

Diplomarbeit

**Evaluierung einer psychiatrisch-tagesklinischen
Behandlung**

eingereicht von
Patrick Pascu

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der
Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der
**Universitätsklinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**

unter der Anleitung von
Univ. FÄ Priv.-Doz.ⁱⁿ DDrⁱⁿ Frederike Fellendorf
Prim.^a Priv.-Doz.ⁱⁿ Drⁱⁿ Theresa Lahousen-Luxenberger

Graz, am 18.07.2025

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, am 18.07.2025

Patrick Pascu eh.

Zusammenfassung in Deutsch

Die vorliegende Arbeit hat sich mit der Evaluation eines tagesklinischen Behandlungskonzepts an der klinischen Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin des LKH Graz beschäftigt. Ziel war es, Veränderungen psychischer Belastungssymptome wie Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung sowie des psychosozialen Funktionsniveaus der Patient*innen während eines tagesklinischen Aufenthalts zu analysieren. Zudem erfolgte eine qualitative Analyse der subjektiven Wahrnehmung des Behandlungskonzepts durch die Patient*innen.

Hierzu wurden im Rahmen einer prospektiven Fragebogenstudie 14 Teilnehmer*innen mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen untersucht. Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierter Selbst- und Fremdratings (u.a. BDI-II, BSI-18, MADRS, SF-12, GAF) zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt.

Es zeigen sich signifikante Verbesserungen in den Bereichen der fremdeingeschätzten Depressivität (MADRS), der Ängstlichkeit (BSI-18) sowie im subjektiven Wohlbefinden. In den anderen erhobenen Bereichen, beispielsweise Schlafqualität oder psychosoziale Funktionalität, ergaben sich keine signifikanten Veränderungen. Die Relevanz tagesklinischer Elemente, wie der Erhalt sozialer Rollen, Alltagseinbindung und Gruppentherapie, wurden durch die qualitativen Daten verdeutlicht.

Im Rahmen der Studie ergaben sich methodische Limitationen, darunter das Fehlen einer Kontrollgruppe, eine geringe Stichprobengröße sowie eine mögliche subjektive Verzerrung durch die angewandten Selbst- und Fremdratings. Trotzdem konnten praxisrelevante Erkenntnisse zur Gestaltung eines zukünftigen tagesklinischen Konzepts gesammelt werden. Hierzu zählen die Förderung diagnostisch homogener Gruppen sowie eine flexiblere Gestaltung der Tagesstruktur.

Insgesamt geht aus der Untersuchung hervor, dass eine tagesklinische Behandlungsform eine alltagsnahe und effektive Ergänzung zur vollstationären Betreuung darstellt. Die Nachhaltigkeit der Effekte sollte in zukünftigen Untersuchungen durch größere Stichproben sowie längere Beobachtungszeiträume überprüft werden.

Abstract in English

This study focused on evaluating a day clinic treatment concept at the Department of Psychiatry and Psychotherapeutic Medicine at the LKH Graz. The aim was to analyze changes in psychological stress symptoms such as depression, anxiety, somatization and the psychosocial functioning level of patients during a day clinic stay. Additionally, a qualitative analysis was conducted to assess the patients' subjective perception of the treatment concept.

For this purpose, 14 participants with different psychiatric diagnoses were examined as part of a prospective questionnaire study. The data was collected using standardized self- and external ratings (e.g. BDI-II, BSI-18, MADRS, SF-12, GAF) at the time of admission and discharge.

There were significant improvements in the areas of externally assessed depression (MADRS), anxiety (BSI-18) and subjective well-being. There were no significant changes in other areas surveyed, such as sleep quality and psychosocial functioning. The relevance of day clinic elements, such as maintaining social roles, integration into everyday life and group therapy, was made clear by the qualitative data.

The study had methodological limitations, including the lack of a control group, a small sample size, and a possible subjective bias due to the use of both self- and external ratings. Nevertheless, it was possible to gather practice-relevant findings for the design of a future day clinic concept. These include the promotion of diagnostically homogeneous groups and a more flexible organization of the day structure.

