

Schneider



Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie

Frank Schneider (Hrsg.)

Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie

Frank Schneider (Hrsg.)

Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie

Unter Mitarbeit von Sabrina Weber-Papen

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Universitätsklinikum Aachen

Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

psychiatrie@ukaachen.de

ISBN-13 978-3-642-17191-8 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH

ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg

Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg

Lektorat: Annette Wolf, Leipzig

Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin

Coverbild: fotolia.de

Satz: medionet Publishing Services, Ltd., Berlin

SPIN: 12786381

Gedruckt auf säurefreiem Papier

26/2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Der Entschluss, Psychiater und Psychotherapeut zu werden, ist lange gefallen, und eine 5-jährige Weiterbildungszeit ist absolviert. Das für die anstehende Facharztprüfung anzueignende Wissen im Fachgebiet erscheint riesig, und manchmal ist unklar, wie der beste Weg zur Vorbereitung auf die Prüfung sein soll. Es gibt keine bundeseinheitlichen Standards. In den regionalen Ärztekammern sind die Fragen sehr von den jeweiligen Prüfern abhängig. Dieses hohe Maß an Subjektivität erschwert jede Prüfungsvorbereitung. Und, kompliziert genug, es ist nicht davon auszugehen, dass die Prüfer in allen abzufragenden Details auf dem neuesten Stand sind. Alte Prüfungsfragen helfen kaum, wenn man in der Prüfung anderen Prüfern gegenübersteht.

Das vorliegende Buch bietet einen klaren Orientierungsrahmen für eine optimale Prüfungsvorbereitung, in dem das prüfbare Wissen prägnant und übersichtlich vermittelt wird. Denn: Jeder Satz ist daraufhin geprüft worden, ob er für die Prüfung relevant ist, um »unnötigen Ballast« wegfallen lassen zu können. Ebenso wichtig ist die evidenz- und leitlinienorientierte Darstellung der Inhalte. Vorrangig wird somit das Wissen vermittelt, welches durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, internationalen Leitlinien oder Cochrane Reviews evaluiert wurde. Auch neuere Themengebiete, die immer mehr an Bedeutung gewinnen, wie personalisierte Diagnostik und Therapie oder die Behandlung von Migranten, wurden aufgenommen. Damit ist das Werk nicht nur für Prüfungskandidaten, sondern ebenso für die Prüfer selbst geeignet.

Um die Lust beim Durcharbeiten des umfangreichen Stoffes nicht zu verlieren, wurde darauf geachtet, die Beiträge kurz und schlüssig zu schreiben und grafisch ansprechend zu gestalten. Wichtige Dinge wurden dabei hervorgehoben. Dadurch wird es ein Leichtes, sich den Stoff anzueignen und auch unmittelbar vor der Prüfung das Wichtigste noch einmal in angemessener Zeit durchzuarbeiten. Zudem runden zahlreiche Übungsfragen jedes Kapitel ab. Damit können Prüfungskandidatinnen und -kandidaten den eigenen Stand des Wissens selbst adäquat einschätzen und ihr Wissen verfestigen.

Psychiatrie ist die Lehre von den psychischen Erkrankungen des gesamten Menschen. Daher

zeichnet sich dieses Buch auch durch Fallbeispiele aus, in denen einzelne Symptome nicht isoliert betrachtet werden. So sind ja auch oft die Facharztprüfungen organisiert: Aufgrund von vorgegebenen Fallvignetten sollen diagnostische und therapeutische Schlüsse gezogen und erläutert werden.

Und dieses Buch hat noch mehr zu bieten: Es eignet sich während der gesamten Zeit der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten optimal als Lehrbuch und Nachschlagewerk. Dazu sind im Sinne der Benutzerfreundlichkeit die einzelnen Kapitel nach ganz einheitlichen Maßstäben aufgebaut, sodass Einzelheiten schnell aufgefunden werden können. Für die Anwendung im klinischen Alltag punktet das Werk mit klaren Handlungs- und Therapieempfehlungen einschließlich der Dosierungsangaben.

Das Buch wurde von gegenwärtigen oder früheren Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Aachen geschrieben. Nur bei einigen Kapiteln waren Experten von außerhalb beteiligt. Dadurch wurde es möglich, das gesamte Fachgebiet dem gegenwärtigen Wissensstand entsprechend abzubilden. Allen Beteiligten möchte ich recht herzlich für ihre Zeit und ihr Fachwissen, die sie zur Verfügung gestellt haben, danken.

Neben den einzelnen Autoren haben in ganz besonderer Weise Frau Diplom-Psychologin und Ärztin Sabrina Weber-Papen und Frau Anette Schürkens, beide aus der Aachener Klinik, geholfen. Ihnen beiden bin ich sehr zu Dank verpflichtet, ebenso Frau Renate Scheddin und Frau Renate Schulz vom Springer-Verlag, ohne deren stets hilfreiche und geduldige Mitwirkung dieses Buch nicht zustande gekommen wäre. Sehr danken möchte ich auch der Lektorin, Frau Annette Wolf, für ihre wertvolle Arbeit und ihre konstruktiven Anregungen.

Aachen, im Herbst 2011

Frank Schneider

Über den Herausgeber



© Jülich Aachen Research Alliance (JARA)

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider ist Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Aachen, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen sowie Adjunct Professor of Psychiatry an der School of Medicine der University of Pennsylvania, Philadelphia.

Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychologischer Psychotherapeut. In der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ist er Past Präsident. Er ist Sprecher des Internationalen Graduiertenkollegs 1328 (DFG) zu den hirnstrukturellen und -funktionellen Grundlagen von Schizophrenie und Autismus und Geschäftsführender Direktor der Jülich Aachen Research Alliance (JARA) sowie der Sektion Translationale Hirnforschung in Psychiatrie und Neurologie (JARA-BRAIN). Des Weiteren arbeitet er als Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein und ist Prodekan der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen.

Adresse:

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
psychiatrie@ukaachen.de
<http://www.psychiatrie.ukaachen.de>

Inhaltsverzeichnis

I	Grundlagen	
1	Epidemiologie und Ätiologie psychischer Erkrankungen	3
	<i>F. Schneider, S. Wien, S. Weber-Papen</i>	
2	Psychosoziale Versorgung	11
	<i>B. van Treeck, F. Bergmann, F. Schneider</i>	
II	Diagnostik	
3	Diagnose und Klassifikation	31
	<i>F. Schneider, S. Weber-Papen, M. Hettmann</i>	
4	Leitsymptome	37
	<i>M. Paulzen, F. Schneider</i>	
5	Klinische Untersuchung	47
	<i>F. Schneider, W. Niebling</i>	
6	Testpsychologische Untersuchung	53
	<i>U. Habel, F. Schneider</i>	
7	Laborchemische Untersuchung	67
	<i>F. Schneider, M. Hettmann</i>	
8	Neurophysiologische Untersuchung	77
	<i>A. J. Sheldrick, F. Schneider</i>	
9	Bildgebung	83
	<i>T. Nickl-Jockschat, I. Vernaleken, F. Schneider</i>	
III	Therapie	
10	Allgemeine Psychopharmakotherapie	97
	<i>I. Vernaleken, F. Schneider, W. Niebling</i>	
11	Psychopharmakotherapie bei schwangeren und stillenden Patientinnen	145
	<i>I. Vernaleken, F. Schneider</i>	
12	Arzneimittelinteraktionen	155
	<i>C. Hiemke</i>	
13	Durch Medikamente ausgelöste psychische Störungen	165
	<i>C. Lange-Asschenfeldt, W. Niebling, F. Schneider</i>	
14	Psychotherapie	171
	<i>F. Caspar, M. Belz, F. Schneider</i>	
15	Weitere neurobiologische Therapieverfahren	191
	<i>T. Nickl-Jockschat, F. Schneider, M. Grözing</i>	
16	Psychoedukation und Angehörigenarbeit	199
	<i>M. Berthold-Losleben, H. Wohlhüter, F. Schneider</i>	

IV **Erkrankungsbilder**

17	Demenzen (F00–F03)	207
	<i>L. Frölich, L. Hausner, F. Schneider</i>	
18	Nichtsubstanzbedingte delirante Syndrome (F05) und andere organische psychische Erkrankungen (F04, F06, F07)	225
	<i>L. Frölich, F. Schneider</i>	
19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	233
	<i>U. S. Zimmermann, I. Mick, K. Mann</i>	
20	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2)	259
	<i>T. Nickl-Jockschat, F. Schneider</i>	
21	Affektive Störungen (F3)	295
	<i>M. Härter, F. Schneider</i>	
22	Angststörungen (F40, F41)	321
	<i>P. Zwanzger, F. Schneider</i>	
23	Zwangsstörungen (F42)	335
	<i>P. Zwanzger, F. Schneider</i>	
24	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	341
	<i>U. Habel, F. Schneider</i>	
25	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44)	351
	<i>S. Weber-Papen, K. Mathiak, F. Schneider</i>	
26	Somatoforme Störungen (F45)	361
	<i>T. M. Michel, F. Schneider</i>	
27	Essstörungen (F50)	371
	<i>D. Wälte, F. Schneider</i>	
28	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	381
	<i>M. Grözingen, F. Schneider</i>	
29	Sexualstörungen (F52, F64, F65)	397
	<i>S. Weber-Papen, F. Schneider</i>	
30	Persönlichkeitsstörungen (F60–F62)	405
	<i>K. Mathiak, M. Dyck, F. Schneider</i>	
31	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)	421
	<i>K. Mathiak, F. Schneider</i>	
32	Artifizielle Störung (F68.1)	427
	<i>F. Hölscher, F. Schneider</i>	
33	Intelligenzminderungen (F7) und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	433
	<i>F. Hölscher, F. Schneider</i>	
34	Autismus-Spektrum-Störungen (F84)	441
	<i>T. M. Michel, U. Habel, F. Schneider</i>	
35	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (F90) im Erwachsenenalter	449
	<i>M. Paulzen, U. Habel, F. Schneider</i>	

