nach einer vollstationären Behandlung tagesklinisch weiterbehandelt, nachdem sich die Depression etwas aufgehellt hat und der Patient den Weg zu und von der Tagesklinik gut bewältigen kann.

2. Abhängigkeitskranke

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
S 1 Regelbehandlung	Alkohol- und Medikamentenabhängige	Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	Diesem Behandlungsbereich sind alle stationär aufgenommenen Patienten mit Abhängigkeitssyndrom oder schädlichem Gebrauch von Alkohol und/oder Medikamenten zuzuordnen, sofern keine besondere Gefährdung vorliegt (Drogenabhängige siehe Behandlungsbereich S2). Auch bei unkomplizierten Entzugsbehandlungen sind in den ersten zwei bis drei Tagen regelmäßige Überwachungsmaßnahmen (Patientenbeobachtung, Vigilanz, Blutdruck und Puls) erforderlich. Dies	Patient, Alter 36 Jahre, mit seit vier Jahren bekannter Alkoholabhängigkeit und mehrmonatiger Abstinenz nach Langzeittherapie, kommt nach zweiwöchigem Rückfall mit 1,4 Promille Atemalkohol zur qualifizierten Entzugsbehandlung.

² Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
				allein begründet nicht, ebenso wenig wie eine Medikation, die Eingruppierung in die Intensivbehandlung S2. Die Behandlungsziele sind der Entzug (im Suchtmittel freien Raum), körperliche und psychische Stabilisierung, Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die Bearbeitung der Sucht und ihrer Folgen einzulassen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen (Motivationsbehandlung).	
S 2 Intensivbehandlung	Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Entgiftung, Delirbehandlung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik, intensive medikamentöse Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	Diese Phase ist für die meisten Patienten kurz. Hier geht es neben der Delirbehandlung z.B. um die Überwachung von intoxikierten, bewusstseinsgetriebenen Patienten (Kontrolle von Vigilanz, Blutdruck und Herzfrequenz rund um die Uhr, z.B. Überwachung anamnestisch bekannter Krampfanfälle oder bei Verdacht auf Krampfanfälle). Der unkomplizierte Entzug fällt nicht unter Behandlungsbereich S2. Drogenkranke sind in den Behandlungsbereich S2 einzugruppieren. Bei bestehender Alkoholabhängigkeit und gleichzeitigem Gebrauch illegaler Drogen ist der Behandlungsschwerpunkt maßgeblich für die Eingruppierung in S1 oder S2. Bei im Vordergrund stehendem Drogenentzug ist der Patient in S2 einzugruppieren. Erfolgt eine Alkoholentzugsbehandlung, z.B. bei einer Drogen-Substitutionsbehandlung, ohne sonstigen Beigebrauch, und ist die Behandlung unkompliziert, erfolgt die Eingruppierung in den Behandlungsbereich S1. Auch bei Drogenabhängigkeit in der Anamnese und derzeitiger Abstinenz bzgl. Drogen ist für den unkomplizierten Alkoholentzug der Behandlungsbereich S1 maßgeblich.	Beispiel 1 für S 2 Patient, Alter 50 Jahre, mit Alkoholabhängigkeit entwickelt kurz nach der Aufnahme ein Entzugsdelir und muss intensiv ärztlich und pflegerisch überwacht und behandelt werden. Das Pflegepersonal hat engmaschig Sichtkontakt zum Patienten, Blutdruck und Puls werden regelmäßig gemessen. Es erfolgt eine an die Symptomatik angepasste Medikation mit einem entzugslindernden Medikament. Beispiel 2 für S 2 Patientin, Alter 32 Jahre, mit Heroinabhängigkeit kommt erstmalig zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung.
S 3 Rehabilitative Behandlung einschließlich sog. Entwöhnung	Ausreichend entgiftete, motivierte und belastbare Alkohol- und Medikamentenabhängige oder	Abstinenz, Befähigung zu ambulanter Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppen, Wiedereingliederung	Suchtspezifische mehrdimensionale Behandlung	Dieser Behandlungsbereich hat nur noch eine untergeordnete Bedeutung. Er dient vor allem dazu, die Integration in eine betreute Wohnform vorzubereiten oder die Rehabilitationsfähigkeit zu erzielen.	Patient, Alter 55 Jahre, langjährig alkoholkrank, mit alkoholbedingten körperlichen (Polyneuropathie, mäßige kognitive Störungen, Impulsdurchbrüche) und sozialen Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen (Scheidung, Verlust von Arbeitsplatz und aktuell Verlust der Wohnung). Er soll nach abgeschlossener Entzugsbehandlung in eine soziotherapeutische Einrichtung entlassen werden. Der Patient ist noch

