

PSYCH

Psychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik

up2date

1

Januar 2022
Seite 1-92
16. Jahrgang



CME-Fortbildung

- Differenzialdiagnosen bei demenzieller Entwicklung
- Fatigue bei Long COVID
- Impulskontrollstörungen, Verhaltenssüchte und körperbezogene Zwangserkrankungen
- Gemeindepsychiatrie

Schritt für Schritt

- Expositionstraining mit alkoholabhängigen Patienten



1 Organische psychische Störungen

6 Essstörungen somatische Belastungsstörungen, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen

7 Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen und dissoziative Störungen

8 Störungsübergreifende Themen und Methoden

2 Herausgeberboard • 3 Editorial • 5 Studienreferate
8 Expositionstraining mit alkoholabhängigen Patienten – Schritt für Schritt • 16 Impressum

17
Differenzialdiagnosen bei demenzieller Entwicklung

Olivia Wagemann, Adrian Danek

37
Fatigue bei Long COVID

Anna-Lena Weingärtner, Andreas Stengel

53
Impulskontrollstörungen, Verhaltenssuchte und körperbezogene Zwangserkrankungen

Daniel Turner, Oliver Tüscher

73
Gemeindepsychiatrie

Raoul Borbé

Covergestaltung: © Thieme
Bildnachweis Cover: © Thieme



Die Übersicht über alle Rubriken Ihrer up2date erhalten Sie unter:
<https://eref.thieme.de/PIMLG>


Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier

Jahrgang 1976, ihrem Leitbild der Scientist-Practitioner folgend begann sie nach ihrem Psychologie-Studium in Berlin die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Fachkunde Verhaltenstherapie) sowie eine Promotion an der Humboldt-Universität Berlin und der Charité Universitätsmedizin Berlin. Nachdem sie an der Universitätsklinik Freiburg weitere Psychotherapiemethoden (wie CBASP und IPT) gelernt und beforscht hat, war sie mehrere Jahre als Professorin an der Psychologischen Hochschule Berlin tätig, bevor sie eine Stiftungsprofessur der Schön Kliniken an der Philipps-Universität Marburg antrat. Seit 2019 ist sie W3-Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Greifswald sowie Direktorin des dortigen Zentrums für Psychologische Psychotherapie. Ihre Forschungsschwerpunkte verorten sich im Bereich der individualisierten Psychotherapieforschung (insb. Verlaufs- und Interventionsforschung, praxisorientierte Forschung, Prozessforschung, quantitative klinische Psychologie).


Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter

Jahrgang 1963, absolvierte nach dem Studium der Humanmedizin in Frankfurt am Main zunächst eine Facharztweiterbildung für Neurologie in Trier, dann für Psychiatrie und Psychotherapie in Lohr am Main und an der Universitätsklinik Würzburg. Dort war er 12 Jahre als Oberarzt, davon 5 Jahre als leitender, geschäftsführender Oberarzt und als W2-Professor für Psychiatrie tätig. Seit 2010 ist er Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Hirnfunktionsmessungen bei psychischen Erkrankungen mittels elektrophysiologischer Methoden, Nahinfrarotspektroskopie und fMRT sowie die Entwicklung von innovativen Therapiemethoden, basierend auf Neurofeedback-Interventionen und Neurostimulation mit rTMS und tDCS.


Prof. Dr. Fritz Hohagen (Schriftleiter)

Jahrgang 1954, studierte in Barcelona, Paris und Heidelberg/Mannheim Medizin und habilitierte 1995 an der Universität Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Von 1999 bis 2019 war Prof. Hohagen Ordinarius für Psychiatrie der Universität zu Lübeck, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie und medizinischer Geschäftsführer des Zentrums für Integrative Psychiatrie. Er war von 2005–2006 Präsident der DGPPN. Seine Forschungsschwerpunkte sind Neurobiologie, Psychotherapie der Zwangsstörungen, Depressionsforschung und die Interaktion zwischen Depression und körperlichen Erkrankungen. Klinisch und in der Aus- und Weiterbildung ist Prof. Hohagen am Medizinischen Versorgungszentrum Falkenried tätig.


Prof. Dr. Michael Hüll

Jahrgang 1964, studierte Humanbiologie und Medizin in Marburg und San Diego sowie Gesundheitsmanagement in Heidelberg. Nach der Facharzt Ausbildung in Tübingen und Freiburg leitete er als Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Geriatrie an der Universitätsklinik Freiburg von 2007–2014 die Sektion für Gerontopsychiatrie und Neuropsychologie sowie das interdisziplinäre Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Seit 2014 ist er Chefarzt der Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen, akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg.


Prof. Dr. Falk Kiefer

Jahrgang 1969, absolvierte nach seinem Medizinstudium in Erlangen eine psychiatrisch-psychotherapeutische Facharzt Ausbildung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, wo er auch 2004 habilitierte. Im Jahr 2005 nahm er eine Professur für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg an, 2014 übernahm er den Lehrstuhl für Suchtforschung und wurde Ärztlicher Direktor der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Prof. Kiefer ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), Vorstand der Deutschen Suchtstiftung und Herausgeber der Zeitschrift „European Addiction Research“. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Ätiopathogenese, Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen.


Prof. Dr. Klaus Lieb

Jahrgang 1965, wurde nach dem Studium der Medizin und Philosophie in Ulm, Tübingen und Los Angeles und der Facharztweiterbildung in Ulm und Freiburg Oberarzt an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Von 2001–2007 war er dort Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Ärztlichen Direktors. Seit 2007 ist er Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz und seit 2020 wissenschaftlicher Geschäftsführer des Leibniz-Instituts für Resilienzforschung in Mainz. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Borderline-Persönlichkeitsstörung, affektive Störungen und Resilienz.


Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Jahrgang 1961, absolvierte nach dem Studium der Humanmedizin in München und Boston eine klinische und wissenschaftliche Ausbildung an der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik in München. Von 1993–2009 war er an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg tätig. Seit Januar 2010 ist er Ärztlicher Direktor der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee. Prof. Voderholzer ist Mitglied mehrerer Fachgesellschaften. Seine Forschungsschwerpunkte sind Zwangsstörungen, Essstörungen, Schlafstörungen und affektive Störungen.


Prof. Dr. Stephan Zipfel

Jahrgang 1962, studierte Medizin in Heidelberg, London und Frankfurt a.M. und absolvierte seine klinische und wissenschaftliche Ausbildung in Heidelberg und Sydney/Australien. Er ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Innere Medizin und seit 2003 Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen. Er ist Vorsitzender des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und Prodekan der Medizinischen Fakultät Tübingen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Essstörungen und Adipositas, somatoforme Störungen und Psychoonkologie.

Interessenkonflikte s. www.thieme.de/psychup2date/herausgeber



Falk Kiefer

Long COVID, even longer pandemia

Vor einem Jahr schrieb ich an gleicher Stelle ein Editorial mit dem Titel: „Semper aliquid haeret“ [1] in der Erwartung, dass uns manche Folgen der Pandemie noch länger begleiten werden. Das Wissen am Ende des Jahres 2020, dass wirksame Impfstoffe entwickelt und in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen würden, erlaubte allerdings einen optimistischen Blick nach vorne. Der Gewohnheitsmensch wird mit Ende des Lockdowns die Änderungen in Wahrnehmung und Verhalten, die mit Homeoffice, Schul- und Universitätsschließungen, allgemeiner kultureller Dürre und sozialer Distanz einhergehen, bald wieder rückabgewickelt haben.

Psychische Erkrankungen, wie durch erhöhten Substanzkonsum entstandene Abhängigkeiten oder während der Pandemie zusätzlich aufgetretene Essstörungen, Angststörungen oder Depressionen würden uns noch etwas begleiten, aber die Folgen eines Pandemiejahres sollten beherrschbar bleiben. Dass nun, ein weiteres Jahr später, die Pandemie noch immer unseren Alltag und die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten prägt, ist die dramatische Folge einer unkorrigierbaren Impfablehnung in Teilen der Bevölkerung, die mit massiven Folgen für diejenigen einhergeht, die selbst alles dazu beitragen, sich aus der Pandemie herauszuarbeiten.

Durch die nun wieder notwendigen Testungen für alle, geimpft oder ungeimpft, in Seniorenheimen und Krankenhäusern, wird es bei fehlenden personellen Ressourcen hierfür wieder zur Vereinsamung von Senioren und Pflegebedürftigen kommen. Wegen der notwendigen Freihaltung von Betten für in der Regel ungeimpfte COVID-Fälle, werden Menschen, die an anderen Krankheiten leiden, nicht ausreichend behandelt werden können. Wegen des weiterhin ausbleibenden Normalbetriebs an Schulen und Hochschulen wird die psychosoziale Belastung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nicht so schnell vorüber sein. Auch unterhalb der Schwelle psychiatrischer Erkrankung macht sich Erschöpfung breit: *Fatigue bei Long Pandemia*.

Fatigue bei Long COVID, womit sich im vorliegenden Heft Weingärtner und Stengel befassen [2] kommt mit all seinen medizinischen psychosozialen Langzeitfolgen hinzu. Die Autoren arbeiten die Fatigue als wesentlichen Kernbestandteil des Long COVID Syndroms heraus und fassen Hypothesen zur Pathophysiologie, Phänomenologie und therapeutische Ansätze zusammen. Bei älteren Patienten nach stattgehabter Corona-Infektion können allerdings leichte kognitive Beeinträchtigungen und depressive Symptome die Differenzialdiagnose einer demenziellen Entwicklung notwendig machen. Hiermit beschäftigt sich der in diesem Heft befindliche Beitrag von Wagemann und Danek [3]. Früherkennung und die pathophysiologische Differenzierung der Demenzen sind ein zentraler Aspekt, um kausale Therapieansätze zu ermöglichen und dies zu einem Zeitpunkt, in dem sie noch Wirksamkeit entfalten können. Die Beiträge zur Gemeindepsychiatrie von Borbé [4] und zu Impulskontrollstörungen, Verhaltenssüchten und körperbezogene Zwangserkrankungen von Tüscher und Turner [5] runden das Spektrum dieses Heftes ab.

Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen während der fortdauernden Pandemie wird eine Herausforderung für uns alle bleiben: insbesondere wegen der anhaltenden psychosozialen Belastung vieler Menschen und der Limitierungen unseres Versorgungssystems. Wenn der Umfang der Inanspruchnahme an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steigt und die Kapazitäten nicht erhöht werden, hilft nur eines: eine weitere Erhöhung der Qualität und Effizienz der Behand-

lung. Herzlichen Dank an alle Autorinnen und Autoren, die mit ihren klaren, evidenzbasierten Beiträgen in dieser PSYCH up2date Ausgabe hierzu beitragen.

Literatur

- [1] Kiefer F. Semper aliquid haeret. PSYCH up2date 2020; 14: 455–456 doi: 10.1055/a-1239-487334052803
- [2] Weingärtner A-L, Stengel A. Fatigue bei Long COVID. Psychother Psych Med 2021; 71: 515–527 doi: 10.1055/a-1544-834934872154
- [3] Wagemann O, Danek A. Differenzialdiagnosen bei demenzieller Entwicklung. PSYCH up2date 2022; 16: 17–33
- [4] Borbé R. Gemeindepsychiatrie. PSYCH up2date 2022; 16: 73–90
- [5] Turner D, Tüscher O. Impulskontrollstörungen, Verhaltensüchte und körperbezogene Zwangserkrankungen. PSYCH up2date 2022; 16: 53–70

Telepsychologie: Entwicklungen durch die Covid-19-Pandemie

Pierce BS et al. The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *Am Psychol* 2021; doi:10.1037/amp0000722

Die seit 2020 global grassierende Covid-19-Pandemie hat unser gesellschaftliches Leben tiefgreifend verändert. Um soziale Kontakte und Ansteckungsmöglichkeiten zu verhindern, kommen in sämtlichen Lebensbereichen digitale Alternativen zum Einsatz. Eine solche „Revolution“ haben Pierce und Team auch für den Bereich der Telepsychologie festgestellt und legen nun eine aktuelle Querschnittstudie über diese spannende Entwicklung vor.

Die Covid-19-Pandemie verwandelt die früher ganz normalen sozialen Kontakte in ein hohes gesundheitliches Risiko und hat damit unser gesellschaftliches Leben nachhaltig beeinflusst. Um Ansteckungen möglichst vermeiden zu können, werden immer mehr Lebensbereiche in die digitale Welt verlegt. So hat die Pandemie wie kein zweites Ereignis in der Geschichte ebenfalls die psychiatrische Versorgung auf der ganzen Welt nachhaltig verändert.

Um weiterhin Patientinnen und Patienten behandeln und beraten zu können, greifen Psychologinnen/Psychologen sowie Psychiaterinnen/Psychiater zunehmend auf das Verfahren der Telepsychologie zurück. Hierbei findet die Interaktion zwischen Behandelten und Behandelnden im digitalen Raum statt, beispielsweise über einen Chat oder über eine Videokonferenz. Darüber hinaus kommen weitere multimediale Tools einschließlich Apps zum Einsatz.

Pierce und Team haben diese „Revolution der Telepsychologie“ in den Mittelpunkt ihrer Forschungsbemühungen gestellt und präsentieren jetzt die Resultate einer großangelegten Online-Befragung

von Psychologinnen und Psychologen. Sie verfolgten damit 2 übergeordnete Zielsetzungen: Zum einen wollten sie herausfinden, wie sich der Umfang der Verwendung telepsychologischer Verfahren von Psychologinnen und Psychologen durch die Pandemie im direkten Vergleich mit dem Zeitraum davor verändert hat. Zudem interessierten sie sich für demografische, schulische, politische und klinische Prädiktoren für etwaige Veränderungen.

Auf methodischer Ebene griff die Arbeitsgruppe auf ein Querschnittsdesign zurück und befragte mithilfe eines Online-Fragebogens über 2000 lizenzierte Psychologinnen und Psychologen, die in dieser Zeit in den USA praktizierten. Neben Art, Häufigkeit und Umfang des Einsatzes von Telepsychologie erfassten die Forscherinnen und Forscher weitere Parameter auf Seiten der Behandelnden einschließlich der Behandlungsorte (ambulant, Zentrum) und der Möglichkeit zur spezifischen Weiterbildung.

Messbare Zunahme

Die Daten von 2619 Therapeutinnen und Therapeuten gingen in die Analyse mit ein. Sie waren im Durchschnitt 57,29 Jahre alt, 64,2% von ihnen waren weiblich. Die durchschnittliche Zeit des Praktizierens konnte im Mittel auf 24,22 Jahre mit einer Standardabweichung von 11 Jahren beziffert werden.

Vor der Pandemie führten die Befragten 7% ihrer klinischen Tätigkeit mithilfe telepsychologischer Verfahren durch. Während der Pandemie erhöhte sich dieser Einsatz um den Faktor 12 auf 85,53%. Dabei stellte die Arbeitsgruppe weiterhin fest, dass 67,32% der Psychologinnen und Psychologen ihre gesamte klinische Arbeit mithilfe der Telepsychologie durchführten.

In Hinblick auf die Zeit nach der Pandemie machten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Angabe, dass sie vermutlich in Zukunft etwa 34,96% ihrer klinischen Arbeit telepsychologisch durchführen würden. In Hinblick auf Subgruppen unter Berücksichtigung der Behandlungseinrichtung stellten die Autorinnen

und Autoren weiterhin fest, dass Behandelnde im ambulanten Bereich sogar eine Zunahme um den Faktor 26 berichteten.

In Veteranen-Zentren fiel dieser Anstieg deutlich geringer aus. Den höchsten Anstieg verzeichnete das Forscherteam schließlich bei Psychologinnen und Psychologen, die Beziehungsprobleme, Angstzustände und Frauenprobleme behandelten. Auch der Zugang zur Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Telepsychologie spielte eine Rolle. Die Autorinnen und Autoren ziehen daher unter anderem das Fazit, dass in Hinblick auf den Anstieg auch individuelle und praktische Merkmale hinsichtlich der Fähigkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten eine Rolle spielten.

FAZIT

In dieser Befragungsstudie zum Vergleich der Verbreitung von Telepsychologie vor und während der Covid-19-Pandemie zeigte sich eine extreme Zunahme entsprechender Verfahren, um ein Vielfaches im ambulanten Bereich. Obgleich die Autorinnen/Autoren die Pandemie für den wichtigsten beschleunigenden Faktor für diese „Revolution“ halten, konnten sie Unterschiede in Abhängigkeit von individuellen Faktoren der einzelnen Psychologinnen/Psychologen ausmachen.

Dipl. Psych. Annika Simon, Braunschweig

Erhöhte Brustkrebsgefahr durch Antipsychotika?

Taipale H, Solmi M, Lähteenvuo M et al. Antipsychotic use and risk of breast cancer in women with schizophrenia: a nationwide nested case-control study in Finland. *Lancet Psychiatry* 2021; 8: 883–891

Schon lange gelten einige Antipsychotika mit einer antagonistischen Affinität zum D2-Rezeptor als poten-

ziell risikoreich für die Entwicklung von Mammakarzinomen. Hypothesiert wurde, dass die Erhöhung von Prolaktin dabei eine zentrale Rolle spielt.

Tatsächlich konnten in vorherig publizierten Arbeiten jedoch keine einheitlichen Ergebnisse gefunden werden. So konnte beispielsweise in einer Registerstudie keine erhöhte Brustkrebsgefahr detektiert werden – hier wurden jedoch vornehmlich Frauen eingeschlossen, die keine Schizophrenie hatten und damit keine Antipsychotika eingenommen haben. In einer nun veröffentlichten Fall-Kontrollstudie wurden mit Hilfe der finnischen Register-Datenbanken über 30 000 Frauen mit Schizophrenie über einen Beobachtungszeitraum von (teilweise) über 30 Jahren untersucht. Insbesondere wurden abhängig von der Medikation 2 unterschiedliche Gruppen untersucht: Patientinnen, die vornehmlich potenziell Prolaktin-erhöhende Medikationen einnahmen (zum Beispiel Risperidon, Haloperidol) und Patientinnen, die vornehmlich Medikationen einnahmen, die kein erhöhtes Risiko für Prolaktinerhöhungen haben (zum Beispiel Aripiprazol, Clozapin). Des Weiteren wurde untersucht, ob die Dauer der Einnahme (bis zu 1 Jahr, 1–4 Jahre und über 5 Jahre) sowie die kumulierten Tagesdosen ebenfalls mit einem Risiko für die Entwicklung von Brustkrebs einhergehen. Da nur Patientinnen mit Schizophrenie eingeschlossen wurden, konnte der Bias bzgl. des Lebensstils, welcher ebenfalls ein Einfluss auf das Risiko an Brustkrebs zu erkranken, minimiert werden.

Insgesamt erhielten von den über 30 000 Patientinnen 1069 die Diagnose eines Mammakarzinoms. Bei diesen Patientinnen konnte im Endergebnis tatsächlich ein Zusammenhang zwischen der Einnahme von potenziell Prolaktin-erhöhenden Medikamenten und der Inzidenz von Brustkrebs festgestellt werden, jedoch abhängig von der Dauer der Einnahme: bei einer Einnahme dieser Medikamente von über 5 Jahren zeigte sich ein deutlich erhöhtes Risiko für Brustkrebs (OR 1,56). Das Risiko für lobuläre Adenocarcinome, die typischerweise weniger häufig genetische Ursachen haben, war das Risiko

nochmals deutlich höher (OR 2,3), so dass auch hier ein genetischer Bias eher unwahrscheinlich erscheint. Das Risiko war unabhängig vom Alter der Patientinnen. Patientinnen, die Medikamente einnahmen, die potenziell eher nicht das Prolaktin erhöhen, hatten weder nach einem noch nach 5 Jahren ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs in dieser Population.

Leider wurden keine Prolaktinspiegel im Serum einbezogen, so dass keine Aussage dazu gemacht werden kann, ob die Höhe des Spiegels ebenfalls mit der Inzidenz von Brustkrebs korreliert. Männer wurden gar nicht eingeschlossen, da nur eine sehr geringe Anzahl an Brustkrebs erkrankt ist. Die Autoren schlussfolgern jedoch, dass die längere Einnahme von D2-Antagonisten das Risiko an Brustkrebs zu erkranken, deutlich erhöhen: während in der Allgemeinbevölkerung das Risiko bei ca. 12% liegt, so liegt das Risiko für Frauen, die über 5 Jahre solche Medikamente einnahmen, nochmal 4% höher. Die Einnahme dieser Medikamente kürzer als 5 Jahre kann das Risiko um 56% senken. Für die Praxis empfehlen die Autoren, den Prolaktinspiegel regelmäßig zu kontrollieren und bei fehlender Kontraindikation umzustellen, sofern dieser erhöht ist. Auch sollte in der Ersteinstellung überdacht werden, ob ein Medikament, welches den Prolaktinspiegel nicht oder nur in geringem Maße beeinflusst, bei Frauen bevorzugt gegeben werden sollte. Zudem empfehlen die Autoren, häufigere Vorsorgeuntersuchungen zu veranlassen, sofern eine Umstellung auf ein anderes Präparat nicht möglich ist.

Diese Studie zeigt zum einen ein erhöhtes Risiko an Brustkrebs zu erkranken, wenn potenziell Prolaktin-erhöhende Medikamente über einen Zeitraum von über 5 Jahren genommen werden. Andererseits können leider keine Schlüsse daraus gezogen werden, ab welcher Höhe des Prolaktinspiegels Handlungsbedarf besteht: möglicherweise könnten schon leicht erhöhte Werte das Risiko erhöhen, aber sicher ist es wiederum nicht. Die klinisch tätigen Ärzte verbleiben derweil in dem Dilemma, welches Medikament auf Dauer nun günstiger für die Patientinnen sein könnte; denn auch die Antipsychoti-

ka, die keinen Einfluss auf das Prolaktin haben, bergen andere Risiken, wie zum Beispiel die Gewichtszunahme unter Clozapin.

FAZIT

In jedem Fall wird es wohl unausweichlich sein, über ein potenzielles Brustkrebsrisiko bei längerer Einnahme aufzuklären und ggf. zu überprüfen, ob in der Erhaltungstherapie eine Umstellung vorgenommen werden kann, wenn der Prolaktinspiegel erhöht ist.

PD Dr. med. Arnim Quante, Berlin

Dosierungsempfehlung in der Langzeitbehandlung der Schizophrenie

Leucht S et al. Examination of Dosing of Antipsychotic Drugs for Relapse Prevention in Patients with Stable Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2021; doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2130

Bei schizophrenen Patienten sollten Antipsychotika über lange Zeit weiterverordnet werden, um einen Rückfall zu verhindern. Stefan Leucht von der Technischen Universität in München berichtet jetzt im renommierten Fachjournal *JAMA Psychiatry*, welche Dosis dabei gewählt werden sollte: ein Äquivalent von etwa 5 mg Risperidon biete die beste Balance aus Wirkung und Nebenwirkung.

Für die Beantwortung dieser klinisch wichtigen Frage führten Leucht und Kollegen eine so genannte Dosis-Wirkungs-Metaanalyse durch. In dieser Metaanalyse flossen die Ergebnisse ein von 26 Studien mit insgesamt fast 4800 Patienten, deren Schizophrenie unter Behandlung mit Antipsychotika stabilisiert wurde. Zunächst wurde für jedes untersuchte

Antipsychotikum einzeln eine Dosis-Wirkungs-Kurve erstellt. Dann wurden diese Kurven zusammengefasst, indem die Dosierung in Risperidon-Äquivalente umgerechnet wurde. Als Faustregel kann man sich beispielsweise merken, dass 5 mg Risperidon einer Dosierung entspricht von 10 mg Aripiprazol, 5 mg Haloperidol, 12,5 mg Olanzapin und 400 mg Quetiapin.

Das Ergebnis: bei einer Dosierung mit einem Äquivalent von 5 mg Risperidon war das Relative Risiko (RR) eines Rückfalls in die Schizophrenie im Vergleich zu Plazebo 0,43. Bis zu dieser Dosierung stieg die Dosis-Wirkungskurve steil an, das bedeutet, dass bei einer niedrigeren Dosierung auch eine deutlich schlechtere Wirksamkeit erwartet werden muss. Ab einer Dosierung von einem Äquivalent von 5 mg steigt die Wirkung kaum noch, die Wahrscheinlichkeit des Absetzens wegen Nebenwirkungen steigt jedoch weiter deutlich an (RR im Vergleich

zu Plazebo bei 5 mg beträgt 1,38, bei 15 mg aber schon 2,68). Daraus schließen die Autoren, dass bei einem Äquivalent von 5 mg Risperidon ein optimales Verhältnis von Wirkung zu Nebenwirkung erreicht ist.

Einschränkend halten die Autoren fest, dass diese optimale Dosierung nicht unbedingt für alle Patienten mit einer Schizophrenie gilt. Sie könnte beispielsweise bei einer Erstmanifestation niedriger liegen und bei einem behandlungsresistenten Patienten auch höher sein. Statistisch signifikant konnte ein Subgruppenunterschied allerdings nur gezeigt werden für Patienten, deren Symptomatik sich in Remission befindet. Hier scheint eine Erhaltungsdosis von einem Äquivalent von 2,5 mg Risperidon bereits ausreichend zu sein. Allerdings gilt das vor allem für hochpotente Antipsychotika der ersten Generation (z. B. Haloperidol) und die Datenlage ist diesbezüglich nicht ganz eindeutig.

Bereits im Jahr 2020 haben Stefan Leucht und Koautoren im American Journal of Psychiatry eine ähnliche Metaanalyse veröffentlicht, die zu dem Ergebnis kam, dass eine nur wenig höhere Äquivalenzdosis von 6 mg Risperidon in der Akutbehandlung der Schizophrenie optimal ist.

FAZIT

Diese beiden Studien bieten eine sehr hilfreiche Orientierung in der Dosierung von Antipsychotika. Sie bestätigen, dass die optimale Dosierung in der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe nahe beieinander liegen.

PD Dr. med. Jan Philipp Klein, Lübeck



Expositionstraining mit alkoholabhängigen Patienten

Lea Wetzel, Sabine Steins-Löber



Das Expositionstraining bietet insbesondere bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit eine ausgezeichnete Ergänzung zu etablierten Elementen der Abhängigkeitsbehandlung. Das zentrale Ziel: ein praxis- und alltagsnahes Übungsfeld bieten, um alkoholabhängige Patienten langfristig in ihrem Ziel der Abstinenz zu unterstützen. Dazu leitet der Therapeut den Patienten Schritt für Schritt durch das Expositionstraining.

Grundlagen

Rückfälle in gewohnte Trinkmuster sind eine zentrale Herausforderung in der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten und Patientinnen. In Deutschland werden Studien zufolge mehr als die Hälfte der Patienten nach Entlassung aus einer stationären Suchtrehabilitation innerhalb des ersten Jahres rückfällig [1]. Bei Patienten, die lediglich eine Entgiftung durchlaufen, liegen die Rückfallraten bei bis zu 85% [2]. Die meisten Rückfälle geschehen beim Übergang von einem geschützten Therapierahmen in die alltägliche Umgebung der Patienten. Damit einhergehend ist ein erhöhtes Rückfallrisiko durch die Konfrontation mit Alkohol und alkoholassoziierten Reizen.

Ein Ansatz, der bereits im Therapiekontext auf diese Konfrontation vorbereitet, ist das Expositionstraining, auch Cue Exposure Therapy (CET) genannt. Die zentralen Ziele sind, die Abstinenzhaltung alkoholabhängiger Patienten zu fördern und das Risiko eines Rückfalls zu reduzieren.

Klassische Konditionierung

Der Ansatz der CET begründet sich in der Lerntheorie und dabei insbesondere in der von Ivan Pavlov geprägten klassischen Konditionierung. Demnach gibt es Reize, die gewisse angenehme Reaktionen auslösen, z. B. der Geruch von einem leckeren Essen. Wird ein solcher Reiz nun wiederholt mit einem neutralen Reiz gemeinsam dargeboten, löst der neutrale Reiz infolge assoziativer Lernprozesse schließlich die gleiche Reaktion aus, wie der ursprüngliche Reiz. Man spricht nun jedoch von einer konditionierten Reaktion.

Betrachten wir das Ganze am Beispiel Alkohol: Der Konsum eines alkoholischen Getränks und die Alkoholwirkung werden wiederholt mit neutralen Reizen, also bei-

spielsweise Eigenschaften des Getränks oder Umgebungsvariablen des Konsums, gemeinsam dargeboten. Durch den Prozess der Konditionierung werden diese neutralen Reize zu konditionierten Stimuli. Sie können nun selbst physiologische, emotionale, motivationale und Verhaltensreaktionen auslösen, wie z. B. Verlangen nach Alkohol (Craving) [3, 4]. Man spricht in diesem Zusammenhang von Cue-Reaktivität. Diese fördert wiederum in der Folge den Konsum von Alkohol.

Löschung

Die konditionierte Reaktion, also das automatisch aufkommende Craving, kann durch den sogenannten Vorgang der Löschung wieder von den konditionierten Reizen entkoppelt werden. Dabei kommt es jedoch nicht zum „Ausradieren“ der konditionierten Reaktion, sondern zum Lernen einer neuen, weiteren Reaktion. Die ursprüngliche Reaktion muss dabei nun aktiv inhibiert werden [5]. Die Löschung erfolgt durch die Konfrontation mit konditionierten Stimuli und gleichzeitiger Verhinderung des Konsums (Reiz-Reaktions-Verhinderung). Hierdurch kommt es zu einer Abnahme der konditionierten Reaktion.

Merke

Ziel der CET: Durch die mehrfache Darbietung alkoholassoziierten Stimuli und die anschließende Verhinderung des Alkoholkonsums soll die Reiz-Reaktions-Verknüpfung gelöscht werden.

Wirkfaktoren

Eine Vielzahl an Studien konnte den praktischen Erfolg der CET belegen. CET-behandelte alkoholabhängige Patienten berichteten beispielsweise über eine Reduktion ihres wahrgenommenen Cravings und einen Anstieg ihres Selbstwirksamkeitsempfinden [6]. In Bezug auf die Cue-Reaktivität im fMRT konnte ebenfalls ein

Vorteil der CET-behandelten Gruppe alkoholabhängiger Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe gezeigt werden [7]. Der mögliche Langzeiteffekt der CET auf die Rückfallprävention wird als besonders vielversprechend angesehen [4].

Die folgenden Wirkfaktoren sind bei der CET relevant:

- **Löschung bzw. Überschreibung:** Die gelernte Verknüpfung zwischen den konditionierten Reizen und der konditionierten Reaktion soll mittels Reiz-Reaktions-Verhinderung gelöscht oder mit funktionalen Verhaltensweisen überschrieben werden [8, 9].
- **Training kognitiver Bewältigungsstrategien und Verhaltensstrategien:** Parallel werden in der CET Strategien erarbeitet, die die Bewältigung von Suchtverlangen möglich machen. Im Rahmen des Expositionstrainings wird außerdem mithilfe von Elementen des Genussstrainings gelernt, die eigene Aufmerksamkeit aktiv zu lenken: weg von alkoholassoziierten Reizen hin zu anderen positiven Reizen [9].
- **Erhöhung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung:** An der Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. der Abstinenzsicherheit wird im Rahmen der CET ebenfalls gearbeitet. So sollen Patienten beispielsweise die Erfahrung machen, dass sie ihrem Craving in Risikosituationen nicht hilflos ausgeliefert sind und selbst handlungsfähig bleiben [3, 9].

Komplikationen

Es gibt verschiedene Faktoren, die unbedingt berücksichtigt werden müssen – sie können den Erfolg eines Expositionstrainings verhindern.

- **Renewal Effect:** Eine gelöschte Reiz-Reaktions-Verbindung kann sich bei Rückkehr in den ursprünglichen Kontext der Konditionierung erneuern [3, 4, 5, 10, 11].
- **Spontaneous Recovery Effect:** Bereits gelöschte Verknüpfungen können bei Konfrontation mit den konditionierten Reizen (alkoholassoziierten Reizen) nach einiger Zeit spontan erneut auftreten [3, 12, 13].
- **Reinstatement:** Eine erneute Konfrontation mit dem unkonditionierten Stimulus kann zu einer Wiedereinsetzung einer eigentlich erfolgreich gelöschten Verbindung führen [3].
- **Fehlende Löschung** der entscheidenden Reiz-Reaktionskomponente: In der CET werden klassisch konditionierte Reaktionen gelöscht. Das ebenfalls operant konditionierte Trinkverhalten kann jedoch erhalten bleiben und damit weiteren Alkoholkonsum begünstigen [4, 10].

GRUNDPRINZIPIEN

Aus Wirkfaktoren und Komplikationen lassen sich folgende Grundprinzipien einer erfolgreichen CET ableiten:

1. CET sollte in vielen verschiedenen und alltagsnahen persönlich relevanten Kontexten (Lieblingsgetränk, Musik, Konsumorte...) erfolgen.
2. Diese Kontexte sollten starkes Craving auslösen [4, 11].
3. Es sollte eine Vielzahl an Durchgängen der Exposition stattfinden [4].
4. Auch nach einem Rückfall (Alkoholkonsum) sollten weitere Expositionsübungen durchgeführt werden [3, 4].
5. Im Verlauf sollten zusätzlich kognitive Bewältigungsstrategien und Verhaltensweisen sowie alternative Verstärker erarbeitet werden [9].

Beschreibung des Vorgehens

Durchführung CET

In diesem Beitrag wird das Expositionstraining nach Mann, Loeber, Croissant & Kiefer dargestellt. Konzipiert ist dieses als Gruppenprogramm mit 20 Sitzungen, es ist jedoch ebenso ein individuell angepasstes Expositionstraining im Einzelkontakt sehr gut durchführbar.

Um die CET erfolgreich durchzuführen, ist es wichtig, dass die Patienten das Therapierational verstehen. Zu diesem Zweck werden die Patienten in einer Einführungssitzung kognitiv auf das Expositionstraining vorbereitet.

Die wichtigsten Punkte des Rationals der CET, die den Patienten dabei vermittelt werden sollen, sind:

- Durch Prozesse der klassischen Konditionierung erfolgt eine Kopplung bestimmter Reize an das Verlangen nach Alkohol.
- Die Speicherung der Informationen erfolgt im Gehirn als „Suchtgedächtnis“.
- Durch die wiederholte Konfrontation mit Reizen, die das „Suchtgedächtnis“ aktivieren, kann gelernt werden, mit den Risikosituationen, den auftretenden Gefühlen und dem Suchtverlangen in Zukunft konstruktiv umzugehen und keinen Alkohol zu trinken.
- Die Konfrontation erfolgt mit echtem Alkohol und enthält somit ein echtes Rückfallrisiko. Ein langfristiger positiver Effekt wird jedoch nur erzielt durch das Auseinandersetzen mit riskanten Situationen und durch die Erfahrung, diese selbst und ohne den Konsum von Alkohol bewältigen zu können.

- Es wird viel Übung benötigt, bis sich die neuen Verhaltensweisen eingeschliffen haben und sie die alten Reaktionen ersetzen.

In 10 psychoedukativen Sitzungen werden anschließend grundlegende Inhalte zu Alkoholabhängigkeit, Rückfallsituationen und Strategien der Rückfallvermeidung vermittelt.

Im Wechsel mit den psychoedukativen Sitzungen finden 10 Expositionssitzungen statt. Diese umfassen die eigentliche Konfrontation mit dem alkoholischen Getränk sowie das Einüben von Bewältigungsstrategien.

In einer Abschluss Sitzung erfolgt die Evaluation der individuell gesetzten Ziele. Der Fokus liegt auf den positiven Veränderungen des Patienten und der Verstärkung dieser.

Die nachfolgend dargestellten Schritte bilden exemplarisch den Ablauf einer Expositionssitzung ab. Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Sitzungen ist dem Manual „Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen“ zu entnehmen [9].

Schritt 1 – Definition der Risikosituationen



► **Abb. 1** Sammeln Sie mögliche Rückfallsituationen als Grundlage für die Exposition. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Zunächst erarbeiten Therapeut und Patient gemeinsam mögliche individuelle Rückfallsituationen (► **Abb. 1**). Häufig handelt es sich dabei um Situationen, die mit negativen Gefühlen, einer inneren Anspannung, zwischenmenschlichen Konflikten oder sozialen Verführungssituationen assoziiert sind.

Cave

Achten Sie darauf, dass es sich um individuelle Risikosituationen des Patienten handelt. Werden lediglich allgemeine Risikosituationen behandelt, ist der Erfolg der CET eingeschränkt.

Schritt 2 – Hierarchie individueller Risikosituationen



► **Abb. 2** Erstellen Sie eine Hierarchie des Rückfallrisikos der Situationen. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Die erarbeiteten individuellen Risikosituationen werden anschließend in eine Hierarchie hinsichtlich ihrer Rückfallgefahr gebracht (► **Abb. 2**). Um eine realistische Risikoeinschätzung durchzuführen, erfolgt die Einordnung anhand folgender Kriterien:

1. Ausmaß an erlebtem Alkoholverlangen bzw. Wunsch zu trinken in der Situation
2. Selbstwirksamkeitsüberzeugung bzw. Glauben daran, eine Rückfallsituation erfolgreich meistern zu können
3. Häufigkeit der entsprechenden Situationen

Schritt 3 – Konfrontation mit alkoholischem Getränk

Die Exposition mit dem alkoholischen Getränk sollte zu Beginn immer durch den Therapeuten oder die Therapeutin begleitet und angeleitet werden. Für die erste Exposition bietet sich eine Situation mittlerer Gefährlichkeit an. Im Verlauf sollten auch die gefährlicheren Risikosituationen erprobt werden.

Die Exposition erfolgt gestuft: von der Betrachtung des alkoholischen Getränks bis hin zum intensiven Riechen an dem Getränk. Durch das gezielte Stellen von Fragen kann zusätzlich eine kurzfristige Verstärkung des Suchtverlangens erreicht werden. Im Verlauf der Expositionsübung erfragt der Therapeut regelmäßig das aktuell wahrgenommene Alkoholverlangen des Patienten erfragt hält das Ergebnis fest.

Um langfristig einen positiven Effekt durch die Exposition zu erlangen und einen Rückfall zu verhindern, ist eine Orientierung an nachfolgend beschriebenen Leitfaden zu empfehlen. Weiterführende Formulierungshilfen für die Anleitung der Exposition liefert beispielsweise Lindenmeyer [3].

Folgendermaßen könnte die Exposition mit dem alkoholischen Getränk ablaufen:

Einführung



► **Abb. 3** Hilfsmittel (Musik, Fotos...) oder Umgebungsfaktoren können die Exposition realistischer machen und unterstützen, wie hier im „Bar-Lab“ der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am ZI in Mannheim. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Therapeut: Wir werden nun eine Exposition durchführen. Dazu wird Ihnen Ihr Lieblingsgetränk präsentiert (► **Abb. 3**). Ich werde Sie dann Schritt für Schritt durch die Übung leiten. Dazu werde ich Ihnen einige Fragen stellen. Diese Fragen müssen Sie nicht beantworten - sie dienen lediglich als Orientierung für Sie.

Um die Exposition möglichst realistisch zu gestalten, haben wir uns in eine Umgebung begeben, die Sie als persönliche Risikosituation identifiziert hatten.

Bevor ich Ihnen das Getränk präsentiere nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um sich auf die Übung einzulassen. Nehmen Sie die Umgebung bewusst wahr und stellen Sie sich in Gedanken darauf ein, dass gleich ein Suchtmittel vor Ihnen steht.

Welche Gedanken oder Gefühle haben Sie im Moment? Achten Sie während der Übung auch auf kleine Veränderungen in der Wahrnehmung oder in Ihrem Anspannungszustand...

Betrachten der Flasche



► **Abb. 4** Die Exposition beginnt mit dem intensiven Betrachten der Flasche. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Dem Patienten/der Patientin wird nun das alkoholische Getränk in einer geschlossenen Flasche präsentiert (► **Abb. 4**).

T: Schauen Sie sich zunächst die Flasche genau an. Fühlen Sie die bekannte Form. Betrachten Sie das bekannte Etikett.

Welche Erinnerungen kommen auf? Spüren Sie eine Veränderung in Ihrem Körper?

Merke

Konfrontieren Sie den Patienten mit seinem individuellen Lieblingsgetränk. Dadurch wird die Situation realistischer und das Suchtverlangen des Patienten größer.

Öffnen der Flasche



► **Abb. 5** Der/die Patient/-in öffnet die Flasche selbst, um die Exposition realistisch zu gestalten. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Wie hört sich das Öffnen an? Ist es ein vertrautes Geräusch? Sind bestimmte Gefühle damit verbunden? Gibt es körperliche Empfindungen?

Woran denken Sie beim Öffnen der Flasche?

Einschenken des Getränks



► **Abb. 6** Das Einschenken des Getränks ist Teil der Exposition. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

T: Schenken Sie sich das Getränk nun ein (► **Abb. 6**).

Was sehen Sie? Wie hört sich das Einschenken an? Wie riecht es? Was ist das für ein Gefühl? Was passiert mit Ihrem Körper?

Lassen Sie sich weiter auf die Übung ein und schauen Sie das Glas an. Versuchen Sie aktiv, das Gefühl zu intensivieren.

Merke

Passen Sie auch das Glas an das jeweilige Getränk an – so wird die Situation für den Patienten oder die Patientin noch realistischer und das Alkoholverlangen stärker.

Riechen an dem Getränk



► **Abb. 7** Das intensive Riechen an dem Getränk steigert das Suchtverlangen während der Exposition. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

T: Gehen Sie nun nahe an das Glas heran und riechen Sie daran (► **Abb. 7**).

Wie riecht das? Was empfinden Sie jetzt?

Setzen Sie auch gerne die Lippen an das Glas, nehmen Sie das Getränk jedoch nicht zu sich!

Lassen Sie sich darauf ein und intensivieren Sie das Gefühl. Denken Sie auch an Situationen, in denen Sie jetzt getrunken hätten.

Lassen Sie dem Patienten einige Minuten Zeit, sich intensiv mit der Situation auseinanderzusetzen.

Beenden Sie dann die Expositionsübung und entfernen Sie das alkoholische Getränk.

Die Expositionssitzung kann beendet werden, wenn sich das Verlangen und die Körperreaktionen des Patienten wieder auf dem Ursprungsniveau eingependelt haben.

Merke

Daumenregel: Das Craving sollte am Ende der Sitzung maximal 3–4 von 10 möglichen Punkten betragen. In der Regel ist dies nach ca. 30–60 Minuten der Fall.

Schritt 4 – Einschätzung des Suchtverlangens



► **Abb. 8** Eine Kurve verdeutlicht den Anstieg und Abfall des Suchtverlangens während der Exposition. Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Im Anschluss an die Exposition soll der Patient sein Suchtverlangen im Verlauf der Übung und der Zeit danach einschätzen. Hilfreich ist dabei eine Verlaufskurve (► **Abb. 8**). In der Regel spürt der Patient während des Riechens oder kurz danach das höchste Suchtverlangen. Im Anschluss fällt das Verlangen ohne Zutun kontinuierlich ab. Der Einsatz von Bewältigungsstrategien kann diesen Effekt beschleunigen. Dies sollte im Gespräch exploriert werden.