36	Tic-Störungen und Tourette-Syndrom	459
	<i>I. Neuner, F. Schneider</i>	
V	Spezielle Aspekte	
37	Allgemeine und spezielle Aspekte der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und -psychosomatik	469
	<i>P. Schlotterbeck, F. Schneider</i>	
38	Psychoimmunologie	477
	<i>H. Himmerich, F. Schneider</i>	
39	Psychoonkologie	483
	<i>K. Mathiak, S. Franke, F. Schneider</i>	
40	Psychokardiologie	489
	<i>M. Deuschle, F. Schneider</i>	
41	Psychoendokrinologie	495
	<i>H. Himmerich, F. Schneider</i>	
42	Somatische Morbidität psychisch Kranker	503
	<i>W. Hower, F. Schneider</i>	
43	Psychische Erkrankungen bei jungen Patienten	513
	<i>C. Wewetzer, F. Schneider</i>	
44	Psychische Erkrankungen bei älteren Patienten	531
	<i>M. Haupt, F. Schneider</i>	
45	Geschlechtsspezifische Aspekte psychischer Erkrankungen	543
	<i>U. Habel, F. Schneider</i>	
46	Transkulturelle Psychiatrie	553
	<i>I. Bermejo, L. P. Hölzel, F. Schneider</i>	
47	Suizidalität	561
	<i>I. Neuner, F. Schneider</i>	
48	Notfälle	571
	<i>A. Bröcheler, I. Vernaleken, F. Schneider</i>	
49	Unterbringung	581
	<i>S. Weber-Papen, F. Schneider</i>	
50	Begutachtung	595
	<i>F. Schneider, S. Weber-Papen</i>	
	Anhang	
	Antworten zu den Übungsfragen	613
	Stichwortverzeichnis	661

Autorenverzeichnis

Belz, Martina, Dr. phil.

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Bern
Gesellschaftsstr. 49,
3012 Bern/Schweiz
martina.belz@psy.unibe.ch

Bergmann, Frank, Dr. med.

Zentrum für Neurologie und Seelische Gesundheit
Kapuzinergraben 19,
52062 Aachen
bergmann@bvdn-nordrhein.de

Bermejo, Isaac, Dr. phil.

Celenus-Kliniken GmbH
Moltkestr. 27, 77654 Offenburg
i.bermejo@celenus-kliniken.de

Berthold-Losleben, Mark, Dr. med., MA

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
mberthold-losleben@ukaachen.de

Bröcheler, Anno, Dr. med.

Zentrum für Neurologie und Seelische Gesundheit
Kapuzinergraben 19,
52062 Aachen
broecheler@zns-kapuzinerkarree.de

Caspar, Franz, Prof. Dr. phil.

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Bern
Gesellschaftsstr. 49,
3012 Bern/Schweiz
franz.caspar@psy.unibe.ch

Deuschle, Michael, Prof. Dr. med.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5, 68159 Mannheim
michael.deuschle@zi-mannheim.de

Dyck, Miriam, Dr. rer. medic.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
mdyck@ukaachen.de

Franke, Sabrina, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
sfranke@ukaachen.de

Frölich, Lutz, Prof. Dr. med.

Abteilung für Gerontopsychiatrie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5, 68159 Mannheim
lutz.froelich@zi-mannheim.de

Grözinger, Michael, PD Dr. med.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
mgroezinger@ukaachen.de

Habel, Ute, Prof. Dr. rer. soc.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
uhabel@ukaachen.de

Härter, Martin, Prof. Dr. med. Dr. phil.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
m.haerter@uke.uni-hamburg.de

Haupt, Martin, PD Dr. med.

Schwerpunktpraxis
Hirnleistungsstörungen
Neuro-Centrum Düsseldorf
Hohenzollernstr. 5,
40211 Düsseldorf
m.haupt@alzheimer-praxis-duesseldorf.de

Hausner, Lucrezia, Dr. med.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5, 68159 Mannheim
lucrezia.hausner@zi-mannheim.de

Hettmann, Martin, Dr. med.

Sudermannstr. 1, 50670 Köln
martin.hettmann@web.de

Hewer, Walter, PD Dr. med.

Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Vinzenz von Paul Hospital gGmbH
Schwenningerstr. 55,
78628 Rottweil
w.hewer@vvph.de

**Hiemke, Christoph,
Prof. Dr. rer. nat.**

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsmedizin Mainz
Untere Zahlbacher Str. 8,
55101 Mainz
hiemke@uni-mainz.de

**Himmerich, Hubertus,
Prof. Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Leipzig
Simmelweisstr. 10,
04103 Leipzig
hubertus.himmerich@medizin.
uni-leipzig.de

Hölscher, Frank, Dr. rer. medic.

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
fhoelscher@ukaachen.de

Hölzel, Lars, Dipl.-Psych.

Klinische Epidemiologie und
Versorgungsforschung
Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie
Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg
lars.hoelzel@uniklinik-freiburg.
de

**Lange-Asschenfeldt, Christian,
PD Dr. med.**

Abteilung Gerontopsychiatrie
Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Heinrich-Heine-Universität
LVR-Klinikum Düsseldorf
Bergische Landstr. 2,
40629 Düsseldorf
christian.lange-asschenfeldt@
lvr.de

Mann, Karl, Prof. Dr. med.

Klinik für Abhängiges Verhalten
und Suchtmedizin
Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit
J5, 68159 Mannheim
karl.mann@zi-mannheim.de

**Mathiak, Klaus, Prof. Dr. med.
Dr. rer. nat.**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
kmathiak@ukaachen.de

Michel, Tanja M., PD Dr. med.

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
tmichel@ukaachen.de

Mick, Inge M., Dr. med.

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl
Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
inge.mick@uniklinikum-
dresden.de

Neuner, Irene, PD Dr. med.

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
ineuner@ukaachen.de

**Nickl-Jockschat, Thomas,
Dr. med.**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
tnickl-jockschat@ukaachen.de

**Niebling, Wilhelm,
Prof. Dr. med.**

Lehrbereich Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Freiburg
Elsässer Str. 2m, 79110 Freiburg
wilhelm.niebling@uniklinik-
freiburg.de

**Paulzen, Michael,
Dr. med. Dipl.-Kfm.**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
mpaulzen@ukaachen.de

Schlotterbeck, Peter, Dr. med.

Praxis für Seelische Gesundheit
Marktplatz 11, 70173 Stuttgart
schlotterbeck@seelische-
gesundheit.net

**Schneider, Frank, Prof. Dr. med.
Dr. rer. soc.**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
fschneider@ukaachen.de

Sheldrick, Abigail, Dr. med.

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
asheldrick@ukaachen.de

van Treeck, Bernhard, Dr. med.

Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung Nord
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg
bernhard.vantreeck@mdk-nord.
de

**Vernaleken, Ingo,
Prof. Dr. med.**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
ivernaleken@ukaachen.de

Wälte, Dieter, Prof. Dr. phil.

Fachbereich Sozialwesen
Klinische Psychologie und
Persönlichkeitspsychologie
Hochschule Niederrhein
Rheydter Str. 232,
41065 Mönchengladbach
dieter.waelte@hs-niederrhein.de

**Weber-Papen, Sabrina,
Dipl.-Psych., Ärztin**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
sweber@ukaachen.de

**Wewetzer, Christoph,
Prof. Dr. med.**

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Florentine-Eichler-Str. 1,
51067 Köln
wewetzerc@kliniken-koeln.de

Wien, Sabine, Dr. med.

Dekanat der Medizinischen
Fakultät
RWTH Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
swien@ukaachen.de

**Wohlhüter, Heidi,
Dipl.-Sozialarb.**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
hwohlhueter@ukaachen.de

**Zimmermann, Ulrich S.,
PD Dr. med.**

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl
Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
ulrich.zimmermann@
uniklinikum-dresden.de

Zwanzger, Peter, Prof. Dr. med.

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Str. 11,
48149 Münster
peter.zwanzger@ukmuenster.de

Abkürzungsverzeichnis

ACE	Angiotensin Converting Enzyme
ACh	Acetylcholin
ACTH	Adrenokortikotropes Hormon
AD	Antidepressivum
ADH	Antidiuretisches Hormon
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AESB	Alkoholentzugssymptombogen
AGP	Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
AP	Antipsychotika
APA	American Psychiatric Association
ApoE	Apolipoprotein E
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
ASD	Autismus-Spektrum-Störung
AST	Ambulante Soziotherapie
AT	Autogenes Training
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BASE	Berliner Altersstudie
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BAK	Blutalkoholkonzentration
BKS	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit
BMI	Body-Mass-Index
BOLD	Blood Oxygen Level Dependant
BtM	Betäubungsmittel
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
cCT	Kraniale Computertomographie
CDT	Carbohydratdefizientes Transferrin
ChAT	Cholinacetyltransferase
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
cMRT	Kraniale Magnetresonanztomographie
CK	Kreatinkinase
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CRH	Kortikotropin-Releasing-Hormon
CRP	C-reaktives Protein
CT	Computertomographie
CYP	Cytochrom-P450-Enzyme
DA	Dopamin
DALY	Disability Adjusted Life Years
DAT	Demenz vom Alzheimerstyp
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DED	Depression-Executive-Dysfunction
DemTect	Demenz-Detektionstest
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