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
	inzwischen zur rehabilitativen Behandlung befähigte Schwer- und Mehrfachkranke				nicht gruppenfähig.
S 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranke	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit anhaltenden psychiatrischen neurologischen und internistischen Begleit- und Folgeerkrankungen, erhebliche Rückfallgefahr rehabilitative Behandlung oder Entlassung in komplementäre Einrichtungen nicht möglich	Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Befähigung zur rehabilitativen Behandlung, Eingliederung in komplementäre Einrichtungen und ambulante Behandlung	Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, sucht-spezifische soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung	In diesem Behandlungsbereich sind chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke mit langdauernden körperlichen und/oder kognitiven Symptomen und/oder anderen psychischen Erkrankungen einzugruppieren. Der hohe pflegerische und therapeutische Aufwand kann z.B. erforderlich werden, wenn neben der Abhängigkeitserkrankung andere Erkrankungen (z.B. Korsakow-Syndrom), andere hirnorganische Schädigungen oder andere psychische Erkrankungen (z.B. Psychose, schwere affektive Erkrankung) oder somatische Komorbiditäten (z.B. Leberzirrhose, Polyneuropathie) erschwerend hinzukommen.	Patient, Alter 58 Jahre, langjährig alkoholkrank, bei dem nach Abschluss der Entzugsbehandlung anhaltende und schwere kognitive Störungen, u.a. Kurzzeitgedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen auf der Station, Konfabulationen, fehlende Krankheitseinsicht und erhebliche Überschätzung des eigenen Leistungsvermögens im Sinne eines amnestischen Syndroms auffallen. Der Patient braucht regelmäßige multiprofessionelle therapeutische Behandlung, neuropsychologische Therapie und bezugspflegerische Anleitung.
S 5 Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, erhebliche Rückfallgefahr	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Krisenbewältigung	Psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung sucht-spezifischer Gesichtspunkte	In diesen Behandlungsbereich sind Suchtpatienten einzugruppieren, bei denen die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, die aber aufgrund der schwere oder der Komplexität der Erkrankung nicht in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden können.	Patientin, Alter 35 Jahre, mit langjähriger Alkoholabhängigkeit und Angststörung. Nach Abschluß der Entzugsbehandlung steht die Angsterkrankung mit sozialer Phobie im Vordergrund. Die Patientin ist deswegen nur eingeschränkt gruppenfähig, bedarf häufiger therapeutischer Kurzkontakte. Als Behandlungsmittel kommen vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen zum Einsatz.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
S 6 Tages- klinische Behand- lung	Alkohol- und Medika- mentenabhän- gige, entgiftet, nicht oder nicht mehr vollstationär be- handlungsbe- dürftig	Erkennen der Ab- hängigkeit, Absti- nenz, Befähigung zur amb. Behand- lung, Integration in Selbsthilfegruppe, Krisenbewältigung, Vermei- dung/Verkürzung vollstationärer Behandlung	Diagnostik, Psycho- therapie, Soziothera- pie ³ , Ergotherapie, Motivation zur Inan- spruchnahme sucht- spezifischer Hilfen	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Vorausset- zungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglich- chen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Dies ist eine geeignete Behandlungsphase für Sucht- kranke, die so stabil sind, dass sie therapiefreie Zeiten (abends und am Wochenende) ohne Rückfall bewältigen. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	Patientin, Alter 28 Jahre, alkoholabhängig, kommt zur Entzugsbehandlung. Seit ca. einem Jahr Kontrollverlust, morgendliches Trinken seit ca. drei Monaten. Sie hat ein vierjähriges Kind. Der Ehemann droht mit Scheidung, wenn sie sich nicht behandeln lasse. Die Patientin hat sich schon bei der Suchtbera- tungsstelle vorgestellt. Sie will eine Entzugsbehand- lung durchführen, aber wegen des Kindes keine stationäre Behandlung.

³ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

3. Gerontopsychiatrie

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungs- ziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
G 1 Regelbe- handlung	Akut psy- chisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multi- morbidity)	Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, so- matische und soziale Stabili- sierung, vorwie- gend Entlassung nach Hause	Psychiatrische, neurolo- gische, allgemein- medizinische und sozia- le Diagnostik und The- rapie. Medizinische Grundversorgung; ge- gebenenfalls Einbezie- hung weiterer gebiets- ärztlicher Leistungen	Hier sind stationär aufgenommene Patienten einzu- gruppieren, bei denen die Besonderheiten des höheren Lebensalters und/oder Multimorbidität zu berücksich- tigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen. Besonderheiten des höheren Lebensalters sind zum Beispiel: Vereinsamung nach Verlust von Bezugspersonen, verminderte körperliche Belastbarkeit, Verlust des gewohnten Wohnumfeldes, zunehmender Hilfebedarf. Unter Multimorbidität ist zu verstehen: Psychische Erkrankung und/oder zusätzlich relevante somatische Erkrankung(en).	Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer depressiven Epi- sode. Sie war nach dem Tod des Ehemanns verein- samt, lag in der letzten Zeit fast nur noch im Bett, hat die Medikamente nicht zuverlässig genommen, sich nicht ausreichend ernährt. Auf Station ist sie ab- sprachefähig, kann mit Gehstock noch sicher gehen. Braucht sehr lange für die täglichen Verrichtungen, benötigt aber keine Hilfe mehr. Sie zeigt lediglich leichte zeitliche Orientierungs- und Merkfähigkeits- störungen.
G 2 Intensiv- behand- lung	Psychisch Kranke im hö- heren Lebens- alter, manifest selbstgefährdet, fremdge- fährdend und somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risiko- abschätzung, Kri- senbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabi- lisierung als Voraussetzung für weitere thera- peutische Maß- nahmen	Psychiatrische und so- matische Diagnostik. Erst- und Notfallbe- handlung, einzelbezo- gene In- tensivbehandlung ein- schließlich medikamen- töser Therapie	In den Behandlungsbereich G 2 sind Patienten einzu- gruppieren, die zwar körperlich rüstig, aber anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patienten gefähr- den schwache, hilflose Mitpatienten, und sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankungen ausgehen (Vitalgefähr- dung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vita- lparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremd- gefährdung ist zu bejahen, wenn der Patient nicht ab- sprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist.	Patientin, Alter 81 Jahre, mehrjährig bekannte De- menz vom Alzheimer-Typ, lebt in einem spezialisier- ten Pflegeheim. Sie ist anhaltend motorisch unruhig, irrt zeitweise auf der Station umher, geht in fremde Zimmer, ruft und klagt ständig, wirft mit Gegenstän- den nach anderen Patienten und Personal und drängt an der Stationstür nach draußen, so dass sie beauf- sichtigt werden muss. Auch beim Essen ist wegen einer Schluckstörung Beaufsichtigung erforderlich.
G 3 Rehabilita- tive Be- handlung	Ausreichend stabilisierte psychisch Kranke im hö- heren Lebens- alter mit psy-	Bessern und Lindern, mit Krankheit und Alter leben ler- nen, Wiederein- gliederung zu	Training zum Ausgleich von Einbußen lebens- praktischer Fertigkeit- en, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie ¹), Psy-	In den Behandlungsbereich G3 sind gerontopsychiatri- schen Patienten einzugruppieren, deren Vorbereitung auf die Heimfähigkeit bzw. auf die häusliche / ambu- lante Versorgung im Vordergrund der stationären Krankenhausbehandlung steht. Hier sollte nachvoll-	Patientin, Alter 83 Jahre, mit einer rezidivierenden depressiven Störung wird aktuell wegen eines de- pressiven Syndroms stationär aufgenommen. Vor der Aufnahme lebte sie in einem Pflegeheim. Die Rück- kehr in das Pflegeheim wird von der Patientin nicht