Berichtet der Patient nur minimales oder kein Suchtverlangen während der Exposition, sollte die gewählte Risikosituation hinsichtlich ihres wahrgenommenen Risikopotenzials geprüft werden. Möglicherweise liegt zusätzlich Vermeidungsverhalten seitens des Patienten vor oder er setzt bereits kognitive Bewältigungsstrategien ein. Besprechen Sie mögliche Hindernisse mit dem Patienten und wiederholen Sie gegebenenfalls die Exposition. Lenken Sie dabei die Aufmerksamkeit des Patienten mit gezielten Fragen immer wieder zurück auf den alkoholischen Reiz. Imaginationsübungen oder weitere Hinweisreize können den Patienten dabei unterstützen, sich auf die Exposition einzulassen.

Schritt 5 – Bewältigungsstrategien erarbeiten

Um in Zukunft einen schnelleren Abfall des Cravings zu erreichen, können zusätzlich Bewältigungsstrategien (Coping Skills) eingesetzt werden.

Sammeln Sie zunächst mit dem Patienten bereits bekannte bzw. angewandte Bewältigungsstrategien.

T: In der Vergangenheit konnten Sie bereits manchen Versuchungssituationen widerstehen. Was hat Ihnen in diesen Situationen dabei geholfen, nicht zu trinken?

Erarbeiten Sie danach gemeinsam weitere mögliche Bewältigungsstrategien. Hilfreich sind beispielsweise Strategien folgender Kategorien:

- Vermeidung
- Ablenkung
- soziale Unterstützung
- positives Denken

Schritt 6 – gemeinsames Üben

Führen Sie gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin mehrere Durchgänge der Exposition nach dem oben beschriebenen Vorgehen durch, um einen nachhaltigen Effekt der CET zu erzielen. In den einzelnen Sitzungen sollte die Exposition in unterschiedlichen Situationen, Kontexten und Gefühlszuständen erfolgen. Nutzen Sie dazu Tonaufnahmen, Imaginationsübungen oder Techniken zur Stimmungsinduktion.

Außerdem sollte der Patient unter therapeutischer Anleitung verschiedene Bewältigungsstrategien ausprobieren und üben.

Schritt 7 – Training alleine

Nachdem der Patient sowohl das Prinzip der Exposition als auch individuelle Bewältigungsstrategien kennt, ist das Wichtigste: üben, üben, üben!

Der Patient soll das Expositionstraining alleine fortführen. Motivieren Sie ihn dazu, sich aktiv mit verschiedenen riskanten Situationen zu konfrontieren. Besonders relevant können dabei zum Beispiel der Besuch eines Supermarkts, die Konfrontation mit einem alkoholischen Getränk in der eigenen Wohnung oder der Besuch einer Kneipe oder eines Restaurants sein.

Lassen Sie den Patienten ein Expositionstagebuch mit seinen Erfahrungen führen. Gemeinsam können Sie die Expositionen nachbesprechen und eventuell weitere Strategien erarbeiten.

Merke
Expositionstraining ist nur langfristig wirksam, wenn der Patient häufig und in verschiedenen Kontexten übt!

Blick in die Zukunft

Um die Wirksamkeit der CET weiter zu verbessern, wird bereits an vielversprechenden Ergänzungen gearbeitet. Der Einsatz von Virtual Reality könnte die CET effektiver gestalten, da ein flexibler Einbezug der persönlichen Risikofaktoren eines Rückfalls möglich ist. Studien zeigen diesbezüglich konsistent vielversprechende Ergebnisse [14]. Auch weitere Innovationen, wie beispielsweise eine medikamentöse Augmentation mittels eines „Cognitive Enhancers“ [15] oder die Kom-

bination mit Neurofeedback-Techniken [16] gelten als aussichtsreiche Ergänzungen für eine CET bei alkoholabhängigen Patienten und Patientinnen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Lea Wetzel

M.Sc. Studium der Psychologie in Hildesheim. Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung. Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Doktorandin, Arbeitsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung bei Abhängigkeitserkrankungen Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim.



Sabine Steins-Löber

Prof. Dr. sc. hum., Psychologische Psychotherapeutin, seit 2014 Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bamberg. Forschungsschwerpunkte: Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung und therapeutische

Interventionen bei Suchterkrankungen sowie Ess- und Gewichtsstörungen.

Korrespondenzadresse

M.Sc. Lea Wetzel

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
J5
68159 Mannheim
Germany
lea.wetzel@zi-mannheim.de

Literatur

- [1] Bachmeier R, Bick-Dresen S, Dreckmann I et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation. *Sucht Aktuell* 2019; 1: 34–50
- [2] Batra A, Müller C, Mann K et al. Alcohol dependence and harmful use of alcohol – diagnosis and treatment options. *Deutsches Ärzteblatt* 2016; 113: 301–310 doi: 10.3238/arztebl.2016.0301
- [3] Lindenmeyer J. Alkoholabhängigkeit. *Fortschritte der Psychotherapie Band 6.3*. Aufl Göttingen: Hogrefe; 2016
- [4] Mellentin AI, Skøt L, Nielsen B et al. Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2017; 57: 195–207 doi: 10.1016/j.cpr.2017.07.006

- [5] Bouton ME. Context and behavioral processes in extinction. *Learning & Memory* 2004; 11: 485–494 doi: 10.1101/lm.78804
- [6] Loeber S, Croissant B, Heinz A et al. Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *Br J Clin Psychol* 2006; 45: 515–529 doi: 10.1348/014466505X82586
- [7] Vollstädt-Klein S, Loeber S, Kirsch M et al. Effects of cue-exposure treatment on neural cue reactivity in alcohol dependence: a randomized trial. *Biological Psychiatry* 2011; 69: 1060–1066 doi: 10.1016/j.biopsych.2010.12.016
- [8] Watson BJ, Wilson S, Griffin L et al. A pilot study of the effectiveness of D-cycloserine during cue-exposure therapy in abstinent alcohol-dependent subjects. *Psychopharmacology* 2011; 216: 121–129 doi: 10.1007/s00213-011-2199-2
- [9] Mann K, Loeber S, Croissant B et al. Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ein Manual zur Pharmako- und Psychotherapie. 1. Aufl Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH; 2006
- [10] Conclin CA, Tiffany ST. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction* 2002; 97: 155–167 doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00014.x
- [11] Rosenthal MZ, Kutlu MG. Translation of associative learning models into extinction reminders delivered via mobile phones during cue exposure interventions for substance use. *Psychology of Addictive Behaviors* 2014; 28: 863–871 doi: 10.1037/a0037082
- [12] Pavlov IP, Anrep GV. *Conditioned Reflexes*. Mineola: Dover Publications; 2003
- [13] Rescorla RA. Spontaneous Recovery. *Learning & Memory* 2004; 11: 501–509 doi: 10.1101/lm.77504
- [14] Ghiță A, Gutiérrez-Maldonado J. Applications of virtual reality in individuals with alcohol misuse: A systematic review. *Addictive Behaviors* 2018; 81: 1–11 doi: 10.1016/j.addbeh.2018.01.036
- [15] Kiefer F, Kirsch M, Bach P et al. Effects of D-cycloserine on extinction of mesolimbic cue reactivity in alcoholism: a randomized placebo-controlled trial. *Psychopharmacology* 2015; 232: 2353–2362 doi: 10.1007/s00213-015-3882-5
- [16] Kirsch M, Gruber I, Ruf M et al. Real-time functional magnetic resonance imaging neurofeedback can reduce striatal cue-reactivity to alcohol stimuli. *Addiction Biology* 2015; 21: 982–992 doi: 10.1111/adb.12278

Bibliografie

PSYCH up2date 2022; 16: 8–14
DOI 10.1055/a-1244-5587
ISSN 2194-8895
© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Einfach gesundhören



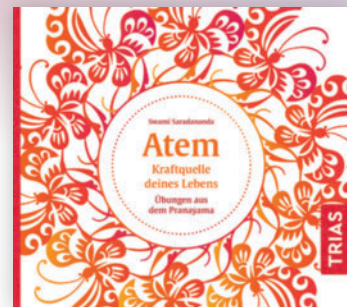
Sie wissen genau, was Ihre Patientinnen und Patienten brauchen, um sich von Ängsten und Sorgen zu befreien. Belastende Gedanken stressen und stehen einer Entspannung im Weg. Wer bewusst atmet, wird vitaler, entspannter und gesünder – empfehlen Sie unsere **TRIAS Hörbücher!**



Kaul
Atemübungen bei Angst und Panikattacken
UVP 14,99 € [D] / 14,99 € [A]
ISBN 978-3-432-11467-5



König
Hypnose gegen Angst
UVP 14,99 € [D] / 14,99 € [A]
ISBN 978-3-432-11474-3



Saradananda
Atem - Kraftquelle deines Lebens
Übungen aus dem Pranayama
UVP 14,99 € [D] / 14,99 € [A]
ISBN 978-3-432-11442-2



Schneider
Heilende Waldmeditation bei Ängsten und Krisen
UVP 12,99 € [D] / 12,99 € [A]
ISBN 978-3-432-11387-6



Weis
Yin Yoga
Hören, üben, Spannungen loslassen
UVP 14,99 € [D] / 14,99 € [A]
ISBN 978-3-432-11235-0



Haase
Autogenes Training erlernen & gezielt einsetzen
Besser schlafen, Ängste reduzieren und Ziele erreichen
UVP 14,99 € [D] / 14,99 € [A]
ISBN 978-3-432-11122-3



Bequem bestellen über
www.trias-verlag.de/gesundhoeren

PSYCH up2date

16. Jahrgang
Die PSYCH up2date erscheint 6-mal jährlich.
ISSN (Print): 2194-8895
eISSN: 2194-8909

Copyright & Ownership

Wenn nicht anders angegeben: © 2022. Thieme.
All rights reserved. Die Zeitschrift PSYCH up2date ist Eigentum von Thieme. Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Schriftleitung

Prof. Dr. Fritz Hohagen, Emeritus
Psychiatrie und Psychotherapie
Psychosomatik und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel. 0451-500-98801
E-Mail: fritz.hohagen@uksh.de

Herausgebende

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier, Greifswald
Tel.: +49 3834 420 3718, Fax: +49 3834 420 3763
E-Mail: eva-lotta.brakemeier@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Andreas Jochen Fallgatter, Tübingen
Tel.: +49 7071/2 98 23 00, Fax: +49 70 71/29 53 79
E-Mail: andreas.fallgatter@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Michael Hüll, Emmendingen
Tel.: +49 7641/461-11 00, Fax: +49 7641/461-29 02
E-Mail: m.huell@zfp-emmendingen.de

Prof. Dr. Falk Kiefer, Mannheim
Tel.: +49 621/1703-3501, Fax: +49 621/1703-3505
E-Mail: falk.kiefer@zi-mannheim.de

Prof. Dr. Klaus Lieb, Mainz
Tel.: +49 6131/177335, Fax: +49 6131/229974
E-Mail: klaus.lieb@unimedizin-mainz.de

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Priem am Chiemsee
Tel.: +49 8051/68-100102, Fax: +49 8051/68-100103
E-Mail: uvoderholzer@schoen-kliniken.de

Prof. Dr. Stephan Zipfel, Tübingen
Tel.: +49 7071/2 98 06 95, Fax: +49 70 71/29 45 41
E-Mail: stephan.zipfel@med.uni-tuebingen.de

Die Herausgebenden sind nicht verantwortlich für in der Zeitschrift enthaltene Anzeigen und Beilagen.

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart oder
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931-0, Fax: +49 711 8931-298
www.thieme.de, www.thieme.de/psych-u2d
www.thieme-connect.de/products
Web-App: www.thieme.de/eref-app

Redaktion

Sie erreichen die Redaktion unter:
Psych-u2d.impressum@thieme.de
V. i. S. d. P.: Lea-Marie Tröster, Rüdigerstr. 14,
70469 Stuttgart

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thieme Media
Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Andreas Schweiger, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart

oder Postfach 30 08 80, 70448 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931-245, Fax: +49 711 8931-470
E-Mail: andreas.schweiger@thieme-media.de

Produktionsmanagement

Tel.: +49 711 8931-683, Fax: +49 711 8931-393
E-Mail: Katharina.Lottermoser@thieme.de

Abonnentenservice

Wir bitten unsere Abonnent*innen, Adressänderungen dem Abonnentenservice mitzuteilen, um eine reibungslose Zustellung der Zeitschrift zu gewährleisten.
Tel.: +49 711 8931-321, Fax: +49 711 8931-422,
https://kundenservice.thieme.de

Unter dieser Adresse können Abonnent*innen der PSYCH up2date kostenlos einen neuen Archivierungs-Ordner bestellen. Bitte geben Sie Ihre Anschrift und Abo-Nummer an.

Die Inhalte der Zeitschrift stehen online in Thieme Connect zur Verfügung (www.thieme-connect.de/products). Der Zugang ist für persönliche Abonnent*innen im Preis enthalten.

Über kostenpflichtige Zugangsmöglichkeiten und Lizenzen für Institutionen (Bibliotheken, Kliniken, Firmen etc.) informiert Sie gerne unser Institutional Sales Team, E-Mail: esales@thieme.de

Warenbezeichnungen und Handelsnamen

Marken, geschäftliche Bezeichnungen oder Handelsnamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Handelsnamen handelt.

Informationen für unsere Autor*innen

Manuskriptrichtlinien und andere Informationen für Autor*innen entnehmen Sie bitte den Autorenhinweisen unter dem Reiter „Autoren“ auf www.thieme.de/psych-u2d. Grundsätzlich werden nur solche Manuskripte angenommen, die noch nicht anderweitig veröffentlicht oder zur Veröffentlichung eingereicht worden sind.

Bitte beachten Sie: Wir können keine Abbildungen annehmen, die bereits in Büchern, Zeitschriften oder elektronischen Produkten anderer Anbieter*innen publiziert worden sind oder an denen Dritte Nutzungsrechte haben (z. B. Arbeitgebende). Der Grund: Auch gegen Lizenzgebühr ist es kaum noch möglich, die Nutzungsrechte in dem für uns erforderlichen Umfang zu erhalten. Bitte zahlen Sie deshalb keine Lizenzgebühren (z. B. bei „RightsLink“/Copyright Clearance Center) – auch die Standard-Lizenzverträge von „Creative Commons“ sind für eine Publikation leider nicht ausreichend.

Diese Zeitschrift bietet Autor*innen die Möglichkeit, ihre Artikel gegen Gebühr in Thieme connect für die allgemeine Nutzung frei zugänglich zu machen. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an: psych-u2d.impressum@thieme.de

For users in the USA

Authorization of photocopy items for internal or personal use, or the internal or personal use of specific clients, is granted by Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York for libraries and other users registered with the Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service; www.copyright.com. For reprint information in the USA, please contact: journals@thieme.com

Wichtiger Hinweis

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, dürfen die Lesenden zwar darauf vertrauen, dass Autor*innen, Herausgebende und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitschrift entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede*r Benutzende ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten oder einer Spezialistin festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind.

Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr der Benutzenden. Autor*innen und Verlag appellieren an alle Benutzenden, ihnen etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter Form, Übersetzung, Übertragung und Bearbeitung in andere Sprachen oder Fassungen sowie die Einspeicherung und Verbreitung in elektronischen Medienformen (z. B. CD-ROM, DVD, USB-Speicher, Datenbank, Cloud-basierter Dienst, E-Book und sonstige Formen des Electronic Publishing) und auch öffentlicher Zugänglichmachung (z. B. Internet, Intranet oder andere leitungsgebundene oder -ungebundene Datennetze), u. a. durch Wiedergabe auf stationären oder mobilen Empfangsgeräten, Monitoren, Smart-phones, Tablets oder sonstigen Empfangsgeräten per Download (z. B. PDF, ePub, App) oder Abruf in sonstiger Form etc.

Hinweis zu Studienreferaten

Die Autorinnen und Autoren unserer Referaterubriken schreiben frei- oder nebenberuflich für verschiedene Auftraggebende aus Verlagsbranche, Wissenschaft und Industrie. Bei Fragen zu Interessenkonflikten einzelner Autor*innen wenden Sie sich bitte mit der im Impressum unter „Redaktion“ genannten E-Mail-Adresse an den Verlag.

Datenschutz

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patient*innen, ihren Angehörigen und ihrem Freundeskreis, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patient*innen eingebunden sind.

Wertschätzende Sprache und geschlechtergerechter Sprachgebrauch

Thieme Publikationen streben nach einer fachlich korrekten und unmissverständlichen Sprache. Dabei lehnt Thieme jeden Sprachgebrauch ab, der Menschen beleidigt oder diskriminiert, beispielsweise aufgrund einer Herkunft, Behinderung oder eines Geschlechts.

Thieme wendet sich zudem gleichermaßen an Menschen jeder Geschlechtsidentität. Die Thieme Rechtschreibkonvention nennt Autor*innen mittlerweile konkrete Beispiele, wie sie alle Lesenden gleichberechtigt ansprechen können. Die Ansprache aller Menschen ist ausdrücklich auch dort intendiert, wo im Text (etwa aus Gründen der Leselichtigkeit, des Text-Umfangs oder des situativen Stil-Empfindens) z. B. nur ein generisches Maskulinum verwendet wird.

Printed in Germany

Umschlaggestaltung: Georg Thieme Verlag KG
Satz: seitenweise, Tübingen
Druck und Bindung: Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG, Calbe (Saale)

Bezugpreise 2022*	Abo	Versandkosten		Gesamtkosten	
		Inland	Ausland	Inland	Ausland
Normalpreis	211,00	44,40	59,60	255,40	270,60
Vorzugspreis für Ärzte und Psychotherapeuten in Aus- und Weiterbildung und Studierende	145,00	44,40	59,60	189,40	204,60
Vorzugspreis für Pflegepersonal und Weiterbildungsassistenten der DGPPN	114,00	44,40	59,60	158,40	173,60
Institutioneller Jahresbezugspreis**	381,00**	44,40	59,60	425,40	440,60

* Jährliche Bezugpreise in € (D), unverbindlich empfohlene Preise inkl. der gesetzl. MwSt. (D). Im Ausland verstehen sich die Preise und Versandkosten exkl. der gesetzlichen MwSt. Preisänderungen vorbehalten. Preis für ein Einzelheft 72,00 € zzgl. Versandkosten ab Verlagsort. Das Abonnement wird zum Jahreswechsel im Voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine Abbestellung zum 30. September vorliegt.

** Der institutionelle Jahresbezugspreis inkludiert Online-Zugriff für 1 Standort; weitere Informationen finden Sie unter <https://p.thieme.de/fachzeitschriften/tjpb/>

PSYCH up2date

1 • 2022

Organische psychische Störungen 1

Differenzialdiagnosen bei demenzieller Entwicklung

*Olivia Wagemann
Adrian Danek*

VNR: 2760512022161725579
DOI: 10.1055/a-1148-7228
PSYCH up2date 2022; 16 (1): 17–33
ISSN 2194-8895
© 2022. Thieme. All rights reserved.

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Vaskuläre Demenz Christian Kluckert, Michael Hüll Heft 6/2021

Psychische Gesundheit bei Personen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen Tanja Sappok, Bernd Schmidt Heft 3/2021

Amnestische Syndrome Detlef Wietelmann Heft 5/2020

Psychische Störungen nach erworbener ZNS-Schädigung
Steffen Aschenbrenner, Thomas M. Schilling, Judith Grossmann,
Tobias Heck, Magdalena Bossert Heft 4/2020

Prädiktive Diagnostik der Alzheimer-Demenz Ayda Rostamzadeh, Frank Jessen Heft 3/2020

Demenz mit Lewy-Körpern Matthias W. Riepe Heft 6/2019

Alzheimer-Demenz: Neurobiologie, Diagnostik und experimentelle Ansätze J. Wiltfang, C. Bouter, U. Schmidt Heft 5/2019

Delir beim alten Menschen W. Hewer Heft 6/2018

Medikamentöse Therapie von kognitiven und Verhaltensstörungen bei Demenz P. Jung Heft 4/2018

Nichtpharmakologische Therapie der Demenzen A. Göhner, M. Hüll Heft 3/2018

Antikörpervermittelte Enzephalitiden in der Psychiatrie
P. Spitzer, J. Kornhuber Heft 4/2017

Der komplizierte Alkoholentzug: Grand-Mal-Anfälle, Delir und Wernicke-Enzephalopathie K. Junghanns, T. Wetterling Heft 6/2016

Frontotemporale Lobärdegeneration – Prägnanztypen, Diagnosekriterien und Therapieansätze J. Wiltfang, E. Feneberg, S. Anderl-Straub, M. Otto Heft 3/2016

Morbus Huntington: Diagnostik und aktuelle Entwicklungen
S. Schweiger, O. Tüscher Heft 6/2015

Depressionen und Psychosen bei immunologischen Enzephalopathien L. Tebartz van Elst, O. Stich, D. Endres Heft 5/2015

HELP zur Vermeidung von Delirien J. Bringemeier, C. Thomas, M. Guhra, S. Kreisel Heft 3/2015

Differenzialdiagnose der Demenz A. Gietl, E. Savaskan Heft 6/2014

Vaskuläre Demenzen M. Liebetrau, G. Hamann Heft 4/2014

Demenz mit Lewy-Körpern M. Riepe, C. Lanza Heft 6/2013

Medikamentös induzierte neuropsychiatrische Störungen
T. Messer, O. Strasser Heft 5/2013

Somatische Intervention und Demenz – Einfluss von Chirurgie und Anästhesie auf kognitive Funktionen T. Münster, A. Tzabazis Heft 3/2013

Leichte kognitive Störung B. Prinz, M. Hüll Heft 1/2013

Das Tourette-Syndrom – mehr als „nur“ Tics S. Vocke, I. Neuner Heft 6/2012

Biomarker und Demenz R. Zimmermann, J. Kornhuber, P. Lewczuk Heft 4/2012

Therapie der Demenz F. Jessen Heft 3/2011

Diagnostik der Demenz F. Jessen Heft 1/2011

Prävention von Demenzen A. Luborzewski, O. Peters Heft 6/2010

Demenzen bei neurologischen Erkrankungen, Teil 2 C. Lang Heft 4/2010

Demenzen bei neurologischen Erkrankungen, Teil 1 C. Lang Heft 3/2010

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos!
<https://eref.thieme.de/psych-u2d>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem! Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:
<https://eref.thieme.de/GCCGI>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt:
www.thieme.de/eref-registrierung.

Differenzialdiagnosen bei demenzieller Entwicklung

Olivia Wagemann, Adrian Danek



Im klinischen Alltag sind Demenzkrankheiten von anderen Störungen der Kognition, des Sozialverhaltens und der emotionalen Kontrolle abzugrenzen. Durch eine dezidierte Stufendiagnostik müssen reversible Ursachen mit zügigem Handlungsbedarf von langsam progredienten Prozessen unterschieden werden.

Zurzeit leben ca. 1,6 Millionen Demenz-Erkrankte in Deutschland; diese Zahl soll sich laut Experten im Jahre 2050 auf bis zu 2,7 Millionen erhöhen [1]. Dies stellt ein zunehmendes Problem für Gesundheitssystem und Gesellschaft dar. Es wird deutlich, dass ein Umdenken erforderlich ist, das die Früherkennung und pathomechanistische Aufarbeitung der Demenzen in den Mittelpunkt stellt, um die Entwicklung kausaler Therapieansätze zu ermöglichen. Im Zuge dessen ist der Paradigmenwechsel der letzten Jahre zu begrüßen, weg von der syndromalen Ausschlussdiagnose hin zur differenzierten ätiologischen Diagnostik verschiedener Demenz-Entitäten. Durch die stärkere Gewichtung von Biomarkern, auch ohne klinischen Phänotyp, sind darüber hinaus präklinische Stadien von Demenz eine Diagnoseoption geworden [2].

Merke

In den letzten Jahren hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden bezüglich der Diagnostik von Demenzerkrankungen, sodass zunehmend frühere Stadien und differenzierte Entitäten erfasst werden.

Diese Veränderungen spiegeln sich in den überarbeiteten Kriterien des DSM-V-Katalogs wider. Dabei wandte man sich ab von dem Begriff der „Demenz“, hin zu dem der „neurokognitiven Störungen“, die sich weiter in eine leichte und eine schwere kognitive Beeinträchtigung sowie das Delir aufgliedern [3]. Im Falle einer leichten kognitiven Störung wird im DSM-V nun eine ätiologische Differenzierung vorgenommen, die u. a. auch die HIV-Infektion oder ein Schädel-Hirn-Trauma als Ätiologie berücksichtigt. Darüber hinaus ist die Beeinträchtigung einer einzigen Domäne ausreichend, um die Diagnose eines demenziellen Syndroms zu stellen (s. u.); das 6-Monats-Kriterium der Definition nach ICD-10 wird nicht mehr berücksichtigt [3].

PRAXISTIPP

Die klinische Differenzialdiagnostik einer kognitiven Störung beinhaltet vor der körperlichen Untersuchung und einer Blut- und Liquoranalyse die ausführliche (Fremd-)Anamnese zur Beurteilung von Dynamik und Ausmaß der Defizite sowie den Einsatz von Screening-Tools, um sich einen ersten klinischen Eindruck zu verschaffen.

KRITERIEN DER NEUROKOGNITIVEN STÖRUNG NACH DSM-V [3]

A: Verschlechterung einer höheren Hirnfunktion (Aufmerksamkeit, Exekutive, Gedächtnis, Sprache, Psychomotorik oder soziale Kognition) basierend auf

- fundierter Beobachtung durch einen Außenstehenden
- der Objektivierung durch neuropsychologische Untersuchung

B: Alltagsrelevanz

C: Ausschluss eines Delirs als Ursache

D: Ausschluss einer anderen psychiatrischen Erkrankung, die die Defizite erklärt

ABKÜRZUNGEN

FTD	frontotemporale Demenz
MCI	mild cognitive impairment
PPA	primär progrediente Aphasie
SCD	subjektive Gedächtnisstörung (subjective cognitive decline)
TEA	transiente epileptische Amnesie
TGA	transiente globale Amnesie

► **Tab. 1** Differenzialdiagnostische Überlegungen bei einer kognitiven Störung.

Ursachen	Aufgliederung
Hypovitaminosen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ B₁-Mangel ▪ B₆-Mangel ▪ B₁₂-Mangel
Elektrolytstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyper-/Hyponatriämie
Medikation, Intoxikationen und Entzug	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamente, wie z. B. Anticholinergika, Opiode, Benzodiazepine ▪ Alkohol und andere Suchtmittel ▪ industrielle Substanzen (Lösungsmittel, CO, Blei)
intrakranielle Raumforderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neoplasien ▪ Hirnabszess ▪ chronisches Subduralhämatom
Autoimmunenzephalopathien	
zerebrovaskuläre Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ strategische Infarkte ▪ Vaskulopathien (z. B. CADASIL) ▪ Vaskulitiden ▪ Amyloidangiopathien
endokrinologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyper-/Hypothyreose/Enzephalopathie bei Hashimoto-Thyreoiditis ▪ Hyper-/Hypoparathyreoidismus
metabolische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leber: Morbus Wilson, Hämochromatose, hepatische Enzephalopathie ▪ Niere: Dialyse-assoziierte Enzephalopathie, urämische Enzephalopathie + ▪ Niemann-Pick-Krankheit Typ C
hämatologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anämie ▪ Multiples Myelom
erregerbedingte Erkrankungen des ZNS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HIV-Enzephalitis ▪ progressive multifokale Leukenzephalopathie ▪ Herpes-Enzephalitis ▪ Morbus Whipple ▪ Neurolyues ▪ Neuroborreliose
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	
andere autoimmune Erkrankungen des ZNS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiple Sklerose ▪ Lupus erythematoses ▪ Sjögren-Syndrom
primär neurodegenerative Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alzheimer-Krankheit ▪ frontotemporale Lobärdegeneration ▪ Lewy-Körper-Krankheit/idiopathisches Parkinson-Syndrom ▪ progressive supranukleäre Paralyse ▪ Multisystematrophie ▪ spinozerebelläre Ataxien ▪ Huntington-Krankheit ▪ Nasu-Hakola-Krankheit (PLOS) ▪ fragiles X-Syndrom
Verschiedenes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schädel-Hirn-Trauma ▪ Normaldruckhydrozephalus ▪ Depression ▪ mitochondriale Erkrankungen ▪ Dystrophia myotonica

Symptomatische Formen einer demenziellen Entwicklung kommen häufiger bei jüngeren Patienten vor, haben öfter einen akuten Verlauf und sind z. T. partiell bis komplett reversibel. Dabei sind neben vaskulären Ursachen u. a. intrakranielle Raumforderungen, metabolische und endokrinologische Störungen sowie infektiö-

se Erkrankungen relevant. Auch sind Medikamente, besonders solche mit anticholinergen Nebenwirkungen, zu bedenken. Die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, soll aber einen ersten Überblick vermitteln (► **Tab. 1**).

Akut einsetzende kognitive Störungen mit Aussicht auf vollständige Remission

Intoxikation und Entzug

Bei substanzassoziierter Intoxikation oder Entzug können akute, substanzspezifische Defizite in Kognition, Bewusstsein, Stimmungslage und Selbstkontrolle auftreten. Für gewöhnlich sind diese reversibel – nach Beendigung der Einnahme, bzw. Überwindung der akuten Reaktion des Körpers auf den Entzug. Typische Substanzen sind:

- Benzodiazepine
- Ketamin
- Gamma-Hydroxybutyrat
- Opioide
- Halluzinogene
- Alkohol

Hierbei kommt es neben einer Enthemmung mit Verlangsamung im Reaktionsvermögen sowie einer reduzierten Schmerz Wahrnehmung zu deutlichen Defiziten in den kognitiven Leistungen und der Vigilanz [4]. Im Gefolge kann eine retrograde Amnesie bestehen.

Medikation

Anticholinerge Medikamente verfügen über ein breites Spektrum an Indikationen, das sich über kardiovaskuläre und gastrointestinale Erkrankungen bis hin zu Blasenfunktionsstörungen und neurologischen wie auch psychiatrischen Erkrankungen erstreckt. Entsprechend erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer medikamentösen Behandlung mit anticholinergem Nebenwirkung im Alter erheblich. Dies sollte mit einer strengen Indikationsstellung für das entsprechende Therapeutikum einhergehen.

Merke

Eine ausführliche Medikamentenanamnese hat bei neu auftretenden kognitiven Defiziten einen hohen Stellenwert.

Eine Beeinträchtigung der Kognition durch die Beeinflussung des zentralnervösen Transmittergleichgewichts von Acetylcholin ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Delirs assoziiert; Beobachtungsstudien suggerieren zunehmend auch ein erhöhtes Demenzrisiko im Verlauf bzw. ein anhaltendes kognitives Defizit [5]. Dies betrifft Medikamente wie trizyklische Antidepressiva, Diuretika, Antihistaminika, Digitalis-Präparate, Kortikosteroide und Betablocker. Weitere relevante Präparate sind u. a. Opioide und Benzodiazepine.

Epilepsie

Im Rahmen einer fokalen Epilepsie des Temporallappens kann es zu wiederholten transienten epileptischen Episoden einer Amnesie („Transient Epileptic Amnesia“/TEA) kommen. Typischerweise sind andere kognitive Funktionen erhalten, sodass es vor allem zu anterograden, weniger zu retrograden Defiziten des Gedächtnisses kommt [6]. Auch können orale Automatismen, eine temporär verminderte Kontaktfähigkeit sowie Halluzinationen auftreten; der Übergang in einen generalisierten Anfall ist eher selten [7]. Für die diagnostische Abgrenzung ist ein eindeutiges Ansprechen auf eine antikonvulsive Therapie von Bedeutung. Der Nachweis im EEG ist mit Epilepsie-typischen Potenzialen oder kontinuierlichen temporalen Verlangsamungen in den interiktalen Phasen nur bei rund einem Drittel der Betroffenen möglich, in der Bildgebung zeigt sich oftmals ein unauffälliger Befund [7]. Hier ist klinisch die transiente globale Amnesie (TGA) abzugrenzen: Die TEA ereignet sich typischerweise morgens, und kann wiederholt auftreten, während die TGA in der Regel ein einmaliges Ereignis ist [6,7]. Dennoch gilt es zu bedenken, dass wiederholte epileptische Anfälle bei unzureichender medikamentöser Therapie auch zu dauerhaften kognitiven Einschränkungen im Verlauf führen können.

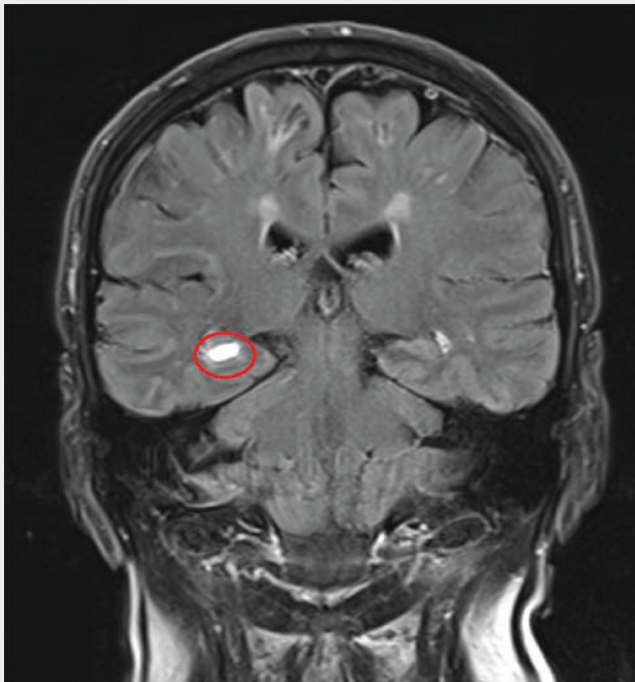
Akut einsetzende kognitive Störungen mit meist inkompletter Symptomrückbildung

Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas

Kognitive Defizite können beim Schädel-Hirn-Trauma als Folge einer traumatischen Verletzung des Gehirns im Sinne einer fokalen (u. a. raumfordernde Blutung, Kontusion) oder generalisierten Läsion (z. B. diffuse axonale Schädigung) auftreten und zu einer akuten Störung in Gedächtnis, kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit und Konzentration sowie einer Beeinträchtigung von Visuokonstruktion, Exekutivfunktionen und Urteilsvermögen führen. Das Gedächtnis ist hierbei die am häufigsten und längsten betroffene höhere Hirnfunktion, sodass sowohl eine retrograde Amnesie für das Ereignis wie auch eine anterograde Amnesie nach Erleiden des Unfalls auftreten können [8]. Entscheidend ist u. a. ein klares Ereignis in der Anamnese, das den Anlass für eine sofortige zerebrale Bildgebung geben sollte, um v. a. im Falle einer polytraumatischen Gesamtsituation keine Hirnverletzungen zu übersehen. Im Verlauf ist zudem die neuropsychologische Charakterisierung der Defizite von Interesse, weil sie es ermöglicht, den Rehabilitationsverlauf zu beurteilen [8].

FALLBEISPIEL

Ein 73-jähriger Patient stellt sich mit einer seit ca. 2 Wochen zunehmenden Vergesslichkeit vor. Seine Frau berichtet, dass er neue Inhalte nur noch sehr schwer behalte. In der Bildgebung ergibt sich ein hämorrhagischer Infarkt der rechten Hippocampusformation (► **Abb. 1**). Im Liquor bestand eine erniedrigte Amyloid-Ratio in Kombination mit einem erhöhten gesamt-Tau. Bei Nachweis älterer sulcaler Siderosen kommt eine vorbestehende zerebrale Amyloidangiopathie infrage. Im Verlauf ist die Diffusionsrestriktion im cMRT mit akuter kognitiver Manifestation im Rahmen des Hippocampusinfarkts rückläufig und auch neuropsychologisch kommt es zu einer Besserung. Zusammengefasst kann das Krankheitsbild als Folge eines umschriebenen Infarkts im Hippocampus vermutlich aufgrund einer zerebralen Amyloid-Angiopathie bei beginnender Alzheimer-Krankheit gedeutet werden.



► **Abb. 1** Koronare FLAIR-Aufnahme im cMRT bei akut aufgetretener Merkfähigkeitsstörung. Die rote Markierung markiert die Hyperintensität des hippocampalen Infarkts auf der rechten Seite.

Strategische Infarkte

Bei Ischämien bzw. Hämorrhagien in für das Gedächtnis relevanten Strukturen (s. Fallbeispiel) wie Hippocampus oder anterioren und medialen Thalamuskernen des Papez-Neuronenkreises ist typischerweise das ventrobasiläre Stromgebiet betroffen. Strategische Infarkte sind meist klein und oft embolisch verursacht. Die akuten kognitive Defizite insbesondere der Gedächtnisfunktion können vorübergehend oder auch persistierend sein [6]. Klinisch gilt es, den strategischen Infarkt vor allem von einer transienten globalen

Amnesie (amnestische Episode, TGA) zu unterscheiden. Letztere zeigt sich mit einem isolierten amnestischen Syndrom, während bei ischämischer Genese weitere fokalneurologische Auffälligkeiten auftreten können. Im cMRT einer TGA kann sich zudem eine temporäre punktuelle Hyperintensität in DWI und T2 im Bereich des hippocampalen CA1-Segments darstellen [7,9].

Thiamin-Mangel-Enzephalopathie (Wernicke-Korsakow-Syndrom)

Bei der durch einen Thiamin-Mangel (Fehlernährung, z. B. bei Alkoholismus, selten bei Hyperemesis gravidarum) verursachten Wernicke-Enzephalopathie kann sich im Verlauf ein Korsakow-Syndrom entwickeln.

Einhergehend mit der Enzephalopathie sind eine Gangaxie, eine Okulomotorikstörung sowie eine Beeinträchtigung der Vigilanz häufig. Charakteristisch zeigen sich dabei in T2-gewichteten Aufnahmen im cMRT Hyperintensitäten im periventrikulären Bereich des 3. und 4. Ventrikels, dem periaquäduktalen Grau, dem medialen und anterioren Thalamus, den Mammillarkörpern sowie den zugehörigen Bahnen [6,7]. Im Verlauf persistiert meist eine Atrophie der Corpora mammillaria; nur rund 20% der Betroffenen erholen sich [10]. Zusätzlich kommt es im Verlauf zu kognitiven Defiziten u. a. mit Störung des episodischen Gedächtnisses, der exekutiven Funktion sowie der Orientierung. Auch können Konfabulationen und eine soziale und emotionale Dysfunktion mit Minderung von Distanz und Antrieb sowie gesteigerter Irritabilität und Agitation auftreten. Hingegen sind das prozedurale und das Kurzzeitgedächtnis sowie andere kognitive Funktionen weitgehend erhalten [10].

(Sub-)Akut verlaufende kognitive Störungen mit fluktuierendem Verlauf**Delir**

Das Delir ist nach den DSM-V-Kriterien durch akutes Einsetzen einer Desorientiertheit mit Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörung, psychomotorischer Unruhe, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Hyper- oder auch Hypoaktivität innerhalb von wenigen Stunden bis Tagen charakterisiert; darüber hinaus können kognitive Domänen wie Gedächtnis, Sprache oder visuell-räumliche Wahrnehmung gestört sein [3]. Die einhergehende Fluktuation der Symptomatik hilft, das Delir von einer Demenz abzugrenzen (Cave bei Lewy-Körper-Demenz), entsprechend ist eine wiederholte Reevaluation der Defizite notwendig. Darüber hinaus sind bei Demenz eher langsam zunehmende Wortfindungsstörungen typisch, wohingegen sich im Delir eine desorganisierte Kommunikationsfähigkeit zeigt [11]. Dennoch gibt es zwischen beiden Syndromen kli-

nische wie auch ätiologische Überlappungen, sodass eine umfassende körperliche und apparative Diagnostik erfolgen sollte, um ein mögliches Delir zu identifizieren.

Merke

Ein Delir (Entwicklung von kognitiven Defiziten innerhalb weniger Stunden bis Tage) ist ein Notfall, den es aufgrund einer oft somatischen Ursache und erhöhten Mortalität schnell zu diagnostizieren und behandeln gilt!

Neben Polypharmazie und Intoxikation, Infektionen, operativen Eingriffen, metabolischen Entgleisungen und psychiatrischen Vorerkrankungen stellt dabei auch eine vorbestehende Demenz ein Risiko zur Entwicklung eines Delirs dar. Genauso erhöht ein stattgehabtes Delir die Wahrscheinlichkeit einer späteren Demenz, sodass beide Entitäten im klinischen Alltag ineinander übergehen können [11].

Depression

Mit einem Lebenszeitrisko von ca. 12% ist die Depression als häufigste psychische Störung im höheren Alter [12] eine hochrelevante Differenzialdiagnose bei Verdacht auf Demenz. Gemessen an der Tatsache, dass sie darüber hinaus als Risikofaktor, Frühsymptom und Spätfolge einer Demenz auftreten kann [13], wird die differenzialdiagnostische Herausforderung deutlich. Generell steht bei einer depressiven Episode ein Interessenverlust mit Rückzugstendenz, Apathie und dauerhaft gedrückter Stimmung über mindestens 2 Wochen im Vordergrund [12]. Im Vergleich zu einer demenziellen Entwicklung ist hier ein schnellerer Abfall der kognitiven Leistungen zu beobachten, die im Verlauf fluktuieren können und mit einem größeren Leidensdruck einhergehen, während der Demenzpatient eher dazu tendiert, seine Defizite zu überspielen.

Das Profil der kognitiven Dysfunktionen betrifft neben dem Gedächtnis meist die mentale Flexibilität und die Exekutivfunktion [13]. Während diese Defizite durch die neuropsychologische Untersuchung zu objektivieren sind, ist ein richtungsweisender Befund oft nicht möglich, um die Depression von der Demenz abzugrenzen. Neben einer ausführlichen Anamnese zu möglichen Belastungsfaktoren und früheren depressiven Episoden des Patienten ist somit auch die Fremdbeobachtung durch Angehörige hilfreich. Darüber hinaus ist der psychopathologische Befund ein wichtiger Baustein. Die vorhandene Vielfalt an Depressionsskalen sollte ebenso genutzt werden.

DEPRESSIONSSKALEN

Beispiele zur Beurteilung

Selbstbeurteilung

GDS (Geriatric Depression Scale) oder BDI (Beck-Depressionsinventar)

Fremdbeurteilung

MADRS (Montgomery und Asberg Depression Rating)

HDRS (Hamilton-Depression-Rating-Skala) [12]

Gegebenenfalls ist eine wiederholte neuropsychologische Testung der kognitiven Domänen nach Remission der depressiven Symptomatik indiziert, um in der Verlaufsbeurteilung die reversiblen Defizite einer Depression von der progredienten Symptomatik einer demenziellen Entwicklung abzugrenzen. Ebenso sind somatische Ursachen, wie z. B. die Post-Stroke-Depression, differenzialdiagnostisch zu bedenken.