DIPS	Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen
DLB	Lewy-Körper-Demenz
DM	Diabetes mellitus
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTI	Diffusion tensor imaging (Diffusionsbildgebung)
EEG	Elektroenzephalographie
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EKG	Elektrokardiogramm
EKP	Ereigniskorrelierte Potenziale
EKT	Elektrokrampftherapie
EMDR	Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Therapie
EMG	Elektromyogramm
EPMS	Extrapyramidal-motorische Störungen
EOG	Elektrookulogramm
EtG	Ethylglukuronid
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FDA	Food and Drug Administration (US-amerikanische Arzneimittelbehörde)
FDG	¹⁸ F-2-Fluoro-2-Deoxy-D-Glukose
FGA	First generation antipsychotics (Antipsychotika der 1. Generation)
FLAIR	Fluid-attenuated inversion recovery
fMRT	Funktionelle Magnetresonanztomographie
FSH	Follikelstimulierendes Hormon
FTD	Frontotemporale Demenz
FTND	Fagerstrøm-Test for Nicotine Dependence
GABA	γ-Aminobutyric Acid (γ-Aminobuttersäure)
GAF	Globales allgemeines Funktionsniveau
GAS	Generalisierte Angststörung
γ-GT	γ-Glutamyltransferase
GdB	Grad der Behinderung im Schwerbehindertenrecht
GdS	Grad der Schädigungsfolge
GDS	Geriatrische Depressionsskala
GnRH	Gonadotropin-Releasing-Hormon
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
HAMD	Hamilton-Depressionsskala
HE	Hounsfield-Einheiten
HHN-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
HIV	Human immunodeficiency virus
HKP	Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke
HOPS	Hirnorganisches Psychosyndrom
HRT	Habit Reversal Training
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFD	Integrationsfachdienst
INR	International Normalized Ratio
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
IV	Integrierte Versorgung
JVEG	Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern
KHK	Koronare Herzerkrankung

KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
LART	Links anterior, rechts temporal
LDH	Laktatdehydrogenase
LH	Luteinisierendes Hormon
LWK	Lendenwirbelkörper
MAO	Monoaminoxidase
MCV	Mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen
MCI	Mild cognitive impairment (leichte kognitive Störung)
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MKT	Magnetkrampftherapie
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MNS	Malignes neuroleptisches Syndrom
MPH	Methylphenidat
MRS	Magnetresonanzspektroskopie
MRT	Magnetresonanztomographie
MSLT	Multiple-Sleep-Latency-Test
NA	Noradrenalin
NaSSA	Noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum
NDRI	Kombinierter selektiver Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitor
n. F.	Neue Fassung
NMDA	N-Methyl-D-Aspartat
NNT	Number needed to treat
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika
NSMRI	Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren
NSS	Neurological soft signs
NW	Nebenwirkungen
OGTT	Oraler Glukosetoleranztest
p.c.	Post conceptionem
PCL-R	Psychopathy Checklist Revised
PCP	Phenyl-Cyclidin-Piperidin
PET	Positronenemissionstomographie
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PLMS	Periodic leg movements in sleep (periodische Beinbewegungen im Schlaf)
PMDD	Prämenstruelles dysphorisches Syndrom
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
REM	Rapid eye movements
RIA	Radioimmunassay
RIMA	Reversibler Inhibitor der MAO-A
RLS	Restless-legs-Syndrom
RPK	Rehabilitation psychisch Kranker
SAD	Saisonal abhängige Depression
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGA	Second generation antipsychotics (Antipsychotika der 2. Generation)
SIADH	Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview
SMI	Serious/Severe mental illness
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate

sMRT	Strukturelle Magnetresonanztomographie
SNRI	Selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computertomographie
SPZ	Sozialpsychiatrische Zentren
SSNRI	Selektive Serotonin-Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSRI	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSW	Schwangerschaftswoche
StGB	Starfgesetzbuch
STH	Somatotropes Hormon
StPO	Strafprozessordnung
StVG	Straßenverkehrsgesetze
SW	Sharp waves
TAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung
TBFN	Testbatterie zur Forensischen Neuropsychologie
TDM	Therapeutisches Drug Monitoring
THC	Tetrahydrocannabinol
THS	Tiefe Hirnstimulation
ThUG	Therapieunterbringungsgesetz
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
TMS	Transkranielle Magnetstimulation
TMT	Trail-Making-Test
ToM	Theory of Mind
TPHA	Treponema-pallidum-Hämagglutinationshemmtest
TRH	Thyreotropin-Releasing-Hormon
TSG	Transsexuellengesetz
TSH	Thyroideastimulierendes Hormon
TZA	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UBG	Unterbringungsgesetze
VBM	Voxelbased morphometry
VNS	Vagusnervstimulation
VT	Verhaltenstherapie
WCST	Wisconsin-Card-Sorting-Test
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIE	Wechsler Intelligenztest für Erwachsene
WfB	Werkstätten für Behinderte
WPA	World Psychiatric Association
YLD	Years Lived with Disability
YLL	Years of Life Lost
ZNS	Zentralnervensystem

Grundlagen

- Kapitel 1** **Epidemiologie und Ätiologie
psychischer Erkrankungen – 3**
F. Schneider, S. Wien, S. Weber-Papen
- Kapitel 2** **Psychosoziale Versorgung – 11**
B. van Treeck, F. Bergmann, F. Schneider

Epidemiologie und Ätiologie psychischer Erkrankungen

F. Schneider, S. Wien, S. Weber-Papen

1.1 Epidemiologie – 4

1.1.1 Bundesgesundheitsurvey – 5

1.1.2 Lebensqualität – 6

1.2 Ätiologie – 6

1.2.1 Biologische Faktoren – 6

1.2.2 Psychosoziale Faktoren – 7

1.2.3 Klassifikation ätiopathogenetischer Faktoren – 7

1.2.4 Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell – 8

»Kurzinfo«

- Etwa jeder zweite bis dritte Deutsche entwickelt einmal im Laufe seines Lebens eine psychische Erkrankung
- Psychische Erkrankungen (an führender Stelle unipolare Depressionen) sind mit einer erheblichen **Einschränkung der Lebensqualität** verbunden; als ein Maß für die Quantifizierung der Beeinträchtigung der Lebensqualität gelten die »Disability Adjusted Life Years« (DALY)
- Psychischen Erkrankungen liegt ein **multikausales biopsychosoziales** Krankheitskonzept zugrunde
- Ein integratives Krankheitsmodell stellt das **Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell** dar, wonach sich eine Erkrankung klinisch manifestiert, wenn auf dem Boden einer bestimmten Vulnerabilität belastende Stressoren hinzutreten, die durch die individuellen Bewältigungskompetenzen nicht ausreichend aufgefangen werden können

1.1 Epidemiologie

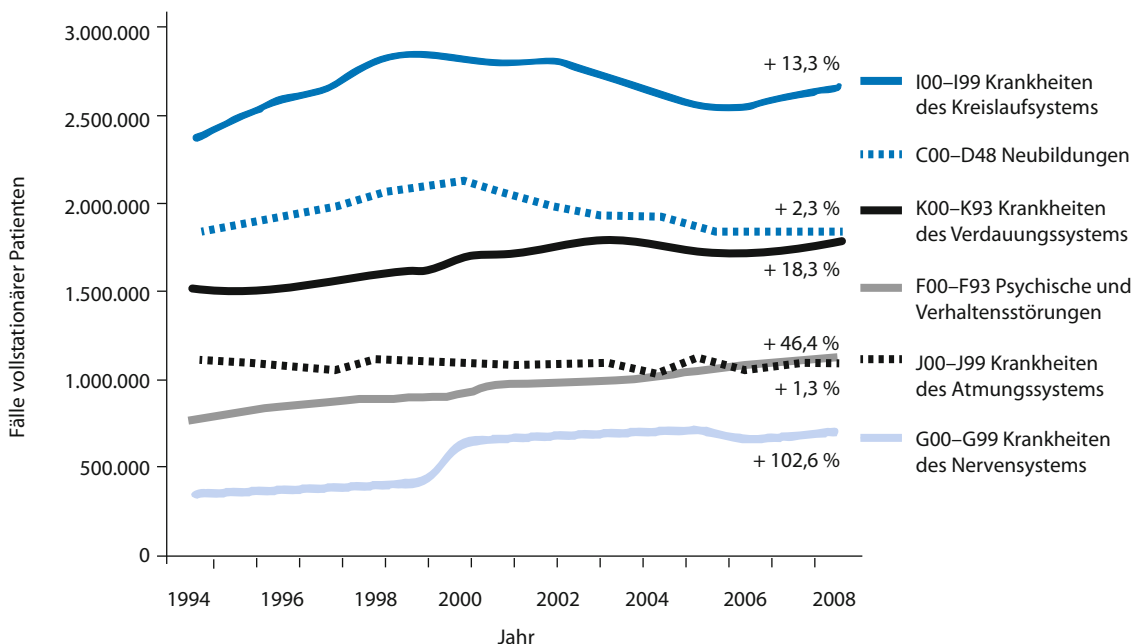
Die Zahl diagnostizierter psychischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren in der deutschen Allgemeinbevölkerung stetig angestiegen. So haben psychische Erkrankungen nach dem Ende Juli 2011 von der Barmer GEK vorgestellten Report Krankenhaus 2011 in den vergangenen 20 Jahren um 129 % zugenommen. Der Anteil psychischer Erkrankungen am gesamten Krankenstand betrug 2010 in Deutschland 12,1 %, was fast doppelt so hoch ist wie noch 1998 mit 6,6 %. Psychische Erkrankungen stehen damit an