Overall, the study demonstrates that a day clinic form of treatment is an effective supplement to full inpatient care, providing a more realistic approach to everyday life. The sustainability of the effects should be examined in future studies using larger samples and longer observation periods.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen und deren Erklärung	1
Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
1. Einleitung	6
1.1 Affektive Störungen	6
1.1.1 Depressive Erkrankungen	7
1.1.2 Bipolare affektive Störungen	10
1.2 Angst- und Panikstörungen	13
1.2.1 Definition und Einteilung	13
1.2.2 Epidemiologie	14
1.2.3 Ätiologie und Pathogenese	15
1.3 Schizophrenie	16
1.3.1 Definition	16
1.3.2 Epidemiologie	17
1.3.3 Ätiologie und Pathogenese	17
1.4 Essstörungen	18
1.4.1 Definition	18
1.4.2 Epidemiologie	19
1.4.3 Ätiologie und Pathogenese	20
1.5 Behandlung psychiatrischer Erkrankungen	21
1.5.1 Medikamentöse Therapie	21
1.5.2 Psychotherapie	24
1.5.3 Psychoedukation	25
1.6 Stationäres Behandlungskonzept	26
1.7 Tagesklinisches Behandlungskonzept	27
1.7.1 Tagesklinisches Behandlungsangebot an der klinischen Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin Graz	30
1.8 Fragestellung	31
2 Methoden	32
2.1 Studienablauf	32
2.2 Inventare	32

2.2.1	Clinical Global Impression Scale (CGI)	34
2.2.2	Global Assessment of Functioning (GAF)	35
2.2.3	Specific level of functioning assessment and physical health inventory (SLOF)	35
2.2.4	Young Mania Rating Scale (YMRS)	35
2.2.5	Beck Depression Inventar II (BDI-II)	36
2.2.6	Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS)	37
2.2.7	Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)	38
2.2.8	Patient Health Questionnaire (PHQ)	39
2.2.9	Short-Form-Health Survey 12 (SF-12)	39
2.2.10	Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS)	40
2.2.11	Mediterranean Diet Score (MDS)	40
2.2.12	Resilienzskala RS 13	41
2.2.13	Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI)	42
2.2.14	Körperliches Aktivitätsniveau	42
2.3	Statistische Auswertung	42
3	Ergebnisse	43
3.1	Demographische Daten	43
3.1.1	Diagnosen und medikamentöse Behandlung	43
3.2	Veränderungen über den Behandlungsverlauf	46
3.2.1	Allgemeiner klinischer Schweregrad und Funktionalität	46
3.2.2	Depressivität	47
3.2.3	Ängstlichkeit	48
3.2.4	Somatisierung	48
3.2.5	Subjektives Wohlbefinden	49
3.2.6	Essverhalten	50
3.2.7	Resilienz	50
3.2.8	Schlaf	50
3.2.9	Körperliche Aktivität	51
3.3	Patient*innenrückmeldung	51
4	Diskussion	54
4.1	Patienten*innenkollektiv einer Tagesklinik	54

4.2	Veränderung über den Behandlungszeitraum	57
4.3	Vor- und Nachteile eines tagesklinischen Settings	63
4.4	Empfehlung und Gestaltung einer idealen Tagesklinik	65
4.5	Limitationen	66
4.6	Konklusio	67
5	Literaturverzeichnis	69
6	Anhang	81

Abkürzungen und deren Erklärung

AD	Antidepressiva
BDI-II	Beck Depression-Inventar II
BMI	Body Mass Index
BSI	Brief Symptom Inventory
BSI-18	Kurzversion des Brief Symptom Inventory mit 18 Items
CGI	Clinical Global Impression Scale
CGI-I	Clinical Global Impression Improvement
CGI-S	Clinical Global Impression Severity
Df	Degrees of Freedom (Freiheitsgrade)
EKG	Elektrokardiogramm
GABA	Gamma-aminobutyric acid (Gamma-Aminobuttersäure)
GAF	Global Assessment of Functioning
HSWBS	Habituelle subjective Wohlbefindensskala
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LKH	Landeskrankenhaus
M	Mittelwert
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Scale
MAO-Hemmer	Monoaminoxidase-Hemmer
MDS	Mediterranean Diet Score
n	Stichprobengröße
NaSSA	Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva
NDRI	Noradrenalin Dopamin Wiederaufnahmehemmer
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
PHQ	Patient Health Questionnaire
PSQI	Pittsburgh Schlafqualitätsindex
RS-13	Resilienzskala
SARI	Serotonin-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer
SD	Standardabweichung