Herpes-simplex-Virus-1-Enzephalitis

Beispielhaft für eine Erreger-bedingte Enzephalopathie mit kognitiver Störung ist die Herpes-simplex-Virus-1-Enzephalitis. Hier zeigen sich aufgrund der Beteiligung des medialen Temporallappens Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses. Zudem können Verhaltensänderungen, Irritabilität oder affektive und psychotische Symptome auftreten, die den sozialen Umgang beeinflussen [14]. Auch können sich epileptische Anfälle ereignen, die eine Differenzierung zu postiktalen kognitiven Defiziten (s. o.) mitunter erschweren. Bei Verdacht sollte frühzeitig eine zerebrale Bildgebung mittels MRT zur Visualisierung der typischen Hyperintensitäten im Bereich des limbischen Systems erfolgen; ein Nachweis des Virus im Liquor kann die Verdachtsdiagnose bestätigen. Da es selbst bei früher Gabe einer antiviralen Therapie zu bleibenden Defiziten in Kognition und Verhalten kommen kann (wobei das Ausmaß direkt mit den Schäden an den Strukturen des limbischen Systems wie Amygdala und Hippocampus korreliert [14]), sollte bereits bei geringstem Anhalt auf eine Herpes-Enzephalitis eine diagnostische Lumbalpunktion sowie die rasche Initiierung der medikamentösen Therapie erfolgen.

PRAXISTIPP

Bereits bei Verdacht auf HSV-1-Enzephalitis sollte die antivirale Therapie mit Aciclovir i. v. (10 mg/kg Körpergewicht alle 8 Stunden für mind. 14 Tage) begonnen werden! Regelmäßige Laborkontrollen sind aufgrund des erhöhten Risikos einer Niereninsuffizienz nötig.

Eine neuropsychologische Objektivierung der Defizite kann im Verlauf erwogen werden, ist jedoch in der akuten Situation für das weitere Vorgehen nicht entscheidend.

Subjektive Gedächtnisstörung (SCD) und Mild Cognitive Impairment (MCI)

Subjektiv empfundene Abnahmen der kognitiven Leistungen können jede kognitive Domäne betreffen, ohne dass die berichteten Defizite in der neuropsychologischen Untersuchung objektiviert werden können [15]. Eine subjektive kognitive Störung kann u. a. als Antwort auf die wachsende Kenntnisnahme der Demenz in der Gesellschaft wie auch den erleichterten Zugang zu medizinischen Informationen im Internet gesehen werden. Es mehren sich mittlerweile aber auch Hinweise, dass die SCD einer MCI und auch einer Alzheimer-Demenz vorausgehen kann und Betroffene entsprechend ein höheres Risiko für eine Alzheimer-Demenz aufweisen [15].

Die leichte kognitive Beeinträchtigung nach DSM-V hingegen zeichnet sich durch kognitive Defizite aus, die mittels neuropsychologischer Verfahren standardisiert und unter Bezug auf Bildungs- und Altersnorm objektiviert werden können (Leistung $>1,5$ Standardabweichungen unterhalb der Norm), ohne eine Relevanz für die Bewältigung des Alltags der Betroffenen nach sich zu ziehen. Bei der Untergruppe der „amnestischen“ MCI, mit Schwerpunkt auf einer Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, geht man darüber hinaus von einer hohen Assoziation mit dem Übergang in die Alzheimer-Demenz aus („Konversion“) [16].

Merke

MCI darf nicht als ätiologisches Konzept verstanden werden, sondern als Beschreibung eines Defizits, das noch nicht das Ausmaß eines demenziellen Syndroms erfüllt.

Chronisch progrediente kognitive Störungen

Zerebrale Neoplasien

Kognitive Defizite, die im Rahmen von zerebralen Primärtumoren oder Metastasen auftreten, können je nach Lokalisation, Ausbreitung und Grad der Malignität klinisch einem demenziellen Syndrom ähneln. Tumore im Bereich des Temporallappens können dabei Beeinträchtigungen in Gedächtnis und Sprache verursachen (s. Fallbeispiel: Fornixtumor als strategische Läsion des Gedächtnissystems). Frontale Raumforderungen können mit Veränderungen im Sozialverhalten oder der emotionalen Kontrolle einhergehen [17].

Auch bei Radiotherapie sind akute reversible kognitive Beeinträchtigungen wie auch Langzeitfolgen mit schlechterer Prognose vorbeschrieben, die vor allem auf die unmittelbare Ödembildung und die Entwicklung einer diffusen Leukenzephalopathie mit nekrotischen Veränderungen des bestrahlten Gewebes zurückzuführen sind.

Bei Chemotherapie sind neurotoxische Effekte mit resultierenden Defiziten u. a. in der Visuo-Konstruktion, der Koordination und der Exekutiv bekannt. Zuletzt kann auch eine invasive operative Resektion Schäden in den umgebenden Strukturen verursachen, die letztlich in einer andauernden kognitiven Störung resultieren [17].

Multiple Sklerose

Die multiple Sklerose ist eine demyelinisierende Autoimmunerkrankung des ZNS, bei der Betroffene im Verlauf alltagsrelevante kognitive Defizite entwickeln können. Dazu zählt u. a. eine verlangsamte Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie Störungen des episodischen Gedächtnisses, der Exekutiv, der Wortflüssigkeit und der visuell-räumlichen Fähigkeiten [4]. Hierfür stehen Testbatterien wie das Minimal Assessment of Cognitive Function In MS (MACFIMS) oder die Testbatterie des MS-COG zur neuropsychologischen Verlaufsbeurteilung zur Verfügung. Tests mit der höchsten Sensitivität sind dabei u. a. der Symbol Digit Modality Test (SDMT), der sowohl zur Erst- wie auch Verlaufsbeurteilung der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit herangezogen werden kann [4].

Cave

Motorische oder visuelle Beeinträchtigung verzerren die Ergebnisse der Testbatterien, sodass die Leistungen immer im klinischen Gesamtkontext einzuordnen sind.

Normaldruckhydrozephalus

Beim Symptomenkomplex des Normaldruckhydrozephalus ist die Trias aus Inkontinenz, breitbasiger Gangstörung und die Entwicklung einer Demenz typisch, in der Praxis jedoch selten im Vollbild zu beobachten. Bildmorphologisch spricht die Darstellung einer Erweiterung der Liquorräume und ein verminderter Corpus Callosum-Winkel für diese Verdachtsdiagnose. In der neuropsychologischen Untersuchung lässt sich u. a. eine Beeinträchtigung der Exekutiv, des Arbeitsgedächtnisses und der selektiven Aufmerksamkeit zeigen [18]. Darüber hinaus können auch psychomotorische Verlangsamung, Apathie und Depression auftreten.

PRAXISTIPP

Ein Liquorablassversuch von 30–50 ml sowie die Messung des Liquoreröffnungsdrucks kann den Verdacht eines Normaldruckhydrozephalus bei konsekutiver Besserung der klinischen Symptomatik unterstützen.

Vaskuläre Demenz

Rund 30% der Demenzerkrankungen lassen sich einer vaskulären Ursache zuschreiben [19]. Neben akuten Ereignissen der großen hirnversorgenden Gefäße (s. o.) können mikroangiopathische Läsionen des Gehirns zu kognitiven Defiziten führen. Typischerweise akkumulieren diese subkortikalen Defekte über Jahre hinweg, sodass die Unterscheidung von einer primären neurodegenerativen Demenz schwerfallen kann. Differenzialdiagnostische Relevanz ergibt sich aufgrund der zugrunde liegenden Pathomechanismen und der Interventionsmöglichkeiten bei kardiovaskulären Risikofaktoren wie arterieller Hypertonie, Vorhofflimmern, aber auch Nikotin- und Alkoholkonsum, die in der Anamnese abgefragt werden sollten. Gegebenenfalls ist hierbei eine weiterführende Diagnostik mittels Langzeit-EKG, dopplersonografischer Untersuchung der intra- und extrakraniellen Gefäße und einer transthorakalen Echokardiografie anzustreben. In der zerebralen Bildgebung zeigen T2- oder FLAIR-gewichtete MRT-Aufnahmen akkumulierte hyperintense Marklagerläsionen. Darüber hinaus zeigen sich neuropsychologische Defizite in der Exekutiv-, Aufmerksamkeits- und kognitiven Flexibilität deutlicher als in der visuellen Suche und im Arbeitsgedächtnis [16].

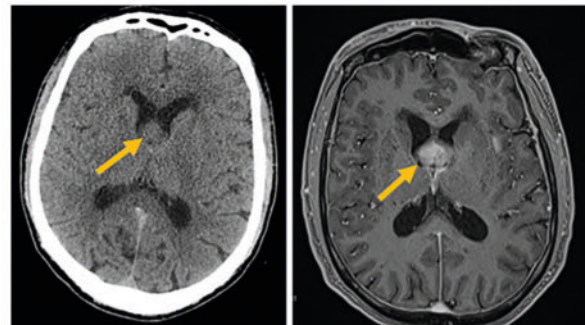
Demenz bei Alzheimer-Krankheit

Bei der Demenz vom Alzheimer-Typ kommt es aufgrund einer extrazellulären Aggregation von β -Amyloid zum Untergang kortikaler Neurone und einer konsekutiven Freisetzung von intrazellulären hyperphosphorylierten Tau-Konglomeraten. Der damit einhergehende Synapsenverlust führt zu einem kortikokortikalen Diskonnektionssyndrom, das vor allem temporoparietal sowie im Hippocampus und den parahippocampalen Strukturen lokalisiert ist. Die resultierenden Defizite, u. a. im episodischen Gedächtnis, in der Visuokonstruktion wie auch der semantischen Wortflüssigkeit, zeigen sich dabei chronisch progredient. Auch neuropsychiatrische Symptome wie Depression, vermehrte Reizbarkeit, Schlafstörungen oder Halluzinationen und Wahn können im Verlauf auftreten.

Eine neuropsychologische Objektivierung einer leichten bis mittelschweren kognitiven Störung ist mithilfe der Testbatterie des Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) möglich; bei Patienten

FALLBEISPIEL

Ein 58-jähriger Patient berichtet, dass er seit ca. einem Jahr das Gefühl habe, dass sich mit ihm etwas verändere. Nun sei es besonders in den letzten 6 Wochen zu einer zunehmenden Gedächtnisstörung gekommen, sodass er sich an viele Dinge aus jüngster Vergangenheit wie den Familienurlaub nicht mehr erinnere. Der begleitenden Ehefrau sei in den letzten Tagen vor allem die Beeinträchtigung der Merkfähigkeit aufgefallen. In der Verhaltensbeobachtung wirkt der Patient bemüht, seine Defizite zu überspielen. Klinisch-neurologisch zeigt sich kein wegweisender Befund, in der neuropsychologischen Untersuchung lässt sich ein deutliches Defizit des verbalen Neugeächtnisses mit Enkodierungsstörung sowie eine ausgeprägte Beeinträchtigung der Bearbeitung komplexerer Aufmerksamkeitsanforderungen feststellen. In der Bildgebung fällt ein Tumor in räumlicher Assoziation zum Fornix auf, der im initialen cCT kaum erkennbar gewesen war (s. ► **Abb. 2**).



► **Abb. 2** Raumforderung in der Region der Fornixschkel in axialer cCT-Aufnahme (links) bzw. axialer FLAIR-Aufnahme im MRT (rechts).

mit schwerer Beeinträchtigung kann man eine Untersuchung mit der Severe Impairment Battery (SIB) erwägen [16].

Die Bildgebung zeigt meist eine temporomesial-betonte Atrophie im Sinne der unspezifischen Neurodegeneration („N“), darüber hinaus lassen sich pathologische Veränderungen von β -Amyloid („A“) und Tau („T“) in der zerebralen Bildgebung mittels PET und im Liquor nachweisen.

PRAXISTIPP

Die kürzlich eingeführte ATN-Klassifikation ermöglicht eine pathophysiologische Einordnung, bei der die klinische Symptomatik einer Alzheimer-Demenz nicht zwingend notwendig ist und sich somit auch prodromale Stadien erfassen lassen [20].

Frontotemporale Demenz

Die frontotemporale Demenz (FTD) ist mit einem Anteil von bis zu 15% nach der Alzheimer-Demenz und der Demenz bei Lewy-Körper-Krankheit eine der häufigsten neurodegenerativen Demenzen [19] und zeichnet sich durch eine Veränderung von Verhalten und/oder Sprache aus.

Die Verhaltensvariante bedingt u. a. eine initiale Apathie mit Vernachlässigung von Beruf und Haushalt, soziale Enthemmung, Verlust von Empathie, veränderte Essgewohnheiten, Stereotypien oder andere neuropsychiatrische Auffälligkeiten [21].

Eine führende Beeinträchtigung der Sprachfunktion präsentiert sich als primär progrediente Aphasie (PPA) und wird in 3 Subtypen unterteilt:

- Die nicht-flüssige/agrammatische Variante geht mit einer erschwerten, stockenden Sprachproduktion sowie Sprechapraxie einher. In der Bildgebung zeigt sich eine Atrophie oder Hypometabolismus im Bereich des frontoinsulären Kortex auf der sprachdominanten Seite des Gehirns.
- Bei der semantischen PPA sind das Benennen, v. a. selten benutzter Gegenstände, und das Einzelwortverständnis beeinträchtigt; die Sprachproduktion ist flüssig. Korrelate in der zerebralen Bildgebung zeigen sich in den frontalen und anterotemporalen Gehirnlappen.
- Zuletzt zeichnet sich die logopenische Variante der PPA durch Wortfindungsstörungen und beeinträchtigtes Wiederholen von längeren Sätzen aus, wohingegen Sprechmotorik und -verständnis erhalten bleiben. Eine Atrophie besteht häufig im Bereich des linken parietalen Kortex [22].

Neuropsychologisch sind bei der FTD typischerweise Gedächtnis und visuokonstruktive Fähigkeiten gut erhalten; gleichzeitig ist das Defizitprofil bei der Objektivierung durch Standardverfahren oft nicht ausreichend spezifisch, sodass besonders die (Fremd-)Anamnese in die Diagnosestellung miteinbezogen werden sollte.

Demenz bei Alpha-Synukleopathie

Sowohl bei Parkinson-Krankheit mit Demenz als auch bei Lewy-Körperchen-Demenz kommt es zur intrazellulären Akkumulation von fehlgefaltetem alpha-Synuclein. Das histopathologische Korrelat im Zytoplasma der Neuronen wird dabei als Lewy-Körper bezeichnet. Beim primären Parkinson-Syndrom kann sich dadurch neben der klinischen Trias aus Rigor, Tremor und Akinese im späteren Verlauf eine Demenz entwickeln.

Merke

Ein hohes Risiko besteht besonders für ältere Männer mit frühem Auftreten von Halluzinationen und starker Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten [23].

Die subkortikalen Defizite betreffen vor allem die Aufmerksamkeit, die Exekutive und die visuell-räumliche Wahrnehmung. Defizite in Gedächtnis und Sprache stehen eher nicht im Vordergrund. Auch können neuropsychiatrische Symptome wie Depression, Apathie und Anhedonie auftreten [16].

Screening-Tests wie der MoCA ergeben erste Hinweise auf das Vorliegen einer MCI oder einer Demenz. Neuropsychologisch können Untersuchungen zur visuellen Wahrnehmung mittels der VOSP (Visual Object and Space Perception Battery), der kognitiven Flexibilität mittels des TMT-B (Trailmaking-Test-B) und der Wortflüssigkeit durchgeführt werden [24].

Treten innerhalb eines Jahres vor Erstmanifestation des hypokinetisch-rigiden Syndroms eine Demenz mit fluktuierender Vigilanz, REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, visuelle Halluzinationen oder eine Überempfindlichkeit gegenüber Neuroleptika auf, sollte eine Lewy-Körper-Demenz erwogen werden [25]. Die kognitiven Defizite sind dabei nur schwer von denen der Parkinson-Demenz zu unterscheiden. Eine weiterführende Diagnostik mittels Liquoruntersuchung zeigt oft eine Koinzidenz mit einer Alzheimer-Pathologie.

Differenzialdiagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf demenzielle Entwicklung

Anamnese

Wie immer sollte mit einer detaillierten Anamnese begonnen werden. Eine Zuordnung der berichteten Defizite zu den einzelnen kognitiven Domänen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Orientierung, Sprache, Sozialverhalten u. a. erlaubt eine erste Differenzierung der Beschwerden und unterstützt bei Alltagsrelevanz die Arbeitsdiagnose eines demenziellen Syndroms. Wird die Dynamik als eher rasch voranschreitend beschrieben, sind andere Differenzialdiagnosen zu erwägen. Dabei sollten die Fragen des Untersuchers auf konkrete Beispiele aus dem alltäglichen Leben oder dem Beruf abzielen, um das genaue Ausmaß der Beschwerden abzuschätzen und gleichzeitig einen Eindruck über Krankheitseinsicht und Einordnung der Defizite seitens des Patienten zu gewinnen. Nach Möglichkeit sollte ebenso eine Einschätzung des prämorbidem Leistungsniveaus und des Bildungsniveaus erfolgen, da beide relevant sind, um die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung zu bewerten. Beiläu-

fig kann man hier bereits das Verhalten beobachten, um Anzeichen von Apathie, enthemmtem Verhalten oder anderen Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion nicht zu übersehen.

PRAXISTIPP

Beispielhafte Fragen

- Übernehmen Sie den Einkauf und die Arbeiten im Haushalt?
- Kümmern Sie sich um Finanzen und Bankgeschäfte?
- Haben Sie Hobbies und Interessen aufgegeben?
- Hat ein sozialer Rückzug stattgefunden?
- Gibt es Probleme, die Aufgaben am Arbeitsplatz zu bewältigen?

Zudem gilt es, Vorerkrankungen abzufragen. Neben Schilddrüsendysfunktionen und metabolischen oder kardiovaskulären Erkrankungen sind psychiatrische Vordiagnosen von Interesse, wie z. B. eine Schizophrenie oder eine Suchterkrankung. Es ist abzuklären, ob eine Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmungen, wie z. B. eine nicht behandelte Schwerhörigkeit, vorliegt, die einen kognitiven Abbau vortäuschen könnte.

Eine ausführliche Medikamentenanamnese kann ebenfalls Hinweise auf bestehende Vorerkrankungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren liefern; darüber hinaus können Therapeutika selbst die Ursache einer kognitiven Störung sein, so z. B. die regelmäßige Einnahme von Anticholinergika. Entsprechend sollte eine kürzlich erfolgte Medikamentenumstellung erfragt werden. In der Anamnese der Noxen ist bei Verdacht auf eine äthyltoxische Genese die Dauer und Menge des Alkoholkonsums zu quantifizieren; bei entsprechenden anamnestischen Hinweisen in der Vorgeschichte ist der Konsum weiterer Substanzen abzufragen.

Der Familienanamnese hat vor allem bei Verdacht auf eine primär neurodegenerative Demenz eine große Bedeutung, sodass bei gegebenem Anhalt eine umfassende Dokumentation des Stammbaums über mindestens 3 Generationen (Großeltern, Eltern und deren Geschwister, Kinder) erfolgen sollte. Herausforderungen stellen sich hier bei lückenhafter Information, sei es aufgrund eines Kontaktabbruchs oder fehlender Thematisierung von Erkrankungen in der Familie. Auch gilt es, Fallstricke wie Adoption und unklare Vaterschaft zu berücksichtigen.

Allgemein ist die Fremdanamnese durch Bezugspersonen zur Charakterisierung der Symptomatik und Eingrenzung des Symptombeginns wichtig, da erste Symptome von diesen meist früher wahrgenommen

werden. Gleichzeitig lassen sich die subjektiven Angaben des Patienten mit denen der Begleitperson vergleichen. Auch können hier Wesensveränderungen und das allgemeine Sozialverhalten in der Interaktion objektiv geschildert werden.

Screening-Tests

Zur weiteren Einordnung eines kognitiven Defizits kann der Einsatz von kognitiven Kurztests hilfreich sein. Diese Screening-Maßnahme ermöglicht z. B. mittels Montreal Cognitive Assessment (MoCA), eine grobe Einordnung der höheren Hirnfunktionen wie Visuo-Konstruktion, Sprache, Orientierung, Gedächtnis, Flexibilität und Abstraktionsvermögen vorzunehmen. Die Durchführung dieser Tests ist delegierbar, sollte jedoch unter sorgfältiger Einhaltung der jeweiligen Instruktionen erfolgen, um eine sachgerechte Befunderhebung zu gewährleisten. Auch ist die Aussagekraft der Screening-Tests begrenzt, sodass sich ihr Einsatz auf Patienten beschränken sollte, bei denen das weitere Vorgehen und die Indikation zu einer neuropsychologischen Untersuchung noch nicht klar ist. Bei differenzierteren Fragestellungen ist die Überweisung an eine Spezialambulanz zu empfehlen.

Klinische Untersuchung

In der klinisch-neurologischen Untersuchung sollte neben Hinweisen auf einen Meningismus oder Hirnnervenausfälle auf Störungen der Oberflächensensibilität und anderer Sinneswahrnehmungen sowie motorische Ausfälle und das Kraft- und Reflexniveau geachtet werden. Die Pallhypästhesie kann auf eine periphere Polyneuropathie hinweisen, z. B. aufgrund eines Diabetes mellitus oder einer äthyltoxischen Genese. Darüber hinaus sind Stand und Gang zu beurteilen. Es sollte eine Untersuchung auf kortikale Sensibilitätsstörungen sowie eine bukkofaziale oder Extremitäten-Apraxie erfolgen. Das Applauszeichen, die Luria-Sequenz und das Sprachvermögen durch Prüfen von Benennen und Nachsprechen von Wörtern (oder ganzen Sätzen) können Hinweise auf Störungen der frontalen Funktionen geben.

Merke

Internistisch sollten u. a. neben Blutdruck und Herzfrequenz Infekt-Konstellationen, Malnutrition und Exsikkose sowie Funktionen von Leber, Nieren und Schilddrüse abgeklärt werden.

Neuropsychologische Untersuchung

Das Ziel einer neuropsychologischen Untersuchung ist die objektive Erfassung der (fremd-) anamnestisch erhobenen kognitiven Defizite. Dabei kann man die einzelnen höheren Hirnfunktionen durch spezifische Test genauer untersuchen oder eine Testbatterie zur Erhebung eines breiten Spektrums an kognitiven Domänen

verwenden. Beispielhaft für eine globale Untersuchung der Kognition ist die Testbatterie des Consortium to Establish a Registry on Alzheimer's Disease (CERAD) [26], die sowohl für die manifeste Alzheimer-Demenz wie auch für Vorstufen einer leichten kognitiven Störung eine hohe Sensitivität zeigt und somit ein gutes Werkzeug zur Evaluation einer möglichen dementiellen Entwicklung darstellt.

Blutanalyse

In der Routinediagnostik sollte eine Bestimmung von Elektrolyten, kleinem Blutbild, HbA_{1c} und Blutzucker, TSH mit fT4 und fT3, Blutsenkung, CRP, GOT, GPT und gamma-GT, Kreatinin, GFR und Harnstoff, Vitaminen B₁₂, B₁, B₆ sowie Folsäure und Homozystein erfolgen. Darüber hinaus ist infektiologisch z. B. die Borrelien- und Lues-Serologie zu bedenken.

PRAXISTIPP

Die Untersuchung auf das Vorliegen des Apolipoprotein-E-Gens bei Verdacht auf Alzheimer-Demenz ist aufgrund mangelhafter Sensitivität und Spezifität in der Routinediagnostik nicht indiziert, auch wenn das Vorliegen einer Homozygotie für das Apolipoprotein E4-Allel das Risiko einer Alzheimer-Krankheit auf das bis zu 10-Fache erhöht [16].

Lumbalpunktion

Im Liquor kann durch die Bestimmung von Zellzahl, Eiweiß, Glukose und Reiber-Schema eine entzündliche Erkrankung des ZNS abklären und zudem das Vorkommen von oligoklonalen Banden quantifizieren. Zur ersten Differenzierung der primären Demenzen sollten die Konzentrationen von β -Amyloid-40 und β -Amyloid-42, die β -Amyloid-Ratio sowie die Konzentrationen von phospho-Tau und gesamt-Tau bestimmt werden. Hier ist beispielsweise die Abgrenzung einer Depression von einer primären dementiellen Entwicklung möglich. Darüber hinaus kann die Bestimmung von Lues, Borrelien oder HIV im Liquor notwendig sein. In seltenen Fällen ist eine PCR-Analyse bei Verdacht auf einen zerebralen Morbus Whipple zu erwägen.

PRAXISTIPP

Bei einem raschen Fortschreiten der kognitiven Defizite und dem Verdacht auf eine Creutzfeld-Jakob-Krankheit sollte eine Stufendiagnostik (am besten in Absprache mit der Universitätsklinik Göttingen) erfolgen.

Zerebrale Bildgebung

Zur grundsätzlichen Abklärung einer strukturellen Läsion wie einer Neoplasie, eines Hirnabszesses, abgelaufener Infarkte, akuter oder chronischer Blutungen sowie Erweiterungen der inneren oder äußeren Liquorräume sollte eine zerebrale Bildgebung mittels CT oder MRT erfolgen. Nicht nur aufgrund der fehlenden Strahlenbelastung ist Letzteres dabei zu bevorzugen: Durch Analyse der T1- und T2-Sequenzen können bereits typische Atrophiemuster einer dementiellen Entwicklung nachvollzogen werden; in der DWI- oder T2*-Aufnahme lassen sich zudem Mikroblutungen visualisieren.

Nuklearmedizinisch ist es bei weiterem Abklärungsbedarf einer primär neurodegenerativen Entwicklung möglich, eine Positronen-Emissions-Tomografie (PET) durchzuführen. Mithilfe des 18-Fluorodesoxyglukose-(FDG)-PET kann der Zuckerstoffwechsel des Gehirns abgebildet werden, sodass sich bei Inhomogenität des Zellmetabolismus charakteristische Verteilungsmuster ergeben, die Hinweise auf die zugrundeliegende Neuropathologie erlauben. Die Unterscheidung zum Gesunden ist mit einer Sensitivität von 90% ausreichend gegeben, sodass die aktuellen S3-Leitlinien diese Bildgebung zur Differenzialdiagnostik empfehlen [16]. Da die Sensitivität zur Differenzierung der primären Demenzen jedoch nicht ausreicht, gilt es, bei fortbestehendem Verdacht einen spezifischen Nachweis von Proteinablagerungen wie β -Amyloid und Tau-Protein im PET anzustreben.

Die entsprechenden Verteilungsmuster der Proteinoopathien im PET sind in ► **Tab. 2** zusammengefasst.

PRAXISTIPP

Auch wenn mit der stetigen Weiterentwicklung der nuklearmedizinischen Tracer eine zunehmende Sensitivität erreicht wird, ist zu bedenken, dass auch gesunde Menschen im Alter zunehmend Ablagerungen von Amyloid und Tau aufweisen können [27]. Entsprechend sollte die Bewertung einer nuklearmedizinischen Bildgebung immer im Kontext der klinischen Befunde erfolgen und mit bereits erhobenen Biomarkern in Blut, Liquor oder cMRT korreliert werden.

► **Tab.2** Biomarkerprofil zugrundeliegender Pathologien der primär-neurodegenerativen Demenzen.

Demenztyp	Liquor	Bildgebung
Alzheimer-Krankheit	β-Amyloid ↓ Amyloid-Ratio ↓ gesamt-Tau ↑ phospho-Tau ↑	temporoparietale/mesiotemporale Atrophie im cMRT Hypometabolismus u. a. in Precuneus und Gyrus cinguli posterior im FDG-PET kortikale Ablagerungen in Amyloid- und Tau-PET
frontotemporale Demenz vom Verhaltenstyp	blande, ggf. gesamt-Tau ↑ phospho-Tau ↑	frontotemporale Atrophie im cMRT frontotemporaler Hypometabolismus im FDG-PET
primär progrediente Aphasie	blande, ggf. gesamt-Tau ↑ phospho-Tau ↑	nicht-flüssige Variante: linksseitige fronto-insuläre Affektion in cMRT & FDG-PET semantische Variante: anterotemporale Affektion in cMRT & FDG-PET logopenische Variante: linksseitige postero-parietale Affektion in cMRT und FDG-PET
Parkinson-Krankheit	blande	Affektion dopaminerger nigrostriataler Bahnen im DaTScan
Lewy-Körper-Demenz	kein charakteristischer Befund ggf. koinzidentielle Alzheimer-Konstellation	kein charakteristischer Befund

Genetische Diagnostik

Besteht im diagnostischen Verlauf der Verdacht auf eine genetische Form der Demenz, sollte eine genetische Untersuchung folgen. Hier muss zwischen einer gezielten DNA-Analyse bei positiver Familienanamnese und einer Panel-Diagnostik zur genetischen Diagnostik im symptomatischen Patienten unterschieden werden. Bei bekannter Mutation in der Familie sollte vorerst gezielt auf diese untersucht werden. Bei negativer Familienanamnese ist eine Stufendiagnostik nach absteigender Wahrscheinlichkeit der Mutation medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll: So sollten bei Verdacht auf eine autosomal-dominant vererbte Alzheimer-Demenz, bei einem Anteil von 5% aller Alzheimer-Demenzen eher selten, zuerst die gängigen Mutationen im Amyloid-Precursor-Protein (APP) sowie Presenilin 1 und 2 (PSEN1 und 2) abgeklärt werden.

Bei der FTD können bis zu 50% familiär bedingt sein [19]. Hier sollte zuerst die C9orf72-Expansion untersucht werden, um in einem 2. Schritt die bekannten Mutationen im Gen kodierend für das Mikrotubulus-assoziierte Protein Tau (MAPT), Progranulin (GRN) wie auch das TAR-DNA-Binding-Protein 43 (TDP-43) und das FK506-Binding-Protein zu analysieren. In seltenen Fällen kann auch die Untersuchung des Valosin-Containing-Proteins (VCP) und des Charged Multivesicular Body-Proteins 2b (CHMP2b) interessant sein.

Merke

In der Entscheidungsfindung zur genetischen Diagnostik ist es wichtig, positive wie auch negative Implikationen offen und verständlich darzulegen.

Während die Diagnosesicherheit Erleichterung bedeuten kann, die die Beurteilung von Krankheitsverlauf und Prognose ermöglicht, sollte klar vermittelt werden, dass auch die genetisch gesicherte Diagnose aktuell keine kausale Therapiemöglichkeit nach sich zieht. Darüber hinaus kann das Wissen um eine nachgewiesene genetische Ursache bei den Nachkommen das Interesse an einer prädiktiven Diagnostik wecken. Diese kann jedoch aufgrund einer fehlenden klinischen Symptomatik nur durch Fachärzte der Humangenetik oder Neurologen mit entsprechender Zusatzqualifikation erfolgen. In beiden Konstellationen sind die möglichen wirtschaftlichen und sozialen Folgen, z. B. für Jobsuche und den Versicherungsstatus, zu thematisieren. Darüber hinaus ist die psychische Konstitution des Ratsuchenden zu beurteilen und ein ausreichendes psychologisches Betreuungsangebot im Falle eines positiven Ergebnisses sicherzustellen.

KERNAUSSAGEN

- Zur Einordnung einer kognitiven Störung ist ein standardisiertes Vorgehen mittels Anamnese, neurologischer, internistischer und neuropsychologischer Untersuchung und Biomarker-Diagnostik derzeit im Liquor sowie weiterführender zerebraler Bildgebung hilfreich.
- Dabei sind zuerst akute Prozesse mit sofortigem Handlungsbedarf zu bedenken.
- In einem 2. Schritt sollte sich eine ausführliche Differenzialdiagnostik bezüglich organischer und psychiatrischer Ursachen anschließen, bevor der Verdacht auf eine primär neurodegenerative Demenz gestellt werden kann.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an im Bereich der Medizin aktiven Firma: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an zu Sponsoren dieser Fortbildung bzw. durch die Fortbildung in ihren Geschäftsinteressen berührten Firma: nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Adrian Danek

Professor (C2) für Kognitive Neurologie am Münchner Klinikum Großhadern und Initiator der gleichnamigen Sprechstunde, mit Schwerpunkt auf seltenen Varianten neurodegenerativer und dementieller Erkrankungen. Dazu gehören genetische Alzheimer-

Formen (Projekt DIAN) sowie die unterschiedlichen Manifestationen bei frontotemporaler Lobärdegeneration (Beteiligung an nationalen und internationalen Konsortien: DESCRIBE-FTD, FTLDc, GENFI).



Olivia Wagemann

Seit 2020 in klinischer und wissenschaftlicher Weiterbildung zur Fachärztin für Neurologie in der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Forschungsschwerpunkte liegen dabei auf seltenen Demenzerkrankungen sowie der

Alzheimer-Demenz bei Menschen mit einer Trisomie 21.

Korrespondenzadresse

Olivia Wagemann

Neurologische Klinik und Poliklinik
Klinikum der Universität München
Ludwig-Maximilians-Universität München
Marchioninstr. 15
81377 München
Deutschland
Olivia.Wagemann@med.uni-muenchen.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Olivia Wagemann, München.

Literatur

- [1] Alzheimer Europe. Dementia in Europe Yearbook 2019. www.alzheimer-europe.org Stand: 02.09.2021
- [2] Picascia M, Minafra B, Zangaglia R et al. Spectrum of cognitive disorders in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Funct Neurol* 2016; 31: 143 doi: 10.11138/fneur/2016.31.3.143
- [3] Schneider F, Härter M, Schorr S. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag: 2017
- [4] Weiss E, Singewald EM, Ruepp B, Marksteiner J. Alkohol induzierte kognitive Dysfunktion. *Wien Med Wochenschr* 2014; 164: 9–14 doi: 10.1007/s10354-013-0226-0
- [5] Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011; 134: 2456–2477 doi: 10.1093/brain/awr179
- [6] Alessandro L, Ricciardi M, Chaves H, Allegri RF. Acute amnesic syndromes. *J Neurol Sci* 2020; 413: 116781 doi: 10.1016/j.jns.2020.116781
- [7] Bartsch T, Butler C. Transient amnesic syndromes. *Nat Rev Neurol* 2013; 9: 86–97 doi: 10.1038/nrneurol.2012.264
- [8] Barman A, Chatterjee A, Bhide R. Cognitive impairment and rehabilitation strategies after traumatic brain injury. *Indian J Psychol Med* 2016; 38: 172–181 doi: 10.4103/0253-7176.183086
- [9] Förster A, Griebe M, Gass A et al. Diffusion-weighted Imaging for the differential diagnosis of disorders affecting the hippocampus. *Cerebrovasc Dis* 2012; 33: 104–115 doi: 10.1159/000332036
- [10] Gerridzen IJ, Moerman-van den Brink WG, Depla MF et al. Prevalence and severity of behavioural symptoms in patients with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017; 32: 256–273 doi: 10.1002/gps.4636
- [11] Fong TG, Davis D, Growdon ME et al. The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol* 2015; 14: 823–832 doi: 10.1016/S1474-4422(15)00101-5
- [12] Sumowski JF, Benedict R, Enzinger C et al. Cognition in multiple sclerosis: State of the field and priorities for the future. *Neurology* 2018; 90: 278–288 doi: 10.1212/WNL.0000000000004977
- [13] Byers AL, Yaffe K. Depression and risk of developing dementia. *Nat Rev Neurol* 2011; 7: 323–331 doi: 10.1038/nrneurol.2011.60
- [14] Caparros-Lefebvre D, Girard-Buttaz I, Reboul S et al. Cognitive and psychiatric impairment in herpes simplex virus encephalitis suggest involvement of the amygdalo-frontal pathways. *J Neurol* 1996; 243: 248–256 doi: 10.1007/BF00868522
- [15] Livingston G, Huntley J, Sommerlad A et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet* 2020; 396: 413–446 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- [16] Fachgesellschaft Neurologie. S3-Leitlinie „Demenzen“. Langversion Januar 2016. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf zuletzt aufgerufen am 30.08.21
- [17] Ali FS, Hussain MR, Gutiérrez C et al. Cognitive disability in adult patients with brain tumors. *Cancer Treat Rev* 2018; 65: 33–40 doi: 10.1016/j.ctrv.2018.02.007

- [18] Pieper NT, Grossi CM, Chan W-Y et al. Anticholinergic drugs and incident dementia, mild cognitive impairment and cognitive decline: a meta-analysis. *Age Ageing* 2020; 49: 939–947 doi: 10.1093/ageing/afaa090
- [19] Jack CR, Bennett DA, Blennow K et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2018; 14: 535–562 doi: 10.1016/j.jalz.2018.02.018
- [20] Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in pre-clinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2014; 10: 844–852 doi: 10.1016/j.jalz.2014.01.001
- [21] Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG et al. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nat Rev Neurol* 2014; 10: 634–642 doi: 10.1038/nrneurol.2014.181
- [22] Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011; 76: 1006–1014 doi: 10.1212/WNL.0b013e31821103e6
- [23] Gomperts SN. Lewy body dementias: dementia with Lewy bodies and Parkinson disease dementia. *Contin Lifelong Learn Neurol* 2016; 22: 435
- [24] Biundo R, Weis L, Facchini S et al. Cognitive profiling of Parkinson disease patients with mild cognitive impairment and dementia. *Parkinsonism Relat Disord* 2014; 20: 394–399 doi: 10.1016/j.parkreldis.2014.01.009
- [25] McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 263–269 doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005
- [26] Ehrensperger MM, Berres M, Taylor KI, Monsch AU. Early detection of Alzheimer's disease with a total score of the German CERAD. *J Int Neuropsychol Soc* 2010; 16: 910–920 doi: 10.1017/S1355617710000822
- [27] McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 2017; 89: 88–100 doi: 10.1212/WNL.0000000000004058
- [28] Hinz FI, Geschwind DH. Molecular genetics of neurodegenerative dementias. *Cold Spring Harb Perspect Biol* 2017; 9: a023705 doi: 10.1101/cshperspect.a023705

Bibliografie

PSYCH up2date 2022; 16: 17–33
 DOI 10.1055/a-1148-7228
 ISSN 2194-8895
 © 2022. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany



Ein Klick. Alles zu einer Rubrik.

Ihr up2date Sammelordner – jetzt auch online.

Meine up2date freischalten:

www.thieme.de/eref-app-freischalten

up2date – Fortbildung mit dem roten Faden

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXEVB3R> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512022161725579



Frage 1

Was ist eine Differenzialdiagnose einer chronischen progredienten kognitiven Störung?

- A strategischer Infarkt
- B Multiple Sklerose
- C Delir
- D Schädel-Hirn-Trauma
- E Intoxikation

Frage 2

Welche Aussage zu Demenz-Screening-Tests trifft nicht zu?

- A Sie können einen Hinweis auf eine demenzielle Entwicklung geben.
- B Der DemTect ist dem MoCA vorzuziehen.
- C Ein Screening ersetzt nicht die neuropsychologische Untersuchung.
- D Unter anderem werden die Domänen von Visuokonstruktion, Exekutive und Sprache abgetestet.
- E Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen können eine schlechtere Leistung vortäuschen.

Frage 3

Welche Aussage zur Depression ist falsch?

- A Neuropsychologische Tests können Defizite in Aufmerksamkeit- und Exekutivfunktionen aufweisen.
- B Depression ist ein Risikofaktor für eine Demenzentwicklung.
- C Die kognitive Störung kann mit einem großen Leidensdruck einhergehen.
- D Die Besserung unter antidepressiver Behandlung schließt das Vorliegen einer Demenzerkrankung nicht vollständig aus.
- E Eine neuropsychologische Untersuchung ist während der depressiven Episode geeignet, um kognitive Symptome von Depression und Alzheimer-Demenz zu differenzieren.

Frage 4

Welche Aussage bezüglich des MCI trifft zu?

- A Die Diagnose eines MCI nach DSM-V (mild cognitive impairment) kann auf der Grundlage neuropsychologischer Testverfahren gestellt werden.
- B Das MCI ist eine histopathologische Diagnose.
- C Das amnestische MCI entwickelt sich nur selten in eine Alzheimer-Demenz.
- D Der Begriff ist mit der „subjektiven kognitiven Störung“ gleichzusetzen.
- E Der Begriff hat sich auch für die Pseudodemenz bei Depression eingebürgert.

Frage 5

Was gehört nicht zu den Kriterien des demenziellen Syndroms nach DSM-V?

- A Dauer von mindestens 6 Monaten
- B Beeinträchtigung von höheren Hirnfunktionen, aber nicht zwingend des Gedächtnisses
- C Ausschluss von Differenzialdiagnosen wie einem Delir
- D Beeinträchtigung der Alltagskompetenz
- E Objektivierbare Defizite

Frage 6

Welche Aussage zu Biomarkern ist richtig?

- A Die Biomarker-gestützte Diagnostik ermöglicht die frühe Diagnose einer neurodegenerativen Erkrankung ohne klinische Symptomatik.
- B ApoE ist ein wichtiger Biomarker in der Alzheimer-Demenz.
- C Das cMRT erlaubt keine Differenzialdiagnostik der primären Demenzen anhand von Atrophiemustern.
- D Die Liquoruntersuchung zeigt bei FTD klassischerweise eine erniedrigte Amyloid-Ratio.
- E Bei vaskulärer Demenz erwartet man einen mesiotemporalen Hypometabolismus im FDG-PET.

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Welche Angabe stimmt nicht?

- A Die kognitiven Defizite der Parkinson-Demenz treten kurz nach der motorischen Symptomatik auf.
- B In der Lewy-Körper-Demenz kann es zu zerebralen Amyloidablagerungen kommen.
- C Eine fluktuierende Vigilanz ist für die FTD untypisch.
- D In der Alzheimer-Demenz und der PPA kann es zu Wortfindungsstörungen kommen.
- E Das Gedächtnis steht bei den Defiziten der Parkinson-Demenz nicht im Vordergrund.

Frage 8

Welche Aussage zur genetischen Untersuchung trifft nicht zu?

- A Die c9orf72-Expansion ist die häufigste genetische Ursache einer FTD.
- B Bei der Alzheimer-Demenz sind rund 50% der Fälle familiär bedingt.
- C Die Patienten müssen im Voraus über juristische und psychische Implikationen aufgeklärt werden.
- D Eine prädiktive DNA-Analyse kann nur durch speziell qualifizierte Fachärzte erfolgen.
- E Die Vererbung der familiären Formen der Alzheimer-Demenz erfolgt autosomal-dominant.

Frage 9

Welche Aussage trifft zu?