4. Stelle der wichtigsten Krankheitsarten bezogen auf den Anteil an AU-Tagen (DAK 2011).

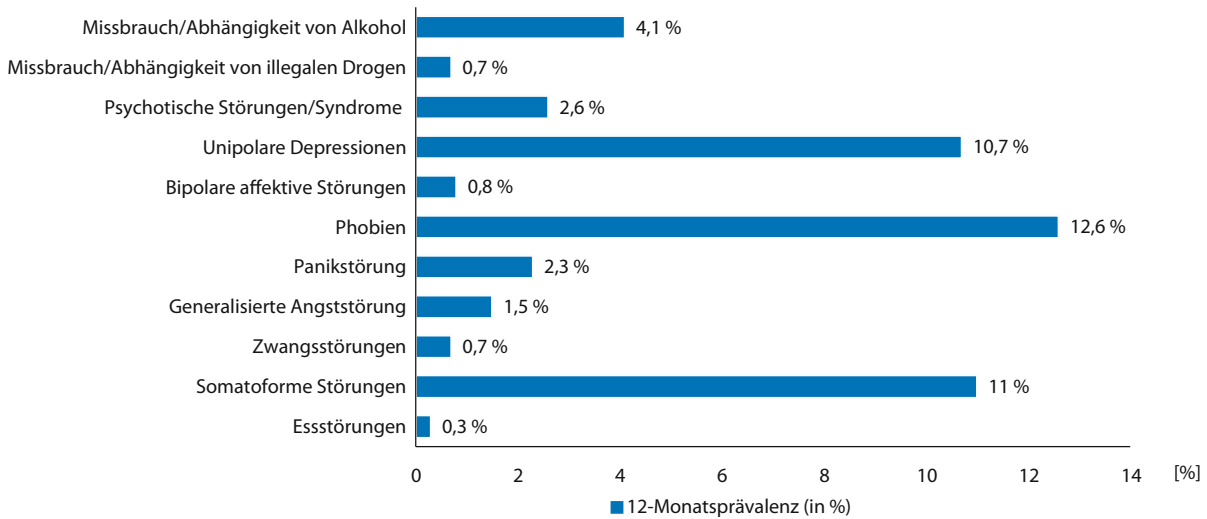
Ein **Anstieg** ist vorwiegend bei depressiven Störungen, somatoformen Störungen sowie bei den mit dem Alter assoziierten demenziellen Syndromen zu erkennen.

Die wachsende Bedeutung psychischer Erkrankungen wird auch bei der Betrachtung der Fallzahlen stationärer Behandlungen der letzten Jahre deutlich. Die Diagnosegruppe der »Psychischen und Verhaltensstörungen« (Kapitel F der ICD-10) verzeichnet nach den Krankheiten des Nervensystems (Kapitel G der ICD-10) die größte Zunahme der Fallzahlen stationärer Behandlungen: von 1994 mit 770.514 Fällen bis zum Jahr 2008 mit 1.127.971 Fällen um etwa 46 % (Schneider et al. 2011; ■ Abb. 1.1).

Die Ursachen für diese stete Zunahme psychischer Erkrankungen werden kontrovers diskutiert. **Belastungen** im beruflichen und privaten Bereich (z. B. unsichere Arbeitsplätze, steigende Arbeitslosigkeit, hoher Leistungsdruck, zunehmende Technisierung von Arbeitsabläufen mit fehlenden Handlungsspielräumen, Wegfall sozialen Rückhalts beispielsweise durch Zunahme von Scheidungen) spielen zwar für die Entstehung psychischer Erkrankungen eine Rolle, sind im Vergleich zu früher aber nicht unbedingt höher, sondern anders. Allerdings sind psychische Erkrankungen durch **Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit** in den letzten Jahren sicherlich mehr in das Bewusstsein der Bevölkerung gerückt, sodass die Gesellschaft inzwischen offener damit umgeht und mehr Menschen psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in



■ **Abb. 1.1** Entwicklung der Fallzahlen vollstationärer Patienten für ausgewählte Diagnosegruppen zwischen 1994 und 2008 (Daten des Statistischen Bundesamtes). (Schneider et al. 2011)



■ **Abb. 1.2** 12-Monatsprävalenzen für psychische Erkrankungen nach DSM-IV, Achse I (Daten des Bundesgesundheits surveys, Zusatzsurvey »Psychische Störungen«; n=4.181). (Daten aus Jacobi et al. 2004)

Anspruch nehmen, was dazu führt, dass psychische Erkrankungen auch **häufiger diagnostiziert** werden. Leider sind psychische Erkrankungen, Patienten, Behandler und Institutionen aber immer noch mit erheblichen Stigmatisierungen belegt.

1.1.1 Bundesgesundheits survey

Eine erste umfassendere, bundesweite epidemiologische Bevölkerungsuntersuchung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung auf der Grundlage der modernen diagnostischen Klassifikationssysteme erfolgte im Rahmen des **Bundesgesundheits surveys 1998/1999**, im **Zusatzsurvey »Psychische Störungen«**. Ausgewertet wurden Daten von 4.181 Personen zwischen 18 und 65 Jahren.

Nach den Ergebnissen dieses Bundesgesundheits surveys beträgt die **Lebenszeitprävalenz** für eine psychische Erkrankung in der deutschen, erwachsenen Allgemeinbevölkerung ca. 43 %. Dabei sind Frauen mit etwa 49 % insgesamt deutlich häufiger betroffen als Männer mit ca. 37 % (Jacobi et al. 2004).

➤ **Bei fast der Hälfte der Menschen der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung manifestiert sich mindestens einmal im Laufe des Lebens eine psychische Erkrankung.**

Die **12-Monatsprävalenz** liegt für die Gesamtheit psychischer Erkrankungen bei etwa 31 %, die **4-Wochenprävalenz** bei etwa 20 %.

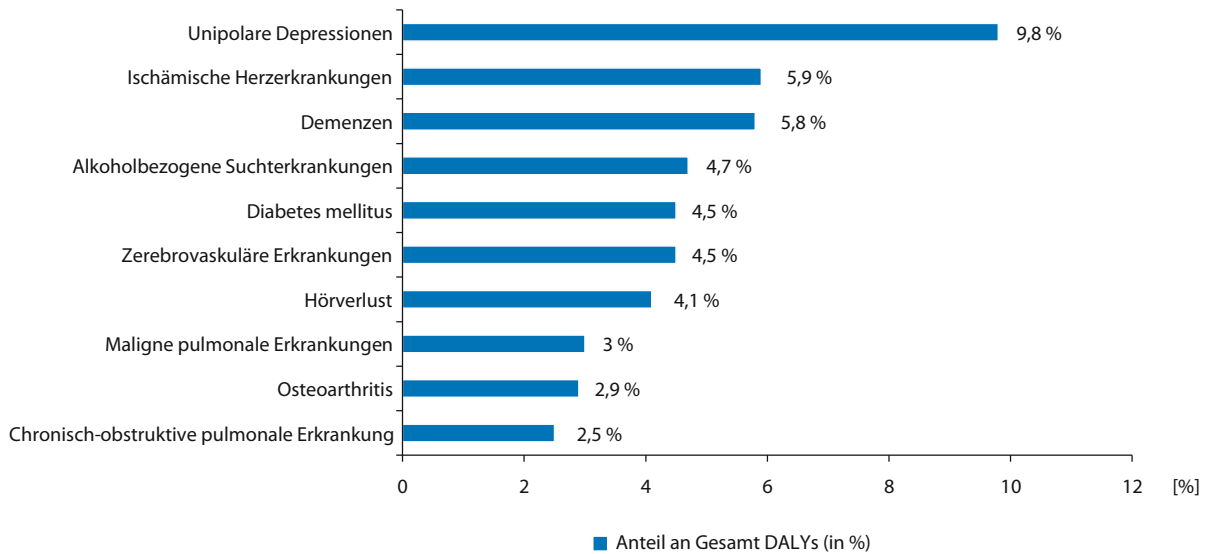
Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Erkrankungsbildern gemäß DSM-IV(-TR), Achse I, stellen Angststörungen,

somatoforme Störungen und depressive Störungen die häufigsten psychischen Erkrankungen im Querschnitt dar (■ Abb. 1.2). Der Umstand, dass sich bei Addition der einzelnen 12-Monatsprävalenzen der verschiedenen Krankheitsbilder ein Wert ergibt, der deutlich über der 12-Monatsprävalenz für die Gesamtheit psychischer Erkrankungen liegt, verdeutlicht die **hohe Komorbiditätsrate**: So wurde bei fast jeder zweiten untersuchten Person mehr als eine psychische Erkrankung diagnostiziert.

Bei den meisten psychischen Erkrankungen sind **Frauen überrepräsentiert**, eine Ausnahme bilden die alkoholbezogenen Suchterkrankungen.

Obwohl es beim Vergleich der verschiedenen Altersgruppen diagnosespezifische Prävalenzunterschiede gibt, bleibt die Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen in allen Altersgruppen in etwa konstant.

Die Befunde des Bundesgesundheits surveys verdeutlichen nicht nur die weite Verbreitung psychischer Erkrankungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung, sondern weisen darüber hinaus auch auf eine erhebliche **Unterversorgung** von Personen mit psychischen Erkrankungen hin. Nur etwa 36 % der untersuchten, psychisch erkrankten Personen standen aufgrund dieser Erkrankung in irgendeiner Form in Kontakt mit ambulanten oder stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Diensten oder dem Hausarzt. Von diesen erhielten wiederum nur etwa 10 % eine adäquate, leitlinienorientierte Behandlung. Demnach wurde die Mehrheit der untersuchten Personen mit einer oder mehreren psychischen Erkrankungen nicht psychiatrisch-psychotherapeutisch versorgt. Die niedrige Versorgungsquote fand sich nicht bei allen psychischen Erkrankungen in vergleichbarem Maße, sondern primär



■ **Abb. 1.3** Führende Ursachen der »Burden of Disease« im Jahr 2030 in den Industrienationen mit hohem Einkommen. (Daten aus Mathers u. Loncar 2006)

bei somatoformen Störungen und Suchterkrankungen (Wittchen u. Jacobi 2001).