SF-12	Short-Form-Health Survey
SLOF	Specific level of functioning scale
SNRI	Selektive Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer
SSNRI	Selektive Serotonin Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer
t	t-Wert
WHO	World Health Organisation
YMRS	Young Mania Rating Scale

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Einteilung affektiver Störungen	7
Abbildung 2	Auszug des Tagesplan an der Tagesklinik des LKH Graz	31
Abbildung 3	Verteilung der Antidepressiva, Phasenprophylaktika und sonstiger Medikamente in den Krankheitsgruppen	45
Abbildung 4	Profitable Therapieformen aus Sicht der Patient*innen	52
Abbildung 5	Vorteile der Tagesklinik gegenüber dem stationären Aufenthalt	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Haupt- und Nebenkriterien einer depressiven Episode nach ICD-10	7
Tabelle 2	Symptome der Manie und Hypomanie nach ICD-10	11
Tabelle 3	Klassifikation von Angststörungen laut ICD-10	14
Tabelle 4	Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10	16
Tabelle 5	Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa laut ICD-10	19
Tabelle 6	Antidepressivaklassen und Substanzen	22
Tabelle 7	Selbst- und Fremdrating Skalen	33
Tabelle 8	Schweregrad der Depressivität nach BDI-II	37
Tabelle 9	Einteilung der Schwere der Depressivität nach der MADRS	38
Tabelle 10	Cut-off Werte für die Beurteilung einer depressiven Störung gemäß dem PHQ	39
Tabelle 11	Einhaltung einer mediterranen Diät nach dem Mediterranean Diet Score	41
Tabelle 12	Übersicht der Medikamenteneinnahme in den Diagnosegruppen	44
Tabelle 13	Übersicht der Eigenschaften stationärer Behandlungen	46
Tabelle 14	Veränderung des allgemeinen klinischen Schweregrades während des tagesklinischen Aufenthaltes	47
Tabelle 15	Veränderung der Funktionalität während des tagesklinischen Aufenthaltes	47
Tabelle 16	Veränderung der Depressivität während des tagesklinischen Aufenthaltes	48

Tabelle 17	Veränderung der Ängstlichkeit während des tagesklinischen Aufenthaltes	48
Tabelle 18	Somatische Veränderungen während des tagesklinischen Aufenthalts	49
Tabelle 19	Veränderung des subjektiven Wohlbefindens während des tagesklinischen Aufenthalts	49
Tabelle 20	Vergleich des Essverhaltens zwischen Männern und Frauen	50
Tabelle 21	Veränderung der Resilienz während des tagesklinischen Aufenthalts	50
Tabelle 22	Veränderung der Schlafqualität während des tagesklinischen Aufenthalts	51
Tabelle 23	Veränderung der körperlichen Aktivität während des tagesklinischen Aufenthalts	51

1. Einleitung

Die Behandlung psychischer Erkrankungen ist komplex und erfordert individuell angepasste Therapieformen, um den vielfältigen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Die Struktur der psychiatrischen Versorgung bietet hierfür unterschiedliche Ansätze, wobei die ambulante, stationäre und tagesklinische Betreuung die wesentlichen Säulen darstellen. Tagesklinische Versorgungskonzepte spielen dabei eine immer wichtigere Rolle, da sie nicht nur einen vollstationären Aufenthalt ersetzen oder verkürzen können, sondern auch als eigenständige Behandlungseinheiten fungieren. Dies ist vor allem für Patient*innen mit affektiven Störungen, schizophrenen Erkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen von Bedeutung. Durch die tagesklinische Betreuung wird eine Brücke zwischen der intensiven Betreuung im stationären Rahmen und der flexibleren, aber oft weniger intensiven ambulanten Behandlung gebaut.