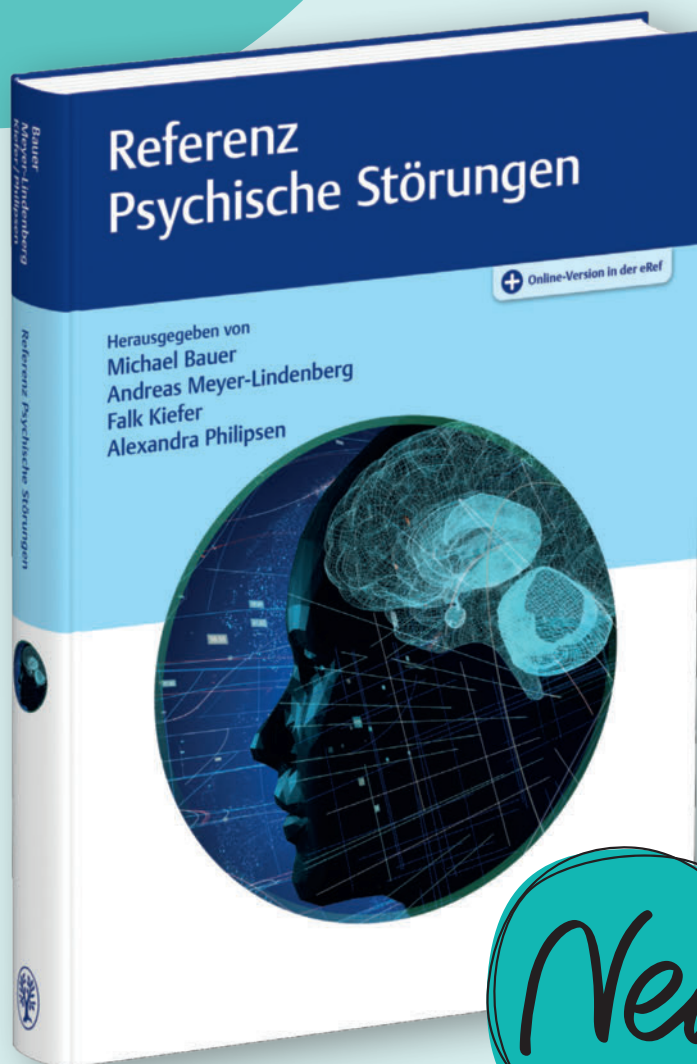
- A Selbstbewertungsskalen finden in der Diagnostik einer depressiven Episode keine Anwendung.
- B Es existieren derzeit keine Testbatterien zur wiederholten Untersuchung des kognitiven Verlaufs einer Multiplen Sklerose.
- C Die Neuropsychologie hilft selten in der differenzialdiagnostischen Aufarbeitung einer Verdachtsdiagnose.
- D Die vaskuläre Demenz zeigt Defizite in der kognitiven Flexibilität.
- E Ein Delir kann Einfluss auf die Validität der neuropsychologischen Untersuchung nehmen.

Frage 10

Welche Aussage ist richtig?

- A Die semantische Variante der PPA ist mit der Alzheimer-Krankheit assoziiert.
- B Die Verhaltensvariante der FTD zeigt eine progrediente Zunahme an Empathie.
- C Agrammatismus ist für die nicht-flüssige PPA untypisch.
- D Das Gedächtnis bleibt bei der FTD im Anfangsstadium typischerweise weitgehend unbeeinträchtigt.
- E In der zerebralen Bildgebung zeigt sich die FTD typischerweise mit einer okzipitalen Affektion.

Aktuellstes Fachwissen präzise auf den Punkt



Ein Nachschlagewerk, das psychische Störungen umfassend behandelt und dabei übersichtlich bleibt?

Referenz Psychische Störungen beweist, dass dies möglich ist: Gut verständlich und klar strukturiert liefern die Autoren verlässliche Antworten auf die Fragestellungen zu psychiatrischen Krankheitsbildern, Leitsymptomen und Methoden. Profitieren Sie von präzisen Angaben wie Therapiealgorithmen oder Dosierungsempfehlungen, die Sie direkt im Arbeitsalltag anwenden können.

Buch + Online-Version in der eRef
ISBN 978 3 13 243246 8
249,99 € [D]

New

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Georg Thieme Verlag KG, Sitz- und Handelsregister Stuttgart, HRA 3499.

STECKEN SIE IHREN WEITERBILDER IN DIE TASCHEN.

Das eRef Curriculum Psychiatrie und Psychotherapie

Mit Plan zur Facharzt-Prüfung.

Gemeinsam mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Kliniken haben wir in der eRef Weiterbildungscurricula zur Vorbereitung auf die Facharzt-Prüfung erarbeitet.

Das Ergebnis: Facharzt-Vorbereitung so strukturiert wie nie. Aktuelle SOPs, Leitlinien und die besten Übersichtsbeiträge zu allen Inhalten der Weiterbildungsordnung übersichtlich auf einen Klick. Und auf Ihrem Smartphone oder Tablet jederzeit dabei.

Das Weiterbildungscurriculum Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt in Kooperation mit jungen Ärzten des Klinikums Stuttgart, finden Sie in der eRef – wie auch Curricula zu vielen weiteren Fachgebieten.

Jetzt kostenlos testen!
www.thieme.de/curricula



Esstörungen, somatische Belastungsstörungen,
Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen 6

Fatigue bei Long COVID

*Anna-Lena Weingärtner
Andreas Stengel*

VNR: 2760512021160211987
DOI: 10.1055/a-1694-6556
PSYCH up2date 2022; 16 (1): 37–52
ISSN 2194-8895
© 2022 Georg Thieme Verlag KG

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

„Funktionelle Körperbeschwerden“: Klinisch relevante Leitlinien-Empfehlungen Casper Roenneberg, Constanze Hausteiner-Wiehle, Peter Henningsen Heft 1/2020

Evidenzbasierte Therapie somatoformer Störungen Miriam Depping, Bernd Löwe Heft 2/2018

Diagnostik somatoformer Störungen Claas Lahmann, Christine Allwang, Andreas Dinkel Heft 5/2016

Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation Ulrich Schweiger, Valerija Sipos Heft 4/2014

Chronic-Fatigue-Syndrom und Neurasthenie Wolfgang Hausotter Heft 5/2009

Somatoforme Störungen und Hypochondrie Ricarda Mewes, Winfried Rief Heft 3/2008

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel.

Für Abonnenten kostenlos!

<https://eref.thieme.de/psych-u2d>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:

<https://eref.thieme.de/GCCGI>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt:

www.thieme.de/eref-registrierung.

Fatigue bei Long COVID

Anna-Lena Weingärtner, Andreas Stengel



Persistierende oder neu auftretende Symptome nach durchgemachter Infektion mit SARS-CoV-2 sind häufig und werden als Long COVID bezeichnet. Hierbei stellt die Fatigue das mit großem Abstand häufigste Symptom dar. Der aktuelle Artikel beschäftigt sich mit Fatigue im Rahmen von Long COVID, versucht eine pathogenetische Einordnung und macht Vorschläge zur entsprechenden Behandlung.

Einleitung

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wird die durch das Virus SARS-CoV-2 ausgelöste Erkrankung mit Hochdruck beforscht. Kurz nach Auftreten der ersten Infektionen wurde bekannt, dass die Akutphase primär von Symptomen wie Fieber, Erschöpfung und trockenem Husten geprägt ist. Zusätzlich können diverse neurologische, gastrointestinale, kardiovaskuläre, nephrologische und dermatologische Manifestationen auftreten [1].

Nachdem die ersten Betroffenen die akute Infektion überstanden hatten, zeigte sich, dass ein erheblicher Anteil (80%) nach 2–16 Wochen noch unter anhaltenden Symptomen leidet [2]. Mit Long COVID, Post COVID oder PASC (Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2) haben sich zur Beschreibung dieses Krankheitszustands mittlerweile verschiedene Begrifflichkeiten im Sprachgebrauch etabliert.

Im vorliegenden Artikel werden wir einheitlich von Long COVID sprechen. Bis heute gibt es allerdings keine klare Definition. So werden in manchen Studien bereits 14 Tage nach der initialen Infektion Daten erhoben und als Long COVID-Symptome gewertet [3] (was womöglich zu früh ist), während dies in anderen Untersuchungen erst nach 60 Tagen der Fall ist [4].

In Deutschland sind bisher nach offiziellen Angaben – die Dunkelziffer dürfte noch deutlich darüber liegen – 3,73 Millionen Menschen an COVID-19 erkrankt, 97% bzw. 3,61 Millionen gelten davon als genesen (Vgl. offizielle Angaben Robert-Koch-Institut, Stand 02.07.2021). Als genesen werden dabei diejenigen Personen bezeichnet, bei welchen keine Viruslast mehr nachweisbar ist.

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass 80% der betroffenen Personen unter Symptomen im Sinne eines Long COVID-Syndroms leiden, sind bzw. werden von den bis dato erkrankten Deutschen 2,89 Millionen Menschen betroffen sein. Eine Studie untersuchte diese langanhaltenden Symptome bei einer Stichprobe von 384 hospitalisierten Patient*innen mehrere Wochen (47–59 Tage) nach deren Entlassung aus dem Krankenhaus. Große Teile der Patient*innengaben an, immer noch an Dyspnoe (53%) oder Husten (34%) zu leiden. Bei 30% bzw. 10% dieser Stichprobe war ein erhöhter D-Dimer- bzw. C-Reaktives Protein-Spiegel nachweisbar, was ein Hinweis auf eine noch anhaltende Entzündungsreaktion darstellt [5].

In einer anderen Untersuchung wurde bei postakuten Patient*innen ein erhöhter Anteil an pathologischen Brustrontgenaufnahmen verzeichnet – vermutlich im Rahmen einer aktiven Endothelentzündung bzw. Vasculitis [6]. Die Schwere der initialen SARS-CoV-2-Infektion, ein höheres Lebensalter, ein höherer Body-Mass-Index sowie vorbestehende Lungenerkrankungen wurden als Risikofaktoren für persistierende Symptome mit somatischem Korrelat identifiziert [7].

ABKÜRZUNGEN

BDD	Bodily Distress Disorder
EBV	Epstein-Barr Virus
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th revision
ICD-11	International Classification of Diseases, 11th revision
MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus
PASC	Post-acute Sequelae of SARS-CoV-2
RVV	Ross-River-Virus

Aber nicht alle nach der akuten Infektion persistierende Symptome lassen sich auf ein noch anhaltendes Infektionsgeschehen bzw. auf ein eindeutiges somatisches Korrelat zurückführen. Eine aktuelle Meta-Analyse von 15 Studien mit insgesamt knapp 50.000 Patient*innen erfasste alle über einen längeren Zeitraum (2–16 Wochen nach COVID-19-Erkrankung) persistierende oder neu aufgetretene Symptome.

Insgesamt 80% der Patient*innen gab an, zum Zeitpunkt der Erhebung noch an mindestens einem Symptom zu leiden. Die 5 häufigsten Symptome waren Fatigue (58%), Kopfschmerzen (44%), Aufmerksamkeitsstörungen (27%), Haarausfall (25%) und Atembeschwerden (24%, siehe ► **Tab. 1** und Fallbeispiel 1) [2]. In einer weiteren Meta-Analyse war Fatigue mit einer Reduktion der Lebensqualität assoziiert [8].

Merke

Long COVID ist bei einem Auftreten von 80% aller mit SARS-CoV-2 Infizierten ein häufiges Phänomen. Fatigue ist im Rahmen von Long COVID mit einer Auftretenshäufigkeit von 58% das häufigste Symptom.

Auch andere Studien zeigten, dass Fatigue das mit Abstand häufigste Symptom im Rahmen des Long COVID darstellt [4, 9]. Vor diesem Hintergrund möchten wir uns im vorliegenden Artikel nach einem Überblick zur Fatigue allgemein vorrangig mit der Fatigue nach COVID-19 beschäftigen und dies aus einer psychosomatischen Perspektive beleuchten. Hierbei soll der Fokus auf die wahrscheinliche Genese im Rahmen eines biopsychosozialen Krankheitsmodells sowie auf Implikationen für die Behandlung gelegt werden.

Hintergrund Fatigue

Um die Genese der Fatigue im Rahmen von Long COVID diskutieren zu können, ist es zunächst wichtig das Symptom Müdigkeit zu betrachten. In dem nun folgenden Abschnitt soll dies in Anlehnung an die AWMF-Leitlinie S3 für Müdigkeit geschehen.

DEFINITION

Fatigue

Fatigue – französisch für Müdigkeit – ist eine universelle menschliche Erfahrung und wird demnach von jedem Menschen erlebt.

► **Tabelle 1** Häufige Symptome im Rahmen von Long COVID. Die Daten stammen aus [2].

Symptom	Häufigkeit in %
Müdigkeit	58
Kopfschmerzen	44
Aufmerksamkeitsstörung	27
Haarausfall	25
Dyspnoe	24
Altersschwäche	23
Anosmie	21
Polypnoe	21
Husten	19
Gelenkschmerzen	19
Schwitzen	17
Gedächtnisverlust	16
Übelkeit	16
Brustschmerzen / Unwohlsein	16
Hörverlust / Tinnitus	15
Ängstlichkeit	13
Depressivität	12
Verdauungsstörungen	12
Hauterscheinungen	12
Gewichtsverlust	12
Schlafstörungen	11
Fieber	11
Schmerzen	11
Erhöhte Herzfrequenz in Ruhe	11
Palpitationen	11

Menschen suchen nur dann medizinische Hilfe, wenn die Müdigkeit derart ausgeprägt ist, dass sie als nicht akzeptable Beeinträchtigung erlebt wird und/oder nicht kompensiert werden kann. Müdigkeit ist ein weitgefaster Begriff, der von Patient*innen häufig auch als Schläppigkeit, Mangel an Energie, Erschöpfung, Schläfrigkeit etc. bezeichnet wird. Bei der Diagnostik und Therapie sind verschiedene Komponenten zu berücksichtigen.

Dazu gehören:

- emotionale (Unlust, Motivationsmangel, enge Verbindung zu Traurigkeit, verminderte affektive Schwingungsfähigkeit),
- kognitive (verminderte geistige Aktivität bzw. Leistungsfähigkeit),
- Verhaltens- („Leistungsknick“),
- und körperliche Aspekte (z. B. muskuläre Schwäche).

Fatigue gehört zu den am häufigsten berichteten Beschwerden in der Primärversorgung. 31% der deutschen Bevölkerung gaben an, manchmal oder häufig unter Müdigkeit zu leiden. Dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer, Menschen mit höherem sozialem Status sowie in einer Partnerschaft lebende Menschen seltener [10].

Ätiologie

Fatigue ist ein Hauptsymptom bei verschiedenen psychiatrischen bzw. psychosomatischen Störungen, insbesondere bei Depression und Angststörungen (aber auch bei z. B. der Somatisierungsstörung und anderen somatoformen Störungen) [11]. Verschiedene Untersuchungen zeigten zudem, dass es einen Zusammenhang von selbst wahrgenommener psychosozialer Belastung und Müdigkeit gibt [12].

Merke

Depression, Angststörungen und psychosoziale Belastungen sind sehr häufige Ursachen oder Begleiterscheinungen bei Patient*innen mit Müdigkeit.

Neben den seelischen Störungen gibt es eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen, bei welchen Müdigkeit ins Symptomenspektrum fällt. Diese Tatsache trägt vermutlich dazu bei, dass viele Behandler*innen sich davor fürchten, eine für die Müdigkeit ursächliche körperliche Erkrankung zu übersehen.

Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass bei unauffälliger Anamnese und unauffälligem körperlichen Befund selten bösartige Erkrankungen hinter dem Symptom Müdigkeit stehen. Tritt Müdigkeit als Symptom einer schwerwiegenden Erkrankung auf, sind praktisch immer weitere Hinweise auf die entsprechende Erkrankung zu finden. Aus diesem Grund ist z. B. eine Tumordiagnostik aufgrund des Symptoms Müdigkeit ohne weitere Hinweise auf das Vorliegen einer solchen Erkrankung nicht indiziert.

Merke

Tritt Müdigkeit als Symptom einer schwerwiegenden Erkrankung auf, sind praktisch immer weitere Hinweise auf die entsprechende Erkrankung zu finden.

Müdigkeit wird häufig in Zusammenhang mit Eisenmangel mit oder ohne Anämie gebracht. Diesbezügliche Untersuchungsergebnisse sind widersprüchlich. In manchen Studien konnte kein Zusammenhang festgestellt werden, während andere Untersuchungen Hinweise auf einen (schwachen) kausalen Zusammenhang von Anämie und Müdigkeit zeigten [13]. Es ist unwahrscheinlich, dass eine Eisensubstitution bei ansonsten gesunden Personen ohne schweren Eisenmangel oder Anämie das Problem der Müdigkeit löst. Dem Nutzen eines Behandlungsversuchs steht das Risiko der Fixierung auf einen inadäquaten Behandlungsansatz gegenüber.

Weiterhin kann Müdigkeit als Symptom bei endokrinen Erkrankungen, Hepatitis, Zöliakie, verschiedenen chronischen somatischen Erkrankungen, Schlafstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen, Bewegungsmangel, bei Einnahme verschiedener Medikamente (z. B. Benzodiazepine, Antidepressiva, Antipsychotika, Antihistaminika, Antihypertensiva) und bei Suchterkrankungen auftreten. Hier gilt jedoch, dass in nahezu allen Fällen andere Symptome der entsprechenden Erkrankung auf diese hindeuten.

Wichtig zu erwähnen ist, dass Fatigue auch als wesentliches Symptom bei onkologischen Patient*innen auftritt. In einer Studie klagten 70–100% der betroffenen Patient*innen mit multimodalen Behandlungen über eine belastende Erschöpfungssymptomatik, die teilweise auch Monate und Jahre nach der letzten Behandlung anhält und als das am meisten belastende Symptom im Zusammenhang mit der Krebserkrankung wahrgenommen wird. Aufgrund des häufigen Vorkommens von Fatigue bei onkologischen Patient*innen hat sich mit cancer-related Fatigue eine eigene Begrifflichkeit zur Beschreibung des Zustands etabliert [14].

In diesem Abschnitt wurden einige seelische und somatische Erkrankungen beschrieben, die ursächlich für eine Fatigue-Symptomatik sein können. Wichtig zu erwähnen ist, dass das Symptom bei einem Teil der betroffenen Personen unerklärt bleibt. Unabhängig von der Entstehungsursache hat die Symptomatik einen wesentlichen Einfluss auf die Alltagsfähigkeit und die Lebensqualität der Patient*innen. Ohne spezifische Behandlung ist die Prognose von Personen mit idiopathischer Fatigue verhältnismäßig schlecht: die Hälfte der Betroffenen leidet nach 6 Monaten immer noch unter Fatigue [15].

Chronic Fatigue Syndrom

Ende der 80er Jahre wurde für eine lang andauernde, schwer einschränkende Müdigkeit erstmals der Begriff Chronic Fatigue Syndrom (CFS) eingeführt [16]. Die heutigen Diagnosekriterien entstanden erst einige Jahre später. Für die Diagnose CFS (Chronisches Müdigkeitssyndrom; ICD-10: G93.3) muss eine seit mindestens 6 Monaten anhaltende Müdigkeit bestehen, die das Aktivitätsniveau deutlich vermindert. Außerdem müssen vier oder mehr der folgenden Begleitsymptome bestehen:

- Störung der Konzentrations- oder Gedächtnisleistung,
- rauer Hals,
- empfindliche Lymphknoten,
- Schmerz oder Steifigkeit in den Muskeln,
- Kopfschmerzen,
- nicht erholsamer Schlaf,
- und Müdigkeit nach Anstrengung.

Verschiedene Studienergebnisse legen nahe, dass das CFS nur multifaktoriell erklärt werden kann. Ein Teil der Betroffenen erkrankt nach Virusinfektionen [17]. Umgekehrt ist jedoch bei psychisch belasteten Personen auch die Virusanfälligkeit erhöht [18].

Auf die für die Thematik sehr relevanten Befunde zum Zusammenhang von Fatigue und (Virus-)Infektionen wird weiter unten im Text genauer eingegangen (s. Abschnitt 3). Weiterhin konnten bei Patient*innen mit CFS im Vergleich zu Gesunden auch andere physiologische Abweichungen festgestellt werden, wie beispielsweise neuroendokrine Störungen [19] oder Veränderungen der autonomen Aktivität [20].

Diagnostisches Vorgehen: Anamnese und körperliche Untersuchung

Um Müdigkeit als Symptom einer ursächlichen seelischen oder somatischen Erkrankung aufdecken zu können, ist eine sorgfältige Anamnese und Untersuchung der betroffenen Personen notwendig. Leitliniengetreu sollten dabei folgende Aspekte berücksichtigt werden:

Abklärung allgemeiner Charakteristika wie Qualität, Dauer bzw. zeitlicher Verlauf, Ausmaß, funktionelle Beeinträchtigung (Mobilität, Familie, Beruf), assoziierte Veränderungen der Lebenssituation und ob das Symptom als neuartig bzw. ungewohnt erlebt wird.

Dabei ist allgemeine Erschöpfung zu unterscheiden von Schläfrigkeit bis hin zu Einnicken während des Tages (dies kann hinweisend sein auf ein Schlafapnoe-Syndrom oder eine Narkolepsie). Außerdem muss die Unterscheidung zu muskulärer Schwäche (z. B. im Rahmen einer Myasthenia gravis) getroffen werden.

Erfragen von Vorstellungen der Patient*innen zur Ätiologie des Symptoms, damit verbundene Befürchtungen und vorgestellte Behandlungsmöglichkeiten.

- Abklärung der familiären, beruflichen und sonstigen sozialen Situation (aktuell und biografisch).
- Abklärung der Symptome von Depression und Angststörungen sowie weiteren psychischen Erkrankungen.
- Somatische und vegetative Anamnese: Funktion von Organsystemen/vegetative Anamnese (kardial, pulmonal, gastrointestinal, urogenital, zentrales Nervensystem, Haut, Gelenke). Erfragen des aktuellen Body Mass Index (BMI) sowie Gewichtsveränderungen. Abklärung von Fieber, Risikofaktoren für Human Immundefizienz-Virus (HIV)-/Hepatitis B/C-Übertragung sowie von kognitiven Störungen.
- Labordiagnostik: Blut-Glucose, Blutbild, Blutsenkung/CRP, Transaminasen oder γ -GT und TSH. Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen werden nur bei auffälligen Vorbefunden bzw. spezifischen Hinweisen in der Basisdiagnostik empfohlen.
- Schlafanamnese: Dauer, Qualität, Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Schlafstörungen (z. B. Lärm, Schmerz, Schnarchen).
- Erfragen von Medikamenten (auch Selbstmedikation) und anderen (illegale) Substanzen (Alkohol, Koffein, Nikotin, Marihuana, MDMA, Kokain etc.)
- Arbeits- und umweltmedizinische Basisanamnese: aktuelle und frühere berufliche oder umweltbedingte Belastungen durch Abgase, Chemikalien oder andere Schadstoffe, Lärmbelastung oder Schichtarbeit abfragen.

Zur einfachen Abfrage der genannten Aspekte wurde zusammen mit der S3-Leitlinie der Anamnesefragebogen „Müdigkeit“ herausgegeben. Weiterhin können bei spezifischem Verdacht validierte Fragebögen zur Diagnostik von Schlafstörungen oder Depression zum Einsatz kommen. Als Fatigue-Fragebögen seien folgende Messinstrumente beispielhaft genannt:

- Multidimensional Fatigue Inventory,
- Fatigue Assessment Questionnaire,
- Brief Fatigue Inventory,
- Fatigue Impact Scale,
- EORTC-QLQ-C30.

FALLBEISPIEL 1

Eine 34-jährige Patientin stellt sich aufgrund eines ausgeprägten Erschöpfungszustands nach einer SARS-CoV-2-Infektion vor 3 Monaten in der Post-COVID-Sprechstunde unserer Hochschulambulanz vor. In den ersten Tagen der Erkrankung habe sie grippeähnliche Symptome mit Geschmacks- und Geruchsverlust gehabt. Nach 3 Wochen sei sie wieder zur Arbeit gegangen.

Kurze Zeit später fiel ihr auf, dass sie sich körperlich und psychisch zunehmend belastet fühle bis sie vor 3 Wochen einen „Zusammenbruch“ erlitten habe. Sie sei froh gewesen, als in den Medien Berichte über Long COVID und das Fatigue-Syndrom publik gemacht wurden, da sie bis dato keine Erklärung für ihren Zustand gehabt habe, was ihr Angst gemacht habe. Aktuell sei sie zwar nicht mehr so erschöpft wie zu Beginn, jedoch leide sie immer noch sehr unter der Erschöpfung und der reduzierten Belastbarkeit.

Sie arbeite jetzt im Rahmen einer Wiedereingliederung 4 Stunden täglich. Die Patientin sei ledig und kinderlos. Die meisten ihrer Freunde und ihre beiden Geschwister hätten eine eigene Familie, weswegen sie häufig alleine sei. Vor der Infektion habe sie viel Zeit mit ihren Nichten und Neffen verbracht, dafür fehle ihr derzeit die Kraft. Vor der COVID-19-Erkrankung habe sie noch nie an einer psychischen Erkrankung gelitten.

Anmerkung

Kurz nach Abklingen der initialen Erkrankung trat bei der Patientin eine belastende Fatigue-Symptomatik auf. Differentialdiagnostisch konnte keine andere Erkrankung festgestellt werden. Die körperlichen Untersuchungen blieben ohne erklärenden Befund, die Kriterien für eine depressive Störung war nicht (ausreichend) erfüllt. Bei fortbestehender Symptomatik sollten nach 6 Monaten die Kriterien für ein CFS geprüft werden.

Long COVID Fatigue: ein funktionelles Symptom?

Fatigue als postinfektiöses Symptom ist keineswegs erst seit der aktuellen COVID-19-Pandemie bekannt. Betroffene einer Vielzahl anderer viraler und bakterieller Infektionskrankheiten geben nach der überstandenen Infektion ähnliche Erschöpfungssymptome an (siehe auch Fallbeispiel 2).

Beispielsweise identifizierte eine Follow-Up-Untersuchung von 233 SARS-Überlebenden in Hongkong 40 Monate nach der Infektion bei 40% der Stichprobe eine persistierende Fatigue-Symptomatik [21]. Nach Ausbruch des Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) wurden bis zu 18 Monate nach der akuten Infektion von persistierender Fatigue berichtet.

Postinfektiöse Fatigue ist auch nach Epstein-Barr Virus (EBV), Q-Fieber (ausgelöst durch das Bakterium *Coxiella burnetii*), Ross-River-Virus (RVV) und Rickettsiose (ausgelöst Bakterien der Gattung *Rickettsia*) bekannt [22–26]. Auch bei chronisch verlaufenden Infektionskrankheiten wie HIV ist Fatigue ein Symptom [27].

Die Beobachtung, dass die Erschöpfungssymptomatik auch nach diversen anderen Infektionskrankheiten auftritt, legt die Vermutung nahe, dass es sich bei der Long COVID Fatigue eher nicht um ein für COVID-19 spezifisches Symptom handelt. Vermutlich fungiert COVID-19 – so wie die übrigen viralen und bakteriellen Infektionen – eher als allgemeiner Trigger für die Entstehung eines Fatigue-Syndroms.

FALLBEISPIEL 2

Ein 45-jähriger Patient klagt 6 Monate nach einer COVID-19-Erkrankung über Erschöpfung, Müdigkeit, Atembeschwerden, einen „angeschwollenen Hals“, Kreislaufprobleme, Schwindel und Gelenkschmerzen. In der Akutphase der Infektion seien vor allem die Nächte schlimm gewesen, da er durch die Atemnot andauernd Todesangst gehabt habe. Derzeit fühle er sich hauptsächlich erschöpft und müde. Normale Alltagsaufgaben stellten eine Überforderung für ihn dar. Auch Ruhephasen halfen ihm nicht dabei, wieder zu Kräften zu kommen.

Während einer dreiwöchigen pulmonologischen Reha-Behandlung hätten sich die anhaltenden Atembeschwerden kaum gebessert. Die Lungenfachärzte hätten ihm mitgeteilt, dass es keine körperliche Erklärung für seine Beschwerden gebe. Dennoch sei die psychologische Betreuung und der Kontakt zu Mitpatient*innen wohltuend gewesen. Er sei dort ruhiger geworden. Vor dem Reha-Aufenthalt habe er mehrfach aggressive Ausbrüche gegenüber Familienmitgliedern gehabt.

Er sei seit der Infektion krankgeschrieben. Er fühle sich nutzlos, weil er nicht mehr belastbar sei und sehne sich danach ein guter Vater für seine 3 Kinder zu sein. In den letzten Monaten seien seine seit Jahren bestehenden Rückenschmerzen noch schlimmer geworden. Er berichtet, dass er als junger Mann nach einer längeren Krankheitsphase durch eine Mononukleose an ähnlichen Symptomen gelitten habe.

Anmerkung

Bei diesem Patienten wurde die Diagnose einer postinfektiösen Fatigue-Symptomatik und einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt, die sich im Verlauf der Behandlung zu einer schwergradigen Episode entwickelte. Interessant ist, dass der Patient in den 90er Jahren nach einer Mononukleose anamnestisch unter ähnlichen Symptomen litt.

Merke

Fatigue tritt – womöglich als unspezifisches Symptom – nach einer Vielzahl verschiedener viraler und bakterieller Infektionen auf.

Eine Studie untersuchte diejenigen Faktoren, welche die Entstehung einer Long Covid-Fatigue begünstigen. Es zeigte sich, dass die Fatigue sich unabhängig von vorangehender Hospitalisierung entwickelt und demzufolge kein Zusammenhang zur Schwere der Erkrankung im Akutstadium zu bestehen scheint [9]. Dies konnte auch in weiteren Studien bestätigt werden (z. B. [28]).

Jedoch konnten weibliches Geschlecht und eine frühere depressive Episode oder Angststörung als Risikofaktoren identifiziert werden [9]. Demzufolge unterscheiden sich die Risikofaktoren für eine postinfektiöse Fatigue-Symptomatik erheblich von den oben genannten Risikofaktoren für vaskuläre Long COVID-Symptome.

Eine andere Forschungsgruppe verglich in einer Studie die autonomen Funktionen von Patient*innen mit Long COVID mit und ohne Fatigue-Symptomatik. Hierfür erhoben sie EKG und Blutdruck während verschiedener Tests (tiefe Atmung, Schellong-Test, Valsava-Manöver,

Kaltwassertest). Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patient*innengruppen. 70% der von Fatigue betroffenen Patient*innen gaben während der Zeit des aktiven Stehens Symptome einer orthostatischen Dysregulation an.

Für die Symptomatik konnte zwar kein physiologisches Korrelat festgestellt werden, jedoch zeigte sich ein starker Zusammenhang von Fatigue und erhöhter Ängstlichkeit (gemessen mit Generalised Anxiety Disorder-7 Questionnaire), wobei zuvor niemand unter einer vorbestehenden Angststörung litt (siehe auch Fallbeispiel 3) [29]. Die Ergebnisse dieser Studie können damit als Hinweis auf eine funktionelle Beteiligung an der Long COVID Fatigue-Symptomatik gewertet werden.

Merke

Long COVID-Fatigue entsteht unabhängig von der Schwere der initialen Erkrankung.

Mögliche Genese der postinfektiösen Fatigue

Um Aufschluss über die mögliche Genese der postinfektiösen Fatigue zu erlangen, lohnt sich der Blick auf das Entstehungsmodell anderer funktioneller Störungen, wie zum Beispiel des Reizdarmsyndroms. Es ist gut belegt, dass sich ein Reizdarmsyndrom oft (in ca. 20%) nach einer akuten Gastroenteritis entwickelt, was auch als postinfektiöses Reizdarmsyndrom bezeichnet wird.

Die Symptomatik besteht für gewöhnlich aus Durchfällen und Bauchschmerzen und unterscheidet sich somit nicht von einer nicht-postinfektiösen Reizdarmsymptomatik. Auch die Behandlung der postinfektiösen Reizdarmsymptomatik gleicht jener der nicht-postinfektiösen, da es keine anhaltenden Entzündungsprozesse gibt, die das Ausmaß der Beschwerden erklären können [30].

Biopsychosoziales Krankheitsmodell

Die Beschwerden werden somit als funktionell bezeichnet und ihre Genese kann durch ein biopsychosoziales Krankheitsmodell erklärt werden, welches biologische (z. B. genetische Faktoren) und psychosoziale (z. B. Lebensereignisse, somatische oder psychische Stressoren) Faktoren berücksichtigt (siehe auch Fallbeispiel 4) [31].

Selbstverständlich konnte in der relativ kurzen Zeit, in welcher das SARS-CoV-2-Virus bzw. COVID-19 beforscht wurde, noch keine hinreichende Evidenz für endgültige Aussagen zur Genese der Long COVID-Fatigue gesammelt werden. Möglicherweise zeigt sich in den folgenden Wochen, Monaten oder Jahren, dass

FALLBEISPIEL 3

Ein 21-jähriger Patient stellt sich mit einer ausgeprägten Erschöpfung und Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit und Gesundheitsängsten nach einer Covid-19-Erkrankung in der Post-COVID-Sprechstunde unserer Hochschulambulanz vor. Er habe sich während eines Auslandssemesters in den USA infiziert und lediglich milde Symptome gehabt.

Er habe sich zwar geärgert, dass er seine Zeit nun isoliert verbringen müssen, psychisch sei es ihm aber gut gegangen. Gegen Ende der Quarantäne habe ihm ein Bekannter einen Artikel geschickt, in welchem von den damals noch eher unbekanntem Spätfolgen berichtet wurden. Dort habe er gelesen, dass „Corona zu geistigem Verfall führe“. Daraufhin habe er selbstständig recherchiert und die beschriebenen Symptome nach und nach bei sich selbst gespürt.

Aktuell sei er vor allem erschöpft. Sein Kopf fühle sich „eingenebelt“ an. Obwohl er körperlich mehrfach und umfassend infektiologisch und neurologisch untersucht worden sei, habe er andauernd Angst, dass er schwer krank sein könnte oder dieser Zustand niemals vorübergehen werde. Er sei sehr angespannt und habe immer wieder Panikanfälle. Er sei traurig und antriebslos. Vor 2 Jahren habe er eine depressive Episode gehabt.

Anmerkung

Nach der zunächst sehr milde verlaufenden akuten Erkrankungsphase entwickelte sich eine massiv beeinträchtigende Fatigue-Symptomatik. Die depressive Episode in der Vorgeschichte stellt einen Risikofaktor für die Ausbildung der Fatigue-Symptomatik dar.

eher (somato-)physiologische Prozesse die Entstehung der Fatigue begünstigen.

Die aktuelle Befundlage sowie das Wissen um bisher besser beforschte psychosomatische Störungsbilder legen jedoch nahe, dass bei der Long COVID Fatigue – wie beim postinfektiösen Reizdarmsyndrom – ein biopsychosoziales Krankheitsmodell zur Erklärung der Symptomenentstehung herangezogen werden kann. Neben allgemeinen bio-psycho-sozialen Faktoren, welche an der Genese funktioneller bzw. psychosomatischer Störungen beteiligt sind, gibt es möglicherweise additiv wirksame Faktoren, welche die Entwicklung einer Fatigue im Rahmen von Long COVID begünstigen können.

Als additiv wirksamer Faktor kann beispielsweise die Ausschüttung von Zytokinen durch die SARS-CoV-2-Infektion gelten, wodurch psychische Abwehrmechanismen geschwächt werden. COVID-19-typische psychische und soziale Faktoren sind z. B. Hilflosigkeitserleben während der Erkrankung, Vermeidungsverhalten, finanzielle Sorgen durch (drohenden) Arbeitsplatzverlust und Einsamkeit durch Einschränkung der sozialen Kontakte. ► **Abb. 1** zeigt ein biopsychosoziales Krankheitsmodell für die Long COVID-Fatigue, welches sowohl allgemeine als auch die für COVID-19 additiv wirksamen Faktoren berücksichtigt.

Merke

Sowohl allgemeine als auch für Covid-19-typische Faktoren können zur Genese der Long COVID-Fatigue beitragen.

Konzepte der funktionellen Syndrome, somatoformen Störung und der körperlichen Belastungsstörung

Unter der Begrifflichkeit funktionellen Körperbeschwerden werden Krankheitszeichen verstanden, die aus Störungen von Körperfunktionen resultieren obwohl keine organopathologischen Veränderungen festgestellt werden können. Die ICD-10 subsumiert körperliche Beschwerden, für die kein oder kein ausreichendes somatisches Korrelat festgestellt werden kann, in Kapitel F45.

Dieses umfasst die folgenden klinischen Erscheinungsbilder: Somatisierungsstörung (F45.0), undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), hypochondrische Störung (F45.2), somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Somatoforme Störungen sind gekennzeichnet durch eine wiederholte Darbietung körperlicher Symptome, für die keine ausreichende Erklärung gefunden wurde.

FALLBEISPIEL 4

Eine 51-jährige Patientin stellt sich mit Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrationschwäche, Haarausfall und einer Störung des Geruchs- und Geschmackssinnes nach einer Covid-19-Erkrankung vor 6 Monaten in der Post-COVID-Sprechstunde unserer Hochschulambulanz vor. Sie berichtet, dass sie während der Erkrankung mäßig Fieber und massive Kopfschmerzen gehabt habe. Sie sei extrem erschöpft gewesen und habe ein ungewöhnlich hohes Schlafbedürfnis gehabt. Nach Abklingen des Fiebers hätten langsam die übrigen Symptome begonnen. Am meisten leide sie unter der außerordentlichen Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen bis hin zu Gedankenabreißen sowie unter der extremen Geruchsüberempfindlichkeit, teilweise bis hin zum Würgereiz.

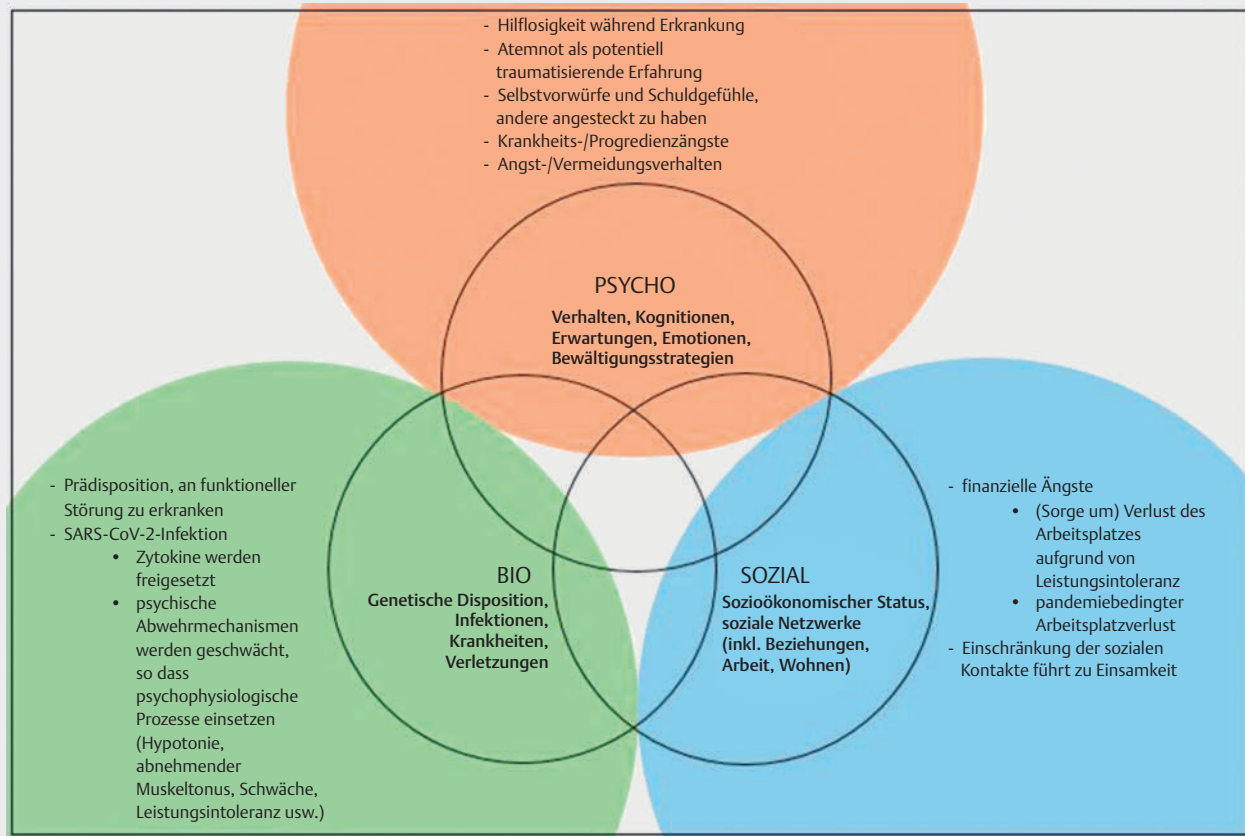
Die Patientin berichtet, dass sie vermutlich die erste gewesen sei, die „Corona eingeschleppt und die ganze Großfamilie angesteckt habe“. In der Folge sei ihre pflegebedürftige Großmutter an der Erkrankung verstorben, weshalb sie sich große Schuldvorwürfe mache. In der Rückschau habe sie vor 15 Jahren vermutlich eine nicht diagnostizierte depressive Episode nach Überforderungserleben am Arbeitsplatz gehabt. Sie gibt an, dass die Familie aktuell einen Hauskredit abbezahlen müsse und ihr Ehemann im Zuge pandemiebedingter Kündigungen vermutlich seinen Arbeitsplatz verlieren werde. Die finanziellen Sorgen ließen sie genauso überfordert fühlen wie damals vor 15 Jahren.

Anmerkung

In der Anamnese der Patientin finden sich auf den ersten Blick einige Faktoren, die sich gut in ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell integrieren lassen. Biologische Faktoren: Ausschüttung von Zytokinen, depressive Episode in der Vergangenheit. Psychische Faktoren: Schuldvorwürfe aufgrund der Ansteckung ihrer Großmutter. Soziale Faktoren: finanzielle Sorgen durch drohenden Arbeitsplatzverlust des Ehemannes.

Dabei fordern die Betroffenen hartnäckig medizinische Untersuchungen ein – trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass es keine organische Ursache gibt. Meist widersetzen sich Patient*innen den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren. Oft kommt es dadurch zu Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung.

Wie oben beschrieben, stellt die Long COVID-Fatigue ein Symptom ohne bislang bekanntes somatisches Korrelat dar, welches das Ausmaß der Beschwerden ausreichend erklären kann, und kann demnach als psychosomatisches Symptom verstanden werden. Ob sie jedoch im Rahmen einer somatoformen Störung nach ICD-10 eingeordnet werden kann, hängt vom Vorhandensein weiterer Symptome ab.



► **Abb. 1** Biopsychosoziales Krankheitsmodell der Entstehung von Fatigue im Rahmen von Long COVID. Im inneren Bereich sind allgemeine bio-psycho-soziale Faktoren aufgelistet, welche die Genese einer funktionellen Störung begünstigen. Im äußeren Bereich befinden sich mögliche additive Faktoren für die Genese einer Fatigue im Rahmen von Long COVID.

In der 2022 erscheinenden ICD-11 wird die Kategorie der somatoformen Störungen vollständig aufgegeben. Es wird eine ganz neue Kategorie – die körperliche Belastungsstörung (engl. Bodily Distress Disorder; BDD) – etabliert, welche die verschiedenen somatoformen Störungen und die Neurasthenie (F48.0) vereint. Die einzige im ICD-10 vorkommende somatoforme Diagnose, die nicht unter der BDD subsumiert werden wird, ist die hypochondrische Störung.

Die BDD nach ICD-11 ist charakterisiert durch das Vorhandensein körperlicher Symptome, die von den Betroffenen als besorgniserregend wahrgenommen und mit exzessiver Aufmerksamkeit belegt werden (z. B. in Form häufiger Arztbesuche). Wenn eine somatische Ursache für die Krankheitssymptome vorliegt, dann muss das Ausmaß der Beschäftigung mit den Symptomen unverhältnismäßig sein. Die körperlichen Symptome und das daraus resultierende Leid müssen persistent, das heißt über einen Zeitraum von mehreren Monaten fast den ganzen Tag über anwesend sein.

