

## **Anhang 3: Gerontopsychiatrische Fallvignette 1**

### **Herr Beat W.**

Klinisches Einführungsseminar Alterspsychiatrie - Fallbearbeitung

#### **Zuweisungsinformationen:**

Beat W. ist ein 85-jähriger, verheirateter, weisser Mann, ohne psychiatrische Vorgeschichte. Sechs Monate nach einer Augenoperation aufgrund eines Katarakts wurde er nach Schnittverletzungen an beiden Handgelenken in die Notaufnahme gebracht und ein alterspsychiatrisches Konsil angemeldet.

#### **Hauptanliegen:**

„Ich bin nicht depressiv. Ich will nach Hause.“

#### **Aktuelle Kurzanamnese:**

Herr W. wurde mit tiefen Schnittwunden an beiden Handgelenken von der Sanitätspolizei in die Notaufnahme gebracht. Seine Frau war unerwartet früher vom Einkauf zurückgekommen, da sie ihr Natel zuhause vergessen hatte. Sie traf Herrn W. im Bad blutend an und rief den Rettungsdienst.

In der Notaufnahme wurden die Schnittwunden versorgt und ein alterspsychiatrisches Konsil angemeldet: „Aus medizinischer Sicht kann Herr W. nach Hause gehen. Sein Blutdruck und Diabetes sind gut eingestellt. Wir brauchen eine alterspsychiatrische Beurteilung, da es ein Suizidversuch war. Aktuell verneint er suizidale Gedanken.“

Herr W. gibt an, dass er nicht traurig sei und sich um sich selbst kümmern könne. Er sei selbständig und brauche für zuhause keine sonstige Hilfe. Er wolle keine Beruhigungsmittel einnehmen und wolle in Ruhe gelassen werden.

Die Ehefrau von Herrn W. berichtet, er sei seit der Augenoperation nicht mehr derselbe. Er sei vorher gerne im Wald spazieren gegangen, habe gerne in seiner Heimwerkstatt gearbeitet und Holzfiguren hergestellt. Er habe die Tageszeitung gelesen und sich für politische Themen interessiert. Zuletzt sei er oft alleine im dunklen Zimmer gesessen, habe wenig geredet und auch nicht mehr Nachrichten angesehen. Er schlafe schlecht ein, wache häufig auf und habe wenig Appetit. Sie habe dies auch dem Hausarzt berichtet, dieser habe Sertralin verschrieben. Herr W. habe dies ein paar Tage genommen, gesagt „das bringt überhaupt nichts“ und es

wieder abgesetzt. Er sei immer ein stoischer Typ gewesen, möge es nicht sich zu beklagen und hasse Medikamente.

Herr W. wurde in der Woche zuvor in einer Schmerzprechstunde aufgrund chronischer starker Rückenschmerzen ärztlich gesehen. Ein Versuch mit Gabapentin wurde begonnen aber „hat überhaupt nichts gebracht“ und wurde nach wenigen Tagen von Herrn W. wieder abgesetzt.

**Zwischenaufträge:**

1. Was würden Sie zusätzlich in der Anamnese erheben?
2. Würden Sie noch spezifische Fragen stellen? Welche?

**Psychopathologischer Befund:**

Wach, Körperhygiene leicht vernachlässigt, ansonsten altersentsprechendes Erscheinungsbild, wenig Augenkontakt. Leichte Antwortlatenzen, einsilbig, ansonsten formalgedanklich kohärent. Keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen. Stimmung sei „nicht traurig“, reduzierte Schwingungsfähigkeit, leicht depressiv anmutender Affekt. Suizidale und fremdaggressive Gedanken oder Pläne werden verneint.

Mini-Mental Status MMS: 27/30, Abzüge bei Name des Krankenhauses, 1/5 falsch bei Rückwärtsbuchstabieren, und bei „Keine Wenn und Aber“.

**Labor:**

Alle Routineuntersuchungen unauffällig, einschliesslich Blutbild, Leberfunktionswerte, Schilddrüsenwerte und Urinstatus.

**Zerebrale Bildgebung:**

Kein Hinweis auf akute Prozesse in MRI. Keine Atrophie, Ventrikelweite unauffällig, Marklager-Hyperintensitäten (milder Ausprägungsgrad) vereinbar mit chronischer zerebrovaskulärer Erkrankung.

**Bearbeitungsaufträge:**

1. Welche Hauptverdachtsdiagnose stellen Sie?
2. Wie würden Sie das Suizid-Risiko einschätzen?
3. Welches Behandlungssetting empfehlen Sie?
4. Welche Behandlung empfehlen Sie?