In diesem Kontext zielt die vorliegende Diplomarbeit darauf ab, mittels einer klinischen Fragebogenstudie zu untersuchen, in welchem Maße sich die Symptomatik von Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen während einer tagesklinischen Betreuung verändert. Durch den Einsatz von diversen Selbst- und Fremdratings wird ein umfassendes Bild der therapeutischen Wirkung und der Patient*innenzufriedenheit erarbeitet.

1.1 Affektive Störungen

Zu den affektiven Störungen zählen unipolar depressive Erkrankungen sowie bipolare Störungen (siehe Abbildung 1). Des Weiteren werden primäre von sekundären affektiven Störungen unterschieden, wobei letztere durch Medikamente oder organische Erkrankungen bedingt sind (Möller, 2011).

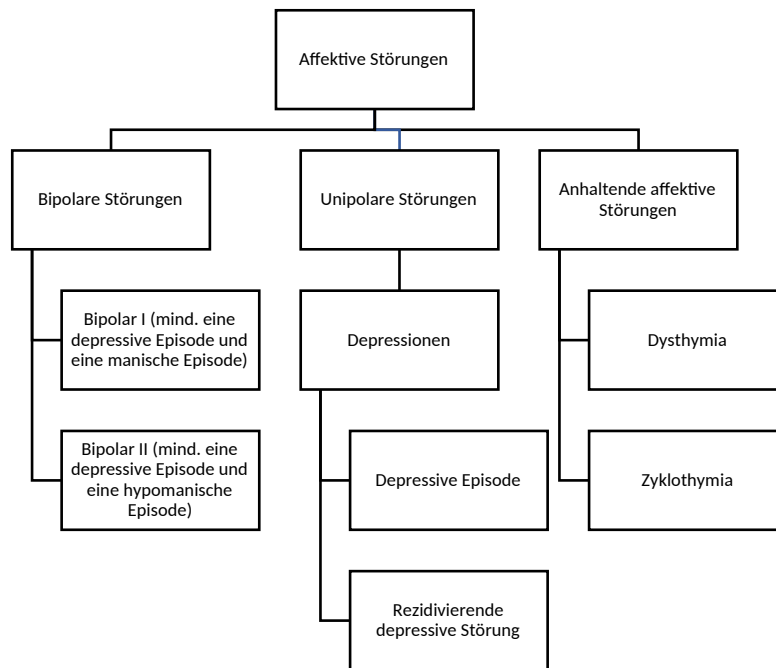


Abbildung 1: Einteilung affektiver Störungen

1.1.1 Depressive Erkrankungen

1.1.1.1 Definition und Einteilung

Die Kriterien einer depressiven Episode sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Haupt- und Nebenkriterien einer depressiven Episode nach ICD-10

Hauptkriterien	Nebenkriterien
Freud- und Interesselosigkeit	Psychomotorische Störungen
Antriebslosigkeit und Müdigkeit	Konzentration- und Denkstörungen
Depressive Stimmung	Starke Schuldgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl
	Pessimistisch geprägte Zukunftsgedanken
	Lebensüberdruß, Suizidalität
	Appetitstörungen
	Schlafstörungen

Quelle: In Anlehnung an Möller et al., 2016; Krollner (2023).

Es handelt sich um eine leichte depressive Episode, wenn zwei Haupt- und zwei Nebenkriterien erfüllt sind. Eine mittelgradig depressive Episode wird bei Erfüllung von zwei Hauptsymptomen und mindestens drei bis vier Nebensymptomen diagnostiziert. Eine schwere depressive Episode wird diagnostiziert, wenn sowohl alles Hauptkriterien als auch mindestens vier weitere Symptome erfüllt werden. Bei der schweren Form kann es auch zum Auftreten von psychotischen Symptomen kommen (Krollner, 2023).