Darüber hinaus muss die Anwesenheit der Symptome mit signifikanten Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, bildungsbezogenen oder beruflichen Angelegenheiten einhergehen. Typischerweise bestehen verschiedene körperliche Symptome, die sich im Lauf der Zeit verändern können. Gelegentlich kann sich die Störung aber auch nur auf ein Symptom – meist Schmerz oder Fatigue – beziehen [32].

Die zukünftige Einordnung der Fatigue im Rahmen der BDD bietet insbesondere zwei große Vorteile. Zum einen kann auch das Leid derjenigen Personen in einer Diagnose abgebildet werden, die nicht die Kriterien einer somatoformen Störung im Sinne der ICD-10 erfüllen. Zum anderen berücksichtigt die Definition der BDD die Krankheitsgenese durch biologische, psychische und soziale Faktoren.

Merke

Die Long COVID-Fatigue gehört zu den funktionellen Körperbeschwerden. Je nach Art und Anzahl der Symptome, kann sie den somatoformen Störungen nach ICD-10 oder der Kategorie der Bodily Distress Disorder nach ICD-11 zugeordnet werden.

Mögliche Behandlungsoptionen der Long COVID-Fatigue

Nachdem die postinfektiöse Fatigue-Symptomatik nun im Rahmen eines funktionellen Störungsbildes eingeordnet wurde, stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten für die Behandlung. In der S3-Leitlinie zur Behandlung funktioneller Körperbeschwerden [33] werden diesbezüglich Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die im Folgenden dargestellt werden.

Die Empfehlungen gliedern sich in drei verschiedene Behandlungsphasen, die jeweils vom Verlauf und der Schwere der Beschwerden abhängen: initiale Grundversorgung, erweiterte Grundversorgung und multimodale Behandlung inklusive Psychotherapie und/oder Rehabilitation. In ► **Abb. 2** sind die Behandlungsphasen grafisch dargestellt.

Die initiale Grundversorgung findet in der Hausarzt- oder Facharztpraxis statt. Sind keine Warnsignale für eine zugrundeliegende, die Symptomatik umfänglich erklärende, somatische Ursache feststellbar, sollen die Patient*innen empathisch beruhigt werden, ohne die Beschwerden zu verharmlosen. Therapeutische Interventionen beschränken sich in der Regel auf eine Ermutigung zu einem allgemein gesunden, körperlich aktiven Lebensstil.

Zusätzlich sollte betont werden, dass die Symptome sich wahrscheinlich bessern werden, dass ein Persistieren aber keinen Grund zur Sorge darstellt. Für diesen Fall soll eine Wiedervorstellung in zwei bis vier Wochen

angeboten werden. Die erweiterte Grundversorgung greift dann, wenn die initiale Grundversorgung nicht ausreicht, also wenn die Beschwerden persistieren. Im Rahmen der Simultandiagnostik sollte die somatische und psychosoziale Diagnostik gleichzeitig und gleichwertig erweitert werden.

Aus den identifizierten Krankheitsfaktoren soll dann ein individuelles Erklärungsmodell erarbeitet und daraus bewältigungsorientierte Therapiemaßnahmen abgeleitet werden. In diesem Zusammenhang soll hinsichtlich symptomatischer Maßnahmen (z. B. Psychopharmaka, physiotherapeutische Anwendungen, etc.) beraten werden.

Die Stärkung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit durch aktive Bewältigungsmechanismen gilt jedoch als nachhaltiger wirksam. Dazu zählen zum Beispiel die Aufnahme sozialer und körperlicher Aktivitäten, Exposition bei Schonung und Vermeidung sowie Selbsthilfelinien bzw. -gruppen.

Bei schweren Verläufen mit hoher Inanspruchnahme des Gesundheitssystems soll auf die dritte Behandlungsstufe zurückgegriffen werden. Hierzu gehören weitere psychotherapeutische, wenn nötig auch (teil-)stationäre Behandlungsformen bzw. rehabilitative Maßnahmen, wenn der Fokus auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit liegen soll.

Im Zentrum soll der Aufbau eines ambulanten Behandlungernetzwerkes stehen, in dem der behandelnde Haus- oder somatische Facharzt die „Gatekeeper-Funktion“ übernimmt. Eine störungsorientierte Psychotherapie ist besonders bei relevanten psychosozialen Belastungen, psychischer Komorbidität oder einer schwierigen Beziehung zwischen Behandler*in und Patient*in indiziert. Dabei sollen zunächst das positive Selbst- und Körpererleben, Selbstregulationstechniken, Bezie-

1 Initiale Grundversorgung

- findet in der Haus-/Facharztpraxis statt
- sorgfältig untersuchen
- empathisch beruhigen
- Ermutigung zu gesundem, aktivem Lebensstil
- bei Bedarf Wiedervorstellung nach 2 – 4 Wochen anbieten

2 Erweiterte Grundversorgung

- Simultandiagnostik
- Erarbeitung eines individuellen Krankheitsmodells
- bewältigungsorientierte Therapiemaßnahmen
 - erklären und benennen
 - an Erwartungen und Zielen arbeiten
 - Stärkung der Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit durch aktive Bewältigungsmechanismen

3 Multimodale Behandlung/ Psychotherapie/ Rehabilitation

- Aufbau eines ambulanten Behandlungernetzwerkes
- Beginn mit störungsorientierter Psychotherapie
- (teil-)stationäre Behandlung erwägen
- Rehabilitation

► **Abb. 2** Handlungsempfehlungen zur Behandlung funktioneller Körperbeschwerden angelehnt an die S3-Leitlinie [33]. Die Behandlung gliedert sich in drei Behandlungsphasen (initiale Grundversorgung, erweiterte Grundversorgung, multimodale Behandlung/Psychotherapie/Rehabilitation) in Abhängigkeit von Verlauf und Schwere der Beschwerden.

hugsgestaltung und die Förderung von Kreativität und Veränderungsbereitschaft im Fokus stehen [33].

Merke

Die Behandlung funktioneller Körperbeschwerden gliedert sich in 3 Phasen: initiale Grundversorgung, erweiterte Grundversorgung und multimodale Behandlung inklusive Psychotherapie und/oder Rehabilitation.

Zusammenfassung

Trotz aktuellem Abebben der COVID-19-Pandemie werden uns die mittel- und langfristigen psychischen Folgen der Erkrankung noch einige Zeit beschäftigen. Bei Symptomen im Rahmen von Long COVID ist aufgrund der Häufigkeit und der subjektiven Beeinträchtigung besonders die Fatigue hervorzuheben. Hier wird es künftig wünschenswert sein, die Prädispositions-/Risikofaktoren für eine solche Entwicklung noch besser zu charakterisieren um dann womöglich frühzeitig/sekundärpräventiv tätig zu werden.

Aber auch nach Ausbildung einer Fatigue im Rahmen von Long COVID können am ehesten aktivierende Behandlungsbausteine aus der Behandlung (anderer) funktioneller Körperbeschwerden zum Einsatz kommen. Da viele Patient*innen hierfür initial nicht motiviert sein könnten, empfiehlt sich – hier einmal mehr – eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Kolleg*innen der Psychosomatik, Infektiologie und Neurologie.

KERNAUSSAGEN

- Die psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie werden langfristig eine große Rolle spielen.
- Bei Long COVID ist aufgrund der Häufigkeit und der subjektiven Beeinträchtigung besonders die Fatigue hervorzuheben.
- Es bleiben offene Fragen zu möglichen Risikofaktoren für die Entwicklung von Long COVID.
- In der Therapie kommen u. a. aktivierende Bausteine aus der erprobten Behandlung anderer funktioneller Erkrankungen zum Einsatz.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: ja, von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.); Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: ja, von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.); Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): ja; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. AS ist Vorstand der DGNM, Mitglied der DKPM, DGVS, PSO, DKH, ESNM.

Autorinnen/Autoren



Andreas Stengel

Prof. Dr. med. Andreas Stengel, 2000–2006 Studium der Humanmedizin an der Charité Berlin, 2007–2010 Forschungsaufenthalt an der UCLA in Los Angeles, seit 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik in der Charité-Universitätsmedizin Berlin, seit 2014 Oberarzt in der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Tübingen, seit 2021 Leitender Oberarzt und Stellvertretender Ärztlicher Direktor in der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Tübingen.



Anna-Lena Weingärtner

Anna-Lena Weingärtner, M. Sc. Psychologin, 2013–2019 Psychologie-Studium an der Universität Tübingen. Aktuell Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin. Klinisches und wissenschaftliches Interesse an somatoformen Störungen und stressassozierten Erkrankungen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Stengel

Innere Medizin VI
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Osianderstraße 5
72076 Tübingen
Deutschland
Andreas.Stengel@med.uni-tuebingen.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Andreas Stengel, Tübingen.

Zitierweise für diesen Artikel

Weingärtner A-L, Stengel A. Fatigue bei Long COVID. *Psychother Psych Med* 2021; 71: 515–527. DOI: 10.1055/a-1544-8349.

Literatur

- [1] Burke RM et al. Symptom profiles of a convenience sample of patients with COVID-19 – United States, January–April 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020; 69: 904
- [2] Lopez-Leon S et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Available at SSRN 3769978 2021.
- [3] Tenforde MW et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network – United States, March–June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020; 69: 993
- [4] Carfi A et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020; 324: 603–605
- [5] Mandal S et al. 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax* 2021; 76: 396–398
- [6] Sollini M et al. Vasculitis changes in COVID-19 survivors with persistent symptoms: an [18 F] FDG-PET/CT study. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging* 2021; 48: 1460–1466
- [7] Halpin S] et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of medical virology* 2021; 93: 1013–1022
- [8] Malik P et al. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL) – A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* 2021
- [9] Townsend L et al. Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. *Plos one* 2020; 15: e0240784
- [10] Watt T et al. Fatigue in the Danish general population. Influence of sociodemographic factors and disease. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 827–833 doi: 10.1136/jech.54.11.827
- [11] Wessely S. The epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 139–151 doi: 10.1093/oxfordjournals.epirev.a036170
- [12] Chen MK. The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Prev Med* 1986; 15: 74–81 doi: 10.1016/0091-7435(86)90037-x
- [13] Lennartsson J et al. Characteristics of anaemic women. The population study of women in Goteborg 1968–1969. *Scand J Haematol* 1979; 22: 17–24 doi: 10.1111/j.1600-0609.1979.tb00395.x
- [14] Berger AM et al. Cancer-related fatigue. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 2010; 8: 904–931
- [15] Sharpe M et al. Fatigue. *BMJ* 2002; 325: 480–483
- [16] Holmes GP et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Annals of internal medicine* 1988; 108: 387–389
- [17] Totman R et al. Predicting experimental colds in volunteers from different measures of recent life stress. *Journal of Psychosomatic Research* 1980; 24: 155–163
- [18] Appels A et al. Inflammation, depressive symptomatology, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62: 601–605
- [19] Demitrack MA. Evidence for and pathophysiologic implications of hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. 1998
- [20] Naschitz J et al. Assessment of cardiovascular reactivity by fractal and recurrence quantification analysis of heart rate and pulse transit time. *Journal of human hypertension* 2003; 17: 111–118
- [21] Lam MH-B et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Archives of internal medicine* 2009; 169: 2142–2147
- [22] Katz BZ et al. The international collaborative on fatigue following infection (COFFI). *Fatigue: biomedicine, health & behavior* 2018; 6: 106–121
- [23] Katz BZ et al. Chronic fatigue syndrome after infectious mononucleosis in adolescents. *Pediatrics* 2009; 124: 189–193
- [24] Galbraith S et al. Peripheral blood gene expression in post-infective fatigue syndrome following from three different triggering infections. *Journal of Infectious Diseases* 2011; 204: 1632–1640
- [25] Hickie I et al. Post-infective and chronic fatigue syndromes precipitated by viral and non-viral pathogens: prospective cohort study. *Bmj* 2006; 333: 575
- [26] De Vito A et al. Epidemiology, clinical aspects, laboratory diagnosis and treatment of rickettsial diseases in the mediterranean area during COVID-19 pandemic: a review of the literature. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases* 2020: 12
- [27] Barroso J et al. Fatigue in HIV-infected people: a three-year observational study. *Journal of pain and symptom management* 2015; 50: 69–79
- [28] Moreno-Pérez O et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study. *Journal of Infection* 2021; 82: 378–383
- [29] Townsend L et al. Fatigue following COVID-19 infection is not associated with autonomic dysfunction. *PloS one* 2021; 16: e0247280
- [30] Schwille-Kiuntke J et al. Systematic review with meta-analysis: post-infectious irritable bowel syndrome after travellers' diarrhoea. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2015; 41: 1029–1037
- [31] Henningsen P et al. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2018; 87: 12–31
- [32] First MB et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2015; 14: 82–90
- [33] Roenneberg C et al. S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden. AWMF online 2018.

Bibliografie

PSYCH up2date 2022; 16: 37–52

DOI 10.1055/a-1694-6556

ISSN 2194-8895

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart,
Germany

Service für unsere Leser

**Sammelordner
voll?**



Neuen Ordner bestellen:

www.thieme.de/mein-up2date-ordner

up2date – Fortbildung mit dem roten Faden

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXHU3NB> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512021160211987



Frage 1

Welches ist kein Risikofaktor für vaskuläre Long COVID-Symptome?

- A Schwere der initialen SARS-CoV-2-Infektion
- B höheres Lebensalter
- C Weibliches Geschlecht
- D höherer Body-Mass-Index
- E Vorbestehende Lungenerkrankungen

Frage 2

Welche sind die 5 häufigsten Long COVID-Symptome?

- A Fatigue, Kopfschmerzen, Aufmerksamkeitsstörungen, Haarausfall, Atembeschwerden
- B Fatigue, Kopfschmerzen, Aufmerksamkeitsstörungen, Atembeschwerden, Husten
- C Fatigue, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Depressivität, Husten
- D Fatigue, Kopfschmerzen, Depressivität, Ängstlichkeit, Übelkeit
- E Fatigue, Kopfschmerzen, Aufmerksamkeitsstörungen, Atembeschwerden, Geruchs- und Geschmacksstörungen

Frage 3

Welche Aussage zum Vorkommen von Fatigue ist falsch?

- A Fatigue gehört zu den häufigsten Beschwerden in der Primärversorgung.
- B Fatigue ist ein Hauptsymptom bei verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen.
- C Personen mit idiopathischer Fatigue benötigen keine spezifische Behandlung.
- D 70–100% der onkologischen Patient*innen mit multimodaler Behandlung leiden unter Fatigue.
- E Frauen sind häufiger von Fatigue betroffen als Männer.

Frage 4

Welches ist ein Risikofaktor für die Long COVID Fatigue?

- A Schwere der initialen Erkrankung
- B männliches Geschlecht
- C höheres Lebensalter
- D Depression in der Vorgeschichte
- E höherer Body-Mass-Index

Frage 5

Welcher der folgenden Faktoren kann als additiv wirksam bei der biopsychosozialen Genese der Long COVID-Fatigue gelten?

- A Freisetzung von Zytokinen
- B Abwesenheit von somatische Vorerkrankungen
- C hohe Emotionsregulationsfähigkeit
- D hohe intellektuelle Differenzierungsfähigkeit
- E positive Beziehungserfahrungen

Frage 6

Welche Aussage zur diagnostischen Einordnung von Fatigue ist falsch?

- A Fatigue gehört zu den funktionellen Körperbeschwerden.
- B Funktionelle Körperbeschwerden sind immer im Rahmen einer somatoformen Störung zu sehen.
- C Long COVID Fatigue kann Symptom einer somatoformen Störung sein.
- D In der ICD-11 wird Fatigue der neuen Kategorie Bodily Distress Disorder (BDD) zugeordnet.
- E Bei der Behandlung von Personen mit somatoformen Störungen kommt es oft zu einer problematischen Arzt-Patienten-Beziehung.

Frage 7

Welche ICD-10-Diagnose fällt in der ICD-11 nicht in die Kategorie der Bodily Distress Disorder?

- A Neurasthenie
- B Fatigue
- C Somatisierungsstörung
- D Somatoforme autonome Funktionsstörung
- E Hypochondrische Störung

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 8

Welche Aussage zur initialen Grundversorgung von Personen mit funktionellen Körperbeschwerden ist richtig?

- A Die Patient*innen sollten empathisch behandelt aber zur Verhinderung einer somatischen Fixierung nicht nochmals körperlich untersucht werden.
- B Die Patient*innen sollten sorgfältig untersucht und empathisch beruhigt werden.
- C Die Patient*innen sollten dazu motiviert werden, sich zu schonen.
- D Es sollte eine ambulante störungsspezifische Psychotherapie eingeleitet werden.
- E In dieser Stufe stehen medikamentöse Therapieoptionen im Vordergrund.

Frage 9

Was ist im Rahmen der erweiterten Grundversorgung von Personen mit funktionellen Körperbeschwerden besonders wirksam?

- A aktive Bewältigungsmechanismen
- B Einnahme von Psychopharmaka
- C Physiotherapeutische Anwendungen wie Massagen
- D Akupunktur
- E Schonung und Vermeidung

Frage 10

Welche der folgenden Aussagen zur Ätiologie von Fatigue ist falsch?

- A Tritt Müdigkeit als Symptom einer schwerwiegenden Erkrankung auf, sind in den meisten Fällen weitere Symptome vorhanden, die auf die entsprechende Krankheit hindeuten.
- B Auch bei Patienten/Patientinnen ohne schweren Eisenmangel oder Anämie führt eine Eisensubstitution meist zu einer Reduktion der Fatigue-Symptomatik.
- C Fatigue kann durch die Einnahme von Medikamenten verursacht werden.
- D In verschiedenen Untersuchungen konnte ein Zusammenhang von selbst wahrgenommener psychosozialer Belastung und Müdigkeit gezeigt werden.
- E Wenn neben dem Symptom Müdigkeit keine weiteren Hinweise auf eine onkologische Erkrankung bestehen, ist eine Tumordiagnostik nicht obligat.

PSYCH up2date

1 · 2022

Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen
und dissoziative Störungen 7

Impulskontrollstörungen,
Verhaltenssüchte und
körperbezogene
Zwangserkrankungen

*Daniel Turner
Oliver Tüscher*

VNR: 2760512022161725595
DOI: 10.1055/a-1143-0096
PSYCH up2date 2022; 16 (1): 53–70
ISSN 2194-8895
© 2022. Thieme. All rights reserved.

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Dissoziative Symptome und Störungen Kathlen Priebe, Christian Stiglmayr, Christian Schmahl Heft 6/2018

Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom Matthias Michal Heft 1/2013

Kleptomanie Marc-Andreas Edel, Astrid Rudel, Georg Juckel Heft 5/2010

tprint

Dissoziative Störungen Kathlen Priebe, Christian Schmahl Heft 4/2008

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel.

Für Abonnenten kostenlos!
<https://eref.thieme.de/psych-u2d>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:
<https://eref.thieme.de/GCGGI>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt:

www.thieme.de/eref-registrierung.

Impulskontrollstörungen, Verhaltenssüchte und körperbezogene Zwangserkrankungen

Daniel Turner, Oliver Tüscher



Störungen dieser Art zeichnen sich durch impulsive, sich wiederholende Handlungen aus. Bis auf die Impulskontrollstörungen im engeren Sinne werden die meisten der einzelnen Störungsbilder heutzutage entweder dem Spektrum der Verhaltenssüchte oder den Zwangsstörungen zugeordnet und unterscheiden sich phänomenologisch u. a. durch die mit ihnen einhergehenden ich-syntonen oder ich-dystonen Affekte. Unbehandelt nehmen die Störungen meist einen chronischen Verlauf.

Einführung

Dysfunktionale Verhaltensweisen, wie die Pyromanie, die Kleptomanie oder die Trichotillomanie, wurden in der 10. Version der International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) noch im Kapitel der „Abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ zusammengefasst. Einendes Charakteristikum ist, dass das gezeigte pathologische Verhalten auf der Mikroebene (kurzfristige Verhaltensaushübung) immer wieder impulshaft auftritt und von den Patienten als unkontrollierbar erlebt wird. Die Betroffenen erleben einen intensiven unwiderstehlichen Drang, das entsprechende Verhalten auszuführen, sodass kurz vor der Handlung eine zunehmende innere Anspannung und Erregung auftritt. Die Ausführung des Verhaltens ist i. d. R. mit einem Gefühl der Euphorie und Lust verbunden und verschafft kurzfristig Erleichterung. Unmittelbar nach der Handlung können (müssen aber nicht) Reue, Scham, Selbstwürfe und/oder Schuldgefühle auftreten. Mit dem gezeigten Verhalten wird kein längerfristiges Ziel (im Sinne eines persönlichen Nutzens) verfolgt, sondern die Handlungen führen meist zu persönlichem Schaden oder zur Schädigung anderer Menschen.

Ähnlichkeiten in der Psychopathologie, Unterschiede in der Pathogenese

Trotz der psychopathologischen Ähnlichkeiten besteht mittlerweile Einigkeit darüber, dass die ursprünglich unter den Impulskontrollstörungen subsumierten Krankheitsbilder einige bedeutende pathogenetische Unterschiede vor allem auf der Makroebene (Pathogenese und Krankheitsverlauf) aufweisen. Daher kam es mit der Veröffentlichung der 5. Version des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) so-

wie der ICD-11 zu einer vollständigen Revision des Kapitels der Impulskontrollstörungen [1, 2].

Merke

Die ICD-11 unterscheidet nun zwischen Impulskontrollstörungen im engeren Sinne, den nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (Synonym: Verhaltenssüchte) und den Störungen, die dem Zwangsspektrum zugeordnet werden können.

Die Impulskontrollstörungen im engeren Sinne zeichnen sich durch impulsives Verhalten aus, welches sich meist, aber nicht notwendigerweise, auf einige Episoden pro Jahr beschränkt. Das impulsive Verhalten dient dabei der kurzfristigen Bedürfnisbefriedigung und wird trotz der damit einhergehenden langfristigen negativen Folgen (z. B. im persönlichen, familiären, schulischen oder beruflichen Bereich) fortwährend gezeigt.

Demgegenüber sind die Verhaltenssüchte (vergleichbar den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen) durch einen zunehmenden Kontrollverlust bezüglich Beginn, Frequenz, Intensität, Dauer und Beendigung des Verhaltens charakterisiert sowie dadurch, dass das Verhalten immer mehr an Priorität im Leben der Betroffenen erlangt und dieses trotz negativer Konsequenzen fortgeführt oder sogar intensiviert wird.

Bei den Impulskontrollstörungen, die dem Zwangsspektrum zugeordnet werden, erleben die Betroffenen vor der Handlung eher ängstliche Gefühle oder eine hohe innere Anspannung, die durch die Handlung Erleichterung finden. Die impulsiven Verhaltensweisen werden hier entsprechend den anderen Zwangserkrankungen eher als ich-dyston wahrgenommen. Nach der Handlung verspüren die Betroffenen häufig Scham- und Schuldgefühle, sodass sie aktiv ver-

► **Tab. 1** Terminologie und diagnostische Zuordnung der Impulskontrollstörungen in den verschiedenen Diagnosemanualen.

Störungsbild	ICD-10	ICD-11	DSM-5
pathologische Brandstiftung (Pyromanie)	Störungen der Impulskontrolle (F63.1)	Impulskontrollstörungen	Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen
pathologisches Stehlen (Kleptomane)	Störungen der Impulskontrolle (F63.2)	Impulskontrollstörungen	Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen
zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung	sexuelle Funktionsstörungen	Impulskontrollstörungen	nicht aufgeführt
intermittierend explosives Verhalten	Residualkategorie der Impulskontrollstörungen (F63.8)	Impulskontrollstörungen	Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen
Glücksspielsucht	Störungen der Impulskontrolle (F63.0)	Verhaltenssüchte	Verhaltenssüchte
Computer- und Videospielsucht	Residualkategorie der Impulskontrollstörungen (F63.9)	Verhaltenssüchte	nicht aufgeführt
pathologisches Kaufen	Residualkategorie der Impulskontrollstörungen (F63.9)	nicht aufgeführt	nicht aufgeführt
pathologisches Haareausreißen (Trichotillomanie)	Impulskontrollstörungen (F63.3)	Zwangsstörungen	Zwangsstörungen
pathologisches Hautzupfen (Dermatillomanie)	Residualkategorie der Impulskontrollstörungen (F63.9)	Zwangsstörungen	Zwangsstörungen

suchen, das Verhalten vor anderen Personen zu verstecken.

Merke

Bei den Impulskontrollstörungen im engeren Sinne und den Verhaltenssüchten werden die impulsiven Handlungen als ich-synton erlebt. Bei den Störungen, die dem Zwangsspektrum zugeordnet werden, wird das impulsive Verhalten dagegen als ich-dyston erlebt.

Es besteht allerdings weiterhin Uneinigkeit zwischen den diagnostischen Manualen bezüglich der Einordnung der einzelnen Störungsentitäten zu der jeweiligen übergeordneten Syndromkategorie (► **Tab. 1**).

Verlauf und Epidemiologie

In der Regel beginnen die hier besprochenen Störungen in der späten Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter. Die Störungsbilder können einen überwiegend periodischen (z.B. intermittierend explosives Verhalten oder Pyromanie) oder einen kontinuierlich chronischen Verlauf (z.B. Computer- oder Glücksspielsucht) aufweisen, wobei hier keine klare Trennung möglich ist und sich im Verlauf der Erkrankung beide Verlaufsformen auch abwechseln können. Die Geschlechterverteilung variiert stark, wobei von Erkrankungen, die sich eher dem Zwangsspektrum zuordnen lassen, mehr Frauen als Männer und bei den verhaltensabhängigen und impulsiv-aggressiven Störungen mehr Männer als Frauen betroffen sind.

Merke

Die sexuell zwanghafte Verhaltensstörung, das pathologische Kaufen sowie die Glücksspielsucht beginnen i. d. R. etwas später im Vergleich zu den übrigen Störungsbildern.

Allgemeine Diagnostik

Der diagnostische Prozess folgt dem allgemein üblichen Vorgehen bei V. a. Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit Anamneseerhebung inklusive psychopathologischem Befund sowie körperlich-neurologischer Untersuchung. Bei plötzlich aufgetretener Symptomatik oder bei einem Beginn im mittleren oder späteren Erwachsenenalter sollten ergänzende laborchemische und bildgebende Untersuchungen durchgeführt werden, um eine mögliche hirnorganische Ursache zu entdecken (z. B. zerebrale Ischämien, Blutungen, Raumforderungen oder entzündliche Prozesse). Auch eine ausführliche Medikamenten- und Suchtmittelanamnese ist unabdingbar.

Merke

Impulsive Verhaltensweisen werden gehäuft bei Patienten mit Morbus Parkinson und speziell unter der Einnahme von Dopamin-Agonisten gesehen. Diese können sich zu Impulskontrollstörungen oder Verhaltenssüchten entwickeln.

Klinik und diagnostische Besonderheiten der einzelnen Störungsbilder

Pathologische Brandstiftung

Klinik

Die Betroffenen legen entweder häufig Feuer an Gebäuden oder anderem Eigentum und/oder beschäftigen sich anhaltend mit dem Thema Feuer oder Brandstiftung (z. B. brennbare Utensilien aber auch Brandbekämpfung durch die Feuerwehr). Die Betroffenen können beispielsweise bei Bränden in der Umgebung immer wieder als Schaulustige auftreten oder auch selbst der Feuerwehr beitreten, um immer wieder in die Nähe von Bränden und Feuer zu geraten. Dem eigentlichen Feuerlegen geht meist eine Episode mit hoher innerer Anspannung oder Erregung voraus, während sich beim Feuerlegen Vergnügen, Befriedigung oder Entspannung einstellt. Den verursachten Schäden an Personen oder Gegenständen stehen die Betroffenen emotional indifferent gegenüber.

Die Pyromanie als isolierte Diagnose ist insgesamt selten. Selbst in forensisch-psychiatrischen Stichproben von Personen, die aufgrund von Brandstiftung verurteilt wurden, weisen i. d. R. weniger als 1% die Diagnose einer Pyromanie auf. Die Störung beginnt häufig im Kindes- oder Jugendalter und tritt episodisch auf. Bei der Pyromanie findet man ein deutliches Überwiegen des männlichen Geschlechts (etwa 8:1).

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Viel häufiger als die Brandstiftung im Rahmen einer Pyromanie ist eine Brandstiftung aufgrund anderer Motive, z. B. politische Motivation. Die Brandstiftung im Rahmen der Pyromanie ist ein impulsiver Akt und dient in erster Linie dem Abbau der eigenen inneren Anspannung. Bei Kindern sollten außerdem wiederholte Episoden des Feuerlegens im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens von der Pyromanie abgegrenzt werden. Bei einer Störung des Sozialverhaltens treten neben dem Feuerlegen auch in anderem Kontext aggressive oder impulsive Verhaltensweisen auf, z. B. zu Hause oder in der Schule.

Gleiches gilt für Erwachsene mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung. Bei diesen Personen wird mit der Brandlegung i. d. R. ein höheres Motiv verfolgt, z. B. das Verdecken einer Straftat oder Versicherungsbetrug. Auch die wiederholte Brandstiftung als Reaktion auf eine wahnhaftige Verkennung oder Halluzinationen im Rahmen psychotischer Erkrankungen sollten differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden. So findet man bei Patienten, die aufgrund eines Brandstiftungsdelikts in einer forensisch-psychiatrischen Klinik untergebracht sind, bei gut $\frac{1}{3}$ der Patienten eine psychotische Erkrankung. Bei Remission der psychotischen

Symptomatik lässt sich bei diesen Patienten kein Hang zum Feuerlegen mehr beobachten.

Merke

Bei der Pyromanie wird mit dem Akt der Brandstiftung kein höheres Motiv verfolgt, sondern sie ist ein impulsives Verhalten, das dem Spannungsabbau dient.

Pathologisches Stehlen

Klinik

Die Betroffenen erleben immer wieder den Impuls, Dinge zu stehlen. Die gestohlenen Gegenstände werden allerdings nicht benötigt und das Stehlen an sich dient auch nicht der persönlichen Bereicherung. Vielmehr werden die gestohlenen Gegenstände häufig weggeworfen, verschenkt, gehortet oder sogar zurückgebracht. Der Akt des Stehlens wird von einem Gefühl der Befriedigung oder des Spannungsabbaus begleitet.

Merke

Die Betroffenen sind sich darüber bewusst, dass das Stehlen verboten ist und können das Stehlen i. d. R. auch vermeiden, wenn eine unmittelbare Gefahr droht (z. B. Anwesenheit der Polizei).

Typischerweise liegt der Beginn der Erkrankung im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter. Frauen sind in etwa 3-mal so häufig betroffen wie Männer. Das DSM-5 unterscheidet 3 Verlaufsformen:

1. sporadisches Auftreten mit kurzen Episoden, in denen impulshaft geklaut wird, und langen Zeitspannen der Remission
2. episodisches Auftreten mit langanhaltenden Perioden des Stehlens und Perioden der Remission
3. chronisches Auftreten ohne zwischenzeitliche Remission

Nur ein überaus geringer Anteil der Personen, die aufgrund eines Ladendiebstahls verurteilt wurden, weist eine Kleptomanie auf.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Der gewöhnliche Diebstahl muss abgegrenzt werden. Dieser wird mit einer klaren Zielsetzung durchgeführt, z. B. motiviert durch den Gebrauchs- oder Geldwert des gestohlenen Gegenstands. Auch Diebstähle im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens oder einer dissozialen Persönlichkeitsstörung müssen abgegrenzt werden. Auch bei diesen Störungsbildern kann das Stehlen impulshaften Charakter annehmen, jedoch dient es nicht dem Spannungsabbau, sondern der Aneignung fremden Eigentums zur eigenen Bereicherung. Auch wiederholtes Stehlen im Rahmen einer manischen oder psychotischen Episode muss berücksich-

tigt werden, wobei die Abgrenzung i. d. R. gut gelingen sollte. Als komorbide psychische Erkrankungen findet man neben affektiven Störungen, Angststörungen, einer ADHS und einer Alkoholabhängigkeit auch häufig Essstörungen.

Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

Klinik

Die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung ist charakterisiert durch einen andauernden und wiederkehrenden sexuellen Drang oder sexuelle Impulse, die als unwiderstehlich und unkontrollierbar empfunden werden [2, 3]. Der sexuelle Drang kann sich hierbei in sexuellen Fantasien, Masturbation, Geschlechtsverkehr aber auch sämtlichen anderen Verhaltensweisen, die zu sexueller Erregung führen, präsentieren. Häufig führt das Verhalten zu bedeutenden Einschränkungen im persönlichen oder beruflichen Leben der Betroffenen und wiederholte Versuche, das sexuelle Verhalten zu reduzieren, bleiben erfolglos. In vielen Fällen wird das sexuelle Verhalten als Coping-Strategie zum Umgang mit negativen Emotionen eingesetzt.

FALLBEISPIEL

Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

Der 48-jährige Herr M. stellt sich überwiesen vom Hausarzt bei Ihnen vor, nachdem er dort wegen Erektionsproblemen um die Verschreibung einer Medikation gebeten hatte. Herr M. berichtet, dass er seit der Geburt des 2. Kindes vor etwa 2 Jahren keinen Sex mehr mit seiner Frau hatte. Relativ zeitgleich habe er begonnen, sich in seinem Hobbykeller im Internet Pornos anzuschauen. Während er anfangs etwa 2-mal in der Woche beim Anschauen der Filme masturbierte, steigerte sich der Pornografiekonsum in der Folge immer weiter und Herr M. verbrachte ganze Nächte im Keller auf der Suche nach dem „perfekten“ Film. Gegenüber seiner Frau gab er an, dass er ein Onlinespiel spiele. Seine Frau würde immer wieder Versuche unternehmen, das gemeinsame Sexualleben wiederaufzufrischen. Hierbei reagierte Herr M. allerdings wiederholt mit einer Erektionsproblematik, traute sich aber auch nicht, seiner Frau von dem pornografischen Filmkonsum zu erzählen. Mittlerweile sei sein Verhalten bereits wie ein Zwang und wenn es über ihn komme, dann müsse er beispielsweise auch vom Esstisch aufstehen und kurz im Internet nachschauen. Vor einigen Tagen, nach einer Auseinandersetzung mit einem Kollegen, habe er sich selbst auf der Arbeit pornografisches Material angeschaut und sei anschließend auf die Toilette gegangen, um zu masturbieren. Er habe große Angst davor, dadurch seinen Job zu verlieren und seine Ehe aufs Spiel zu setzen.

Die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung beginnt meist etwas später als die anderen Störungsbilder. Auch ein Beginn z. B. im mittleren Lebensalter lässt sich durchaus bei manchen Patienten beobachten. Männer scheinen häufiger ein pathologisch gesteigertes Sexualverhalten aufzuweisen. Über den Verlauf der Erkrankung ist noch relativ wenig bekannt, es kann aber davon ausgegangen werden, dass die sexuelle Dranghaftigkeit, auch hormonell bedingt, mit zunehmendem Lebensalter immer mehr abnimmt.

Merke

Männer zeigen häufiger pathologisch gesteigertes sexuelles Verhalten – allerdings fällt die Geschlechtsverteilung mit 2:1 geringer aus, als landläufig angenommen.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

In der ICD-11 spricht man von zwanghafter sexueller Verhaltensstörung. Gleichzeitig wird die Störung aber den Impulskontrollstörungen zugeordnet. Auch wenn das pathologisch gesteigerte Sexualverhalten im DSM-5 nicht als eigenständige Diagnose aufgenommen wurde, erinnert die diagnostische Konzeption der vorgeschlagenen Diagnose stark an die nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen, was die pathogenetische Unsicherheit verdeutlicht, die auch den diagnostischen Prozess erschwert. Dazu kommt noch, dass die Sexualität (im Vergleich zu den anderen hier besprochenen Störungsbildern) ein stark mit Scham besetztes Thema darstellt – nicht nur auf Seiten der Patienten, sondern auch auf Seiten der Behandler. Dies gilt insbesondere für ungewöhnliche sexuelle Interessen und Verhaltensweisen, die sich aber durchaus bei einer nicht geringen Zahl an Betroffenen mit zwanghafter sexueller Verhaltensstörung finden lassen.

Merke

Die Erhebung einer (kurzen) Sexualanamnese sollte bei der allgemeinen psychiatrischen Befunderhebung immer dazugehören.

Differenzialdiagnostisch sollte zunächst gesteigertes sexuelles Verhalten im Rahmen einer manischen Episode ausgeschlossen werden. Auch unter dem Einfluss von Drogen, insbesondere Kokain und Amphetaminen, kann es zu gesteigertem Sexualverhalten kommen. Auch im Rahmen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen lässt sich häufig ein gesteigertes und risikoreiches Sexualverhalten beobachten. Besonderer differenzialdiagnostischer Berücksichtigung bedürfen die Störungen der Sexualpräferenz (Synonym: paraphile Störungen). Auch eine paraphile Störung kann durch eine hohe sexuelle Dranghaftigkeit gekennzeichnet sein. Allerdings bezieht sich das sexuelle Interesse von Personen mit einer paraphilen Störung nicht auf phänotypisch normale, körperlich erwachsene, einwilli-

gende menschliche Partner [1]. Beide Störungen können komorbid nebeneinander auftreten.

Merke

Patienten mit einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung weisen ein erhöhtes Risiko auf, an einer sexuell übertragbaren Erkrankung zu leiden. Bei begründetem Verdacht sollte daher eine Abklärung erfolgen, inklusive HIV-Testung.

Intermittierend explosibles Verhalten

Klinik

Bei der intermittierend explosiblen Störung zeigen die Betroffenen wiederholte aggressive Impulsdurchbrüche, die sich in verbaler Aggression (z. B. Wutausbrüche, verbale Auseinandersetzungen) oder körperlicher Aggression gegen Gegenstände, Tiere oder andere Personen richten können [1]. Vor dem aggressiven Ausbruch verspüren die Betroffenen eine starke innere Anspannung, die sich durch den Verhaltensausbruch wieder abbaut. Typischerweise sind die aggressiven Ausbrüche impulsiv, d. h. sie dienen nicht der Erreichung bestimmter Ziele und treten für gewöhnlich als Reaktion auf eine unbedeutende Provokation auf. Sie dauern i. d. R. nicht länger als 30 Minuten.

Merke

Zentrales Merkmal der intermittierend explosiblen Störung ist das Versagen der Kontrolle über impulsiv-aggressives Verhalten als Reaktion auf eine geringfügige Provokation, meist durch nahe Angehörige.

Die Störung findet ihren Beginn meist in der späten Kindheit oder im Jugendalter. Nur sehr selten tritt sie erstmals bei Erwachsenen nach dem 40. Lebensjahr auf. Männer sind hierbei im Verhältnis 2:1 doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Meist äußert sich die Störung episodisch, kann unbehandelt aber auch einen chronisch-persistierenden Verlauf nehmen.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnostisch sollte zuerst an wiederkehrende impulsive Ausbrüche im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung gedacht werden. Auch bei der Borderline- sowie bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung gehört impulsives Verhalten zu den diagnostischen Merkmalen. Bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung stellt sich das impulsiv-aggressive Verhalten allerdings meist zielgerichtet dar, z. B. um die eigenen Bedürfnisse durchzusetzen. Die Abgrenzung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung ist schwieriger, da hier die aggressiv-impulsiven Verhaltensausbrüche ebenfalls oft als Reaktion auf eine Nichtigkeit auftreten und sich häufig gegen enge Angehörige richten. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen neben Wutausbrüchen noch andere impulsive Verhaltensweisen,

FALLBEISPIEL

Intermittierend explosible Störung

Herr B., Ende 20, stellt sich in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie vor. Er berichtet, dass er einen kleinen, aber gut gehenden Handwerksbetrieb habe und glücklich verheiratet sei. Als Grund für seine Vorstellung nennt Herr B. „schlimme“ Wutausbrüche, die seit ungefähr 1 Jahr auftreten würden. Zunächst habe er gedacht, dass er einfach zu viel Stress habe und deswegen etwas „dünnhäutig“ geworden sei. Nach einem 3-wöchigen Urlaub seien die Wutausbrüche aber auch nicht weniger geworden und auch während des Urlaubs habe er seine Frau mehrfach angeschrien. Dies belastete die Beziehung zunehmend. Mittlerweile würden sich seine Aggressionen und seine Wut auch gegen seine Mitarbeiter richten. Neulich habe er einem Mitarbeiter sogar seinen Schlüssel an den Kopf geworfen. Den Grund für seine „Ausraster“ wisse er, wenn er sich beruhigt habe, meist gar nicht mehr.

In der psychiatrischen Exploration ergeben sich außer den wiederholten Wutausbrüchen keine psychopathologischen Auffälligkeiten. Insbesondere sind Aufmerksamkeit und Konzentration in der Norm und Herr B. zeigt neben den Wutausbrüchen kein anderes impulsives Verhalten. Ebenso sind Stimmung und Antrieb in der Norm. Herr B. war bisher noch nie in psychiatrischer Behandlung und trinkt nur selten Alkohol. Somit können ADHS, eine Persönlichkeitsstörung, eine Suchterkrankung und eine affektive Störung ausgeschlossen werden und die Diagnose einer intermittierend explosiblen Störung gestellt werden.

z. B. rücksichtsloses Fahren, Substanzmissbrauch, Essanfälle [1].

Merke

Auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist durch wiederholte Wutausbrüche und impulsives Verhalten gekennzeichnet. Darüber hinaus besteht ein Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, welches bei der intermittierend explosiblen Störung fehlt.

Auch ADHS oder Störungen aus dem Autismus-Spektrum müssen differenzialdiagnostisch bedacht werden, lassen sich auch bei diesen Störungsbildern bei manchen Patienten aggressive Ausbrüche beobachten. Gleiches gilt für Menschen mit einer Intelligenzminde rung. Eine intermittierend explosible Störung sollte nicht diagnostiziert werden, wenn die impulsiven Ausbrüche ausschließlich im Rahmen einer akuten Alkohol- oder Drogenintoxikation bzw. während des Entzugs von einer dieser Substanzen auftreten.

Merke

In der Kindheit findet man häufig ein komorbides Auftreten von ADHS und einer intermittierend explosiblen Störung (etwa 20%).

Pathologisches Spielen**Klinik**

Aufgrund der pathophysiologischen Ähnlichkeiten mit den stoffgebundenen Suchterkrankungen wird das pathologische Spielen sowohl in der ICD-11 als auch im DSM-5 den Verhaltenssuchten zugeordnet. Beim pathologischen Spielen können die Betroffenen dem Impuls zum wiederholten Glücksspiel nicht widerstehen. Es entwickelt sich im Verlauf der Erkrankung ein zunehmender Kontrollverlust über das eigene Spielverhalten und eine zunehmende Toleranz, sodass immer häufiger gespielt werden muss und immer höhere Einsätze nötig werden. Außerdem kommt es regelhaft zu einer andauernden gedanklichen Beschäftigung mit dem Spielen, sodass der Alltag, die Familie, der Beruf oder die schulische Ausbildung leiden. Täglich wird immer mehr Zeit dafür aufgebracht, die nächste Spielmöglichkeit zu planen oder Geld für eine erneute Spielmöglichkeit zu besorgen.

