

# Neues aus der Psychiatrie



Professor Dr. Dipl.-Psych. Gerd Laux

*Psychische Störungen und Krankheiten sind sowohl hinsichtlich ihrer Häufigkeit als auch volkswirtschaftlich von großer Bedeutung. Depressionen, Tabak- und Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Angst- und Psychosomatische Störungen zählen heutzutage zu den „Volkskrankheiten“. Das breite Spektrum des Faches ist einerseits durch neurobiologische Forschungsergebnisse und die Entwicklung störungsspezifischer Psychotherapie-Verfahren, andererseits durch zunehmende Spezialisierung charakterisiert. Für die forensische Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und die Suchtmedizin bestehen bereits Zusatzbezeichnungen bzw. Qualifikationen nach dem Weiterbildungsrecht.*

## Epidemiologie und Bedeutung

Mit einer Lebenszeit-Prävalenz von zirka 25 Prozent zählen psychische Störungen und Erkrankungen in Deutschland zu den häufigsten Krankheiten. Laut Krankenhausstatistik war der Anstieg der durch psychische und verhaltensbezogene Erkrankungen bedingten Krankenhaufälle in den vergangenen zehn Jahren mit 36 Prozent mehr als das Dreifache stärker als der Anstieg über alle Diagnosen [1]. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen nahm im gleichen Zeitraum um über 60 Prozent zu, der Anteil psychischer Erkrankungen an Renten wegen Erwerbsminderung hat sich auf fast 40 Prozent erhöht. Psychische und verhaltensbezogene Krankheiten stehen inzwischen zusammen mit Krankheiten des Nervensystems und zerebro-vaskulären Erkrankungen an der Spitze der Krankheitskosten je Einwohner [1, 29].

## Krankheitsbilder

Im Zentrum der Beachtung stehen seit einiger Zeit Depressionen – zirka fünf Prozent der deutschen Bevölkerung (zirka vier Millionen) leiden an einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung [18]. Vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Faktoren wird ein Anstieg der Prävalenzraten angenommen. Die jüngst veröffentlichte oberbayerische Langzeitverlaufsstudie über 25 Jahre kam allerdings zu dem Ergebnis, dass die Depressionsprävalenz über diesen langen Zeitraum nicht zugenommen hat [7]. Gemäß ICD-10 werden Depressionen

nach dem Schweregrad (leicht – mittelgradig – schwer/mit psychotischen Symptomen) sowie nach dem Verlauf (rezidivierend, chronisch das heißt länger als zwei Jahre persistierend) anhand von Symptomausprägungen unterschieden. Die Differenzialdiagnose zu mit Depressivität einhergehenden Anpassungs- und Belastungsstörungen, auch zu Angststörungen ist im Einzelfall schwierig und erfordert fachärztliche Kompe-

tenz. Neuere Verlaufsstudien belegen außerdem, dass für die Prognose Persönlichkeitsfaktoren (insbesondere hohe Neurotizismus-Werte) von Bedeutung sind [34]. Neben den Depressionen (unipolar) haben bipolare affektive Störungen in den vergangenen Jahren vermehrt Beachtung gefunden. Das Spektrum dieser Erkrankungen lässt sich heute in die in Abbildung 1 wiedergegebenen Subgruppen aufteilen:

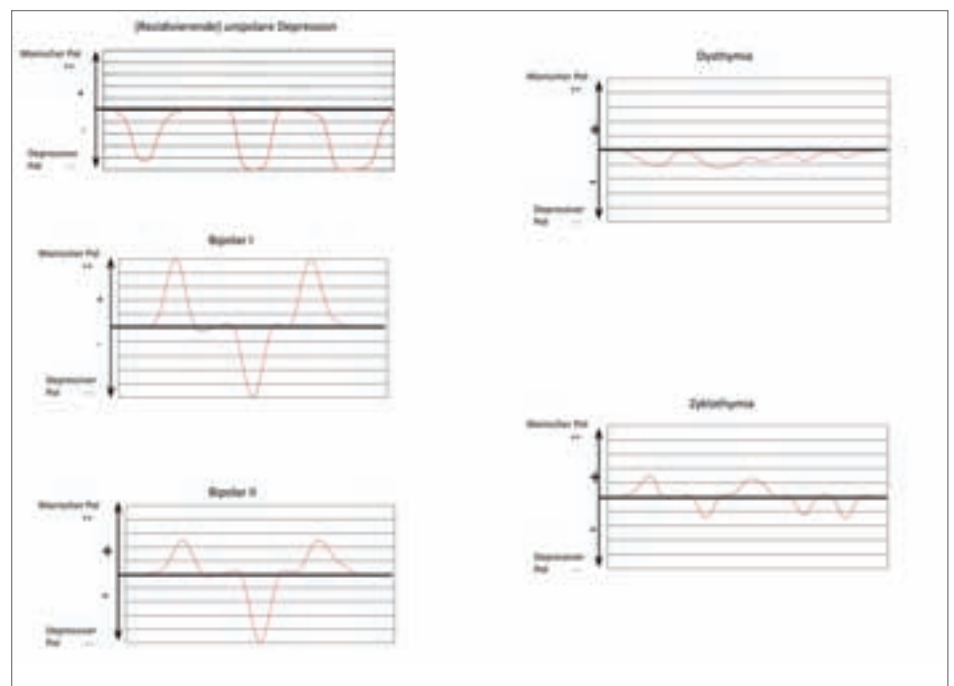


Abbildung 1: Einteilung wichtiger affektiver Störungen (Depressionen und Hypo-/Manien) – Klassifikation nach Schweregrad und Verlauf [18].

- unipolare (rezidivierende) Depression ICD-10 F32, F33;
- bipolare affektive Störung (manisch-depressive Erkrankung) ICD-10 F31;
- Dysthymia (chronische depressive Verstimmung [entsprechend der früheren neurotischen Depression]) ICD-10 F34.1;
- Zykllothymia (andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung) ICD-10 F34.0.

Bei den Abhängigkeitserkrankungen, ist die Alkoholabhängigkeit nach der Tabakabhängigkeit zu nennen. Hinsichtlich des Alkoholkonsums steht Bayern nach Sachsen an der Spitze der Bundesländer. Der Anteil der über 16-Jährigen, die täglich Alkohol konsumieren, liegt bei elf Prozent. Als kritische Grenze werden heute für Männer 20 Gramm, für Frauen zehn Gramm Alkohol pro Tag angesehen [32]. Zunehmend an Bedeutung gewinnen jetzt nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten. Unter dem Begriff Verhaltenssucht werden Spielsucht, Computer-

und Internetabhängigkeit, aber auch Kaufsucht zusammengefasst [10].

Diagnostische und therapeutische Beachtung gefunden hat das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei Erwachsenen: ADHS ist die häufigste Verhaltensstörung bei Kindern (Prävalenz zirka drei bis fünf Prozent), die Persistenz in das Erwachsenenalter beträgt etwa ein Drittel, sodass die Störung über die gesamte Lebensspanne hinweg zu erheblichen medizinischen, sozialen und ökonomischen Problemen führen kann [29].

Immer häufiger diagnostiziert werden posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass die Kriterien für eine PTBS eng und klar definiert sind (traumatisierendes Ereignis von außergewöhnlicher Schwere wie Gewaltverbrechen) und ein Vollbild lediglich eine Ein-Monats-Prävalenzrate von zirka zwei bis drei Prozent aufweist [22]. Immer häufiger beschäftigen den Psychiater das „Burn-out-Syndrom“ sowie „Mobbing“. „Ausgebrannt-sein“ ist keine ICD-Diagnose. Das nicht klar definierte Bild ist durch Überlastung in einer Tätigkeit bzw. die

Arbeitsumgebung in Verbindung mit persönlichen Dispositionen charakterisiert. Die Popularität des Begriffes weist auf nachhaltige Veränderungen in der Arbeitswelt sowie der persönlichen Lebensführung hin. Die Ausweitung des psychischen und psychosomatischen Krankheitsbegriffes hat, wie Kritiker es formulieren, zu „erfundene[n] Krankheiten“ geführt, für die Psychopharmaka-Indikationen kreiert wurden – als Beispiel hierfür wird die soziale Phobie [34] genannt. So sehr es zu begrüßen ist, dass psychische Störungen und Krankheiten „geschäftsfähig“ und in ihrer Häufigkeit und Bedeutung erkannt werden, so sehr ist eine fundierte Diagnosestellung anhand der heute vorliegenden operationalisierten Diagnosekriterien wichtig, um die Glaubwürdigkeit der Disziplin nicht zu gefährden.