1.1.1.2 Epidemiologie

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Weltweit sind etwa 280 Millionen Menschen betroffen, wobei Frauen doppelt so häufig erkrankt sind wie Männer. Generell steigt die Prävalenz dieser Erkrankung mit dem Alter an. Frauen haben im Alter zwischen 40 und 59 Jahren das höchste Risiko. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei etwa 12%, diese kann jedoch auf 50% ansteigen, wenn die Person an körperlichen Erkrankungen leidet (Falkai et al., 2021; WHO, 2023). In Bezug auf die Mortalität bei depressiven Erkrankungen wies eine kanadische Studie mit 3410 Proband*innen ein erhöhtes Risiko für Männer nach (Hazard Ratios 2.90-1.52). Bei Frauen zeigte sich der Trend nur in einer der drei Kohorten (Hazard Ratio 1.51) (Gilman et al., 2017).

Während der coronovirus disease (COVID)-19 Pandemie stieg die Inzidenz an depressiven Erkrankungen (Santomauro et al., 2021). In einer Studie, die 3900 Personen mit einer vorangegangenen COVID-19 Infektion inkludierte, wurden Symptome von 52.4% Personen einer moderaten bis schweren Depression zugeordnet (Perlis et al., 2021).

1.1.1.3 Ätiologie und Pathogenese

Depressionen sind multifaktoriell bedingt, wobei vor allem genetische, neurobiologische und psychosoziale Aspekte relevant sind (Falkai et al., 2021).

Verwandte ersten Grades haben eine 50% höhere Wahrscheinlichkeit, ebenfalls zu erkranken. Kinder depressiver Eltern haben ein doppelt bis dreifach höheres Risiko für die Entstehung eines solchen Krankheitsbildes (Falkai et al., 2021).

Aus neurobiologischer Sicht besteht eine Korrelation zwischen dem Auftreten einer Depression und einer erniedrigten Konzentration von Noradrenalin und Serotonin (Falkai et al., 2021). Weiters wurde eine verminderte Empfindlichkeit und Dichte dieser Rezeptoren im frontolimbischen System nachgewiesen.

Ernährung wird in der Ätiopathogenese vielfach diskutiert, wobei die Ergebnisse sehr unterschiedlich ausfallen (Castro et al., 2023; Gémes et al., 2019; Gibson-Smith et al., 2020).

Das Risiko im Laufe des Lebens an Depressionen zu erkranken steigt, wie auch für andere psychiatrische Erkrankungen, durch ungünstige Bedingungen in der Kindheit und Jugend, Lernen am Modell sowie durch Traumata (Watters et al., 2023). Der Konsum von Suchtmitteln verstärkt das biologische Risiko. Als Gegenspieler kann die individuelle Resilienz das Risiko vermindern (Falkai et al., 2021). So besteht bezüglich der Ätiopathogenese die Möglichkeit, zwischen psychosozialen und biologischen Faktoren zu differenzieren. Psychosoziale Faktoren können beispielsweise akute Stressoren in der Vergangenheit oder Gegenwart wie der Verlust einer nahestehenden Person, Arbeitsplatzverlust, Trennungssituationen oder traumatisierende Erfahrungen wie sexueller Missbrauch oder auch chronische Faktoren wie Arbeitsüberlastung oder schwierige Beziehungen darstellen. Bezüglich biologischer Faktoren werden an dieser Stelle besonders die Rolle der Neurotransmitter hervorgehoben (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Aus diesem Grund hat sich der Fokus der Medizin von einem rein krankheitsbezogenen Blick auf die Sichtweise des biopsychosozialen Modells weiterentwickelt. Demnach soll der Mensch als Gesamtes betrachtet werden und nicht nur seine Krankheit allein. Durch Einbeziehen von psychischer Gesundheit sowie sozialer Umgebung werden Patient*innen auf diese Weise umfassend betreut (Egger, 2015).

1.1.1.4 Subtypen

Anhand der Symptomatik ist es möglich, die Krankheit in folgende Subtypen zu differenzieren (Falkai et al., 2021):

- Agitiert-ängstliche Depression: Patient*innen sind zusätzlich ängstlich und weisen eine Bewegungsunruhe auf.

- Gehemmte Depression: Es kommt zu einer Minderung des Antriebs, die bis zum depressiven Stupor reichen kann.
- Anankastische Depression: Vordergründlich sind Zwangssymptome, wobei Betroffene sehr ordentlich und gewissenhaft wirken.
- Lavierte Depression: Hierbei steht nicht die Depressivität im Vordergrund, sondern diverse somatische Erscheinungen.