Insbesondere bei jungen Männern findet man eine Prävalenz des pathologischen Spielens von bis zu 2%. Darüber hinaus fangen Männer im Schnitt früher mit dem Glücksspiel an. Betroffene spielen i. d. R. maximal 2 verschiedene Arten von Glücksspiel, wobei das Spielen an Automaten in den letzten Jahren durch das Online-Glücksspiel als häufigste Form des pathologischen Spielens ersetzt worden ist [1]. Das Glücksspiel kann dabei dauerhaft oder episodisch auftreten und es kann wiederholt zu Phasen sog. „Chasings“ kommen.

Merke

„Chasing“ beschreibt das starke Bedürfnis zum Weiterspielen, i. d. R. mit deutlich höheren Wetteinsätzen und Risiko als üblich, um einen zuvor erlebten Geldverlust wieder auszugleichen. Chasing findet man häufig in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnostisch muss zuallererst das professionelle vom sozialen Glücksspiel abgegrenzt werden. Insbesondere beim professionellen Spielen liegen eine hohe Disziplin und die vollständige Kontrolle über den Beginn, die Dauer und die Beendigung des Spielens vor. Das soziale Spielen, z. B. unter Freunden, ist i. d. R. zeitlich begrenzt und die zu erwartenden Verluste sind überschaubar. Häufiges Spielen im sozialen Kontext kann der Entwicklung eines pathologischen Spielens vorausgehen. Auch im Rahmen von manischen Episoden kann ein exzessives Spielverhalten beobachtet werden. Nur wenn das Spielverhalten über die mani-

sche Episode hinaus persistiert, sollte die Diagnose pathologisches Spielen vergeben werden. Häufige komorbide Erkrankungen sind Nikotinabusus (bis zu 60%), substanzabhängige Suchterkrankungen (bis zu 55%), affektive Erkrankungen (bis zu 38%) und Angsterkrankungen (bis zu 37%) [4]. Daneben findet sich häufig auch eine komorbide dissoziale, narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörung (bis zu 40%).

Computer- und Videospielesucht**Klinik**

Die Betroffenen haben keine Kontrolle mehr über ihre individuelle Internet- oder Computernutzung, was langfristig zu alltagsrelevanten Beeinträchtigungen führt, wie Jobverlust und Vernachlässigung der Familie. Die Symptomentwicklung von Gewöhnung, über problematischen Gebrauch bis hin zur Sucht ist ähnlich der des pathologischen Spielens und der stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. So verspüren die Betroffenen ein starkes Verlangen, wenn sie aktuell nicht spielen oder im Internet surfen können (Craving), eine zunehmende Toleranzentwicklung sowie psychische Entzugerscheinungen, z. B. starke Stimmungsschwankungen, erhöhte Reizbarkeit und eine niedrigere Frustrationstoleranz.

Die Störung beginnt i. d. R. im Jugendalter. Während man bei Jugendlichen Prävalenzen bis zu 5% findet, liegen die Schätzungen bei Erwachsenen meist unter 1% [5]. Es kann gemutmaßt werden, dass durch die zunehmende Digitalisierung in den letzten Jahren das durchschnittliche Ersterkrankungsalter immer weiter gesunken ist. Männer zeigen in etwa doppelt so häufig Symptome einer Videospielesucht im Vergleich zu Frauen. Spiele der Kategorie „Massively Multiplayer Online Role-Playing“ (z. B. World of Warcraft) werden besonders häufig gespielt. Das pathologische Verhalten kann durchgehend oder episodisch auftreten.

Merke

Die Computer- und Videospielesucht persistiert nur bei einem geringen Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Das problematische Verhalten sollte bereits seit mindestens 12 Monaten vorliegen, bevor die Störung diagnostiziert wird, um eine Pathologisierung übermäßiger Computernutzung, insbesondere im Zeitalter der zunehmenden Digitalisierung, zu verhindern. Sollte aber ein hoher Schweregrad vorliegen, kann die Diagnose auch bei kürzerer Dauer erwogen werden.

Differenzialdiagnostisch sollte noch spezifiziert werden, ob hauptsächlich online oder offline gespielt wird, wobei mittlerweile die Anzahl der Betroffenen, die online spielen, deutlich überwiegen dürfte. Komorbid treten häufig ADHS, affektive Störungen und Angsterkrankungen auf. Auch komorbide Suchterkrankungen sind häufig.

Merke

Mit dem strukturierten klinischen Interview zu internetbezogenen Störungen (AICA-SKI:IBS) existiert ein auch im deutschsprachigen Raum validiertes Instrument zur sicheren Diagnostik der Computer- und Videospieldsucht [6].

Pathologisches Kaufen

Klinik

Das pathologische Kaufen findet sich weder im DSM-5 noch in der ICD-11 als eigenständige diagnostische Entität, dennoch wurde eine Inklusion rege diskutiert. Die Betroffenen zeigen wiederkehrende und nicht zu kontrollierende Impulse, immer wieder einkaufen zu müssen. Das Kaufverhalten wird fortgesetzt und sogar weiter gesteigert, trotz bereits eingetretener negativer finanzieller oder psychosozialer Folgen. Es werden i. d. R. unsinnige oder nicht benötigte Dinge gekauft oder Dinge in ungewöhnlich hoher und nicht benötigter Stückzahl. Die gekauften Gegenstände werden nur selten tatsächlich genutzt und werden meist versteckt oder gehortet. Dem Kaufen an sich geht eine hohe innere Anspannung voraus, die durch das Kaufen abnimmt.

Merke

Die Betroffenen kaufen nicht nur unkontrolliert ein, sondern verbringen auch viel Zeit des Tages damit, nach den neuesten Angeboten zu suchen oder Angebote zu vergleichen.

Die Störung beginnt meist im späten Jugend- oder frühen Erwachsenenalter, obwohl auch ein Beginn nach dem 30. Lebensjahr beschrieben wurde. Auch wenn vermutet wird, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer, gibt es ebenso Untersuchungen, die keinen Geschlechterunterschied gefunden haben. Zum Verlauf der Erkrankung ist noch relativ wenig bekannt. Generell kann aber zwischen Personen unterschieden werden, die täglich impulsiv und unkontrolliert einkaufen, und Personen, die nur episodisch im Rahmen von „Kaufattacken“ unkontrolliert einkaufen, dann aber überproportional viel einkaufen und/oder Geld ausgeben. Zu Beginn der Erkrankung ist das Kaufen noch mit positiven Gefühlen verbunden, im Verlauf wird das Kaufen aber immer häufiger dazu eingesetzt, um negative Gefühle zu vermeiden oder abzubauen.

Außerdem treten psychische Entzugssymptome auf, wenn nicht eingekauft werden kann.

Merke

Aufgrund der psychodiagnostischen Ähnlichkeiten wurde vorgeschlagen, dass das pathologische Kaufen am ehesten den Verhaltenssuchten zuzuordnen ist.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnostisch muss insbesondere an die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung gedacht werden. Bei manchen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann das wiederholte impulsive Kaufen zum Abbau von Anspannung und zur Emotionsregulation eingesetzt werden. Eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung findet sich aber auch häufig als komorbide psychische Störung, ebenso wie eine ängstlich-vermeidende oder zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Weitere häufig anzutreffende komorbide psychische Erkrankungen sind depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen und andere Impulskontrollstörungen. Wichtig ist zu unterscheiden, ob die komorbide psychische Störung bereits vor dem Beginn des pathologischen Kaufverhaltens bestanden hat oder reaktiv auf die erlebten finanziellen und psychosozialen Folgen aufgetreten ist. Insbesondere depressive Erkrankungen können häufig als auslösender Faktor des unkontrollierten Kaufens gefunden werden.

Trichotillomanie

Klinik

Bei der Trichotillomanie verspüren die Betroffenen einen drängenden und quälenden Impuls, sich die Haare ausreißen zu müssen. Bei vielen Betroffenen geht dies langfristig mit einem beachtlichen Haarverlust einher, wobei häufig versucht wird, den Haarverlust vor anderen zu verstecken, z. B. durch das Tragen von Perücken oder Make-up. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zum wiederholten und erfolglosen Versuch, das Haarausreißen einzuschränken oder zu unterlassen. Ähnlich wie bei den Impulskontrollstörungen und den Verhaltenssuchten tritt vor dem eigentlichen Verhalten eine erhöhte innere Anspannung und Erregung auf, die sich durch das Haarausreißen abbaut. Im Gegensatz zu den Impulskontrollstörungen und den Verhaltenssuchten wird das Verhalten allerdings als ichdyston empfunden oder es kann gänzlich automatisiert ablaufen. Daher besteht bei der Trichotillomanie eine Nähe zu den Zwangserkrankungen.

Merke

Das Ausreißen der Haare kann sich auf alle behaarten Körperregionen beziehen, am häufigsten sind allerdings Kopfbehaarung, Augenbrauen und Wimpern betroffen [1].

INFO

Häufige dermatologische Erkrankungen, die mit Haarverlust einhergehen:

- **Alopecia areata**
Akut einsetzender, entzündlich bedingter Haarausfall, der sich in umschriebenen, meist kreisrunden oder ovalen Bereichen der Kopfhaut zeigt. Es wird eine autoimmune Genese vermutet.
- **Psoriasis**
Bei starkem Befall der behaarten Kopfhaut kann es durch Schädigung der Haarfollikel zu einem inselförmigen Haarausfall kommen (Alopecia psoriatica).
- **Androgeninduzierte Alopezie**
Während der androgeninduzierte Haarverlust beim Mann physiologisch ist, ist er bei der Frau pathologisch. Häufig tritt er nach dem Klimakterium auf.
- **Diskoider Lupus erythematodes**
Entstehung von rötlichen, scheibenförmigen Hautarealen, die häufig mit festhaftenden Schuppen und Krusten belegt sind. Ist die behaarte Kopfhaut betroffen, kann es zu einem irreversiblen Haarausfall kommen.
- **Lichen planus follicularis**
Hier kommt es zur Ausbildung von Papeln an den Haarfollikeln, die mit einem vernarbenden Haarausfall einhergehen. Man vermutet eine virusbedingte Autoimmunreaktion als Ursache.
- **Acne inversa**
Entzündung der Talgdrüsen und Haarfollikel, z. B. in der Achselhöhle oder der Leistenregion.

Laut DSM-5 sind Frauen im Verhältnis 10:1 deutlich häufiger betroffen als Männer [1]. Der Beginn der Erkrankung lässt sich i. d. R. auf den Zeitraum um die Pubertät festlegen. In der Folge kann sich das Haareausreißen entweder in kürzeren Episoden über den ganzen Tag verteilen oder sich in selteneren Episoden äußern, die dann aber über mehrere Stunden andauern. Unbehandelt verläuft die Erkrankung i. d. R. chronisch, auch wenn es im Verlauf immer wieder Phasen von mehreren Monaten oder auch Jahren geben kann, in denen keine Symptome auftreten.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Vor der Diagnosestellung müssen dermatologische Ursachen für den Haarverlust ausgeschlossen werden (s. Infobox). Sollte diagnostische Unklarheit bestehen, kann eine Hautbiopsie und Dermatoskopie durchgeführt werden. Bei der Trichotillomanie findet man bei den Betroffenen dann eine verringerte Haardichte, kurze Vellushaare und abgebrochene Haare unterschiedlicher Länge [1].

Im Rahmen einer körperdysmorphen Störung können Haare, die als hässlich oder abnorm empfunden werden, gezielt herausgerissen oder anderweitig entfernt werden. In einem solchen Fall sollte keine Trichotillomanie diagnostiziert werden. Bei Personen mit einer Intelligenzminderung oder einer Autismus-Spektrum-Störung lässt sich selten ein wiederholtes Haareausreißen als Ausdruck von Bewegungsstereotypien beobachten. Hier ist der Beginn des Verhaltens aber deutlich früher, meist bereits im frühen Kindesalter. Gleiches gilt für Tic-Störungen. Häufig findet man komorbide depressive Störungen sowie eine Dermatillomanie.

Merke

Häufig zeigen Patienten mit Trichotillomanie auch andere körperbezogene Verhaltensauffälligkeiten wie Nägelkauen.

Dermatillomanie**Klinik**

Die Dermatillomanie ist eng verwandt mit der Trichotillomanie, was sich auch in den diagnostischen Kriterien widerspiegelt. So umfassen die diagnostischen Kriterien der Dermatillomanie das wiederkehrende Zupfen oder Quetschen der Haut, was Hautverletzungen zur Folge hat, wiederholte Versuche, das Hautzupfen/-quetschen einzuschränken oder zu unterlassen. Auch darf das Hautzupfen/-quetschen nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder einer anderen somatischen oder psychischen Erkrankung sein [1]. Am häufigsten wird die Haut im Gesicht, an den Armen und an den Händen manipuliert. Hierbei nutzen die Betroffenen sowohl die eigenen Fingernägel als auch andere Gegenstände, z. B. Pinzetten oder Nadeln. Ebenso wie bei der Trichotillomanie wird das pathologische Verhalten eher als ich-dyston erlebt und kann mit Schamgefühlen einhergehen, sodass auch die Dermatillomanie den Störungen des Zwangsspektrums zugeordnet wird.

Insgesamt tritt die Dermatillomanie seltener auf als die Trichotillomanie. Frauen sind aber ebenfalls im Verhältnis 4:1 häufiger betroffen als Männer. Die Erkrankung nimmt ihren Beginn i. d. R. mit oder nach der Pubertät, das Erstauftreten scheint aber stärker zu variieren als bei der Trichotillomanie. Bleibt die Störung unbehandelt, ist der Verlauf chronisch.

Merke

Bei der Dermatillomanie kann es im Verlauf der Erkrankung aufgrund der fortgesetzten Gewebeschädigungen zu Entzündungen kommen, die antibiotisch behandelt werden müssen, und die Narbenbildung kann teilweise so massiv werden, dass Operationen notwendig werden.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Im Rahmen eines Dermatozoenwahns bei psychotischer Erkrankung oder von taktilen Halluzinationen, z.B. beim Alkoholentzugsdelir, können ebenfalls Hautverletzungen durch Hautzupfen/-quetschen entstehen. Bei Remission der psychotischen Symptomatik sistiert aber auch das Hautzupfen/-quetschen. Wiederholtes Hautzupfen/-quetschen kann auch im Rahmen von Bewegungsstereotypien bei verschiedenen Entwicklungsstörungen auftreten (besonders häufig beim Prader-Willi-Syndrom). Auch wiederholte Verletzungen der Haut als Ausdruck von ausgeprägtem selbstverletzendem Verhalten, z.B. im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, können sich klinisch ähnlich zur Dermatillomanie präsentieren. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden die Selbstverletzungen aber häufig bei Vorliegen eines chronischen Leeregefühls eingesetzt, um sich selbst zu spüren. Substanzen wie Kokain können zu starkem Juckreiz führen, wodurch die Betroffenen versuchen, sich durch wiederholtes Hautzupfen/-quetschen Linderung zu verschaffen.

Komorbid finden sich häufig andere Zwangsstörungen und affektive Störungen. Sehr häufig findet man eine komorbide Trichotillomanie (bis zu 35%).

Somatische Erkrankungen, die differenzialdiagnostisch zur Dermatillomanie bedacht werden sollten, da sie zu starkem und konstantem Juckreiz führen können, sind Skabies, atopisches Ekzem, Psoriasis, Dermatomykosen, Urämie, Leukämien, Lymphome und ein Ikterus unterschiedlichster Genese.

Therapie

Übergeordnetes Therapieziel sind die Reduktion der exzessiven Verhaltensweisen und die Wiedererlangung der Kontrolle über das pathologisch-impulsive Verhalten. Bewährt haben sich insbesondere gruppentherapeutische Verfahren, in Kombination mit Einzelsitzungen bei besonders ausgeprägter Symptomatik. Das Gefühl, mit der Störung nicht allein zu sein, sowie die Möglichkeit zum Modelllernen zählen zu den Vorteilen einer Gruppentherapie. Berücksichtigt werden sollte, dass die Betroffenen häufig die Tendenz zeigen, das pathologische Verhalten zu bagatellisieren oder bezüglich schambehafteter Themen (z.B. Schulden, Straffälligkeit) nicht die „ganze Wahrheit“ zu sagen. Daher hilft insbesondere zu Beginn des therapeutischen Prozesses die Erhebung einer Fremdanamnese. Im weiteren Verlauf der Therapie können die Angehörigen auch in den therapeutischen Prozess integriert werden, was sich besonders bei Jugendlichen als zielführend gezeigt hat. Darüber hinaus ist eine wertfreie, akzeptierende sowie wohlwollende Haltung gegenüber den Patienten wichtig, um eine vertrauensvolle Atmosphäre für kriti-

ches Nachfragen und die Bearbeitung schambesetzter Themen zu schaffen.

Merke

Insbesondere hinsichtlich kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen und der Akzeptanz- und Commitment Therapie konnten in kontrollierten Studien positive Effekte bzgl. einer Symptomreduktion nachgewiesen werden.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie ist zu Beginn meist extrinsisch motiviert, z.B. aufgrund des Drängens von Familienangehörigen oder einer drohenden Sanktion aufgrund von Straffälligkeit oder Verschuldung. Daher steht zu Beginn der Therapie die Förderung einer intrinsischen Änderungsmotivation. Die Förderung der Therapiemotivation kann durch psychoedukative Maßnahmen über das Störungsbild und die therapeutischen Möglichkeiten unterstützt werden. Im weiteren Therapieverlauf können dann die bekannten verhaltenstherapeutischen Techniken der Selbstbeobachtung, Verhaltensanalysen, kontextuelle Analysen, Stimuluskontrolle, kognitive Umstrukturierung und Exposition zur Anwendung kommen (s. Infobox).

INFO

Verhaltenstherapeutische Techniken in der Behandlung der dargestellten psychischen Störungen:

- **Selbstbeobachtung**
Identifikation der Frequenz und Intensität der problematischen Verhaltensweisen, der begleitenden Gedanken und Gefühle sowie der Auslöser des Verhaltens.
- **Verhaltensanalysen**
Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Auslösern des Verhaltens und dessen positiver und negativer Folgen (z.B. nach dem SORCC-Modell).
- **Kontextuelle Analysen**
Identifikation übergeordneter Motive sowie biografischer und psychosozialer Aspekte.
- **Stimuluskontrolle**
Identifikation störungsrelevanter Trigger und der Umgang mit diesen.
- **Kognitive Umstrukturierung**
Wahrnehmung, Hinterfragen und Veränderung automatisierter irrationaler Kognitionen.
- **Exposition**
Konfrontation mit störungsrelevanten Triggern in vivo und Anwendung der erlernten Stimuluskontrollstrategien zur Stärkung der Selbstwirksamkeit.

Merke

Die Technik des „Motivational Interviewing“ kann zum Aufbau einer Veränderungsmotivation eingesetzt werden, was bei einem Großteil der dargestellten Störungsbilder auch bereits wissenschaftlich belegt wurde.

Akzeptanz- und Commitment-Therapie

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) ist eine neuere verhaltenstherapeutische Technik. Im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie strebt die ACT nicht danach, die Inhalte von Kognitionen zu ändern, sondern über eine Änderung der Sichtweise auf und Bewertung der pathologischen Kognitionen eine Veränderung beim Patienten hervorzurufen. Hierbei ist auch die Akzeptanz bestimmter, nur schwer zu modifizierender Kognitionen eine Option. Mit dieser Haltung wird auch das eigene Selbstbild wahrgenommen. Durch die Auflösung der inneren Konflikte (z. B. durch die Akzeptanz bestimmter Kognitionen) kann die freigewordene Energie, die zuvor durch die Vermeidung gebunden wurde, den persönlichen Werten gewidmet werden, sodass diese mit selbstverpflichtendem Commitment gelebt werden können. Dadurch soll der Patient wieder mehr mit seinen direkten Erfahrungen in Kontakt gebracht werden.

Pharmakotherapie

Pharmakotherapeutisch wurden bisher v. a. die Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Stimmungsstabilisierer und Naltrexon in kontrollierten Studien bei den einzelnen Krankheitsbildern untersucht. Hierbei ergaben sich teils, wie im Folgenden dargestellt, deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Störungen bezüglich der Wirksamkeit der einzelnen Psychopharmaka.

Wirksamkeitsnachweise von Psycho- und Pharmakotherapie bei den einzelnen Störungsbildern

Pyromanie

Kontrollierte Therapiestudien zur Behandlung der Pyromanie existieren nicht. In einzelnen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass psychoedukative Programme und kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe die Häufigkeit erneuter Brandstiftung im Vergleich zu keiner Therapie senken konnten, wobei nur bei einem kleinen Teil der eingeschlossenen Patienten die Diagnose einer Pyromanie gestellt worden war [7]. Psychopharmaka können derzeit zur Behandlung der Pyromanie nicht empfohlen werden.

Kleptomanie

Bezüglich psychotherapeutischer Verfahren existieren bisher nur Einzelfallstudien, jedoch scheinen die allgemeinen Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie wirksam zu sein, z. B. verdeckte Sensibilisierung, klassische und operante Konditionierung, Bildung von Verhaltensketten oder kognitive Umstrukturierung.

Pharmakologisch zeigte sich der Opiod-Antagonist Naltrexon (mit einer mittleren effektiven Dosis von 116,7 mg/d) überlegen gegenüber Placebo bzgl. der Reduktion des Impulsdrangs, etwas stehlen zu müssen, sowie in der Abnahme der Häufigkeit des Stehlens [8]. Einzelne Fallberichte existieren außerdem bezüglich des Einsatzes von Memantine und Topiramate.

Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

Unkontrollierte Therapiestudien konnten zeigen, dass u. a. kognitive Verhaltenstherapie im Einzel- sowie im Gruppensetting erfolgversprechend bzgl. einer Symptomreduktion ist. Auch die ACT scheint einen positiven Einfluss auf die sexuell-zwanghafte Symptomatik zu haben.

Pharmakologisch sollten im 1. Schritt SSRIs eingesetzt werden, und zwar in einer für Zwangsstörungen typischen Dosierung. Hat das Verhalten eher Suchtcharakter (d. h. kommt es im Verlauf zu einer zunehmenden Steigerung der Frequenz des sexuellen Verhaltens im Sinne einer Toleranz) oder bestehen komorbide Suchterkrankungen, kann auch Naltrexon eingesetzt werden [9]. Besteht ein Risiko für die Begehung von Sexualstraftaten (z. B. bei komorbider sexuell sadistischer oder pädophiler Störung) kann auch ein Behandlungsversuch mit Antiandrogenen (z. B. Cyproteronacetat oder LHRH-Agonisten) in Erwägung gezogen werden [9]. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Cyproteronacetat mit der Entwicklung von Meningeomen assoziiert ist.

Merke

Es existieren keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege, die zeigen, dass zwanghaftes-sexuelles Verhalten ohne eine komorbide Störung der Sexualpräferenz die Wahrscheinlichkeit für die Begehung eines Sexualdelikts erhöht.

Intermittierend explosible Störung

Die kognitive Verhaltenstherapie konnte sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting in ersten kontrollierten Untersuchungen bei Patienten mit einer intermittierend explosiblen Störung die Häufigkeit aggressiven Verhaltens und erlebter Wut verringern. Die Therapieprogramme umfassten i. d. R. wöchentliche Sitzungen (insgesamt 12–15 Stück) und beinhalteten eine ausführliche Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, das Erlernen und die Anwendung von Entspan-

nungsverfahren und von Coping-Mechanismen bei einem Rückfall (z. B. Time-outs) [10].

Bisher existiert nur eine doppelblind-kontrollierte Studie zur Behandlung der intermittierend explosiblen Störung, in der eine Behandlung mit Fluoxetin bereits nach 2 Wochen zu einer stärkeren Reduktion aggressiver Verhaltensweisen führte im Vergleich zu Placebo [11]. Darüber hinaus gibt es positive Fallberichte bezüglich einer Reduktion aggressiven Verhaltens unter der Behandlung mit dem 5-HT_{2c}-Agonisten Lorcaserin (20 mg/d). Außerdem können für die Behandlung impulsiv-aggressiven Verhaltens, ohne das zwangsläufig eine intermittierend explosible Störung vorliegt, noch Stimmungsstabilisierer und Antipsychotika empfohlen werden, wobei Letztere nur eine niedrige Effektstärke aufweisen und somit nicht als 1. Wahl angesehen werden sollten [12, 13].

Merke

Aktuell können für die pharmakologische Behandlung der intermittierend explosiblen Störung nur SSRIs empfohlen werden.

Pathologisches Glücksspiel

Psychotherapeutisch existieren mittlerweile ausreichend fundierte positive Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie. Hierbei führte die kognitive Verhaltenstherapie 3 Monate nach Beendigung der Therapie zu einer stärkeren Abnahme in der Symptomschwere (große Effektstärke, $ES = -1,82$) im Vergleich zu keiner Therapie. Darüber hinaus liegen positive Befunde für das Motivational Interviewing vor, welches ebenfalls 3 Monate nach Beendigung der Therapie zu geringeren finanziellen Verlusten auf Seiten der Patienten führte (mittlere Effektstärke, $ES = -0,41$) [14].

Bezüglich der pharmakologischen Behandlung des pathologischen Glücksspiels können folgende Substanzen empfohlen werden: SSRIs, Opioid-Rezeptor-Antagonisten (z. B. Naltrexon) und Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium oder Valproinsäure). Im Vergleich zu Placebo führen diese Substanzen ebenfalls zu einer signifikant stärkeren Abnahme der Symptomschwere nach Beendigung der Therapie (große Effektstärke, $ES = 0-78$) [15].

Merke

Zur Behandlung des pathologischen Glücksspiels können SSRIs, Naltrexon und stimmungsstabilisierende Psychopharmaka empfohlen werden. Zwischen den einzelnen Substanzen fand sich kein Unterschied in der Wirksamkeit.

Computer- und Videospielesucht

Therapiestudien mit verschiedenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken konnten eine signifikante Abnahme in der Symptomintensität bei den Therapieteilnehmern feststellen. Allerdings war die Symptomabnahme in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention nicht größer als in den Vergleichsgruppen (z. B. Psychoedukation). Erfolgsversprechend scheinen familientherapeutische Interventionen zu sein, dies insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Psychopharmakotherapeutisch wurden bisher hauptsächlich Präparate untersucht, die ursprünglich zur Behandlung von affektiven Störungen oder einer ADHS eingesetzt wurden. So führen sowohl Methylphenidat, Atomoxetin sowie Bupropion zu einer Abnahme in der Symptomschwere bei Jugendlichen. Hierbei zeigte sich Bupropion auch überlegen gegenüber Escitalopram.

Pathologisches Kaufen

Kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe führte im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe mit einer hohen Effektstärke ($ES = -1,51$) zu einer signifikant stärkeren Reduktion in der Intensität der Impulse, einkaufen zu müssen – auch noch 6 Monate nach Beendigung der Therapie. Ähnlich gute Effekte wurden auch für eine interaktive Selbsthilfe gefunden, die durch gelegentliche therapeutische Telefontermine unterstützt wurde [16]. Mittlerweile existiert mit dem „Stopping Overshopping Program“ auch ein spezifisch auf Patienten mit pathologischem Kaufverhalten zugeschnittenes Therapieprogramm, das Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der ACT und psychodynamische Elemente vereint [17].

Auch SSRIs führen zu einer Abnahme in der Intensität des impulshaften Kaufverhaltens, zumindest existieren positive Befunde für Fluvoxamin und Citalopram [16]. Darüber hinaus existieren auch erste positive Befunde aus kleineren kontrollierten Studien für Memantine und Topiramate sowie für Fluoxetin, Bupropion, Nortriptylin, Clomiparmin und Naltrexon aus Einzelfallstudien [16].

Trichotillomanie

Insgesamt zeigen verschiedene Formen der Psychotherapie einen positiven Effekt auf die Schwere der Symptomatik im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe ($ES = 1,41$). Die untersuchten Therapieprogramme umfassten das Habit Reversal Learning, die ACT und die dialektisch-behaviorale Therapie. Hierbei hatte neben der Psychotherapie auch die Häufigkeit der wöchentlichen Kontakte einen positiven Einfluss auf die Symptomintensität [18].

FALLBEISPIEL**Trichotillomanie**

Frau L. ist Mitte 40, Verkäuferin im Einzelhandel und alleinerziehende Mutter von 2 Kindern (10 und 13 Jahre alt). Wenn Frau L. abends alleine auf dem Sofa sitzt und die Kinder im Bett sind, beginnt sie, sich kleine Büschel Haare auszureißen. Dies beruhige Frau L. und helfe ihr dabei, „runterzukommen“. Bereits als Jugendliche habe Frau L. begonnen, sich immer wieder die Haare auszureißen – zunächst nur, wenn sie traurig gewesen sei. Im Verlauf habe sie das Verhalten aber immer weniger kontrollieren können, sodass sie sich im Alter von 18 Jahren ihre gesamte Kopfbehaarung habe abrasieren müssen, da sie mittlerweile mehrere kahle Stellen auf dem Kopf hatte. Damals sei die Diagnose einer Trichotillomanie gestellt worden. Nach 30 Stunden kognitiver Verhaltenstherapie bei einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten hatte sie das Verhalten zu kontrollieren gelernt und riss sich in der Folge keine Haare mehr heraus. Nach ihrer Scheidung vor etwa 5 Jahren habe sie jedoch wieder damit begonnen. Mittlerweile sei sie aber geübt darin, nicht zu viele Haare an einer Stelle auszureißen, um kahle Stellen möglichst zu vermeiden. Trotzdem belaste sie das Verhalten sehr und sie habe Angst davor, von anderen „erwischt“ zu werden. Daher denke sie darüber nach, sich erneut in psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Bezüglich der medikamentösen Therapie sind die Ergebnisse systematischer Untersuchungen weniger eindeutig. Dennoch existieren erste Hinweise auf einen positiven Nutzen von SSRIs, Olanzapin, N-Acetylcystein und Clomipramin im Vergleich zu Placebo. Für SSRIs ergab sich im Vergleich zu Placebo eine mittlere Effektstärke ($ES = 0,41$) bezüglich der Reduktion der Symptomschwere [18].

Merke

Aufgrund der Verwandtschaft zu den Zwangsstörungen sollten bei der Trichotillomanie und der Dermatillomanie im 1. Schritt SSRIs eingesetzt werden.

Dermatillomanie

Psychotherapeutisch konnte ein großer Effekt für kognitive Verhaltenstherapie gefunden werden ($ES = 1,19$) [19]. Hierbei sind Therapieverfahren, die psychoedukative Elemente, Elemente der kognitiven Umstrukturierung und der Rückfallprävention durch die Erhöhung der Selbstwirksamkeit beinhalten, besonders wirksam. Auch für die ACT gibt es positive Befunde, wobei diese nicht aus randomisierten kontrollierten Studien stammen.

Pharmakologisch existieren positive Befunde aus kontrollierten Studien für Lamotrigin ($ES = 0,98$) und SSRIs ($ES = 1,09$) im Vergleich zu Placebo [19]. Bezüglich einzelner Substanzen innerhalb der Klasse der SSRIs gibt es positive Befunde für Fluoxetin (bis zu 80 mg/d), Escitalopram (bis 30 mg/d), Fluvoxamin (25–50 mg/d) und Sertralin (flexible Dosierung). Dagegen zeigte sich Citalopram (20 mg/d über einen Zeitraum von 4 Wochen) gegenüber Placebo nicht überlegen. Positive Fallberichte existieren außerdem für N-Acetylcystein, Naltrexon, Inositol sowie für eine Augmentation einer bestehenden SSRI-Therapie mit atypischen Antipsychotika.

Fazit

Im vorliegenden Beitrag wurde eine heterogene Mischung unterschiedlichster psychiatrischer Störungsbilder besprochen, die sich auf der Mikroebene alle durch impulsives und unkontrolliertes Verhalten auszeichnen. Bei der psychiatrischen Diagnostik werden diese Störungsbilder allerdings zu selten bedacht, was in Anbetracht der nicht zu vernachlässigenden Prävalenzzahlen sowie der mit den Störungsbildern einhergehenden psychosozialen Belastungen für Patienten, Angehörige und die Gesellschaft doch überraschend ist. Es muss gemutmaßt werden, dass die störungsspezifischen Symptome von Klinikern häufig im Rahmen einer anderen psychischen Erkrankung gesehen werden, z. B. einer affektiven Störung, einer Angst- oder Zwangsstörung oder ADHS. Da die Therapie der Impulskontrollstörungen, der nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen bzw. der dem Zwangsspektrum zuzuordnenden Störungen aber einige Besonderheiten aufweist und mittlerweile nachgewiesen wurde, dass eine adäquate störungsspezifische Therapie zu einer deutlichen Symptomreduktion führen kann, ist eine korrekte Diagnosestellung essenziell für die psychische Gesundheit der Patienten.

KERNAUSSAGEN

- Die Impulskontrollstörungen nach ICD-10 werden in DSM-5 und ICD-11 in die Impulskontrollstörungen im engeren Sinne, die nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen und die den Zwangsstörungen nahestehenden, körperbezogenen impulsiven Verhaltensweisen aufgeteilt.
- Kernmerkmal aller Störungsbilder ist impulsives Verhalten, das nicht kontrolliert werden kann und das zu eigenem Schaden führt oder zur Schädigung anderer.
- Die Störungen beginnen mit wenigen Ausnahmen in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter.
- Der Verlauf kann periodisch oder kontinuierlich chronisch sein.
- Psychotherapeutisch führen kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren zu einer signifikanten Symptomreduktion. Hierbei scheinen insbesondere die Akzeptanz- und Commitment-Therapie sowie das Motivational Interviewing einen positiven Einfluss auf die Symptom-schwere zu entfalten.
- Die Psychotherapie sollte im Gruppensetting durchgeführt werden. Auch familientherapeutische Verfahren eignen sich, insbesondere bei jugendlichen Patienten.
- Pharmakologisch sind SSRIs, Opioid-Antagonisten und Stimmungsstabilisatoren Medikamente der ersten Wahl, allerdings bestehen zwischen den einzelnen Störungsbildern deutliche Unterschiede hinsichtlich deren Wirksamkeit.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an im Bereich der Medizin aktiven Firma: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an zu Sponsoren dieser Fortbildung bzw. durch die Fortbildung in ihren Geschäftsinteressen berührten Firma: nein

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Daniel Turner

Dr. rer. biol. hum. Dr. med. Daniel Turner ist Diplom-Psychologe und seit 2016 Assistenzarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Er leitet gemeinsam mit Prof. Tüscher die Ambulanzen für Impulskontrollstörungen und für

Sexuelle Gesundheit. Seit 2021 ist er Generalsekretär der International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO) und Mitherausgeber der Zeitschrift Sexual Offender Treatment.



Oliver Tüscher

Prof. Dr. med. Oliver Tüscher ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie und ist stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Seit 2016 hat er eine Professur für Klinische Resilienzfor-

schung inne und ist seit 2020 AG-Leiter am Leibniz-Institut für Resilienzforschung Mainz. Wissenschaftlicher Schwerpunkt ist die Neurobiologie der Impulskontrolle.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Oliver Tüscher

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsmedizin Mainz
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz
Deutschland
Oliver.Tuescher@unimedizin-mainz.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Oliver Tüscher, Mainz.

Literatur

- [1] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013
- [2] World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases (ICD-11). 2018: doi: 10.1111/all.14468
- [3] Turner D, Briken P. Wenn unkontrollierbares sexuelles Verhalten negative Folgen hat. Diagnostik und Therapie der hypersexuellen Störung. InFo Neurol Psychiatr 2017; 19: 28–36
- [4] Lorains FK, Cowlshaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction 2011; 106: 490–498 doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x

- [5] Kuss DJ, Griffiths MD. Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *Int J Ment Health Addict* 2012; 10: 278–296 doi: 10.1007/s11469-011-9318-5
- [6] Müller KW, Wöfling K. AICA-SKI: IBS Strukturiertes klinisches Interview zu internetbezogenen Störungen. Mainz: Verlag; 2017: https://www.fv-medienabhaengigkeit.de/fileadmin/images/Dateien/AICA-SKI_IBS/Klinisches_Interview_AICA-SKI_IBS.pdf
- [7] Gannon TA, Alleyne E, Butler H et al. Specialist group therapy for psychological factors associated with firesetting: Evidence of a treatment effect from a non-randomized trial with male prisoners. *Behav Res Ther* 2015; 73: 42–51
- [8] Grant JE, Kim SW, Oslawski BL. A Double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of kleptomania. *Biol Psych* 2009; 65: 600–606 doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.022
- [9] Turner D, Briken P. Die Behandlung paraphiler Störungen mit GnRH-Agonisten unter besonderer Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Aspekte. *Forens Psych Psychol Krim* 2018; 12: 244–351
- [10] McCloskey MS, Noblett KL, Deffenbacher JL et al. Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: A pilot randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 876–886 doi: 10.1037/0022-006X.76.5.876
- [11] Coccaro EF, Lee RJ, Kavoussi RJ. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in patients with intermittent explosive disorder. *J Clin Psych* 2009; 70: 653–662 doi: 10.4088/JCP.08m04150
- [12] van Schalkwyk GI, Beyer C, Johnson J et al. Antipsychotics for aggression in adults: A meta-analysis. *Prog Neuro-Psychopharm Biol Psy* 2018; 81: 452–458 doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.07.019
- [13] Jones RM, Arlidge J, Gillham R et al. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psych* 2011; 198: 93–98 doi: 10.1192/bjp.bp.110.083030
- [14] Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Coch Data Syst Rev* 2012; 11: doi: 10.1002/14651858.CD008937.pub2
- [15] Pallesen S, Molde H, Arnestad HM et al. Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *J Clin Psychopharm* 2007; 27: 357–364
- [16] Hague B, Hall J, Kellett S. Treatments for compulsive buying: A systematic review of the quality, effectiveness and progression of the outcome evidence. *J Behav Addict* 2016; 5: 379–394 doi: 10.1556/2006.5.2016.064
- [17] Benson AL, Eisenach D, Abrams L et al. Stopping overshopping: A preliminary randomized controlled trial of group therapy for compulsive buying disorder. *J Groups Addict Recover* 2014; 9: 97–125 doi: 10.1080/1556035X.2014.868725
- [18] McGuire JF, Ung D, Selles RR et al. Treating trichotillomania: A meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *J Psych Res* 2014; 58: 76–83
- [19] Selles RR, McGuire JF, Small BJ et al. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *Gen Hosp Psych* 2016; 41: 29–37 doi: 10.1016/j.genhosppsy.2016.04.001

Bibliografie

PSYCH up2date 2022; 16: 53–70
 DOI 10.1055/a-1143-0096
 ISSN 2194-8895
 © 2022. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXETUNE> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512022161725595



Frage 1

Welche Aussage ist *falsch*?

- A Haarausreißen wird von den Betroffenen i. d. R. als ich-dyston erlebt.
- B Unter den „Brandstiftern“ in forensisch-psychiatrischen Kliniken findet man häufig die Diagnose Pyromanie.
- C Die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung beginnt meist später als die anderen Impulskontrollstörungen.
- D Von der Dermatillomanie sind mehr Frauen als Männer betroffen.
- E Das pathologische Glücksspiel findet man in der ICD-11 bei den nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen.

Frage 2

Welche Störung stellt weder im DSM-5 noch in der ICD-11 eine eigene diagnostische Entität dar?

- A Kleptomanie
- B Pyromanie
- C Computer- und Videospielesucht
- D pathologisches Kaufen
- E zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

Frage 3

Welche Aussage ist *richtig*?

- A Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist eine wichtige Differenzialdiagnose des zwanghaften Sexualverhaltens.
- B Unter einer Therapie mit Dopamin-Antagonisten lässt sich häufig impulsives Verhalten beobachten.
- C Psychodynamische Interventionen weisen die höchsten Effektstärken bezüglich einer Symptomreduktion bei den Patienten auf.
- D Trizyklische Antidepressiva sind Psychopharmaka der 1. Wahl in der Behandlung der Kleptomanie.
- E Nach traumatischen Hirnläsionen finden sich gehäuft impulsive Verhaltensweisen.

Frage 4

Welche Störung gehört *nicht* zu den Impulskontrollstörungen in der ICD-11?

- A Pyromanie
- B Computer- und Videospielesucht
- C intermittierend explosible Störung
- D zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung
- E Kleptomanie

Frage 5

Welche Aussage ist *richtig*?

- A Die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung stellt einen wesentlichen Risikofaktor für die Begehung einer Sexualstraftat dar.
- B Patienten mit einer Pyromanie ängstigen sich vor Feuer.
- C Patienten mit einer Kleptomanie stehlen häufig unsinnige Dinge.
- D Viele professionelle Poker-Spieler leiden an einer Glücksspielsucht.
- E Die Verhaltenssuchte beginnen i. d. R. deutlich später als die Impulskontrollstörungen.

Frage 6

Welche Erkrankung stellt keine Differenzialdiagnose einer Dermatillomanie dar?

- A Skabies
- B Urämie
- C atopisches Ekzem
- D Kokainabhängigkeit
- E zerebrale Ischämie

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Welche Aussage ist *korrekt*?

- A SSRIs werden in der Behandlung der Impulskontrollstörungen nur selten eingesetzt.
- B Der Opioid-Antagonist Naltrexon sollte aufgrund seines umfangreichen Nebenwirkungsprofils besser nicht zur Behandlung der Verhaltenssuchte eingesetzt werden.
- C Bei der Computer- und Videospielesucht scheinen familien-therapeutische Interventionen besonders erfolgversprechend zu sein.
- D Die Einzeltherapie bietet gegenüber einer Gruppentherapie bei der Behandlung der Impulskontrollstörungen zahlreiche Vorteile und sollte daher bevorzugt eingesetzt werden.
- E Patienten mit einer Impulskontrollstörung suchen in der Mehrzahl aufgrund einer hohen intrinsischen Motivation psychotherapeutische Unterstützung.

Frage 8

Was ist *keine* wesentliche verhaltenstherapeutische Technik in der Behandlung der Impulskontrollstörungen?

- A Selbstbeobachtung
- B kognitive Umstrukturierung
- C Übertragung und Gegenübertragung
- D Exposition
- E Stimuluskontrolle

Frage 9

Welche Aussage ist *richtig*?

- A Bei der Trichotillomanie werden bevorzugt die Kopfhaare herausgerissen.
- B Das Hautzupfen bei der Dermatillomanie führt i. d. R. nicht zu Hautverletzungen.
- C Patienten mit einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung weisen kein erhöhtes Risiko auf, an einer sexuell übertragbaren Infektion zu erkranken.
- D Das Haarausreißen bei der Trichotillomanie ist i. d. R. nicht so stark ausgeprägt, dass es anderen nahestehenden Personen auffallen würde.
- E Patienten mit einer Impulskontrollstörung oder einer Verhaltenssucht gehen i. d. R. offen und ehrlich mit ihrem problematischen Verhalten um.