### Leitlinien

International bestehen inzwischen zahlreiche Guidelines/Leitlinien (siehe [www.awmf.de](http://www.awmf.de) oder [www.psychiatryguidelines.com](http://www.psychiatryguidelines.com)) für die wichtigsten psychischen Erkrankungen, auch nationale Fachgesellschaften (unter anderem

Anzeige

## Mit uns behalten Sie den Überblick

... wenn es um Ihre Privatabrechnung geht.  
 Unsere Profis betreuen seit fast 30 Jahren 1700 Kunden in ganz Deutschland. Erstklassige Referenzen geben Ihnen die Sicherheit mit einem kompetenten Partner zusammen zu arbeiten. Fragen Sie nach und testen Sie uns ohne Risiko mit „Geld-zurück-Garantie“!

T E L E F O N

# 089 14310-115

Die GOÄ-Experten. Herr Wieland [www.medas.de](http://www.medas.de)





**Medas**

MEDAS privatärztliche Abrechnungsgesellschaft mbH

die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN) legen hochkarätige Praxisleitlinien in kurzen Abständen vor, aktuell zur Behandlung von Depressionen für den Allgemeinarzt [3] Persönlichkeitsstörungen [6], stoffgebundene Abhängigkeit [32] und zur Psychotherapie affektiver Störungen [14].

## Grundlagenforschung

Im Zentrum der Grundlagenforschung stehen Genetik und Bildgebung. Methodisch werden jetzt Merkmalsunterschiede (Phenotypen) auf unterschiedliche Ausprägungen in der DNA-Sequenz (Genotypen) untersucht. Die heute in der Bildgebung im Vordergrund stehende funktionale Kernspintomographie (fMRT) widmet sich vor allem der Objektivierung kognitiver und emotionaler Hirnprozesse, aber auch der Psychopharmaka-Responseprädiktion. Besonders hervorzuheben sind Befunde von zerebralen Veränderungen bei Schizophrenen mit Hilfe moderner bildgebender Techniken und neuen neuropathologischen Methoden. Aufgrund von molekulargenetischen und entwicklungsbiologischen Befunden mehren sich die Hinweise auf eine frühe neuronale Entwicklungsstörung bei schizophrenen Psychosen [15]. Schizophrenie-Risiko-Gene konnten identifiziert werden, ebenso die Bedeutung des Glutamatensystems und des Glutamatrezeptors [28]. Für das ADHS konnte eine komplexe neurobiologische Ätiologie unter Beteiligung zahlreicher genetischer und umweltbedingter Risikofaktoren unter anderem aufgrund von molekulargenetischen Untersuchungen aufgezeigt werden [29]. Pharmakogenetische Forschungsansätze zeigen die Perspektive einer individuellen, persönlichen Antidepressiva-Behandlung basierend auf Genotypisierung und Biomarker [12].

## Psychopharmakotherapie

Psychopharmaka gehören zu den meistverordneten Medikamenten, ihr Umsatzanteil (GKV ambulant) liegt bei 7,5 Prozent. Seit Jahren stehen Antidepressiva an der Verordnungsspitze, die verordneten Tagesdosen haben sich in den vergangenen 15 Jahren fast vervierfacht. Der Generika-Anteil unter den Antidepressiva liegt nun bei über 75 Prozent [33]. An der Spitze der Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen serotoninselektive Rückaufnahmehemmer (SSRI) mit zirka 40 Prozent, gefolgt von trizyklischen Antidepressiva mit 34 Prozent. Auf zirka elf bzw. acht Prozent entfallen die Verordnungen für Mirtazapin und Venlafaxin. Bei der Verordnung

von Antidementiva stehen Cholinesterasehemmer (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) mit 39 Prozent an der Spitze, Memantine verzeichnet einen Anteil von 23 Prozent, Gingko biloba nur noch von neun Prozent an den Tagesdosen (DDD) [34]. Von Seiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist aktuell eine relativ positive Bewertung der Antidementiva erfolgt [13].