1.1.2 Bipolare affektive Störungen

1.1.2.1 Definition und Einteilung

Die bipolar affektive Erkrankung ist durch das Auftreten mindestens einer depressiver und mindestens einer manischen beziehungsweise hypomanischen Episode gekennzeichnet. Der Erkrankungsbeginn liegt für einen Großteil im jungen Erwachsenenalter. Die Kriterien der Manie und Hypomanie werden in Tabelle 2 beschrieben. In manchen Fällen kommt es auch zu einem gleichzeitigen Auftreten der depressiven und manischen Krankheitsausprägungen, dies bezeichnet man als gemischte Episode (Falkai et al., 2021).

Eine Klassifizierung der Erkrankung erfolgt in Bipolar-I-Störung, Bipolar-II-Störung und zylothyme Störung. Die Bipolar-I-Störung wird diagnostiziert, wenn mindestens eine Manie vorlag, während die Bipolar-II-Störung das Vorhandensein mindestens einer Depression und einer Hypomanie umfasst. Eine zylothyme Störung hingegen liegt vor, wenn es über mindestens zwei Jahre hinweg zu krankhaften Stimmungsveränderungen kommt, die Kriterien für eine depressive und hypomanische Episode jedoch nicht erfüllt sind (Falkai et al., 2021; Möller et al., 2016).

Tabelle 2

Symptome der Manie und Hypomanie nach ICD-10

Manie	Hypomanie
Mind. eine Woche drei Symptome oder Hospitalisierung/vier Symptome bei gereizter Stimmung	Mind. vier Tage drei Symptome/vier Symptome bei gereizter Stimmung
Deutliche soziale/berufliche Beeinträchtigung	Keine deutliche soziale/berufliche Beeinträchtigung
Dauerhaft inadäquat gehobene oder gereizte Stimmung	Dauerhaft leicht gehobene oder gereizte Stimmung
Überaktivität	Erhöhter Aktivitätsdrang
Sehr ausgeprägter Rededrang	Bemerkbarer Rededrang
Vorhandenes Gedankenrasen/Ideenflucht	Subjektives Gedankenrasen/Ideenflucht
Stark reduziertes Schlafbedürfnis	Reduziertes Schlafbedürfnis
Deutliche Selbstüberschätzung/Größenideen	Leichte Selbstüberschätzung/Größenideen
Ausgeprägte Konzentrationsstörung	Mildere Konzentrationsstörungen
Riskantes/impulsives Verhalten	Eventuell risikoreicheres Verhalten
Oft deutlich gesteigerte Libido	Eventuell gesteigerte Libido
Psychotische Symptome können auftreten	Keine psychotischen Symptome

Quelle: In Anlehnung an Möller et al., 2016; Krollner, 2023.

1.1.2.2 Epidemiologie

Die Typ-I-Störung ist mit einer Prävalenz von einem Prozent beziffert, wohingegen sie bei der Bipolar-II-Störung bei etwa zwei bis drei Prozent liegt. Werden jedoch subsyndromale Formen miteinbezogen, wird von fünf Prozent ausgegangen. Bezüglich der Geschlechterverteilung sind Männer und Frauen ungefähr gleich häufig betroffen. Durchschnittlich tritt die Erkrankung im Alter von 18 – 25 Jahren erstmalig auf (Falkai et al., 2021; Möller et al., 2016). Betroffene Personen weisen eine verfrühte Mortalität, eine höhere Prävalenz für therapieresistente Depressionen sowie einen schnelleren Alterungsprozess auf (Goes, 2023; Machado-Vieira et al., 2023; McIntyre et al., 2020).

In Hinblick auf die internationale Verteilung von bipolaren Störungen, wird die Diagnose in westlichen Ländern mit höherem Einkommen etwas häufiger gestellt. Es wird angenommen, dass unter anderem die höhere Akzeptanz sowie das vermehrte Wissen über die Erkrankungen dazu beitragen (Goes, 2023).