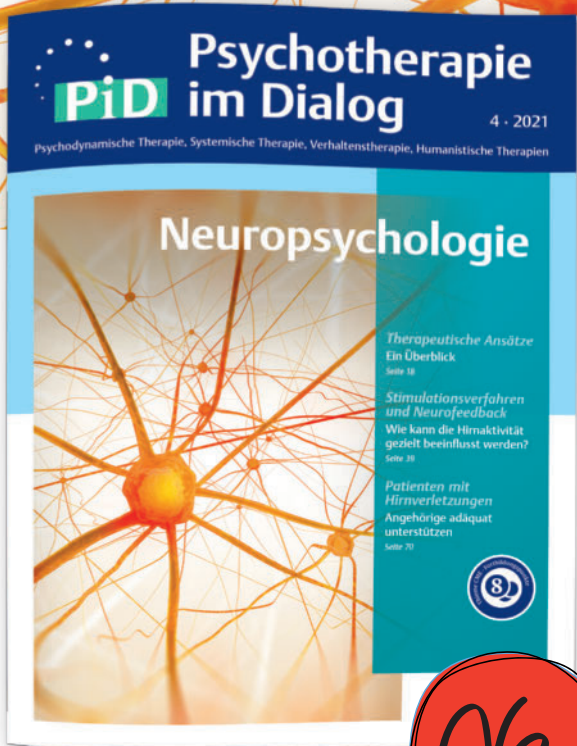
Frage 10

Welche dermatologische Erkrankung kann ebenfalls mit Haarverlust einhergehen und ist daher differenzialdiagnostisch bei einer Trichotillomanie zu berücksichtigen?

- A Pemphigus vulgaris
- B Condylomata acuminata
- C Neurodermitis
- D Alopecia areata
- E Kontaktekzem

Einfach faszinierend: Neuropsychologische Psychotherapie

Mit einem Abo
verpassen Sie
keine Ausgabe
und haben
Online-Zugriff auf
alle PiD-Hefte.



Ein Thema – viele Perspektiven

Das Fachgebiet der Neuropsychologie hat sich in den letzten Jahren zügig weiterentwickelt und etabliert – und in der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen wurde die Neuropsychologische Psychotherapie jüngst sogar als drittes eigenständiges Gebiet eingeführt. Aber was ist unter Neuropsychologischer Psychotherapie genau zu verstehen und in welchen Arbeitsfeldern, Versorgungsbereichen und Behandlungssettings sind Neuropsycholog*innen tätig?

PiD informiert und bietet einen Überblick über das faszinierende und ungemein vielfältige neue Fachgebiet. Nutzen Sie die Vielfalt an Wissen und Erfahrung, um sich Anregungen für Ihre Praxis zu holen – u.a. zu den folgenden Themen:

- Neuropsychologische Psychotherapie – ein Überblick über therapeutische Ansätze
- Diagnostik und Behandlung von Demenzsyndromen: ein Kerngebiet der Klinischen Neuropsychologie
- Neuropsychologische Störungsbilder
- Stimulationsverfahren und Neurofeedback: neue Möglichkeiten zur Therapie und Rehabilitation
- Neuropsychologische Diagnostik: von Tests bis zur Evaluation
- Neuropsychologische Versorgung im deutschsprachigen Raum
- Längerfristige Folgen neuropsychologischer Störungen im Kindes- und Jugendalter
- Komorbide psychische Störungen bei Personen mit erworbenen Hirnschädigungen
- Neuropsychologische Symptome bei psychischen Erkrankungen
- Die Begutachtung des leichten Schädelhirntraumas
- Belastungen, Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten der Angehörigen von Menschen mit erworbenen, nicht-degenerativen Hirnverletzungen
- Therapeutische Beziehung in der Neuropsychologie: Gemeinsamkeiten und Besonderheiten
- Psychopharmakotherapie bei Patienten mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen

Psychotherapie im Dialog
Neuropsychologie
2021. 1. Aufl.
110 S., 25 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 244357 0
49,00 € [D]
50,40 € [A]

Jetzt zum Einstiegspreis abonnieren.
www.thieme.de/pid

So vielseitig wie Ihr Beruf

Psychiatrische Praxis

Sozialpsychiatrie · Klinische Psychiatrie ·
Public Mental Health · Versorgungsforschung



Editorial

- Psychiatrie der Zukunft

Übersicht

- Depression & Männer

Originalarbeiten

- Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Suizidrisiko
- Internetbasierte Unterstützung

 Thieme

8-MAL
JÄHRLICH

Einstiegspreis für
Neuabonnenten

 **MOBIL LESEN**
ONLINE & OFFLINE
mit der kostenlosen eRef App

Welche Entwicklungen zeichnen sich in der sozialpsychiatrischen Forschung ab und wie prägen diese die psychosoziale Versorgung? Die Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* schlägt die Brücke zwischen Wissenschaft und psychiatrischem Alltag.

Ausgewählte Original- und Übersichtsarbeiten informieren Sie zu den Themen Sozialpsychiatrie, Klinische Psychiatrie, Public Mental Health und Versorgungsforschung. Kasuistiken sowie Pro- und Kontra-Debatten beleuchten verschiedene Blickwinkel und geben Raum zur Diskussion. So sind Sie umfassend informiert und erhalten wertvolle Anregungen für die tägliche Arbeit.

© Sondem – stock.adobe.com – Stock Photo . Edited by Thieme

www.thieme.de/psychiatrische-praxis

 Thieme

PSYCH *up2date*

1 · 2022

Störungsübergreifende Themen und Methoden 8

Gemeindepsychiatrie

Raoul Borbé

VNR: 2760512022161725587
DOI: 10.1055/a-1428-4361
PSYCH up2date 2022; 16 (1): 73–90
ISSN 2194-8895
© 2022. Thieme. All rights reserved.

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Emotionsbezogene Techniken in der Psychotherapie Gitta A.
Jacob, Claas-Hinrich Lammers Heft 5/2012

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos!
<https://eref.thieme.de/psych-u2d>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem! Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:
<https://eref.thieme.de/GCGGI>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt:
www.thieme.de/eref-registrierung.

Gemeindepsychiatrie

Raoul Borbé



Gemeindepsychiatrie ist essenzieller Teil der klinischen Arbeit, insbesondere bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen, die die Betroffenen in ihren Teilhabechancen einschränken. Ohne Vernetzung in die Gemeinde können hier keine tragfähigen, langfristigen Perspektiven eröffnet werden, da der Krankheitsverlauf häufig mit einem Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes einhergeht, häufig neuer Wohnraum gesucht werden muss und Unterstützungsbedarf bei der Tagesstrukturierung besteht.

Einleitung

Gemeindepsychiatrie ist im klinischen Alltag wenig präsent, nur ein Teil der dort behandelten Patienten bedürfen einer Weiterversorgung in der Gemeindepsychiatrie. Die Bedeutung der Gemeindepsychiatrie für diese Patienten ist aber erheblich, da es sich um jene handelt, die noch vor einem halben Jahrhundert mehrere Jahre, manchmal den Rest ihres Lebens in „Psychiatrischen Anstalten“ verbracht haben. Seitdem hat sich viel getan in der psychiatrischen Versorgungslandschaft und immer noch bedürfen diese Patienten in krisenhaften Situationen zur Akutbehandlung einer erneuten Phase, eines Rezidivs, der Klinik. Hauptmittelpunkt des Lebens soll aber auf Dauer das Lebensfeld des Patienten sein, in dem er möglichst gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben soll. Dies ist bei dem Schweregrad der psychischen Störung mancher Patienten nur durch niederschwellige aufsuchende Arbeit eines multidisziplinären Teams, Vernetzung aller Beteiligten einschließlich des Lebensumfelds und Beachtung der individuellen Bedürfnisse im Rahmen einer personenzentrierten Hilfeplanung möglich. Und nicht immer gelingt das und es bleibt nur die basale Sicherung des Überlebens.

Der historische Hintergrund der Gemeindepsychiatrie und ihr Verhältnis zur Sozialpsychiatrie sollen beleuchtet werden. Gesetzliche Grundlagen und Psychiatriepolitik sollen erläutert werden. Strukturen und Arbeitsweisen der gemeindepsychiatrischen Versorgung werden dargestellt.

Definition der Gemeindepsychiatrie

Gemeindepsychiatrie wird häufig in Abgrenzung zur Sozialpsychiatrie definiert, weil beide Begriffe nicht trennscharf sind. Historisch betrachtet ist Gemeinde-

psychiatrie heute der Teil des psychiatrischen Versorgungssystems, der sich nach den Psychiatriereformen außerhalb der Psychiatrischen Kliniken entwickelt hat. Etwa 50 Jahre früher kam der Begriff der Sozialpsychiatrie erstmals auf und wurde zu einer wissenschaftlichen Disziplin, einer politischen Bewegung und einer therapeutischen und unterstützenden Praxis [1]. Die Sozialpsychiatrie war mit ihren Ideen, soziale Faktoren für die Entstehung psychischer Störungen zu untersuchen und soziale Folgen psychischer Störungen therapeutisch anzugehen, im Sinne eines theoretischen Überbaus Wegbereiter der Gemeindepsychiatrie.

Gemeindepsychiatrie kann man daher auch als praktizierte Sozialpsychiatrie beschreiben.

Räumlich betrachtet begann Gemeindepsychiatrie außerhalb der Klinikmauern, mittlerweile verstehen sich aber viele Kliniken als Teil des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems.

ABKÜRZUNGEN

ACT	Assertive Community Treatment
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BTHG	Bundesteilhabegesetz
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
IBB	Integrierte Beratungs- und Beschwerdestelle
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
ICF	International Classification of Functioning
ICHI	Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
TWG	Therapeutische Wohngruppen
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen

Sozialrechtlich umfasst Gemeindepsychiatrie vor allem Leistungen anderer Sozialgesetzbücher, während das Leistungsgeschehen und die Finanzierung der Kliniken und der niedergelassenen Fachärzte Inhalte des Sozialgesetzbuchs V sind.

Therapeutisch gesehen fördert und sichert die Gemeindepsychiatrie Teilhabe an unterschiedlichsten Lebensbereichen, während die Kliniken weitestgehend akute Krankheitszustände behandeln.

Gemeindepsychiatrie sieht Patient*innen in ihrem Lebensumfeld, behandelt sie dort, bezieht dieses ein und versucht Umgebungsbedingungen zu verbessern.

Gemeindepsychiatrie weist Überschneidungen mit der Rehabilitationspsychiatrie auf und umfasst in der täglichen Arbeit zum großen Teil die psychosozialen Therapien, wie sie u. a. in der gleichnamigen DGPPN-Leitlinie und dem vorausgegangenen Heft von PSYCH up2date zusammengefasst sind [2]. Mit Verweis auf diese Publikation geht dieser Text auch nicht im Detail auf diese ein, sondern will vielmehr die strukturellen und funktionalen Zusammenhänge im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem erläutern.

HINTERGRUND

Exkurs: Gemeinde

5 Kernelemente der Gemeinde [3]:

- ein Ortsgefühl, geografisch
- Teilen gemeinsamer Interessen und Perspektiven
- gemeinsames Handeln, Zusammengehörigkeitsgefühl und Identität
- soziale Bindungen
- Vielfalt aufgrund vieler Subgruppen

Brown ergänzt dies u. a. mit folgenden Feststellungen:

- Gemeinden umfassen eine Vielzahl geografischer und transgeografischer Gruppen und manchmal eine Mischung aus beiden.
- Ob gebunden oder ungebunden, Gemeinden funktionieren nur effektiv, wenn sie soziale Unterstützung über soziale Netzwerke zur Verfügung stellen.
- Gemeinden erzeugen kollektives soziales Handeln, werden aber auch als Ergebnis solchen Handelns gebildet.

Hier zeigt sich deutlich, welche Rolle der (lokalen) Politik, aber auch der Bürger einer Gemeinde zukommt, um einen Ausgleich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen einer Gemeinde zu schaffen. Dieser Ausgleich dient der Chancengleichheit aller Menschen, auch derer, die aus verschiedenen Gründen Unterstützung benötigen, was Teilhabe an der Gesellschaft betrifft. Ziel ist, dass möglichst viele Bürger einer Gemeinde ein Gemeinschaftsgefühl, einen Gemeinsinn entwickeln.

Patienten in der Gemeindepsychiatrie

3 Fallbeispiele sollen darstellen, dass ganz unterschiedliche Menschen durch gemeindepsychiatrische Angebote versorgt werden. Bei allen finden sich aber akute oder anhaltende Teilhabedefizite, die Ziel gemeindepsychiatrischer Intervention sind.

FALLBEISPIEL 1

Ein 21-jähriger Student erkrankt an einer psychotischen Störung. Das vor allem durch depressive Symptome gekennzeichnete Prodrom wird in der psychologischen Beratung, die er in Anspruch nimmt, erkannt, eine weitere Abklärung und Therapie empfohlen. Ohne dies weiter zu verfolgen, will er zunächst den Bachelor abschließen und dekompenziert mit einem paranoiden Syndrom in einer Lernphase. Die sozialen Kontakte haben deutlich abgenommen, er verlässt kaum noch sein Zimmer in einer WG. Eine WG-Mitbewohnerin, deren Bruder als Sozialarbeiter arbeitet und mit dem sie über ihren auffälligen Mitbewohner gesprochen hat, informiert den Sozialpsychiatrischen Dienst. Dieser versucht tags darauf, Kontakt mit dem Betroffenen aufzunehmen und schiebt ihm, da er zunächst nicht öffnet, einen Zettel mit Kontaktdaten und dem Hinweis, dass er ihm helfen wolle, unter der Tür hindurch. Durch kontinuierlichen Beziehungsaufbau gelingt es dem Sozialarbeiter schließlich, den Studenten zu einem Besuch in der Früherkennungsambulanz der nahe gelegenen Universitätsklinik zu überzeugen. Nach einem Urlaubssemester, in dem eine intensive ambulante Behandlung einschließlich einer medikamentösen antipsychotischen Therapie erfolgt, gelingt es im nächsten Semester, den Bachelor abzuschließen.

Historische Entwicklung

Der Terminus der Gemeindepsychiatrie lässt sich, wie oben schon angedeutet, am besten anhand einer kurzen historischen Betrachtung der Versorgung psychisch Kranker verstehen.

Anstaltspsychiatrie

Über Jahrhunderte gab es für Menschen mit psychischen Störungen keine strukturierte Versorgung. Aufgrund von Erklärungsmodellen, wie dem Irresein oder dem Hexenglauben, wurden sie verwahrt, verfolgt oder auch getötet. In größeren Städten existierten ab dem 14. Jahrhundert Anstalten zur Verwahrung psychisch Kranker, die dort meist angekettet waren, so das Bedlam-Hospital in London oder der Narrenturm

FALLBEISPIEL 2

Ein 26-jähriger Suchtpatient wird nach 12-monatiger Haft am Entlasstag rückfällig und erstmalig in einer Psychiatrischen Klinik aufgenommen. In den folgenden 5 Jahren kommt es zunächst zu mehrmaligen Aufnahmen pro Jahr, die nur wenige Tage dauern. Der Patient wohnt wechselweise in Notunterkünften und bei ebenfalls abhängigen Freunden. Dann kommt es zum ersten längeren, 3-monatigen Aufenthalt, in dem neben der suchtspezifischen Therapie auch erhebliche Defizite kognitiver Grundfunktionen festgestellt werden. Nach spezifischem arbeitstherapeutischem Training gelingt es, eine Dauerbeschäftigung in einer Werkstätte für behinderte Menschen (WfbM) zu etablieren, er bezieht ein Zimmer im Männerwohnheim. In 2 weiteren längeren Aufenthalten wurde noch eine psychotische Störung diagnostiziert und eine antipsychotische Medikation etabliert. In den folgenden 3 Jahren erfolgen erneut rezidivierende kurze Krisenaufnahmen, bis es schließlich gelingt, dem Patienten über die Hilfeplankonferenz einen Platz im stationär betreuten Wohnen zu vermitteln. Ambulant erfolgt die Betreuung durch die Institutsambulanz, er geht regelmäßig in die WfbM, die Rückfälle sind deutlich seltener geworden.

in Wien. Einzig im belgischen Geel gab es die Psychiatrische Familienpflege schon seit dem 13. Jahrhundert [4]. Bis zu 4000 Menschen mit psychischen Störungen wurden dort gleichzeitig in Pflegefamilien betreut. Heute liegt diese Zahl bei 500, bei einer Einwohnerzahl von knapp 40 000. Die WHO beschreibt Geel als eines der besten Beispiele dafür, wie eine Gemeinde als Ganzes Pflege psychisch kranker Menschen realisieren kann.

Im Zuge der Aufklärung kam es europaweit zu einer Bewegung, die die reine Verwahrung von Menschen mit auffälligem Verhalten infrage stellte, was schließlich in der Befreiung der Irren von ihren Ketten kulminierte. Ikonografisch steht dafür der französische Arzt Philippe Pinel (1745–1826), der in Paris und Frankreich eine grundlegende Reform der Irrenanstalten anstieß. Maßgeblich dafür waren seine und die Arbeiten seines Schülers Jean Étienne Esquirol zur Beschreibung psychischer Störungen, die nun eine Diagnose erlaubten und aus dem „Irren“ einen Patienten machten, für den ein Versorgungsangebot geschaffen werden musste.

FALLBEISPIEL 3

Eine 58-jährige Patientin wird in der Hilfeplankonferenz vorgestellt. Vor 32 Jahren war sie nach einer einmaligen floriden paranoiden Psychose in das betreute Wohnen gekommen, wo sie allerdings nur 2 Jahre verbrachte, da sie aufgrund der chronisch-progredienten Negativsymptomatik bei der geringen Betreuungsintensität immer wieder Schwierigkeiten in der Selbstversorgung hatte. Das Knüpfen sozialer Kontakte fiel ihr auch sehr schwer, sodass sie kaum Freizeitaktivitäten wahrnahm, was den Rückzug noch verstärkte und das Selbstwertgefühl weiter schwächte. Zunächst war eine Krisenintervention in der Psychiatrischen Klinik angedacht, dann erfolgte damals über die Hilfeplankonferenz die Genehmigung eines Platzes in der Psychiatrischen Familienpflege. Innerhalb eines Jahres änderte sich das Verhalten der Patientin grundlegend. Über eine ambulante Ergotherapie wurde ein WfbM-Platz gefunden in einer Kreativwerkstatt. Dies und die regelmäßige Teilnahme an Freizeitangeboten, u. a. einer gemischten Theatergruppe, führten zu einer anhaltenden Stabilisierung, sodass die ambulante Betreuung über einen niedergelassenen Nervenarzt durchweg ausreichend war. Nachdem nun die Pflegemutter gestorben war und der Pflegevater, selbst auch gesundheitlich sehr angeschlagen, mittelfristig in ein Pflegeheim ziehen möchte, wird für die Patientin nun ein Platz in einer intensiver betreuten Wohnform gesucht.

Im frühen 19. Jahrhundert hatte die Entwicklung des medizinischen Fachgebiets der Psychiatrie in der Folge zum Entstehen großer Anstalten geführt, die häufig entfernt von städtischen Ballungsräumen etabliert wurden [5]. Auch in dieser Zeit wurde schon erkannt, dass die Teilhabe am Arbeitsleben, das Angebot von Freizeitaktivitäten und der Einbezug familiärer Strukturen einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung nach akuten Krankheitsphasen und zur Rezidivprophylaxe leisten können. Max Fischer prägte 1919 die Feststellung „ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie“ [6], unterstrich damit die Bedeutung des Sozialen, d. h. auch des Lebensfelds von Menschen mit psychischen Störungen, und forderte dazu auf, auf dieses Einfluss zu nehmen im Sinne einer sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege. Entsprechende Strukturen bildeten sich aber nicht flächendeckend heraus und lagen eben meist fernab der Gemeinden, da sie innerhalb der Anstalten angeboten wurden. Die Überfüllung der Kliniken, der zunehmende Einfluss der Sozialwissenschaften auf die Psychiatrie und die politische Rezeption der Problemlage führte schließlich dazu, dass in vielen Ländern Kommissionen oder Untersuchungsausschüsse gebildet wurden, die Vorschläge zur Reform des psychiatrischen Versorgungssystems vorlegten.

Psychiatriereformen

Gemeindepsychiatrische Strukturen entwickelten sich weltweit seit den 30er- bis 40er-Jahren des letzten Jahrhunderts in Großbritannien und den angloamerikanischen Ländern, etwas später im restlichen Europa, in Deutschland seit den 70er-Jahren. Eine Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags untersuchte ab dem Jahr 1971 zunächst die Zustände in deutschen Psychiatrien. Bereits im Zwischenbericht aus dem Jahr 1973 wurde formuliert, dass es gilt, die „elenden, teilweise menschenunwürdigen“ Zustände zu beseitigen. Die Kliniken waren überfüllt, die größte in Bedburg-Hau hatte 2000 Betten, es gab zu wenig und fachlich schlecht ausgebildetes Personal und Entlassungen von Menschen mit schwereren psychischen Störungen konnten kaum erfolgen, da es bis auf wenige niedergelassene Nervenärzte kaum ambulante Strukturen gab. In vielen Fällen musste von einer „Verwahrpsychiatrie“ gesprochen werden.

Die Forderungen der Enquete-Kommission und der anschließenden Experten-Kommission, die 1988 ihre Empfehlungen publizierte, greifen dies auf und stellen die Blaupause für das jetzige gemeindepsychiatrische Versorgungssystem dar [7]:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten,
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete,
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern,
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker,
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Die Enthospitalisierung führte zu einer gravierenden Veränderung des Versorgungsgeschehens [8]. Die Verweildauer in Psychiatrischen Kliniken sank seit dem Jahr 1990 von knapp 51 Tagen auf etwa ein Drittel davon. Auch die Zahl der Krankenhausbetten sank nochmals um 25% auf etwa 55000 derzeit. Die Zahl der Behandlungsfälle in psychiatrischen Kliniken hat sich im gleichen Zeitraum dagegen mehr als verdoppelt. Ein Teil dieser Zunahme ist auf eine erhöhte Wiederaufnahmerate zurückzuführen. Dies betrifft auch Patienten, die aufgrund ihres komplexen Hilfebedarfs in der Gemeindepsychiatrie versorgt werden und bei denen die verkürzten Liegezeiten nicht ausreichen, um eine nachhaltige Stabilisierung zu erreichen.

Personenzentrierter Ansatz

Trotz der strukturellen Reformen war die Sichtweise auf die Patienten weiterhin institutionell geprägt, d. h. Patienten mussten den vorhandenen Strukturen des Versorgungssystems folgen, man sprach von einer „Reha-Kette“. Die Belegungssteuerung folgte dem freien Bett, bzw. Platz. Subjektive Ansichten, individuelle Bedürfnisse der Patienten konnten kaum berücksichtigt werden. Dies änderte sich durch den personenzentrierten Ansatz der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), der die Idee einer individuellen Hilfeplanung in Deutschland etablierte. Die APK war im Zuge der Enquete-Kommission gegründet worden und ist ein Zusammenschluss von Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestags und engagierten Fachleuten.

Die personenzentrierte Hilfeplanung soll mit dem Patienten verhandelt, individualisiert und integriert sowie ziel- und lebensfeldbezogen sein. Eigenen Ressourcen wird der Vorrang gegeben vor nicht psychiatrischen und vor psychiatrischen professionellen Hilfen. Die Hilfeplanung erfolgt mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Die eigene Wohnung soll Bezugspunkt für alle professionellen Hilfen sein, um Unterbrechungen wichtiger therapeutischer und sozialer Bezüge zu vermeiden [9].

Funktionsbereiche nach Eikermann

Eine erste Annäherung an eine personenzentrierte Versorgungsplanung gelingt über die Funktionsbereiche des täglichen Lebens, die Eikermann zusammengefasst hat [10]:

- Wohnen,
- Arbeit,
- Freizeit/Tagesstruktur,
- Therapie.

Die Sozialanamnese bei einer psychiatrischen Aufnahme sollte diese Bereiche abdecken. Die Familienanamnese ergänzt die Informationen zum sozialen Umfeld.

Aufbauend auf diese Informationen gilt es zu definieren, in welchen Bereichen ein Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht. Gerade im klinischen Setting sollte dies sehr zeitnah zur Aufnahme geschehen, da aufgrund der auch in der Psychiatrie abnehmenden Liegezeiten Anträge für ambulante Hilfen rechtzeitig gestellt werden sollten. Im nächsten Schritt muss beim Vorliegen entsprechender Bedarfe der Sozialdienst hinzugezogen werden. Diese basale gemeindepsychiatrische Arbeit, die aber im Wesentlichen Defizite eruiert und Hilfebedarfe feststellt, hat in den letzten 2 Jahrzehnten eine weitere Differenzierung auf der Angebotsseite erfahren und einen Paradigmenwechsel hin zu einer Ressourcen-orientierten Betrachtungsweise. Um dies besser zu verstehen, betrachten wir nun zu-

nächst politische und sozialrechtliche Einflüsse auf das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Störungen.

Sozialrechtliche und psychiatriepolitische Grundlagen

Die Beschäftigung mit dem Sozialrecht zählt nicht zu den primären Interessensfeldern oder gar den Kernkompetenzen von angehenden Psychiatern. Wenn überhaupt, würde in der klinischen Ausbildung das Sozialgesetzbuch V von Bedeutung sein, das die Behandlung akuter Erkrankungen umfasst. Viel wichtiger erscheint aber im klinischen Alltag die Unterweisung in das Unterbringungs- und Betreuungsrecht. Darüber hinaus können für gutachterliche Tätigkeiten auch das Strafrecht und das Sozialrecht zentral sein. Für die gemeindepsychiatrische Arbeit mit Erwachsenen sind die in ► **Tab. 1** aufgeführten Sozialgesetzbücher von wichtiger Bedeutung.

Psychiatriepolitik ist in Deutschland weitestgehend Ländersache. Der Bund regelt den gesetzlichen Rahmen in den Sozialgesetzbüchern und das Betreuungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). In den Ländern regeln die *Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze* die Aufgaben und Strukturen der psychiatrischen Versorgung vor Ort. Beispielhaft kann man hier Sozialpsychiatrische Dienste nennen. Diese wurden in den 1960er-Jahren in Berlin und Nordrhein-Westfalen als aufsuchende wohnortnahe ambulante Dienste etabliert. Alle anderen Bundesländer folgten, auch weil die Experten-Kommission der Bundesregierung 1988 Sozialpsychiatrische Dienste als Bestandteil gemeindepsychiatrischer Verbände beschrieb [11]. Die Ausgestaltung, was das Aufgabenspektrum und die Organisationsprinzipien betrifft, erfolgt aber auf Länderebene. So ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) in manchen Bundesländern dem öffentlichen Gesundheitsdienst zugeordnet, hat hoheitliche Aufgaben wie die Zwangseinweisung in die Klinik und wird in der Regel ärztlich geleitet. In anderen Bundesländern wie in Baden-Württemberg werden die SpDi je nach Land- und Stadtkreis durch unterschiedliche Träger gestellt und umfassen vor allem Sozialpädagogen als Berufsgruppe.

Diese Vielfalt setzt sich in anderen Bereichen fort, so dass *jeder Land- und Stadtkreis quasi ein eigenes Versorgungssystem darstellt* und eine kreisübergreifende Hilfeplanung dadurch erschwert wird, beispielsweise, wenn ein Betroffener über eine größere Distanz umziehen will. Die Kostenträgerschaft verbliebe dann beim Herkunftskreis, die Hilfeplanung beträfe aber den neuen Wohnort.

► **Tab. 1** Übersicht Sozialgesetzbücher und Leistungsträger.

Sozialgesetzbuch	Leistungsträger
SGB II Grundsicherung für Erwerbsfähige (Hartz IV)	Bundesagentur für Arbeit
SGB III Arbeitsförderung	Bundesagentur für Arbeit
SGB V Gesetzliche Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	*
SGB XI Soziale Pflegeversicherung	Pflegekassen
SGB XII Sozialhilfe	Träger der Sozialhilfe

* Im SGB IX gibt es mehrere Leistungsträger. Leistungen zur Teilhabe sind durch den Träger der Eingliederungshilfe finanziert. Komplizierter wird es bei Leistungen zur Rehabilitation: Unfallversicherungsträger sind bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und anerkannten Berufskrankheiten zuständig. Für alle anderen Fälle sind Rentenversicherungsträger vorrangig vor dem Krankenversicherungsträger zuständig, wenn die Voraussetzungen vorliegen. Wenn diese für beide Träger nicht erfüllt sind, könnte noch die Bundesagentur für Arbeit zuständig sein. Die Träger der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe sind allen Trägern nachrangig. Angesichts dieser Trägervielfalt gibt es ein abgestimmtes Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit, was weiter unten für das Teilhabeplanverfahren genauer erläutert wird.

UN-Behindertenrechtskonvention

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) wurde 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet, 2007 von der Bundesrepublik ratifiziert und trat im Jahr 2009 in Kraft.

Die UN-BRK formuliert keine Sonderrechte, sondern konkretisiert die Rechte von Menschen mit Behinderung vor dem Hintergrund der allgemein gültigen Menschenrechte.

Merke

Damit geht ein neuer Behinderungsbegriff einher: Behinderung entsteht „aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“ [12].

Es sollen daher keine Sonderbereiche geschaffen, sondern die Umwelt, die Gemeinde so verändert werden, dass Behinderte trotz ihrer Einschränkungen am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können. Dies bedeutet eine Abkehr von einer Defizit-orientierten hin zu einer Ressourcen-orientierten Behindertenpolitik.

Die UN-BRK formuliert unter anderem im Artikel 9 Maßnahmen zur Erkennung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren, um die Zugänglichkeit zu verbessern. Hier zeigt sich die Nähe einer versorgenden Klinik zur lokalen Politik im Sinne einer Sozialraum- oder Gemeinwesenarbeit. Auch der Zugang zur Justiz (Artikel 10) muss für Menschen mit Behinderung erleichtert werden. In den Artikeln 18 und 19 unterstreicht die UN-BRK das Recht auf Freizügigkeit, unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft. Dann folgen verschiedene Lebensbereiche (Mobilität, Wohnung und Familie, Bildung, Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation, Arbeit und Beschäftigung), an denen Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen partizipieren sollen. Schließlich wird die gleichberechtigte Teilhabe an Politik, öffentlichen und kulturellem Leben, Erholung, Freizeit und Sport festgeschrieben.

Die unterzeichnenden Staaten verpflichten sich, in regelmäßigen Staatenberichten den Stand der Umsetzung der UN-BRK zu erläutern. Die darauf folgende Prüfung der Berichte durch einen Ausschuss der UN monierte mit Blick auf Artikel 19 bei der ersten Staatenprüfung Deutschlands im Jahre 2015 „den hohen Grad der Institutionalisierung und den Mangel an alternativen Wohnformen“ [13]. Diesbezüglich wird von der deutschen Monitoringstelle zur Umsetzung der UN-BRK auch der Mangel an Sozialwohnungen kritisiert. Im Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK „findet sich keine Aussage dazu, wie die Bundesregierung flächendeckend alternative Wohnformen und einen inklusiven Sozialraum – auch für Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen – schaffen will. Jede zukünftige Maßnahme sollte darauf hinwirken, dass Menschen mit und ohne Behinderungen gemeinsam leben und die gleichen Dienste nutzen können.“ [14]. Die politische Bedeutung der UN-BRK für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen ist hoch, da sie die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete und der Experten-Kommission nochmals konsequent aus der individuellen Betroffenenpersicht unterstreicht und erweitert.

Inklusion

Die UN-BRK verfolgt mit den obengenannten Prinzipien auch das Ziel einer inklusiven Gesellschaft. Sie soll das Prinzip der *Integration* ablösen, das eine Anpassungsleistung des Behinderten an die Gesellschaft erfordert, bspw. die Teilnahme an einer Freizeitgruppe, in der sich psychisch Kranke regelmäßig und unter Anleitung treffen. Wenn möglich findet diese Gruppe an einem ganz normalen Ort wie der Volkshochschule statt. Im Idealfall integriert sich ein Betroffener in einem Verein und nimmt dort ganz „normal“ an den Aktivitäten teil. *Integration* beschreibt hier eine strukturelle, örtliche Eingliederung. Wenn nun aber der Betroffene gar nicht

an der oben genannten Freizeitgruppe teilnehmen will, sondern vielmehr lieber zu einem Bundesligaspiel gehen will, was er aber aufgrund seiner sozialen Ängste alleine nicht schafft? Und wenn der Betroffene in dem Verein bei den Aktivitäten immer wieder auffällig wird, weil er eine innere Unruhe verspürt und wegen der Blicke der anderen irgendwann nicht mehr kommt?

Dann ist Inklusionsarbeit durch Assistenz gefragt, um eine gleichberechtigte Teilhabe der Betroffenen zu erreichen. Im ersten Fall wäre das die Begleitung zu einem Bundesligaspiel durch einen Mitarbeiter einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung. Im zweiten Fall müsste ein solcher Mitarbeiter nicht immer vor Ort sein, sondern würde moderierend auf die Vereinsmitglieder einwirken. Aus diesem Kreis könnte sich ein Laienhelfer ehrenamtlich um den Betroffenen kümmern, neuen Mitgliedern das Verhalten des Betroffenen erklären und mit ihm rausgehen, wenn es ihm zu viel wird. So wie man auch einen Rollstuhlfahrer unterstützen würde, wenn dieser 2 Stufen zur Toilette überwinden müsste, weil das Vereinsheim noch nicht barrierefrei umgebaut wurde. Da die Barriere bei psychischen Störungen häufig im Kopf des Gegenübers besteht, sind hier komplexere Leistungen notwendig, um Inklusion zu realisieren. Den sozialrechtlichen Rahmen, was Strukturen und Finanzierung zur Umsetzung dieses Zieles betrifft, gibt das Bundesteilhabegesetz vor.

Bundesteilhabegesetz

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, kurz Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde Ende 2016 vom Bundestag verabschiedet und tritt in 4 Reformstufen bis 2023 in Kraft. Das Gesetz hat dem Sozialgesetzbuch IX eine neue Struktur gegeben. Teil 1 umfasst allgemeine, übergreifende Regelungen die Rehabilitation betreffend, Teil 2 das Eingliederungshilferecht und Teil 3 das Schwerbehindertenrecht. Durch die Übernahme der Eingliederungshilfe in das „Rehabilitationsgesetzbuch“ wird vom Gesetzgeber deutlich gemacht, dass auch bei hohem Hilfebedarf und langjährigem Verlauf im Sinne einer Chronifizierung Veränderungschancen gesehen werden, die zur Deckung von Teilhabebedarfen führen können. Diese Betonung von Selbstbestimmung und Teilhabe im BTHG unterstreicht den Einfluss der UN-BRK auf den Gesetzgebungsprozess. Auch der neue Behinderungsbegriff im BTHG ist der UN-BRK fast wortwörtlich entnommen (s. Box Zusatzinfo).

ZUSATZINFO

Bundesteilhabegesetz

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Das BTHG hat auch die Hilfeplanung neu geregelt. Um möglichst „Leistungen wie aus einer Hand“ gewähren zu können und für den Betroffenen einen „Gang durch die Institutionen“ zu vermeiden, wurde im Gesetz verbindlich festgelegt, wie das Teilhabeplanverfahren zu erfolgen hat. Durch enge Fristen sollte eine zeitliche Verzögerung, wie sie im bisherigen Alltag der Leistungsbeantragung nicht selten war, ausgeschlossen sein. Für alle Rehabilitationsträger gilt das gleiche Verfahren [15]:

1. Die Klärung, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, muss auch bei Beteiligung mehrerer Träger nach 6 Wochen abgeschlossen sein. Wenn die Frist überschritten ist, gilt die beantragte Leistung als genehmigt.
2. Bei der Bedarfsermittlung ist zunächst zu prüfen, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht und welche Auswirkungen diese hat. Dann sind die Ziele zu formulieren und die Leistungen zur Teilhabe konkret zu benennen. Grundlage dieses Schrittes ist ein ICF-basiertes Bedarfsermittlungsinstrument.
3. Im letzten Schritt muss ein Teilhabeplan oder Gesamtplan erstellt werden, dies in Abhängigkeit, welche Leistungsträger beteiligt sind.

Der Betroffene hat grundsätzlich ein Wunsch- und Wahlrecht, das aber in der Praxis eingeschränkt sein kann durch eine beschränkte Auswahl an Leistungen. Zudem gilt auch das Prinzip der Verhältnismäßigkeit.

Die Leistungserbringung folgt normalerweise dem *Sachleistungsprinzip*, d.h. der Betroffene erhält vom Leistungserbringer eine Sachleistung, die vom Leistungsträger (d.h. dem Kostenträger) diesem erstattet wird. Es gibt aber auch die Möglichkeit, dem Betroffenen Geldleistungen zur Verfügung zu stellen. Eine besondere Form ist das *persönliche Budget*, das alle Teilhabeleistungen einer betroffenen Person umfasst und dieser als Geldbetrag zur Verfügung gestellt wird. Die entsprechenden Leistungen organisiert sie sich dann selbst.

HINTERGRUND

Exkurs: Chancen und Risiken des Bundesteilhabegesetzes

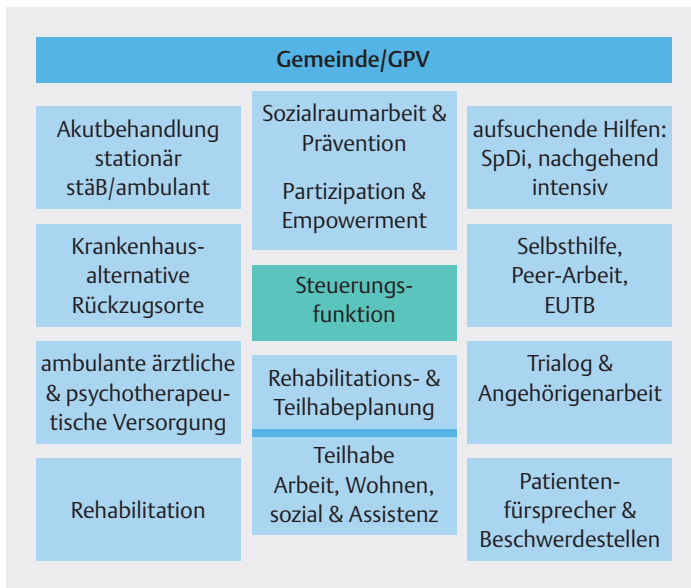
Das BTHG wird zurecht als eine der größten Reformen des Sozialrechts bezeichnet und birgt auch, wie weiter unten noch ausgeführt wird, große Chancen, das Leistungsgeschehen im Sinne des personenzentrierten Ansatzes individueller zu gestalten. Allerdings besteht auch die Gefahr, dass individuelle Lösungen, die häufig eine besondere Finanzierung erfordern, an eben diesen scheitern. Der Gesetzgeber hat für die Umsetzung des BTHG grundsätzlich Kostenneutralität angemahnt, wengleich dies kaum eingehalten werden kann, auch durch die Schaffung zusätzlicher Stellen für Fallmanager in den Verwaltungsbehörden. Am Ende könnte dies aber bedeuten, dass auf Seite der Leistungsempfänger gespart werden muss. Mit diesem Beispiel vor Augen soll nochmals auf die Bedeutung der Politik für eine gelingende psychiatrische Versorgung hingewiesen werden. Der renommierte australische Psychiater Assen Jablensky formulierte das so: „Das Ausmaß, in dem die Patienten durch aktuelle Ansätze in der Versorgung psychisch Kranker profitieren werden, ist nicht so sehr von der Psychiatrie als medizinischer Disziplin abhängig, sondern von den Wahrnehmungen und Handlungen der Politik.“ ([16], eigene Übersetzung)

Strukturen und Funktionen der Gemeindepsychiatrie

Über die letzten fast 50 Jahre nach dem Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete hat sich ein differenziertes System an gemeindepsychiatrischen Angeboten in Deutschland entwickelt. Die Verteilung dieser Angebote ist allerdings sehr heterogen.

Träger gemeindepsychiatrischer Angebote sind meist Organisationen, Einrichtungen und Initiativen der freien Wohlfahrtspflege, sowohl nicht konfessionelle als auch kirchliche Träger. Viele kleinere und mittelgroße Einrichtungen sind als Vereinsgründungen im Zuge der Psychiatriereform entstanden, nicht selten durch engagierte Psychiater aus den Kliniken heraus. In einigen Bundesländern betreiben Psychiatrische Kliniken selbst gemeindepsychiatrische Angebote, von betreuten Wohnformen bis hin zu Werkstätten und beruflichen Qualifizierungsangeboten. In der Gemeindepsychiatrie arbeiten verschiedene Berufsgruppen, deren Verteilung sich gänzlich anders als in der Klinik darstellt. Sozialpädagogen, Heilpädagogen und Pflegekräfte stellen den größten Anteil.

Schauen wir uns zunächst aus Sicht der Patienten eine *idealtypische Versorgungsmatrix* an (► **Abb. 1**). Diese geht über rein gemeindepsychiatrische Angebote hinaus und umfasst jegliche Versorgungsbereiche. Sie ist angelehnt an das „Funktionale Basismodell der ge-



► **Abb. 1** Übersicht über einen idealtypischen funktional gegliederten Verbund gemeindepsychiatrischer Angebote. Details zu den einzelnen Bereichen werden im Text erläutert.
StÄB: Stationsäquivalente Behandlung
SpDi: Sozialpsychiatrischer Dienst
EUTB: Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

meindepsychiatrischen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen“ [17]. Hier zeigt sich, dass die Akutbehandlung in der Klinik eine Funktion unter vielen darstellt, was der früheren Sichtweise widerspricht, dass gemeindepsychiatrische Angebote komplementär, d. h. ergänzend zur Klinik sind. Diese zentrale Sichtweise auf die Klinik widerspricht auch dem Verständnis einer lebensfeldnahen Behandlung („ambulant vor stationär“) und dem Krankheitsverlauf bei vielen Patienten, bei denen die Klinik zwar ein wichtiger Ort für die Akutbehandlung ist, in denen die Patienten verglichen zu früher aber nur noch einen Bruchteil ihrer Zeit verbringen.

Gemeindepsychiatrische Verbünde/ andere Verbundstrukturen

Das PsychKHG Baden-Württemberg formuliert in § 7 Folgendes: „In den auf Ebene der Stadt- und Landkreise gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbänden schließen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zum Zwecke der Kooperation zusammen.“ [18]. Die oben schon angesprochene Vielfalt in der Trägerlandschaft erfordert einen regelmäßigen Austausch zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern. Diese Vernetzung dient der Transparenz, der gemeinsamen Weiterentwicklung des Versorgungsangebots und der gemeinsamen Hilfeplanung. Meist existieren die Gemeindepsychiatrischen Verbünde (GPV) oder andere Verbundstrukturen auf Kreis- oder Stadtteilebene

und werden durch den Leistungsträger moderiert. Viele GPV übernehmen die Versorgungsverpflichtung für ihre Region und garantieren für jeden Bürger aus der Region einen Platz in der Versorgung. Die Fallsteuerung kann über eine Hilfeplankonferenz erfolgen, wobei es im Rahmen der Umsetzung des BTHG zu einer Neustrukturierung der Hilfeplankonferenzen kommt, die teils abgeschafft werden, teils in die nun gesetzlich vorgeschriebenen Gesamtplan- oder Teilhabeplankonferenzen integriert werden.