¹ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungs- ziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
	chischen, somatischen und sozialen Einbußen	Hause oder in Einrichtungen der Altenhilfe	chotherapie	ziehbar sein, welche Fähigkeitsstörungen sich bessern lassen und welche kompensatorischen Fertigkeiten entwickelt werden können.	mehr gewünscht, da sie wieder alleine leben möchte, was jedoch nicht mehr möglich ist. Die Klinik plant einen Heimwechsel. Zur Motivierung wird sie mehrfach im neuen Pflegeheim vorgestellt werden. Es erfolgt Probewohnen.
G 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranke	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassung in häusliche oder Heimpflege	Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus	Diesem Behandlungsbereich sind die Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung im Sinne mindestens einer psychischen oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist. Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn neben einer Depression eine beginnende Demenz erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, M. Parkinson) vorliegen. Patienten im Behandlungsbereich G4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch Pflegekräfte. In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).	Beispiel 1 für G 4 Patientin, Alter 73 Jahre, es besteht seit Jahren eine rezidivierende depressive Störung. Aus somatischer Sicht liegen ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II und eine mittlerweile gut kompensierte Herzinsuffizienz vor. Der Diabetes mellitus weist ständig wechselnde Blutzuckerwerte auf, da die Patientin nur unregelmäßig isst. Aufgrund der erheblichen kognitiven Defizite sowie des schweren depressiven Syndroms benötigt die Patientin pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege. Beispiel 2 für G 4 Patient, Alter 55 Jahre, mit seit Jahren bekannter Chorea Huntington, ist dement, schwer hirnorganisch geschädigt und wesensverändert. Er hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Er benötigt regelmäßige strukturierende Begleitung, um zu verhindern, dass nicht tragbare Verhaltensweisen, wie z. B. auf den Flur urinieren oder sich in fremde Betten zu legen, auftreten. Eine Fixierung oder 1:1-Betreuung ist nicht notwendig.
G 5 Psychotherapie	Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die	Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung	Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patienten des höheren Alters, wobei zumeist altersspezifische Themen (Partnerverlust. Rollenverlust des alternden Menschen, Vereinsamung, Krankheitsbewältigung etc.) im Vordergrund stehen. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des älteren Menschen angepasst werden. Auf beginnende kogniti-	Patient, Alter 70 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode nach ausbehandelter Karzinom-Erkrankung und leichten Merkfähigkeitsstörungen, wird überwiegend psychotherapeutisch behandelt. Zusätzlich benötigt er aufgrund einer allgemeinen körperlichen Schwäche pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege (Hilfe beim Anziehen von Strümpfen und Schuhen).

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungs- ziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
	stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen			ve Einschränkungen wird eingegangen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ergänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.	
G 6 Tagesklinische Behandlung²	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig	Erkennen von Krankheit, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung, entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung, sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche Belastbarkeit/ Mobilität und ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer generalisierten Angsterkrankung sowie Koronaren Herzkrankheit und Herzinsuffizienz wird nach vollstationärer Behandlung integriert tagesklinisch multiprofessionell weiterbehandelt. Die Patientin erhält neben der Behandlung mit Psychopharmaka ein eingehendes Expositionstraining sowie psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie. Sie lebt im betreuten Wohnen und nutzt den Fahrdienst.

²Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.