Lebhaft diskutierte Themenfelder sind die Wirksamkeit von Antidepressiva im Vergleich zu Placebo [8]. Eine auch in den Medien viel

zitierte Metaanalyse war zu dem (für Fachleute nicht neuen) Ergebnis gekommen, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva vom Schweregrad der Depression abhängt [17]. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die Wirksamkeit von Placebos in Antidepressiva-Studien seit Jahren zunimmt und der so genannte Placebo-Effekt keinesfalls mit Nichtbehandlung gleichgesetzt werden darf, findet doch ein stützendes ärztliches Gespräch („Clinical Management“) und eine therapeutisch wirksame Arzt-Patienten-Beziehung statt [36]. Möglicherweise hat auch die Ausweitung des Depressionsbegriffes (dia-

Nicht-sedierend (aktivierend)	Tagesdosis (mg)	Sedierend (dämpfend)	Tagesdosis (mg)
<b>Trizyklische Antidepressiva</b>		<b>Trizyklische Antidepressiva</b>	
Clomipramin	50 bis 225	Amitriptylin	50 bis 225
		Doxepin	50 bis 300
		Trimipramin	50 bis 300
<b>Selektiv serotonerge Antidepressiva (SSRI)</b>		<b>Selektiv noradrenerge-serotonerge Antidepressiva</b>	
Citalopram	20 bis 60	Mirtazapin	15 bis 45
Paroxetin	20 bis 50		
Sertralin	50 bis 200		
<b>Selektiv serotonerge-noradrenerge Antidepressiva (SSNRI)</b>			
Venlafaxin	75 bis 375		

Tabelle 1: Übersicht zu den zulasten der GKV meistverordneten Antidepressiva.

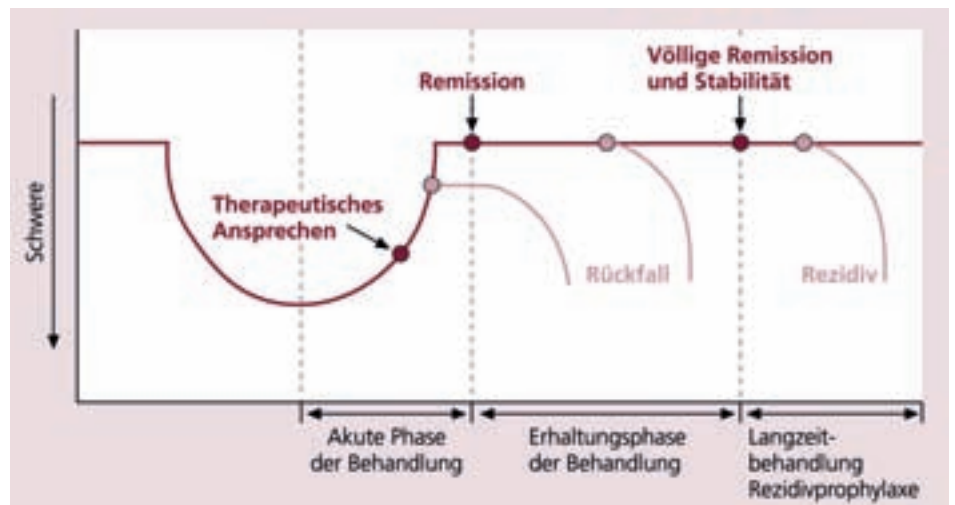


Abbildung 2: Modell des typischen Verlaufs einer depressiven Episode mit Behandlungskonzept [3, 18, modifiziert nach Kupfer].

agnostisches Vorliegen einer Anpassungs-/Belastungsstörung statt „leichter Depression“) zu einem vermeintlichen Nachlassen der Wirksamkeit von Antidepressiva geführt. Tabelle 1 gibt eine Übersicht zu den zulasten der GKV meistverordneten Antidepressiva. Die Dosierung sollte einschleichend erfolgen, die Dauer der Behandlung unter Beachtung der Wirklatenz bei Ersterkrankung sechs bis zwölf Monate, bei rezidivierenden Depressionen je nach Verlauf mehrere Jahre umfassen [3, 18]. Jedenfalls sind Antidepressiva in ihrer Wirksamkeit anderen internistischen Arzneimitteln absolut vergleichbar, nicht selten überlegen, wenn man den Effektivitätsparameter Number needed to treat (NNT) zugrunde legt. Besonders gut belegt ist mit einer NNT von etwa vier die Rezidiv verhütende Wirksamkeit von Antidepressiva [8]. Für die Verlaufsprognose bedeutsam ist das Ziel der Remission bei der Behandlung einer depressiven Episode (Abbildung 2) [30].