In einer aktuellen **europaweiten** epidemiologischen Studie wurde eine 12-Monatsprävalenz von etwa 38 % für die Gesamtheit psychischer Erkrankungen berichtet (Wittchen et al. 2011).

1.1.2 Lebensqualität

Psychische Erkrankungen können mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehen, die international vergleichbar ausgedrückt werden kann in »**Disability Adjusted Life Years**« (DALY). Die DALY basieren auf der Anzahl der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod (YLL = »Years of Life Lost«) und der Anzahl der mit krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen verbrachten Lebensjahre (YLD = »Years Lived with Disability«). Ein DALY entspricht einem verlorenen Jahr eines gesunden Lebens. In den Studien zur Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Krankheiten und Behinderung, der »**Global Burden of Disease**«, stellen Mathers und Loncar (2006) die weltweit führenden Ursachen der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre dar.

Die unipolare Depression steht nach der Global-Burden-of-Disease-Studie weltweit auf Platz 4 unter den Krankheiten, welche die meisten DALY verursachen (bezogen auf das Jahr 2002), und wird Prognosen zufolge im Jahr 2030 weltweit bereits an 2. Stelle stehen, noch vor kardiovaskulären Erkrankungen und hinter den HIV-Infektionen. In den Industrienationen mit hohem Einkommen

werden nach Hochrechnungen für das Jahr 2030 sogar 3 psychische Erkrankungen unter den ersten 5 ursächlichen Erkrankungen für die durch Behinderung und Tod verlorenen Lebensjahre rangieren. Führend sind hier die unipolaren Depressionen, gefolgt von den Demenzen und alkoholbezogenen Suchterkrankungen (■ Abb. 1.3).

Werden die **YLD (mit Einschränkungen verbrachte Lebensjahre)** als Indikator verwendet, dann stehen die unipolaren Depressionen nach dem World Health Report (WHO 2001) mit Abstand weltweit bereits an 1. Stelle. Daneben befinden sich alkoholbezogene Störungen, Schizophrenien und bipolare Störungen unter den 10 wichtigsten Ursachen für die YLD.

1.2 Ätiologie

Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind vielfältig. Der Manifestation einer psychischen Erkrankung liegt in der Regel ein komplexes **multikausales** Geschehen aus genetisch-biologischen und psychosozialen Faktoren zugrunde, wobei der Einfluss der jeweiligen Faktoren sowohl interindividuell als auch zwischen den einzelnen Erkrankungsbildern differiert.

1.2.1 Biologische Faktoren

■ Genetische Disposition

Die Heritabilität psychischer Erkrankungen schwankt deutlich zwischen den verschiedenen Erkrankungsbildern und scheint besonders stark bei Schizophrenien, bipola-

ren Störungen, Autismus-Spektrum-Störungen und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ausgeprägt zu sein. Für diese Erkrankungen wird eine Heritabilität von etwa 80 % angegeben (► Kap. 20, 21, 34 sowie 35). Dagegen ist beispielsweise bei posttraumatischen Belastungsstörungen eine viel geringere Heritabilität anzunehmen (► Kap. 24).

Es ist davon auszugehen, dass für die genetische Disposition zu einer psychischen Erkrankung in der Regel nicht ein einziges Gen ursächlich ist. Hier ist das **Zusammenwirken mehrerer Gene** entscheidend. Insbesondere für die Schizophrenie und die bipolaren Störungen konnten in Kopplungsanalysen bereits mehrere Kandidatenregionen identifiziert werden.

■ Neurobiologische Faktoren

Neben einer genetischen Disposition spielen neuronale Faktoren im Gehirn (hirnmorphologische Pathologien, Störungen in Neurotransmittersystemen) eine wesentliche Rolle für die Krankheitsmanifestation. Zunehmende Beachtung finden immer mehr auch neuroendokrinologische (z. B. Störungen von Hormonachsen wie der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) und neuroimmunologische Prozesse (► Kap. 38 u. 41).

Neurochemische Prozesse wiederum werden durch genetische oder Umwelteinflüsse wie Stress und Lernerfahrungen beeinflusst. Beispielsweise kann chronischer Stress über eine anhaltende Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zur übermäßigen Ausschüttung von Glukokortikoiden führen, die dann bestimmte Hirnregionen schädigen können.

■ Somatische Erkrankungen

Somatische und psychische Erkrankungen beeinflussen sich auf vielfältige Art und Weise (► Abschn. 37.1). Bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung findet sich vielfach auch ein **gehäuftes Auftreten somatischer Erkrankungen** (► Kap. 42). Somatische Erkrankungen können aber ebenso einen **Risikofaktor** für die Manifestation einer psychischen Erkrankung darstellen, z. B. depressive Symptome bei chronischer Herzinsuffizienz (► Abschn. 40.2).

Im Falle **organischer psychischer Erkrankungen** sind somatische Faktoren über eine direkte Hirnschädigung oder Hirnfunktionsstörung alleine oder überwiegend ursächlich für die psychischen Auffälligkeiten. Zu solchen somatischen Faktoren gehören zerebrale Erkrankungen (Schädel-Hirn-Traumata, Tumore, Enzephalitis usw.), aber auch Intoxikationen, systemische Krankheiten (schwere Niereninsuffizienz, Vitaminmangelsyndrome, systemischer Lupus erythematodes usw.) oder Infektionen (z. B. HIV, Lues, Borreliose) (► Abschn. 37.4). Besonders hervorgehoben werden sollten auch die Endokrinopathi-

en, die häufig mit Störungen der Affektivität und des Antriebs einhergehen (► Kap. 41).

Des Weiteren können **Medikamente**, die in der Therapie somatischer Erkrankungen eingesetzt werden, psychische Symptome auslösen (► Kap. 13).

1.2.2 Psychosoziale Faktoren

Eine bedeutsame Rolle für die Ätiopathogenese einer psychischen Erkrankung spielen **frühe Entwicklungsprozesse**, v. a. hinsichtlich der emotionalen, kognitiven und der Persönlichkeitsentwicklung. Psychodynamische und kognitive Entwicklungsmodelle teilen die psychosoziale Entwicklung in umschriebene Phasen ein, wobei jede Entwicklungsphase unterschiedliche Anforderungen und Konflikttypen bereithält, die vulnerable Krisen bedingen können (► Abschn. 14.3.2). Traumatische Erfahrungen und andere belastende Ereignisse in einer **vulnerablen Phase** können entscheidenden Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung nehmen.

Lerntheoretische Modelle beschreiben krankhaftes Verhalten und Erleben als Konsequenz von **Lernprozessen**. Unter Hinzunahme von kognitiven Modellen wird aufgezeigt, wie durch bestimmte **Kognitionen** Verhalten und Erleben beeinflusst werden, bis hin zur manifesten psychischen Erkrankung (► Abschn. 14.3.1).

Psychosoziale Stressoren haben zudem als **auslösende Faktoren** eine wichtige Bedeutung. Wie stark äußere und innere Konflikte, stressreiche Lebensereignisse und traumatische Erfahrungen als Stressor wirken, hängt von den individuell zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen ab, die wiederum durch unsere Lern- und Entwicklungsgeschichte geprägt sind.

1.2.3 Klassifikation ätiopathogenetischer Faktoren

Die Faktoren, die zur Krankheitsentstehung beitragen (► Abb. 1.4), lassen sich differenzieren in:

- Prädisponierende Faktoren (Vulnerabilität)
- Auslösende Faktoren
- Aufrechterhaltende Faktoren

Vulnerabilität – Sie bezeichnet eine subklinische, angeborene und/oder erworbene Disposition (Anfälligkeit) für die Manifestation einer Erkrankung.

Die **Vulnerabilität** für eine psychische Erkrankung resultiert zum einen aus genetischer Veranlagung und anderen biologischen Faktoren (z. B. Störungen der Hirnreifung durch Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt oder Erkrankungen während der frühkindlichen

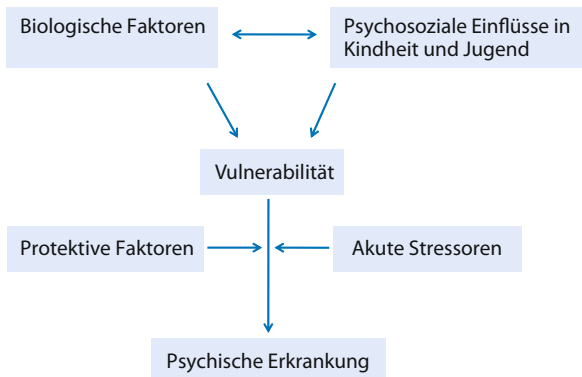


Abb. 1.4 Multikausale Genese psychischer Erkrankungen

Entwicklung), zum anderen aus ungünstigen Umweltbedingungen während früher Entwicklungsphasen (z. B. früher Verlust eines Elternteils, Missbrauchserlebnisse, emotionale Vernachlässigung).

Auslösende Faktoren gehen der akuten Manifestation der Erkrankung unmittelbar voraus. Sie sind häufig psychosozialer Natur. Hierunter fallen kritische Lebensereignisse (Verlust einer nahen Bezugsperson, Entwurzelung, Arbeitsplatzverlust, Beginn der Rente), traumatische Ereignisse, Frustrationen und anhaltende Belastungen (z. B. Konflikte in der Partnerschaft, dauerhafte Überforderung am Arbeitsplatz), aber auch Drogenkonsum.

Als Drittes werden **aufrechterhaltende Faktoren** unterschieden, wie beispielsweise krankheitsverstärkende Reaktionen der Mitmenschen auf die akute Erkrankung, mangelndes Selbstvertrauen usw.