Gemeindepsychiatrische Zentren sind Zusammenschlüsse vorwiegend ambulanter Angebote in der Gemeinde, unter einem Dach. In Baden-Württemberg umfassen sie Tagesstätte, Sozialpsychiatrischen Dienst und eine Psychiatrische Institutsambulanz, manchmal ist noch eine Werkstatt mit Zuverdienstmöglichkeiten angegliedert.

Rehabilitations- und Teilhabeplanung

Grundlage der Rehabilitations- und Teilhabeplanung gemäß BTHG sollen Bedarfsermittlungsinstrumente sein, die auf der ICF basieren [19]. Jedes Bundesland hat ein eigenes Bedarfsermittlungsinstrument (bspw. BEI-BaWü) entwickelt, das zur Feststellung der Teilhabebedarfe eingesetzt werden soll. Die einzelnen Schritte wurden bereits oben erläutert.

Merke

Wichtig ist hier der Hinweis, dass die Idee, dass der Betroffene sich in diesem Verfahren alleine in einem Dialog mit dem Leistungsträger befindet (außer er hat einen gesetzlichen Betreuer), im Sinne der Stärkung der Betroffenenrechte zu verstehen ist.

Aber alleine die Einleitung des Verfahrens, das heißt die Geltendmachung von Teilhabebedarfen, bedarf bei den meisten Betroffenen, die gemeindepsychiatrisch versorgt werden, einer Unterstützung. Diese kann durch eine Vertrauensperson geleistet werden, die auch bei der Teilhabekonferenz den Betroffenen unterstützen kann. Dies wird häufig bei jüngeren Patienten, die noch keine Leistungen erhalten haben, der Kliniksozialarbeiter sein. Bei denen, die bereits in der Gemeindepsychiatrie versorgt werden, ist das meist eine Betreuungsperson eines Leistungserbringers.

International Classification of Functioning

Die International Classification of Functioning (ICF) wurde von der WHO als Klassifikation der International Classification of Disease (ICD) zur Seite gestellt. Letztere beschreibt Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme, die ICF dagegen Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In Entwicklung befindet sich noch die Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen (ICHI). Damit entsteht ein gesundheitsbezogenes Klassifikationssystem, das Diagnosen,

Defizite, Ressourcen und Interventionen umfassend abbildet [19]. Eine gemeinsame Verständigung über Ressourcen und Defizite ermöglicht eine gezieltere, individuelle Hilfeplanung. Die ICF basiert in ihrer Grundstruktur auf dem *biopsychosozialen* Krankheitsmodell.

Die ICF umfasst folgende Komponenten:

- **Körperfunktion und Körperstrukturen:** beschreiben Funktionen und Strukturen anhand der Organsysteme. Im Bereich des Nervensystems bspw. spezifische mentale Funktionen in Analogie zum psychischen Befund (u. a. Gedächtnis, Emotionen, Wahrnehmung).
- **Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe):** beschreiben die Person in ihrem aktiven Handeln, alleine und in gesellschaftlichen Bezügen und damit auch in ihren Teilhabechancen bzw. -defiziten.
- **Umweltfaktoren:** beschreiben externe Einflüsse auf den Betroffenen, z. B. die Wohnumgebung (Nähe zu öffentlichen Verkehrsmitteln, Naherholungsgebiete usw.), das Netzwerk von Unterstützern und personelle Beziehungen, aber auch gesellschaftliche Werte (Vorurteile gegenüber Behinderten u. a.).
- **Personenbezogene Kontextfaktoren:** Hier werden Eigenschaften der betroffenen Person beschrieben, aber auch erlernte Faktoren wie die Schulbildung.

Folgende Bereiche der Aktivitäten und Partizipation werden abgedeckt:

- Lernen und Wissensanwendung,
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
- Kommunikation,
- Mobilität,
- Selbstversorgung,
- häusliches Leben,
- interpersonelle Interaktion und Beziehungen,
- bedeutende Lebensbereiche,
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Mit Bezug auf die Aktivitäten wird zwischen *Capacity* und *Performance* unterschieden, also das, was eine Person tun könnte und was sie tatsächlich tut. Ersteres beschreibt die Leistungsfähigkeit, zweiteres wird durch die Motivationslage maßgeblich beeinflusst, betrifft die Arbeit mit Betroffenen in jedem Setting und ist von hoher Bedeutung für die Planung einer gezielten Förderung.

Steuerungsfunktion

Der Fallsteuerung kommt eine zentrale Rolle zu, da es im Versorgungssystem immer wieder zu Wechseln des Personals, der Zuständigkeit und des Behandlungssettings sowie zu Behandlungsabbrüchen kommt. Dies zeigt, dass auch in einem idealen Versorgungssystem die *Behandlungskontinuität* kaum durchgehalten werden kann, wenngleich sie neben der *Beziehungsarbeit*

ZUSATZINFO

Exkurs: Beziehungsarbeit/Behandlungskontinuität

Der gelingende Aufbau einer Beziehung erfordert gerade in der aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Arbeit Durchhaltevermögen, da man initial nicht immer bekannt ist mit dem Patienten: „Durch vorsichtiges Herantasten ist das richtige Maß an emotionaler Nähe und professioneller Distanz herauszufinden; ein erstes Gespräch kann 5 Minuten dauern und im Türspalt stattfinden.“ [20] Neben der Fähigkeit, sich auf individuelle Lebenslagen und Bedürfnisse einzustellen, um den Patienten „dort abzuholen, wo er sich gerade befindet“, ist der Faktor Zeit von großer Bedeutung. Da es immer wieder zu Beziehungsabbrüchen kommen kann, ist es für die Behandlungskontinuität sehr wichtig, ein einheitliches Dokumentationssystem zu verwenden und in Teams zu arbeiten, sodass die Leistung „wie aus einer Hand“ erbracht wird.

als ein Kernkriterium gelingenden gemeindepsychiatrischen Arbeitens gilt. In Abb. 1 ist Steuerung als Funktion angegeben. Diese kann durch verschiedene Berufsgruppen wahrgenommen werden und wird unterschiedlich benannt, koordinierende Bezugsperson, Lotse, Case-Manager usw. Auch gesetzliche Betreuer können diese Funktion wahrnehmen. Eine saubere Begriffstrennung ist hier nicht möglich, daher ist es wichtiger, die Funktion genau zu beschreiben und ihren Stellenwert in einem lokalen Versorgungssystem genau zu definieren.

Systemisches Arbeiten hat sich in der Gemeindepsychiatrie bewährt, da es den Betroffenen in seinen lebensfeldnahen Bezügen betrachtet, Netzwerkarbeit leistet und bedürfnisorientiert vorgeht. Auch akute aufsuchende Interventionen wie „Need-Adapted-Treatment“, in Finnland entwickelt, oder die Stationsäquivalente Behandlung (StäB), orientieren sich an der systemischen Therapie. Die systemische Psychotherapie ist seit 2019 als Richtlinienpsychotherapie und als Leistung der GKV anerkannt.

Wohnen

Man unterschied bisher Wohnangebote, bei denen eine Betreuungsperson stundenweise in die Wohnung des Patienten kommt, von solchen, bei denen immer eine Fachkraft anwesend ist: ambulant betreutes Wohnen und stationär betreutes Wohnen, letzteres meist im Rahmen eines Heimes. Es gibt aber auch dezentrale stationär betreute Wohnformen, meist Wohngemeinschaften. Das Bundesteilhabegesetz unterscheidet nun das ambulant betreute Wohnen, bei dem der Betroffene selbst Mieter sein sollte und die Fachleistung von einem entsprechenden Dienst erbracht wird, von den besonderen (stationären) Wohnformen, bei denen

Wohnraum und Fachleistung zusammenhängen, d. h. vom gleichen Dienst vermietet bzw. erbracht wird.

Die Trennung von Wohnraum und Fachleistung wird auch durch sog. „Housing-First“-Programme unterstrichen. Diese folgen der Erkenntnis, dass der eigene Wohnraum per se schon stabilisierend wirken kann, Stigma abbaut und das Selbstwertgefühl verbessert. Ursprünglich als Programme für Wohnsitzlose in Kanada entwickelt, gibt es mittlerweile auch in Europa, u. a. in Basel und Zürich Projekte, die das selbstbestimmte Wohnen mit Unterstützung realisieren und wissenschaftlich begleiten.

Für Menschen, die im Rahmen ihrer psychischen Störung immer wieder herausforderndes, d. h. selbst- und fremdgefährdendes Verhalten zeigen, gibt es geschlossene Einrichtungen, die allerdings nur als Ultima Ratio eine zeitlich befristete Lösung eines krisenhaften Verhaltens darstellen sollen [21]. Therapeutische Wohngruppen (TWG) können hier eine Alternative sein, um mit dem Betroffenen in einem intensiv betreuten Wohnumfeld an dem herausfordernden Verhalten zu arbeiten, sodass nach der Maßnahme ein weniger intensiv betreutes Wohnen möglich wird.

Mehr als 217000 Menschen lebten 2019 in Deutschland in ambulant unterstützten Wohnformen. Innerhalb der letzten 10 Jahre bedeutet dies mehr als eine Verdopplung. Davon haben rund 71% eine psychische Störung. In stationären Wohnformen ist das Verhältnis umgekehrt [22]. Dort haben 30% der bundesweit 200 000 Bewohner eine psychische Störung, fast zwei Drittel sind geistig behindert. Auch hier gab es einen

Zuwachs, der aber nicht so deutlich ausfiel wie im ambulant betreuten Wohnen. Einen nur geringen Anteil mit wenigen tausend Plätzen hat das betreute Wohnen in Familien (früher: Familienpflege), das nur in einigen Regionen in Deutschland etabliert ist.

Arbeit

Die österreichische Sozialpsychologin Marie Jahoda beschrieb bereits in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts die Bedeutung von Arbeit über die Unterhaltssicherung hinaus. Arbeit stützt das Selbstwertgefühl, dient der Tagesstrukturierung, fördert Aktivität und soziale Kontakte und stiftet Identität [23]. Die genannten Bereiche sind bei Menschen mit psychischen Störungen oft bereits durch die Krankheitssymptomatik eingeschränkt, was den Wert der Beschäftigung noch unterstreicht. Andererseits ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer Überforderung am Arbeitsplatz kommt.

Merke

Die berufliche Rehabilitation umfasst Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und erfolgt in 3 Phasen:

- Vorbereitung auf die Rehabilitation
- berufliche Rehabilitation
- Integration in Arbeit

Wenn Rehabilitationsfähigkeit nicht besteht, da die Schwere der Teilhabebeeinträchtigung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder auch nur die Vorbereitung darauf in absehbarer Zeit nicht zulässt, so kann die Beschäftigung in einer WfbM eine Alternative sein. Dort kann eine Heranführung an den *Berufsbildungsbereich* erfolgen. Dieser bereitet auf eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vor, wobei die Übergänge sehr von der Diagnose und den Teilhabebeeinträchtigungen abhängig sind.

Im Arbeitsbereich der Werkstätten waren 2019 in Deutschland rund 279 000 Menschen beschäftigt, 10 Jahre zuvor waren es noch knapp 40 000 Menschen weniger [22].

Analog zu Housing First gibt es auch im Arbeitsbereich eine Strategie, die von der aufbauenden Qualifizierung abweicht und die Patient*innen erst an einen Arbeitsplatz vermittelt, der von ihnen auch gewünscht wird und dennoch die Ressourcen beachtet: First place, then train. Dort findet dann eine teils intensive Begleitung statt. Diese unterstützte Beschäftigung (engl. supported employment) kann längere Zeit in Anspruch nehmen, da auch hier eine Vorbereitung auf einen kompetitiven Arbeitsplatz erfolgt, aber eben nicht in einer beschützenden Atmosphäre, sondern in realen Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts. Die internationale Studienlage zeigt eine klare Überlegenheit die-

ZUSATZINFO

Übersicht beruflicher Rehabilitations- und Qualifizierungseinrichtungen

- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK): medizinische und berufliche Rehabilitation
- Integrationsfachdienst (IFD): Beratung arbeitsuchender und beschäftigter Menschen mit Behinderung und deren Arbeitgeber
- Berufliche Trainingszentren (BTZ): Unterstützung bei Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt
- Berufsbildungswerke (BBW): berufliche Qualifikation Jugendlicher und junger Erwachsener
- Berufsförderungswerke (BFW): berufliche Qualifikation Erwachsener
- Integrationsfirmen/Inklusionsunternehmen: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit hohem Anteil behinderter Menschen
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM): Rehabilitation über Berufsbildungsbereich

ser Rehabilitationsform, was den Übergang auf den ersten Arbeitsmarkt angeht.

Soziale Teilhabe/Tagesstruktur

Werden die Voraussetzungen zur Aufnahme in eine WfbM nicht erfüllt, bieten *Tages(förder)stätten* die Möglichkeit einer basalen Betreuung und Förderung. Diese sind häufig räumlich einer WfbM zugeordnet oder einer ambulanten Ergotherapie, was eine weitere Maßnahme ist, um eine Tagesstruktur zu etablieren. In solchen Einrichtungen haben Betroffene auch die Möglichkeit einer Sozialberatung, können dort essen und an den Freizeitangeboten partizipieren.

Tagesstruktur kann aber auch über inklusive Angebote realisiert werden, die nicht Menschen mit psychischer Störung vorbehalten sind, sondern im Gegenteil bewusst Angebote für die ganze Bevölkerung vorhalten, z. B. kunsttherapeutische Ateliers.

Assistenzleistungen

Individuelle Leistungen für Betroffene wurden bisher in Leistungspaketen, z. B. im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens, erbracht. Auch hier konnten schon individuelle Leistungen, entsprechend den Wünschen und dem Bedarf, erbracht werden. Die Steuerung war aber letztlich dem Leistungserbringer überlassen und die Leistung, wenn man sie zusätzlich erbracht hat, möglicherweise unter- oder nicht finanziert, weil nicht vorgesehen.

Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX bieten nun die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen bei entsprechenden Teilhabebedarfen zur erbringen. Dies ist ein weiterer Schritt in der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes. Wie dies bei angedachter Kostenneutralität umgesetzt werden soll, werden die nächsten Jahre zeigen. Im Sinne der Betroffenen sollte aber jeder Teilhabebedarf, der noch nicht gedeckt ist oder neu hinzugekommen ist, Auslöser eines neuen Bedarfsermittlungsverfahrens sein.

Empowerment und Recovery

Diese beiden Begriffe sind „Haltung, Prozess und politisches Programm“ [20]. Sie drücken den Anspruch der Psychiatrieerfahrenen aus, nicht nur dabei zu sein, quasi integriert, sondern vollumfänglich auch in Entscheidungsprozesse eingebunden zu werden:

- *Empowerment* bildet den persönlichen und strukturellen Anspruch Psychiatrieerfahrener ab, ernst genommen zu werden, Entscheidungen selbst zu treffen bzw. an politischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Sowohl auf kommunaler, als auch auf Landesebene oder in Fachgesellschaften gibt es mittlerweile Beiräte von Betroffenen, die unterschiedlich in Entscheidungen eingebunden werden. In einigen Regionen haben Betroffene Sitz und teils Stimm-

recht bei lokalpolitischen Entscheidungen, z. B. im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Die Betroffenenbeteiligung ist in Deutschland aber bei weitem noch nicht so ausgebaut, wie z. B. in Großbritannien.

- *Recovery* sollte das langfristige Ziel eines jeden einzelnen sein, der an einer psychischen Störung leidet und durch diese sich verändert, im positiven Sinne das Leben neu gestaltet und dadurch möglicherweise sogar einen Gewinn für seine persönliche Entwicklung daraus zieht. Die Kritik, dass dies für viele Betroffene aufgrund der Erkrankungsschwere nicht realistisch ist, verfehlt die eigentliche Idee von *Recovery*, nämlich die Ablösung einer defizitorientierten Sichtweise auf Menschen mit psychischer Störung. *Recovery* ist damit in einer Linie mit der Ressourcen-betonenden Herangehensweise der ICF, geht aber weit darüber hinaus.

Selbsthilfe/Peers/EX-IN

Die *Selbsthilfebewegung* hat vor einigen Jahrzehnten in den Vereinigten Staaten begonnen. Auch in Deutschland gibt es eine Reihe von Selbsthilfeorganisationen. Eine der bekanntesten ist die „Irren-Offensive Berlin“, die 1996 das Weglaufhaus eröffnete, eine Einrichtung für Menschen, „die von psychiatrischen Behandlungen betroffen sind, diese aber ablehnen“. Solche krankhausalternativen Orte zur Versorgung akuter psychischer Störungen gibt es aber nur wenige in Deutschland.

Peerarbeit hat sich aus der Selbsthilfebewegung entwickelt und betont das Erfahrungswissen der Psychiatrieerfahrenen, die in vielen, vor allem akuten Situationen einen besseren Zugang zum Patienten bekommen als die sogenannten „Profis“. Für diese Experten aus Erfahrung gibt es mittlerweile bundesweit strukturierte Ausbildungsgänge zum Genesungsbegleiter, bspw. in der EX-IN-Ausbildung (experienced involvement). Mittlerweile stellen immer mehr Kliniken und Anbieter gemeindepsychiatrischer Leistungen Genesungsbegleiter ein.

Trialog/Angehörigenarbeit

Der Begriff des *Trialos* beschreibt zunächst einmal den gemeinsamen Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten. Das Konzept wurde für die Behandlung psychotischer Störungen entwickelt, mittlerweile aber für andere Diagnosen adaptiert. Eigentlich sollte dieser Austausch auf Einzelfallebene zur „good clinical practice“ gehören und ist ja bspw. fester Bestandteil systemischen Arbeitens. Darüber hinaus gibt es noch Gruppenangebote, bei denen ein regelmäßiger offener Austausch möglich ist.

Die eigentliche *Angehörigenarbeit* geht darüber hinaus. Angehörige sind zu Beginn einer Erkrankung eines Familienmitglieds häufig hilflos, wissen mit den Symptomen nicht umzugehen und kennen das Versorgungssystem nicht. Hier bedarf es niederschwelliger Beratungsangebote, bspw. durch den Sozialpsychiatrischen Dienst oder wie in Baden-Württemberg durch die Integrierten Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB). Nicht selten kommt es zu einem Konflikt zwischen Therapeuten und Angehörigen, da diese sich nicht ausreichend informiert fühlen, wenn der Betroffene die Therapeuten nicht von der Schweigepflicht entbunden hat. Dennoch sind allgemeine Informationen möglich und vor allem eine Unterstützung der Angehörigen bspw. in sozialrechtlichen Fragen.

Aufsuchende Hilfen und krankenhauseretzende Angebote

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) gibt es, wie oben beschrieben, schon längere Zeit. Sie dienen der niederschweligen Beratung und erstmaligen Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem und stellen im Sinne einer Koordinationsfunktion Kontakt zu weiteren Angeboten des Hilfesystems her, ggf. realisieren sie auch die Klinikeinweisung und betreiben Vorsorge im Sinne einer Sekundär- oder Tertiärprävention, was wiederum Klinikeinweisungen verhindern hilft.

Die *ambulante Soziotherapie* ist eine spezifische Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, die auch der Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten dient. Der Patient erhält durch den SpDi ein Leistungspaket von maximal 120 Therapiestunden in 3 Jahren. Die Leistung kann flexibel erbracht werden und soll den Patienten bei Schwierigkeiten in der Lebensgestaltung und -planung wie auch administrativen Dingen unterstützen. Der Patient soll, wie auch durch die *ambulante Psychiatrische Fachpflege*, dadurch im Lebensfeld gehalten werden.

Diesem Prinzip folgt auch die *Stationsäquivalente Behandlung* (StäB), die seit 2018 in Deutschland zugelassen ist. Die Klinik kommt hier mit einem multiprofessionellen Team in die Wohnung des Betroffenen. Dies ist allerdings auf die Akutbehandlung beschränkt, anders als in Großbritannien, wo es eine lange Tradition von „Home-Treatment“ gibt, das mittlerweile sehr differenziert durch verschiedene Dienste angeboten wird, je nach Bedarf des Betroffenen. Die Langzeitbetreuung von Menschen mit erheblichem Hilfebedarf und langen Verläufen geschieht durch ACT-Teams (ACT: Assertive Community Treatment). Die Akutbehandlung erfolgt durch Crisis-Resolution-Teams analog zu StäB. Mittlerweile gibt es in einigen Ländern sogenannte FACT-Teams, die flexibel auf die Bedürfnisse des Betroffenen reagieren können, also auch die Intensität der Betreu-

ung und Behandlung erhöhen oder verringern können, ohne dass der Patient das Team wechseln muss.

Sozialraumarbeit

Sozialraumarbeit, wie auch Gemeinwesenarbeit und Quartiersarbeit gelten als traditionsreiches Konzept Sozialer Arbeit [20]. Den Hintergrund bilden Erkenntnisse aus vor allem soziologischen Untersuchungen, dass auch die Umwelt der Patienten beeinflusst und verändert werden muss, um bspw. eine inklusive Gesellschaft zu schaffen. Darüber hinaus steht der Betroffene mit seiner näheren Umwelt und seinem Sozialraum im Austausch, was einerseits Resilienzfaktoren fördern, andererseits zu einer erhöhten Belastung führen kann. Damit beeinflusst Sozialraumarbeit auch die Umweltfaktoren, die im biopsychosozialen Krankheitsmodell enthalten sind und stellt damit eine wichtige Ressource dar, um in der Gemeinde präventiv mit Bezug auf Entstehung, aber auch Verschlechterung psychischer Störungen Einfluss zu nehmen. Um solche Ziele, wie auch das einer inklusiven Gesellschaft, zu realisieren, sind allerdings auch erhebliche finanzielle Ressourcen notwendig. Zudem darf sie nicht zulasten einer personenzentrierten Arbeit gehen.

E-Health in der Gemeindepsychiatrie

E-Health kann durch verschiedene elektronische Geräte realisiert werden, die einen Austausch ermöglichen: Telefon, Smartphone, Apps, Internet, Videokonferenzen. Mittlerweile gibt es eine gute Datenlage zur telepsychiatrischen Behandlung einzelner Krankheitsbilder, die eine hohe Zufriedenheit bei Behandlern wie Patienten und Gleichwertigkeit im Vergleich zur persönlichen Begegnung zeigt [24]. Fragen der Datensicherheit und der Leistungsabrechnung haben die breite Anwendung in Deutschland bisher verzögert. Durch die Corona-Pandemie, in der das Kontakthalten zu erkrankten, in Quarantäne befindlichen oder verängstigten Patienten häufig nur durch telefonische, Video- oder Mail-Kontakte möglich war, scheint es eine Dynamisierung zu geben, durch die in den nächsten Jahren klärende Regelungen zu erwarten sind.

In der Gemeindepsychiatrie widerspricht dies auf den ersten Blick der Bedeutung der persönlichen Begegnung, gerade bei aufsuchendem Arbeiten. Andererseits bieten E-Health-Anwendungen eine verbesserte Behandlungskontinuität durch Halten eines Kontakts letztlich weltweit, z. B. wenn ein Patient in den Urlaub geht. Auch die Beziehungsarbeit kann davon profitieren, weil zusätzliche Facetten hinzukommen. Schließlich können Links ausgetauscht werden, deren Inhalte beim nächsten Gespräch aufgegriffen werden können. Besonders in Flächenlandkreisen erweitern diese tech-

nischen Möglichkeiten zudem den Versorgungsradius. Betroffene, die persönliche Begegnungen nicht oder selten wahrnehmen, Unterstützung aber durchaus wünschen, könnten ebenfalls besser versorgt werden.

Die Gemeindepsychiatrie muss sich daher mit E-Health intensiv auseinandersetzen und im Austausch mit den Betroffenen Offenheit diesbezüglich zeigen, zumal viele Anwendungen von den Betroffenen einfach selbst installiert werden und dies wenn möglich mit einer fachlichen Beratung einhergehen sollte.

KERNAUSSAGEN

- Gemeinde- und Sozialpsychiatrie sind essenzielle Bestandteile klinischer Arbeit.
- Gemeindepsychiatrie umfasst psychiatrische Versorgungsstrukturen, die Menschen mit komplexem Hilfebedarf versorgen.
- Gemeindepsychiatrische Angebote entwickelten sich in vielen Ländern nach den Psychiatriereformen in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts.
- Die Teilhabeplanung orientiert sich im Sinne einer personenzentrierten Versorgung an den individuellen Wünschen und Vorstellungen des Betroffenen.
- Die UN-BRK sieht einstellungs- und umweltbedingte Barrieren als Hauptursache für Behinderung von Menschen mit Beeinträchtigungen.
- Das Bundesteilhabegesetz verfolgt als Ziel die „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“.
- Die ICF ermöglicht eine Ressourcen-orientierte Hilfeplanung statt einer Defizit-orientierten.
- Neben den „klassischen“ Angeboten in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur werden Assistenzleistungen an Bedeutung gewinnen.
- Der Einbezug Psychiatrieerfahrener im Sinne von Empowerment bzw. Recovery erweitert die Perspektive multiprofessioneller Teams.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an im Bereich der Medizin aktiven Firma: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an zu Sponsoren dieser Fortbildung bzw. durch die Fortbildung in ihren Geschäftsinteressen berührten Firma: nein

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Raoul Borbé

Dr. med., MHBA. 1993–2000 Medizinstudium. 2001 Promotion. 2000–2001 AiP Innere Medizin und Psychiatrie und Psychotherapie. 2002–2006 Assistenzarzt Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Ab 2006 Oberarzt am Zentrum für Psychiatrie

Die Weissenau, Ravensburg. 2007 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. 2014 Master of Health Business Administration. Von 2013–2021 Chefarzt der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg. Seit 2018 Regionaler Geschäftsbereichsleiter der gemeindepsychiatrischen Angebote Ravensburg-Bodensee am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Raoul Borbé

ZfP Südwürttemberg
Klinik I für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität
Ulm (Weissenau)
Weingartshoferstr. 2
88214 Ravensburg
Deutschland
raoul.borbe@zfp-zentrum.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Raoul Borbé, Ravensburg.

Literatur

- [1] Gruber D, Böhm M, Wallner M et al. Sozialpsychiatrie: Begriff, Themen und Geschichte. In: Schöny W (eds.) Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke. Berlin: Springer; 2012: 5–28
- [2] Gühne U, Riedel-Heller S. Psychosoziale Therapien. PSYCH up2date 2021; 15: 531–546 doi: 10.1055/a-1146-8500
- [3] Brown P. Who is the community?/What is the community? Brown University 2005; <https://www.brown.edu/research/research-ethics/who-communitywhat-community>
- [4] van Bilsen HPJG. Lessons to be learned from the oldest community psychiatric service in the world: Geel in Belgium. BJPsych Bull 2016; 40: 207–211 doi: 10.1192/pb.bp.115.051631
- [5] Becker T. Gemeindepsychiatrie. Stuttgart: Thieme; 1998
- [6] Schott H, Tölle R. Geschichte der Psychiatrie. München: Verlag C. H. Beck; 2006
- [7] Häfner H. Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. In: Wink M, Funke J (eds.) Stabilität im Wandel. Heidelberger Jahrbücher Online; Band 1. 119–145 Heidelberg: Heidelberg University Publishing; 2016
- [8] DGPPN, Hrsg. Dossier: Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. 2018. http://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf. Stand:11.04.2021
- [9] Aktion Psychisch Kranke e. V.. Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bericht zum Forschungsprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2006
- [10] Eikelmann B. Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Stuttgart: Enke; 1997
- [11] Elgeti H. Sozialpsychiatrische Dienste in Deutschland: Ein großes Versprechen. Soziale Psychiatrie 2019; 43: 16–19
- [12] Vereinte Nationen. UN-BRK. Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf. Stand:11.04.2021
- [13] Vereinte Nationen. Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands. 2015. <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/crpd-abschliessende-bemerkungen-ueber-den-ersten-staatenbericht-deutschlands>. Stand:11.04.2021
- [14] Leisering B. UN-Behindertenrechtskonvention: den nationalen Aktionsplan zu einem wirksamen menschenrechtlichen Instrument machen. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; 2015. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-423988>. Stand:11.04.2021
- [15] Obermayr U. Grundlagen des Rehabilitationsrechts. Regensburg: Walhalla Fachverlag; 2017
- [16] Jablensky A. Politics and mental health I. Int J Soc Psychiatry 1992; 38: 24–29
- [17] Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. Psychiat Prax 2016; 43: 65–68
- [18] Landtag von Baden-Württemberg. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) vom 25. November 2014. <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=PsychKG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true>. Stand:11.04.2021
- [19] Grampp G. Die ICF verstehen und nutzen. Köln: Balance Verlag; 2018
- [20] Clausen J, Eichenbrenner I. Soziale Psychiatrie – Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Stuttgart: Kohlhammer; 2010
- [21] Borbé R, Rosemann M, Nienaber A et al. Gemeindepsychiatrische Ansätze zur Vermeidung der Unterbringung in geschlossenen Heimen – eine Positionsbestimmung. Nervenarzt 2021; 92: 935–940 doi: 10.1007/s00115-021-01136-7
- [22] Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS). Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021. http://www.lwl.org/spur-download/bag/Bericht_2019_final.pdf. Stand:11.04.2021
- [23] Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H. Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Frankfurt/M: Suhrkamp; 1975
- [24] Chan S, Parish M, Yellowlees P. Telepsychiatry Today. Curr Psychiatry Rep 2015; 17: 89 doi: 10.1007/s11920-015-0630-9

Bibliografie

PSYCH up2date 2022; 16: 73–90
 DOI 10.1055/a-1428-4361
 ISSN 2194-8895
 © 2022. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXGYGRD> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512022161725587



Frage 1

Welche Aussage trifft zu?

- A Gemeindepsychiatrie hat sich als Vorläufer der Krankenhauspsychiatrie entwickelt.
- B Kliniken können selbst Träger gemeindepsychiatrischer Angebote sein.
- C Die Psychiatrie-Enquete forderte den Aufbau von Großkrankenhäusern.
- D Leistungsträger (Kostenträger) der Eingliederungshilfe sind die Krankenkassen.
- E Sozialpsychiatrie entspricht in der Klinik der Gemeindepsychiatrie.

Frage 2

Welche Aussage zur Psychiatrie-Enquete trifft *nicht* zu?

- A Es sollten Standardversorgungsgebiete eingerichtet werden.
- B Menschen mit psychischer Störung sollten denen mit einer körperlichen Erkrankung gleichgestellt werden.
- C Suchterkrankungen waren aus der Versorgungsplanung ausgenommen.
- D Psychiatrische Abteilungen sollten auch an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet werden.
- E Forderungen der Enquete-Kommission befinden sich jetzt noch in Umsetzung.

Frage 3

Was gehört *nicht* zu den Funktionsbereichen nach Eikelmann?

- A Therapie
- B Freizeit/Tagesstruktur
- C Assistenz
- D Wohnen
- E Arbeit

Frage 4

Was trifft *nicht* zu? Der personenzentrierte Ansatz...

- A wurde von der Aktion Psychisch Kranke entwickelt.
- B sollte die Reha-Kette ersetzen.
- C soll individuellen Wünschen der Betroffenen entgegenkommen.
- D hat die Hilfeplanung mit dem IBRP umgesetzt.
- E ist nur für lang anhaltende (chronifizierte) Störungen geeignet.

Frage 5

Von welcher Annahme geht der Behindertenbegriff der UN-BRK aus?

- A Behinderung entsteht durch krankheitsbedingte Defizite.
- B Die subjektive Wahrnehmung des Behinderten bestimmt maßgeblich den Grad der Behinderung.
- C Behinderung entsteht aus der Wechselwirkung zwischen Behinderten und umweltbedingten Barrieren.
- D Behinderung ist immer ein dauerhaftes Merkmal.
- E Die Definition von Behinderung obliegt den Mitgliedsstaaten der UN.

Frage 6

Welches Prinzip gehört *nicht* zu moderner gemeindepsychiatrischer Arbeit?

- A Aufsuchende Arbeit.
- B Niederschwellige Erreichbarkeit.
- C Systemische Sichtweise.
- D Dialogischer Austausch.
- E Exklusion herausfordernder Patienten.

Frage 7

Die Steuerungsfunktion in der Gemeindepsychiatrie...

- A wird in der Regel vom Case-Management der Krankenkasse übernommen.
- B gilt nicht für das Krankenhaus.
- C kann auch von einem niedergelassenen Facharzt übernommen werden.
- D erfolgt auf Basis eines Bedarfsermittlungsinstrumentes.
- E bedarf einer systemischen Ausbildung.

Frage 8

Welche Aussage zum Wohnen trifft *nicht* zu?

- A In stationären Wohnformen hat nur ein Drittel der Bewohner eine psychische Störung.
- B Therapeutische Wohngruppen dienen der Vorbereitung auf ein selbstständiges Leben.
- C Das Prinzip „Housing First“ kommt aus der Wohnsitzlosenhilfe.
- D Mit dem BTHG wurde eine Trennung von Miete und Fachleistung festgeschrieben.
- E Betreutes Wohnen in Familien gibt es nur an wenigen Standorten in Deutschland.

Frage 9

Wie viele Menschen sind in Werkstätten für Behinderte in Deutschland beschäftigt?

- A 10 000
- B 50 000
- C 120 000
- D 280 000
- E 500 000

Frage 10

Recovery...

- A ist ein anderer Ausdruck für Remission.
- B geht davon aus, dass psychische Störungen nicht existieren.
- C begann 1996.
- D ist Voraussetzung für Empowerment.
- E beinhaltet einen individuellen Umgang mit einer psychischen Erkrankung.

100% Fort- und Weiterbildung

The image displays a grid of 20 medical journal covers from Thieme's 'up2date' series. Each cover features a specific medical illustration and the journal title in a blue header. The journals are arranged in four rows and five columns (with the last row having four journals). The titles are:

- Row 1: Allgemeinmedizin, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Gastroenterologie
- Row 2: Geriatrie, Intensivmedizin, Kardiologie, Krankenhaushygiene, Neurologie
- Row 3: Notfallmedizin, Notaufnahme, Orthopädie und Unfallchirurgie, Onkologie, Pädiatrie
- Row 4: PSYCH, Radiologie, Zahnmedizin

 Each cover also includes a small circular logo and the Thieme logo at the bottom.

MEHR ERFAHREN

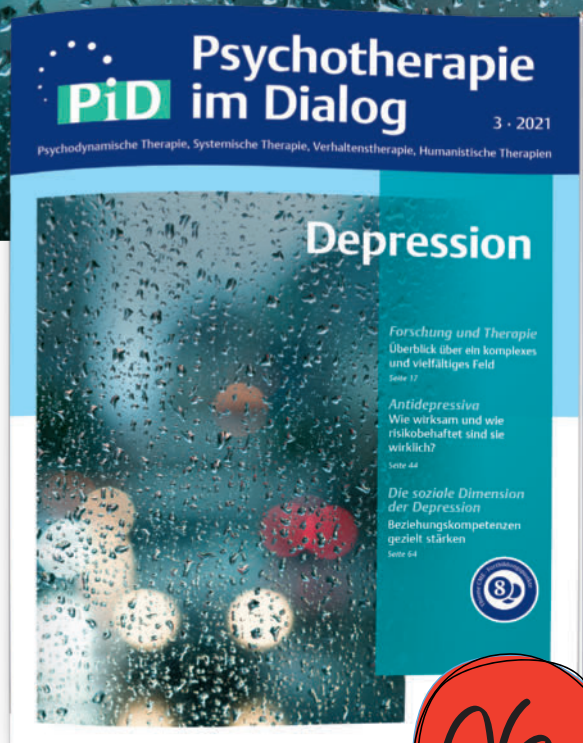
Scannen Sie den QR-Code, wählen Sie eine up2date und lesen Sie eine Ausgabe online!

FORTBILDUNG PUR – jetzt für Ihr Team abonnieren!

24/7 VERFÜGBAR – mit dem klinikweiten Online-Zugang

Praxisnah und vielfältig – ideal für den Berufsalltag

Mit einem Abo
verpassen Sie
keine Ausgabe
und haben
Online-Zugriff auf
alle PiD-Hefte.



Ein Thema – viele Perspektiven

Die Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen – und Psychotherapie leistet einen wichtigen Anteil zu ihrer Behandlung, wie die aktuelle Versorgungsleitlinie betont. Depressive Störungen sind zudem fortwährend Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Forschung. Welche neuen Erkenntnisse rund um die Ätiologie und Entstehung des Störungsbilds gibt es zu berichten? Und welche Entwicklungen sehen wir in der Psychotherapie der Depression?

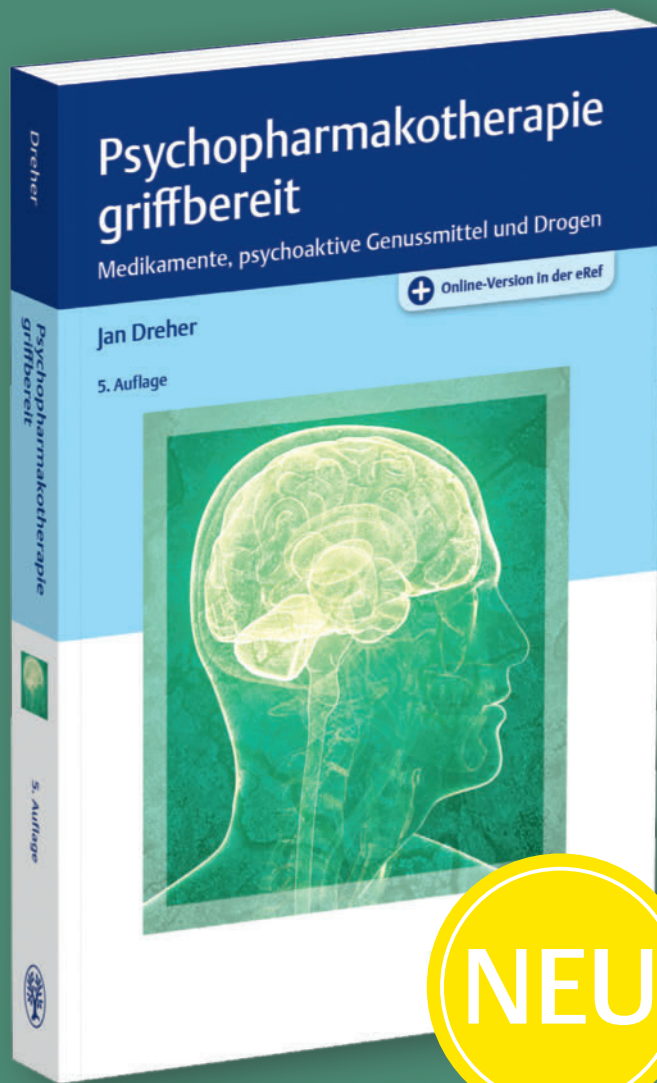
PiD bringt Sie auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand und versorgt Sie mit frischen Ideen und Impulsen für neue Wege in der Depressionstherapie. Nutzen Sie die Vielfalt an Wissen und Erfahrung, um sich Anregungen für Ihre Praxis zu holen – u.a. zu den folgenden Themen:

- Depression(stherapie) – ein Feld der Integration?
- Neuere Ansätze in der Psychotherapie chronischer Depression
- Verhaltensaktivierung bei schweren depressiven Störungen: Klinische Prinzipien und Techniken
- CBASP in der stationären Regelversorgung
- Stepped Care zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Depression
- Antidepressiva – wirksam und gut verträglich?
- Pharmakotherapie der Depression
- neue Erkenntnisse und neue Strategien
- Depression per App behandeln? Möglichkeiten und Grenzen digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs)
- Chronische Einsamkeit – mehr als ein Symptom einer Depression
- Die soziale Dimension der Depression: Wenn auch die Beziehungen leiden
- Elektrokrampftherapie oder Psychotherapie? Sowohl als auch!
- Wenn die Depression chronisch verläuft
- Depression und COVID-19-Pandemie: Psychische Folgen und Auswirkungen auf die Versorgungssituation

Psychotherapie im Dialog
Depression
2021. 1. Aufl.
Ca. 110 S., ca. 25 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 244354 9
ca. 49,00 € [D]

Jetzt zum Einstiegspreis abonnieren.
www.thieme.de/pid

DIE WICHTIGSTEN PSYCHOPHARMAKA IM POCKETFORMAT



Das bewährte
Nachschlagewerk
auf dem
neuesten Stand

Praxisorientiert und gut verständlich erhalten Sie einen Überblick über die wichtigsten Psychopharmaka. Geeignete Präparate werden mit Indikation, Dosierung, Pharmakologie, Nebenwirkungen und Praxistipps des Autors vorgestellt.

Wichtige Aspekte

- Depressionen, Angststörungen, Psychosen
- legale und illegale Drogen
- medikamentöse Therapien in der Entzugsbehandlung
- Behandlung in der Gerontopsychiatrie
- Psychopharmaka in der Schwangerschaft
- psychiatrische Notfälle
- Wechselwirkungen von Medikamenten

Diese Neuauflage ist sorgfältig überarbeitet und um ein Kapitel über Schmerztherapie erweitert.

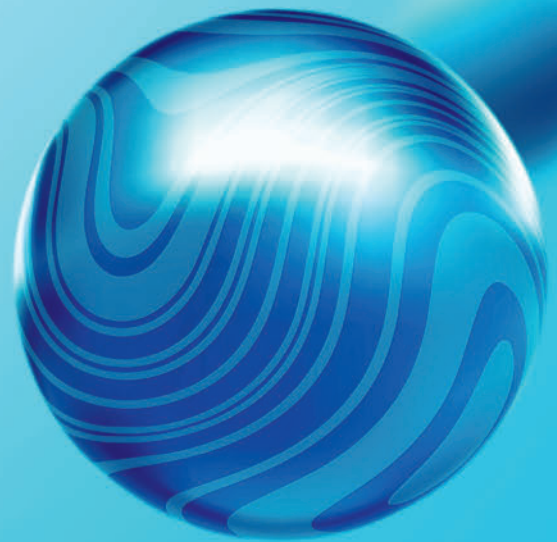
Buch + Online-Version in der eRef
ISBN 978 3 13 243571 1
39,99 € [D]

NEU

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Georg Thieme Verlag KG, Sitz- und Handelsregister: Stuttgart, HRA 3499.

Fachwissen präzise auf den Punkt.

Anästhesiologie – Radiologie – Innere – Gynäkologie – HNO-Heilkunde – Urologie – Chirurgie – Neurologie – Psychiatrie und Psychotherapie



© maximmmum/stock.adobe.com – Edited by Thieme.

Gut verständlich und klar strukturiert liefert die Referenz Reihe verlässliche Antworten auf alle Fragestellungen zu Krankheitsbildern, Leitsymptomen und Methoden Ihres Fachgebietes. Der Inhalt der Bücher steht Ihnen digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Jetzt Referenz-Reihe kennenlernen!
www.thieme.de/referenzen

 **Thieme**