Das Ziel der vollständigen Remission (definiert als Symptomfreiheit anhand eines absoluten Zahlenwertes, zum Beispiel Hamilton-Depressionsskala [HAMD] – Score < 7) erreichen in der Akuttherapie nur zirka 50 Prozent der Patienten, zirka 30 Prozent der Depressionen nehmen einen chronischen Verlauf („Therapieresistenz“). Auch die weltweit größte Antidepressiva-Studie (Star-D in den USA) kam unter „real world“-Bedingungen zu ähnlichen Ergebnissen [30, 31, 37]. Bei den älteren trizyklischen Antidepressiva stehen typischerweise vegetativ-anticholinerge und kardiotoxische Nebenwirkungen im Vordergrund, bei den serotonin-selektiven Antidepressiva gastrointestinale Störungen, Unruhe und sexuelle Dysfunktion. Letztere sind insgesamt besser verträglich, sie weisen vor allem eine geringere kardiovaskuläre Toxizität auf.

Großes Medien-Echo erfuhr die Warnung der US-amerikanischen Zulassungsbehörde Food and Drug Administration (FDA) eines erhöhten Suizidrisikos unter Antidepressiva, insbesondere von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) bei Kindern und Jugendlichen. Nach dieser Warnung gingen in den USA und in den Niederlanden die Antidepressiva-Verordnungen zurück. Gleichzeitig stieg die Suizidrate bei Jugendlichen deutlich an. Angezeigt ist eine differenzierte Betrachtung des Problems: Antidepressiva reduzieren die Suizidalität bei Erwachsenen – dies konnte durch große internationale Metaanalysen, aber auch durch die naturalistische Basisstudie des Kompetenznetzes Depression des Bundesministeriums für Bildung und Forschung belegt werden. Bei Jugendlichen ist unter SSRI-Behandlung aber mit erhöhter Suizidalität zu rechnen [9, 26].

Neue Metaanalysen gingen der immer wieder gestellten Frage nach, ob es Wirksamkeitsunterschiede zwischen den neueren Antidepressiva gibt. Folgt man der jüngsten Publikation basierend auf 117 randomisierten kontrollierten Studien mit fast 26.000 Patienten soll Mirtazapin, Escitalopram, Venlafaxin und Sertralin eine im Vergleich zu anderen Antidepressiva größere Wirksamkeit zukommen [4].

Hinsichtlich der so genannten atypischen Antipsychotika (Neuroleptika) erfolgten analog Metaanalysen zum Wirksamkeitsvergleich mit konventionellen Neuroleptika. Für Amisulprid, Clozapin, Olanzapin und Risperidon wurde eine leicht höhere Effektstärke gefunden. Alle Atypika gingen mit weniger extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen einher als Haloperidol (auch in niedrigen Dosen) [21]. Konsens besteht inzwischen dahingehend, dass es sich bei den atypischen Antipsychotika um keine homogene Medikamentengruppe handelt. Ins Blickfeld rückte in den vergangenen Monaten der – häufige – Einsatz von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen. Studien kamen zu dem Ergebnis, dass unter allen Antipsychotika (Typika und Atypika) die Mortalität erhöht ist, ebenso das Risiko für plötzlichen Herztod und Schlaganfallereignisse. Antipsychotika sollten bei Alterspatienten deshalb nur bei klarer Indikation zur Anwendung kommen [39]. An dieser Stelle sei aber darauf hingewiesen, dass Metaanalysen von Therapiestudien eine Reihe methodischer Probleme aufweisen [23].

Ausgewertet und publiziert wurde jetzt die erste große deutschlandweite industrieunabhängige Befragung zur Psychopharmaka-Verordnung in psychiatrischen Kliniken. Insgesamt zeigte sich eine eindeutige Präferenz

der Verordnung neuerer Antidepressiva und Antipsychotika in deutschen Fachkliniken. Die Dosierungen entsprachen weitestgehend den Empfehlungen der Literatur, es bestand hohe Konformität der Angaben von Klinikern mit vorliegenden Leitlinien, auch mit Empfehlungen aus dem Marketing der pharmazeutischen Industrie. Nicht befriedigen konnten die Angaben zur differenzierten Psychopharmakotherapie spezieller Patientengruppen [19].