1.1.2.3 Ätiologie und Pathogenese

Es zeigt sich eine multifaktorielle Genese, wobei davon auszugehen ist, dass sowohl diverse Umweltfaktoren als auch etliche Gene an der Ausprägung des Phänotyps involviert sind (Falkai et al., 2021; Möller, 2017). Personen mit bipolaren Störungen teilen je nach Typ Risikoallele mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Die Bipolar-I-Störung wird aus genetischer Sicht mehr mit Schizophrenie assoziiert als die Bipolar-II-Störung. Im Gegensatz dazu weist die Bipolar-II-Störung eine höhere genetische Assoziation mit Depressionen auf (McIntyre et al., 2020). Angehörige ersten Grades von Personen mit bipolar affektiven Störungen zeigen ein 10 mal höheres Erkrankungsrisiko auf. Ferner ist die Krankheit mit einer Heritabilität von 80% vergesellschaftet (Falkai et al., 2021; Möller, 2017).

Aus neurobiologischer Sicht konnten für die depressiven Episoden ähnliche pathophysiologische Mechanismen wie bei Depressionen festgehalten werden (Cuellar et al., 2005). In Bezug auf die manischen Phasen ist ein erhöhter Umsatz der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin beschrieben (Falkai et al., 2021). Darüber hinaus wird von einem Dopaminüberschuss ausgegangen, der durch oxidativen Stress zu einer vermehrten Apoptose von Neuronen führt (Valvassori et al., 2020). Die nachfolgenden Ursachen beziehen sich ebenfalls auf die manischen Phasen.

Als weitere potenzielle ätiopathogenetische Mechanismen werden häufig Entzündungsprozesse angeführt (Machado-Vieira et al., 2023; Pereira et al., 2021; Rantala et al., 2021). Machado-Vieira et al. (2023) gehen davon aus, dass Entzündungen zum Überschuss der bereits beschriebenen Neurotransmitter führen und damit die Neuroplastizität herabsetzen.

Mitochondriale Dysfunktion wird ebenfalls als ein möglicher Pathomechanismus diskutiert. Mitochondrien gelten unter anderem als Regulatoren für Reaktive Sauerstoffspezies. Eine erhöhte Produktion dieser Substanzen könnte mit dem oben

beschriebenen oxidativen Stress in Verbindung stehen (Machado-Vieira et al., 2023; Scaini et al., 2021).

Hinzu kommt, dass gestörte Signaltransduktionsmechanismen sowie eine hippocampale neuronale Schädigung angeführt werden. Dies resultiert aus einem Mangel an neurotrophen Faktoren sowie einer Überproduktion von Stresshormonen wie Glucocorticoiden (Falkai et al., 2021; Machado-Vieira et al., 2023).

1.2 Angst- und Panikstörungen

1.2.1 Definition und Einteilung

Es gilt, die normale Angst von der pathologischen Form zu unterscheiden. Erstere fungiert als Alarmmechanismus und soll das Individuum vor Gefahren schützen, aber nach gefährlichen Situationen nicht mehr vorhanden sein. Dahingegen liegt eine pathologische Angst vor, wenn Angstsymptome ohne Grund auftreten. Nichtsdestotrotz stehen bei Patient*innen mit einer Angststörung nicht unbedingt die subjektiv empfundene Angst, sondern vielmehr diverse somatische Erscheinungen, im Vordergrund. Daraus folgend kann man Angstsymptome in psychische und körperliche Symptome unterteilen. Auf der einen Seite können Betroffene auf psychischer Ebene beispielsweise Angst vor Kontrollverlust, Gefühle der Beklemmung oder Vernichtungsgefühle empfinden. Auf der anderen Seite sind unter anderem Kaltschweißigkeit, Herzklopfen und Schwindel der körperlichen Komponente zuzuordnen (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Gemeinsam ist den Angst- und Panikstörungen, dass eine Angstreaktion ohne erkennbare externe Gefahr oder inadäquate Reaktionen besteht. Diese Vielfalt an Erkrankungen zeichnet sich durch unterschiedliche Manifestationen der Angstsymptomatik aus. Die relevantesten Ausprägungen sind die phobische und die frei flotternde Angst sowie die Panik (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Grundsätzlich werden diese Erkrankungen in phobische Störungen und sonstige Angststörungen unterteilt. Eine genauere Unterteilung kann Tabelle 3 entnommen werden (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Tabelle 3

Klassifikation von Angststörungen laut ICD-10

phobische Angststörungen	sonstige Angststörungen
Agoraphobie	Panikstörung
Soziale Phobien	Generalisierte Angststörung
Spezifische Phobien	Angst und depressive Störung
	Andere gemischte Störungen

In Anlehnung an: Falkai et al., 2021; Krollner, 2023.