Daneben können **protektive Faktoren** der Entstehung einer psychischen Erkrankung vorbeugen oder den Verlauf einer psychischen Erkrankung günstig beeinflussen. Zu solchen protektiven Faktoren gehören beispielsweise ein positives Selbstwertgefühl, stabile emotionale Beziehungen und sozialer Rückhalt sowie Modelle positiver Bewältigung.

1.2.4 Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell

Ein Beispiel eines integrativen Modells, das sich an die obigen Ausführungen anlehnt, ist das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell (Zubin u. Spring 1977, Nuechterlein u. Dawson 1984), das ursprünglich zur Erklärung der Entstehung schizophrener Störungen entwickelt wurde, jedoch allgemeine Gültigkeit auch für die meisten anderen psychischen Erkrankungen besitzt.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell erklärt die Krankheitsmanifestation als ein Zusammenspiel aus einer angeborenen und/oder erworbenen Vulnerabilität und hinzukommenden Stressoren sowie auf der anderen Seite protektiven Faktoren (z. B. positiv unterstützende Umge-

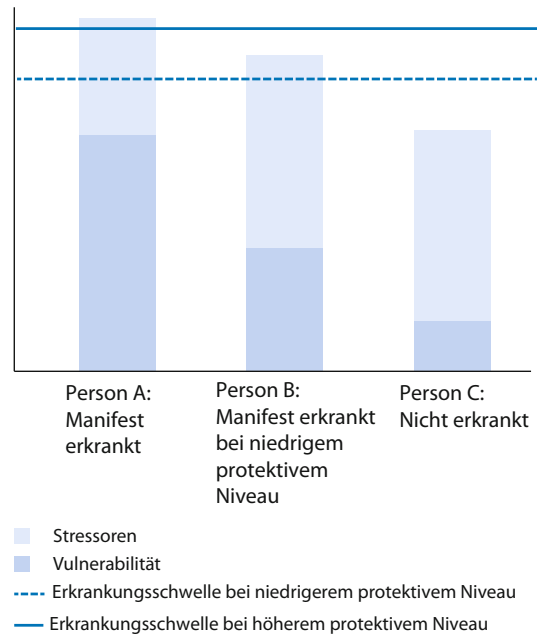


Abb. 1.5 Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell

bungsfaktoren und erfolgreiche Bewältigungsstrategien wie soziale Kompetenz und Problemlösefähigkeiten).

Auf dem Boden einer individuell unterschiedlich stark ausgeprägten Vulnerabilität kommt es erst durch die hinzutretenden Stressoren, für welche der Betroffene keine ausreichenden Bewältigungskompetenzen (Copingstrategien) besitzt, zur Überschreitung einer »Erkrankungsschwelle«, sodass die Erkrankung klinisch manifest wird. Je nach Höhe des Vulnerabilitätsanteils und der protektiven Faktoren ist das Ausmaß an Stresstoleranz bis zum Auftreten einer psychischen Erkrankung individuell sehr unterschiedlich (Abb. 1.5).

Übungsfragen

1. Wie hoch liegt nach den Daten des Bundesgesundheitsstudie die Lebenszeitprävalenz, wie hoch die 12-Monatsprävalenz für die Gesamtheit psychischer Erkrankungen in Deutschland?
2. Was meint der Ausdruck »Disability Adjusted Life Years« (DALY)?
3. Welche psychischen Erkrankungen fallen nach dem World Health Report (WHO 2001) unter die ersten 10 der weltweit mit den stärksten Beeinträchtigungen (»Global Burden of Disease«) verbundenen Erkrankungen, bezogen auf die »Years Lived with Disability« (YLD)?
4. Welche psychischen Erkrankungen besitzen eine hohe Heritabilität?
5. Was meint der Begriff »Vulnerabilität«?

6. Erläutern Sie kurz das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell.

Weiterführende Literatur

- DAK (2011) DAK-Gesundheitsreport 2011. http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2011.pdf (Zugegriffen: 06.09.2011)
- Jacobi F, Wittchen H-U, Hölting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34: 597–611
- Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3: e442
- Nuechterlein KH, Dawson ME (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 10: 300–312
- Schneider F, Falkai P, Maier W (2011) *Psychiatrie 2020. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*. Springer, Berlin Heidelberg
- Wittchen H-U, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 44: 993–1000
- Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen H-C (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21: 655–679
- World Health Organisation (2001) The World Health Report 2001: Mental health, new understanding, new hope. <http://www.who.int/whr/2001/en/> (Zugegriffen: 06.09.2011)
- Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 86: 103–126

Psychosoziale Versorgung

B. van Treeck, F. Bergmann, F. Schneider

2.1 Einführung – 12

2.2 Versorgungsangebote – 13

- 2.2.1 Teilstationäre und stationäre Krankenhausbehandlung – 13
- 2.2.2 Exkurs: Psychosomatik – Der deutsche Sonderweg – 17
- 2.2.3 Psychiatrische Institutsambulanzen – 18
- 2.2.4 Häusliche Krankenpflege – 19
- 2.2.5 Ambulante Soziotherapie – 20
- 2.2.6 Rehabilitationsleistungen/Teilhabeleistungen – 21
- 2.2.7 Medizinische Rehabilitation – 22
- 2.2.8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/
Berufliche Rehabilitationsleistungen – 24
- 2.2.9 Betreutes Wohnen – 27
- 2.2.10 Sozialpsychiatrische Zentren und Tagesstätten – 28
- 2.2.11 Beratungsstellen – 28

»Kurzinfo«

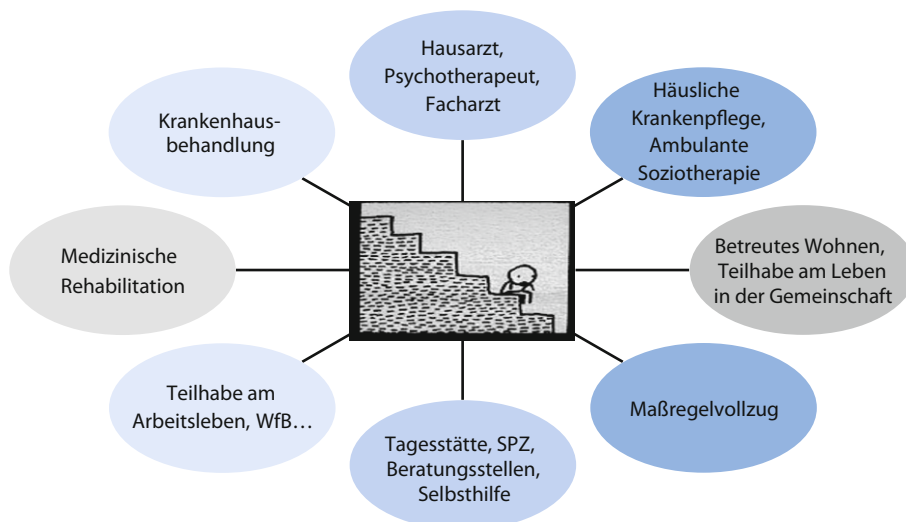
- In Deutschland existiert ein differenziertes, **sektorisier-**tes Versorgungsangebot für psychisch kranke Menschen
- Das Versorgungsangebot umfasst professionelle stationäre, teilstationäre (z.B. Tageskliniken) und ambulante kurative, komplementäre gemeindepsychiatrische sowie (ganztägig) ambulante und stationäre rehabilitative Angebote (z.B. Betreutes Wohnen, Rehabilitation psychisch Kranker) als auch nichtprofessionelle Hilfesysteme (z.B. Selbsthilfegruppen); zu den ambulanten Versorgungsangeboten gehören:
 - **Psychiatrische Institutsambulanzen:** multiprofessionelles ambulantes Komplexbehandlungsangebot für schwer oder chronisch psychisch Kranke
 - **Häusliche Krankenpflege:** ergänzende ambulante psychiatrische Pflege zur Unterstützung schwer psychisch Kranker bei der Alltagsbewältigung
 - **Ambulante Soziotherapie:** spezielle Form des ambulanten Case-Managements, um psychisch Kranke gezielt an ambulante Hilfen durch Anleitung und Motivationsarbeit heranzuführen
- Zugleich erweist sich das psychosoziale Versorgungssystem als unübersichtlich und z.T. schlecht vernetzt; die Sektorisierung besteht auch auf Seiten der Leistungsträger (früher »Kostenträger« genannt), was das Finden des zuständigen Leistungsanbieters und -trägers erschweren kann
- Kennzeichen der aktuellen Entwicklung des psychosozialen Versorgungssystems sind:
 - Bemühungen um eine **effektivere Vernetzung und Integration** der einzelnen Versorgungsstrukturen (z.B. durch die Einführung der **Integrierten Versorgung** bzw. entsprechende Regelungen im SGB IX)
 - Übergang von einer institutionsbezogenen zu einer mehr **personenbezogenen** und damit **gemeindenahen** und **bedarfsgerechten** Versorgung

2.1 Einführung

Das Angebot im deutschen Gesundheitssystem zur Versorgung psychisch erkrankter Patienten ist vielfältig. Versorgungsleistungen umfassen beispielsweise neben Information und Aufklärung über psychische Erkrankungen auch Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention, Diagnostik und Therapie, Krisenintervention, Beratung, Betreuung und medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation.