## Neu zugelassene Psychopharmaka

Als neues Antidepressivum für Erwachsene wurde Agomelatin (Valdoxan®) zugelassen. Die Substanz ist ein melatonener Agonist und Serotonin 5-HT<sub>2c</sub>-Antagonist und soll in einer Dosierung von 25 bis 50 mg zur Nacht auch Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus bessern. Aktive Lebererkrankungen sind eine Kontraindikation. Unter Therapie sind regelmäßige Leberfunktionstests durchzuführen [20]. Zur kurzzeitigen Behandlung von Schlafstörungen bei Patienten über 55 Jahre ist nun in Deutschland Melatonin (Circadin®) verfügbar. Es werden 2 mg zirka eine Stunde vor dem Zubettgehen drei Wochen lang eingenommen. Nach Risperidon liegt nun Olanzapin als zweites atypisches Antipsychotikum in Depotform vor (ZypAdhera®). Die Substanz kann zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie, die während einer akuten Behandlung mit Olanzapin oral stabilisiert wurden, eingesetzt werden. Wegen des möglichen Auftretens eines so genannten Postinjektions-Syndroms (selten, zwischen ein bis drei Stunden nach Injektion auftretende Olanzapin-Überdosierungssymptome, vor allem Sedierung

## Aktuelles zur Versorgung

In den bayerischen Bezirkskrankenhäusern schreitet die Binnendifferenzierung voran – neben den Abteilungen für Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie, Forensische Psychiatrie etablieren sich Spezialstationen für Depressionen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Mutter-Kind-Einheiten und Psychotherapie-Stationen. Als Reaktion auf die Etablierung nicht stigmabelasteter separater psychosomatischer Kliniken werden in den psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern mehr und mehr psychosomatische Stationen aufgebaut [38]. Spezialsprechstunden zum Beispiel für Demenzpatienten werden in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) angeboten.

In der ambulanten Versorgung fokussieren die niedergelassenen Psychiater ihre Arbeit immer stärker auf die existenzsichernde, deutlich höher vergütete Psychotherapie [1, 25].

Immer bedeutsamer wird die Konsiliarpsychiatrie sowohl in Heimen als auch in somatischen Kliniken angesichts der hohen psychischen Comorbidität mit somatopsychischen und psychosomatischen Störungen. Im Felde der dringend gebotenen Versorgungsforschung sind unter anderem so genannte Leuchtturmprojekte zur Demenz voll im Gange.

und/oder Delir) müssen die Patienten nach der intramuskulären glutealen Injektion für mindestens drei Stunden beobachtet werden. Diese Sicherheitsauflage schränkt die Praktikabilität deutlich ein. Das Atypikum Quetiapin zur Behandlung der Schizophrenie, der Manie sowie schwerer depressiver Episoden bei bipolaren Störungen liegt nun in retardierter Form vor (Seroquel Prolong®). Aripiprazol (Abilify®) hat die Zulassung zur Behandlung und Rezidivprophylaxe manischer Episoden erhalten. Das zur Behandlung einer Adipositas eingesetzte Rimonaband (Acompli®) wurde nach Auftreten von depressiven Symptomen und Suizidgedanken zwischenzeitlich vom Markt genommen.

## Psychotherapie

Für die ärztliche Praxis ist die Wirksamkeit der relativ leicht zu erlernenden Methode der so genannten motivierenden Gesprächsführung bei Alkoholkranken gut belegt [24, 32]. Angesichts der Häufigkeit – zirka zehn Prozent der Patienten in Klinik und Praxis sind alkoholkrank – ist diese Kurzintervention zum Aufbau von Motivation zu Veränderung und Abstinenz ein wichtiges suchtspezifisches Behandlungsziel. Auch im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung sind die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung von entscheidender Wichtigkeit [32].

Da die Depressionen bis zu einem Drittel einen chronischen Verlauf nehmen, ist die Entwicklung spezifischer Psychotherapieverfahren für chronische Depressionen von eminenter Bedeutung. Empirisch evaluiert wurde eine kognitiv-behaviorale und interpersonelle Therapiemethode, das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)“ [33]. Auch für akute und posttraumatische Belastungs-

störungen wurden Psychotherapiekonzepte entwickelt. Für das in den Medien stark verbreitete psychologische Debriefing (notfallpsychologische Nachbesprechung in Gruppen oder einzeln) konnte hierbei kein positiver, zum Teil sogar ein nachteiliger Effekt nachgewiesen werden. Positive Wirksamkeit konnten vor allem für kognitiv-behaviorale Ansätze und Augenbewegungsdesensibilisierung und -verarbeitung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) gezeigt werden [16]. Das sich mit dem Störungsbild der Neurasthenie und dem Chronic-Fatigue-Syndrom überlappende Erschöpfungssyndrom (Burn-out) ist hinsichtlich der Behandlung bislang wenig erforscht. Es werden Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren und Körpertherapie ergänzt durch traditionelle chinesische Medizin empfohlen [11]. Im Zentrum der Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren stehen so genannte störungsspezifische Ansätze, das heißt auf das Störungs- bzw. Krankheitsbild (zum Beispiel Zwangsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung) speziell zugeschnittene Verfahren (6, 27).

## Aktuelle Themen in der Diskussion

Brennpunkte sind die Wirksamkeit von Antidepressiva, das Suizidrisiko unter Antidepressiva, die Risiken von Antipsychotika in der Demenzbehandlung, die zunehmende Verordnung von Psychostimulanzien, die Einnahme von (leistungssteigernden) Psychopharmaka durch Gesunde (so genanntes Neuro-Enhancement, „Arbeits-Doping“), der Einfluss von Sponsoring auf Publikationen, die Heroin-Substitution sowie die Zunahme der Glücksspiel-/Internet-sucht. Kontrovers diskutiert wird der Einsatz von Antidementiva generell bzw. bei schweren

Demenzen oder in Frühstadien. Die Diskrepanz der Leistungserbringung und Ausgabenverteilung für Psychotherapie versus Psychiatrie belastet ebenso wie die Off-Label-Problematik (Psychopharmaka-Verordnung in nicht zugelassenen Indikationen) die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Fachärzten, Psychologen und Klinikern.

## Ausblick

In Anbetracht von Häufigkeit und Bedeutung psychischer Störungen und Krankheiten bedarf es intensiver Grundlagenforschung, aber auch Versorgungsforschung im Sinne der translationalen Forschung. Beispiel hierfür sind die Kompetenznetze Depression/Suizidalität, Schizophrenie und Demenz sowie ihre Anschlussprojekte. Der Deutsche Bundestag hat sich mit seinem Ausschuss Technikfolgenabschätzung erstmals mit dem Stand der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung und dem Verhältnis von Geist und Gehirn („Neurowissenschaften und Philosophie“) und deren gesellschaftlichen und moralischen Indikationen beschäftigt („Neuroethik; Diskussion des freien Willens“) [5] und so eine wichtige Grundsatzdiskussion angestoßen. Hierzu gehören die Rolle der niedergelassenen Allgemein- und Fachärzte, der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), von Psychologen und Sozialpädagogen sowie die Funktion von Medizinischen Versorgungszentren, von Tagkliniken, der Konsiliartätigkeit sowie neuer Tätigkeitsformen (zum Beispiel Teilzulassung mit simultaner ambulanter und stationärer Tätigkeit).

*Der Autor erklärt, dass er keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten hat, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.*

*Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.*

*Professor Dr. Dipl.-Psych. Gerd Laux, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor des Inn-Salzach-Klinikums gGmbH, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie, Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München, Gabersee 7, 83512 Wasserburg/Inn, Telefon 08071 71-200, Fax 08071 71-318, E-Mail: [g.laux-isk@t-online.de](mailto:g.laux-isk@t-online.de)*

## Das Wichtigste in Kürze

Hinsichtlich Morbidität und Frühberentung stehen psychische Störungen und Krankheiten (Depressionen, Alkoholabhängigkeit, psychosomatische Störungen) an der Spitze aller Krankheiten. Zu neuen Krankheitsbildern zählen „Verhaltenssuchten“ (zum Beispiel Internetabhängigkeit) und ADHS bei Erwachsenen. Wegen Depressionen und „Burn-out“ befinden sich immer mehr Menschen in psychotherapeutischer Behandlung. Antidepressiva gehören zu den meistverordneten Medikamenten [25, 34]. Von Fachgesellschaften werden konsequent hochkarätige Leitlinien für Diagnostik und Therapie vorgestellt. Auch aus gesundheitsökonomischer Sicht bieten diese eine Basis für standardisierte, kompetente Behandlungsabläufe.