Bestandteile des psychosozialen Versorgungssystems sind (■ Abb. 2.1):

- Kurative Behandlung durch den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich durch Hausärzte, approbierte Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten, Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
- Teilstationäre und stationäre Krankenhausbehandlung (einschließlich prä- und poststationärer Behandlung)
- Häusliche Krankenpflege (HKP bzw. Ambulante Psychiatrische Pflege, kurz APP)
- Ambulante Soziotherapie (AST)
- Ambulante, ganztägig ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation
- Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) als Komplexleistung medizinischer und beruflicher Rehabilitation (ganztägig ambulant und stationär)



■ **Abb. 2.1** Psychosoziales Versorgungssystem. (Zeichnung: Mit freundlicher Genehmigung von B. Hoppek)

■ **Tab. 2.1** Ausgangslage in Deutschland, 2005. (Nach DAK – Unternehmen Leben, W. Koletzko)

Kostenfaktor bei psychischen Erkrankungen	Kosten [€]
Durchschnittliche Krankheits- und Folgekosten je Patient pro Jahr	40.000
Jährliche Krankheitskosten für psychische Erkrankungen	22.400.000.000
Entfallene Arbeitsjahre pro Jahr	157.000
Entfallene Arbeitstage pro Jahr	57.300.000
Gesamtwirtschaftliches Einsparpotenzial	2.000.000.000
Durchschnittliche Fehlversorgung	7,29 Jahre

- Betreutes Wohnen (zu Hause oder in stationären Einrichtungen), Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (früher: Eingliederungshilfe)
- Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ), Gesundheitsämter, Tagesstätten, Beratungsstellen
- Berufsförderungswerke und andere Einrichtungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Maßregelvollzug zur Unterbringung und Behandlung von psychisch kranken Straftätern
- Selbsthilfegruppen

Aus der Vielfältigkeit des psychosozialen Versorgungssystems, dessen einzelne Module nur in Ausnahmefällen trennscharf gegeneinander abgegrenzt sind, resultiert eine gewisse Unübersichtlichkeit mit einer z. T. schlechten Vernetzung und Koordinierung der einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Dadurch hat sich regional eine Unter-, Über- und Fehlversorgung entwickelt (■ Tab. 2.1). Bedarfsgerecht den richtigen Leistungsträger zu finden, ist nicht immer einfach, auch wenn es mit Einführung des SGB IX leichter geworden ist.

Zudem bestehen in Deutschland deutliche regionale Unterschiede im psychosozialen Versorgungsangebot. Nicht jede Leistung wird an jedem Wohnort angeboten; insbesondere im Bereich der wohnortnahen Rehabilitation bestehen unverändert große Defizite in der Indikation psychischer Erkrankungen.

Um eine bessere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Versorgungssektoren zu erzielen, wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 die **Integrierte Versorgung** als sektorenübergreifende Versorgungsform eingeführt (weiterentwickelt mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung GMG, das zum 01.01.2004 in Kraft getreten ist). Durch Integrationsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollte gerade bei chronischen, rezidivierenden und häufig auftretenden Erkrankungen eine

Verbesserung der Behandlungskontinuität an Schnittstellen sowie der Behandlungsqualität und gleichzeitig eine Senkung der Gesundheitskosten erzielt werden. Die Schwierigkeit besteht darin, im Bereich solcher Selektivverträge Strukturen zu entwickeln, die effizienter als die Regelbehandlung sind und deren Umsetzung schlank, d. h. mit geringem Verwaltungsaufwand, erfolgt. Außerdem umfasst die Integrierte Versorgung nur Leistungen aus dem SGB V; für psychisch Kranke wichtige Behandlungsmodule bleiben damit außen vor.

➤ **Das psychosoziale Versorgungssystem sollte gemeindenah, personenbezogen und bedarfsgerecht gestaltet sein, auf der Basis einer gut vernetzten Versorgungsstruktur, die die Kontinuität der Behandlung und Versorgung gewährleistet.**

2.2 Versorgungsangebote

2.2.1 Teilstationäre und stationäre Krankenhausbehandlung

Bei der Krankenhausbehandlung psychisch kranker Patienten bestehen in Deutschland gegenwärtig Doppelstrukturen:

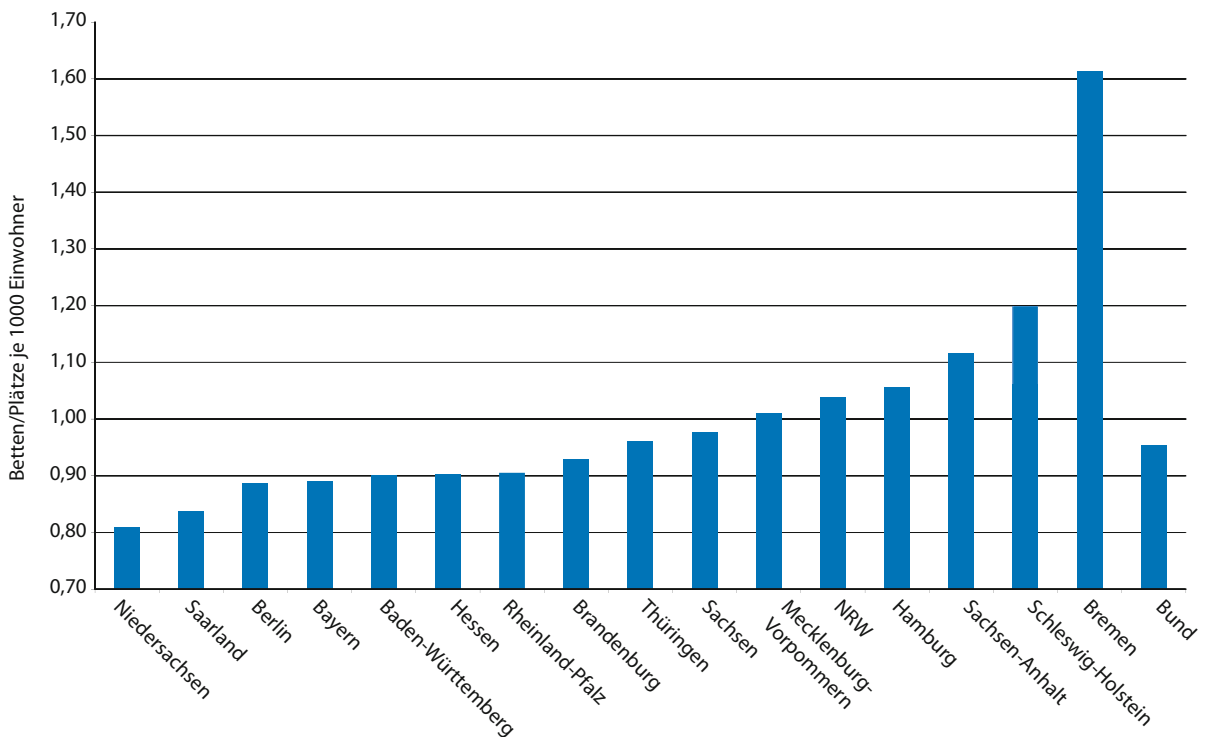
- Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen zur Behandlung psychisch Kranker mit **regionaler Versorgungsverpflichtung** (diese müssen jeden krankenhausbehandlungsbedürftigen psychisch Kranken aufnehmen, der im Versorgungsgebiet wohnt)
- Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen **ohne Versorgungsverpflichtung** (diese können wählen, welche Patienten sie aufnehmen und welche nicht)
 - Häufig handelt es sich um psychodynamisch ausgerichtete Kliniken, die Psychosomatik im Titel tragen und deren Therapiekonzept eher rehabilitativ ausgerichtet ist; kleinere psychosomatische Abteilungen halten oft nicht einmal einen fachärztlichen Anwesenheitsdienst rund um die Uhr vor, sodass Krankenkassen dort nicht selten eine Kostenübernahme für Krankenhausbehandlungen ablehnen

Deutschland verfügt über etwa 64.000 Krankenhausbetten zur Behandlung psychisch Kranker und 13.000 teilstationäre Behandlungsplätze (Zahlen aus 2008 zur Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie). Eine differenzierte Darstellung nach Bundesländern ist der ■ Tab. 2.2 zu entnehmen. Es fällt auf, dass die Betten-dichte von Bundesland zu Bundesland erheblich schwankt (■ Abb. 2.2), ohne dass die Abweichungen sozialmedizi-

■ Tab. 2.2 Daten zur voll- und teilstationären Versorgungssituation im Bundesländervergleich.

Bundesweite Krankenhaussta- tistik Erwachse- nenpsychiatrie 2008	Baden- Württem- berg	Bayern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg-Vor- pommern
Einwohner 2008	10.744.383	12.494.781	3.430.545	2.517.726	547.360	1.775.333	6.060.841	1.659.023
Anzahl Abteilungen	51	41	12	18	4	8	40	9
Aufgestellte Betten	6832	6532	2056	1671	577	1205	3898	1043
Teilstationäre Plätze	1066	709	539	426	220	402	713	301
Anteil Tagesklinik- Plätze (%)	13,50	9,79	20,77	20,31	27,60	25,02	15,46	22,40
Vollstationäre Ver- weildauer (Tage)	28,15	23,45	19,15	21,08	18,88	21,73	22,79	19,19
Teilstationäre Ver- weildauer (Tage)	27,53	19,32	30,93	24,47	11,49	25,72	24,11	22,01
Betten und Plätze je 1000 Einwohner	0,74	0,58	0,76	0,83	1,46	0,91	0,76	0,81

(Quelle: Einwohner aus Wikipedia; Anzahl Abteilungen, Betten/Plätze, Pflegetage aus Destatis Auskunftstabelle 2008 [KR-1]; die Zählweise tagesklinischer Fälle ist unklar, in Verbindung damit dann auch die tagesklinische Verweildauer; mit freundlicher Genehmigung R. Ernst, MDK Hessen)



■ Abb. 2.2 Voll- und teilstationäre Kapazitäten in Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin. Betten/Plätze je 1000 Einwohner (Daten aus dem Jahr 2008). (Mit freundlicher Genehmigung R. Ernst, MDK Hessen)

Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Bund
7.937.280	17.933.086	4.020.917	1.027.700	4.183.404	2.373.485	2.830.889	2.261.236	81.797.989
29	94	23	7	25	18	21	12	412
4585	13.724	2442	585	2637	1570	2246	1458	53.061
791	2767	556	197	638	457	435	362	10.579
14,71	16,78	18,55	25,19	19,48	22,55	16,23	19,89	16,62
22,98	24,21	21,91	19,85	22,47	21,59	20,94	22,72	23,17
28,25	27,50	27,48	20,81	23,22	22,55	23,28	21,24	24,68
0,68	0,92	0,75	0,76	0,78	0,85	0,95	0,80	0,78

nisch zu erklären wären. Der Anteil teilstationärer Behandlungsangebote differiert ebenfalls von Bundesland zu Bundesland. Der Anteil tagesklinischer Behandlung ist erwartungsgemäß in den Stadtstaaten tendenziell am höchsten und in den Flächenbundesländern am geringsten (■ Abb. 2.3). Auffallend ist die extreme Streubreite der Verweildauern in den Tageskliniken zwischen den einzelnen Bundesländern, die medizinisch nicht zu begründen ist.

Die Krankenhausbehandlung (■ Abb. 2.4), bei der Psychotherapie und Soziotherapie neben Psychopharmakotherapie immer eine wesentliche Rolle spielen, gliedert sich in:

- **Teilstationäre Behandlung** (häufigstes teilstationäres Angebot sind Tageskliniken)
- **Vollstationäre Behandlung auf:**
 - Offenen Stationen (in größeren Abteilungen/Kliniken meist Schwerpunkt- oder Spezialstationen für Schizophrenie, affektive Störungen, Demenzen, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen u. a.)
 - Intensivstationen (halb geschlossene oder geschlossene/geschützte Stationen)

Bisher gibt es keine allgemein konsentierten Abgrenzungskriterien, wann Patienten ambulant, teilstationär oder vollstationär kurativ behandelt werden sollten. In der Regel findet diesbezüglich vor Ort eine kollegiale Konsensfindung zwischen den ambulant tätigen Behandlern,

den Krankenhausärzten, ggf. unter Hinzuziehung von Fachgutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), statt.

Unstrittig indiziert ist eine **vollstationäre Krankenhausbehandlung** insbesondere bei:

- Akuter Fremd- oder Eigengefährdung, z. B. bei akuter Suizidalität; zur Unterbringung gegen den Willen des Patienten ► Kap. 49 (sofern allerdings keine ausreichende Aussicht mehr auf Erfolg einer Behandlung besteht und die ärztliche Behandlung nur noch eine die Unterbringung sichernde Funktion hat, handelt es sich nicht mehr um Krankenhausbehandlung und es muss ein Kostenträgerwechsel erfolgen)
- Beträchtlichen Störungen der Wahrnehmung, des Antriebs oder der Sinnesverarbeitung, die ein Aufsuchen ambulanter oder teilstationärer Hilfsangebote unmöglich machen (z. B. bei einem extrem antriebsgeminderten depressiven Patienten oder aber bei einem akut psychotischen Patienten)
- Notwendigkeit komplexer pharmakologischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung, die in dieser Form weder ambulant noch im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung noch im Heim zu leisten ist

Eine **teilstationäre Behandlung** kann beispielsweise indiziert sein:

- Wenn im Rahmen einer vollstationären Behandlung eine erste Stabilisierung erzielt wurde, eine Entlassung in den ambulanten Bereich aber noch zu früh

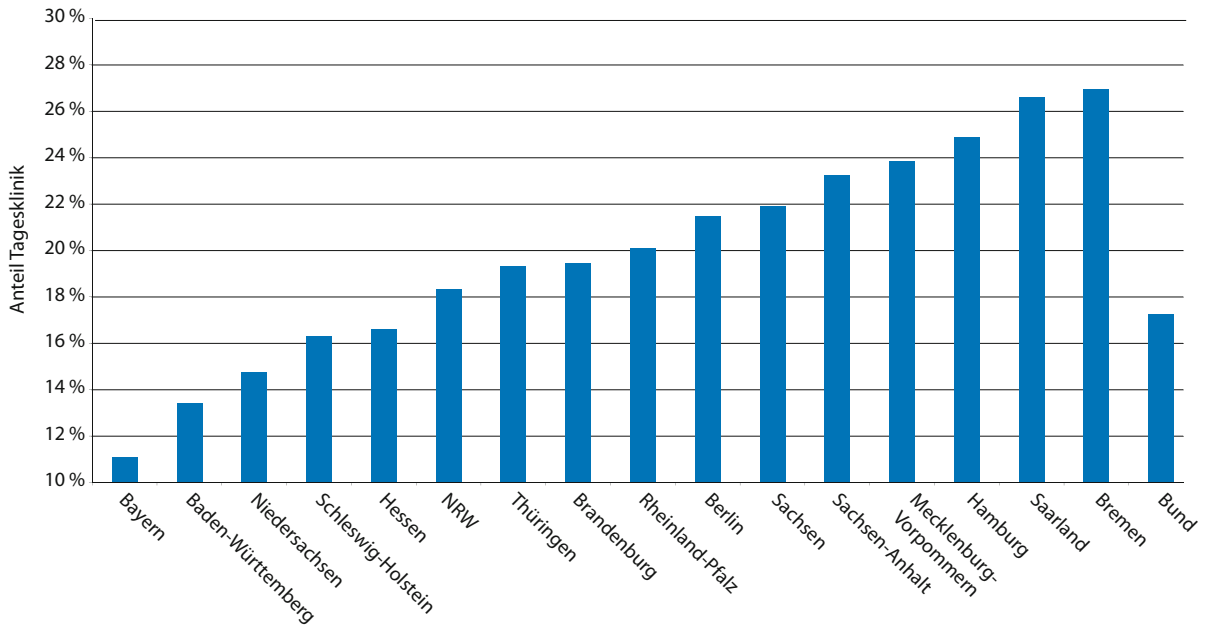


Abb. 2.3 Anteil Tagesklinik an stationären Behandlungskapazitäten in der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin (Daten aus dem Jahr 2008). (Mit freundlicher Genehmigung R. Ernst, MDK Hessen)

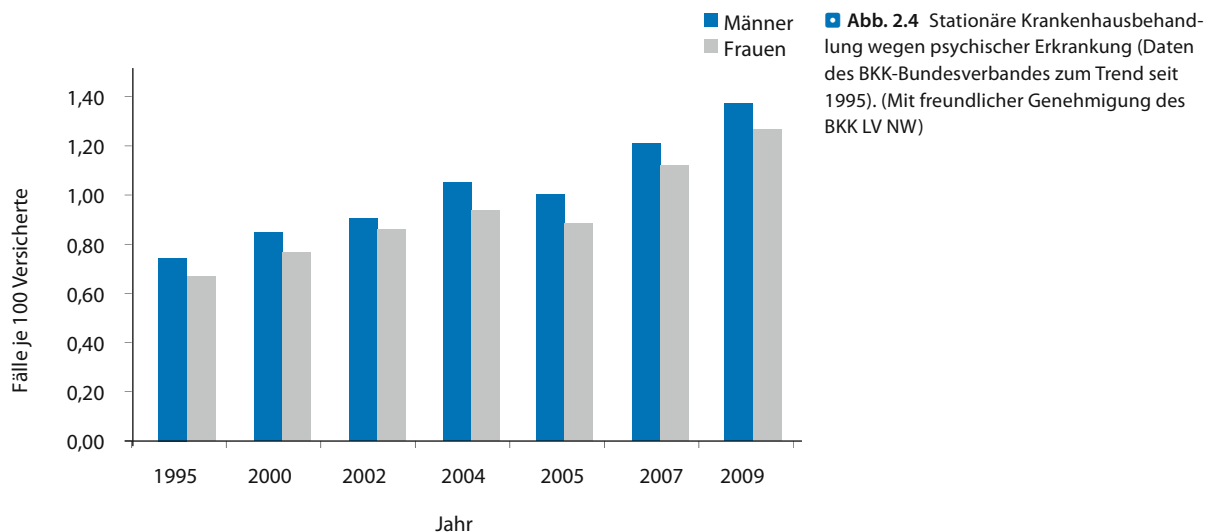


Abb. 2.4 Stationäre Krankenhausbehandlung wegen psychischer Erkrankung (Daten des BKK-Bundesverbandes zum Trend seit 1995). (Mit freundlicher Genehmigung des BKK LV NW)

erscheint, weil das dortige Setting nicht ausreichend dicht ist (z. B. bei schizophrenen Patienten, bei denen die akute psychotische Phase abgeklungen ist, die aber noch ausgeprägtere Störungen des Antriebs und Affekts aufweisen)

- Um ambulant auftretende Krisen aufzufangen, sofern das ambulante Setting nicht ausreichend dicht ist und der Schweregrad der Erkrankung teilstationäre Behandlung zulässt, d. h. stationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist

Ein besonderes Problem stellt die Abgrenzung von teilstationärer Behandlung gegenüber (ganztägig) ambulanter Rehabilitation dar. Je mehr es in der Therapie darum geht, Krankheitsfolgen und Störungen der Teilhabe zu bessern, d. h. den psychisch kranken Menschen zu befähigen, besser am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben trotz seiner Erkrankung teilzunehmen, desto eher ist an die Einleitung einer Rehabilitationsleistung bzw. einer Leistung zur Teilhabe alternativ zu teilstationärer Krankenhausbehandlung zu denken. Diesem leistungsrechtlich korrekten Vorgehen steht allerdings entgegen, dass es