Unter Agoraphobie ist zu verstehen, dass die betroffenen Personen Angst davor haben, sich in Situation oder Orten zu befinden, aus denen ein Entkommen im Falle einer auftretenden Symptomatik schwer möglich ist. Dementsprechend fällt es Patient*innen beispielsweise schwer, sich in Menschenmengen zu befinden (Rothenhäusler & Täschner, 2013; Krollner, 2023).

Die Panikstörung wird den sonstigen Angststörungen zugerechnet. Hierbei kommt es zu wiederkehrenden, situationsunspezifischen Angstattacken. Die Symptome variieren meist, jedoch werden häufig Erscheinungen, wie beispielsweise Tachykardien, Schwindel oder Brustschmerz, beschrieben. Auf psychischer Ebene kommt es häufig zu Angst vor dem Sterben oder Kontrollverlust (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

1.2.2 Epidemiologie

Die 1-Jahres-Prävalenz von Angst- und Panikstörungen wird mit 10-12% beziffert, womit diese zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen. Die Lebenszeitprävalenz insgesamt beträgt je nach Autor*in zwischen 20% und 34%, wobei sie für die einzelnen Erkrankungen unterschiedlich ausfällt (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013; Szuhany & Simon, 2022). Die Lebenszeitprävalenz der Panikstörung beträgt etwa 5.2%, jene der generalisierten Angststörung 6.2% und jene der sozialen Phobien 13% (Szuhany & Simon, 2022). Circa 80-90% erkranken vor dem 35. Lebensjahr. Darüber hinaus sind Frauen doppelt so häufig von Angst- und Panikstörungen betroffen als Männer (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Angststörungen werden zudem mit anderen psychiatrischen Erkrankungen assoziiert. Eine Studie von Showraki et al. (2020) konnte zeigen, dass Menschen mit einer unbehandelten generalisierten Angststörung ein hohes Risiko haben, später Panikattacken (62%) oder Depressionen (86%) zu entwickeln. Darüber hinaus besteht eine Hazard Ratio von 1.5 in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen (Batelaan et al., 2016). An einer Angststörung erkrankten Personen wird eine 1.39-fach erhöhte Mortalität hinsichtlich natürlicher Todesursachen und eine 2.46-fach gesteigerte Mortalität bezüglich unnatürlicher Ursachen zugewiesen. Letztere zeigen in 16.5% der Fälle eine Komorbidität mit Depressionen (Meier et al., 2016).

1.2.3 Ätiologie und Pathogenese

Ähnlich wie bei anderen psychischen Erkrankungen liegt den Angst- und Panikstörungen eine multifaktorielle Ätiopathogenese zu Grunde. Bezüglich der Genese werden verursachende Ereignisse (fordernde bzw. individuell bedeutsame Lebensphasen), auslösende Situationen sowie aufrechterhaltende Ursachen differenziert (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013). Disponierende Ereignisse stellen beispielsweise eine genetische Prädisposition oder lebensbezogene Gegebenheiten dar. Die Heritabilität von generalisierten Angststörungen beträgt 35% und jene für soziale Phobien, Agoraphobie sowie Panikstörungen 50% (Meier & Deckert, 2019). Aufrechterhaltende Faktoren hingegen sind von Person zu Person und abhängig von der jeweiligen Störungsform unterschiedlich (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

In Hinblick auf biologische Ursachen ist dem GABA-System besondere Relevanz zuzurechnen. Gamma-Aminobuttersäure fungiert als wichtigster inhibitorischer Neurotransmitter. Er hat die Fähigkeit, sowohl angsthemmend als auch angstausslösend zu wirken. Serotonin nimmt ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Angsterkrankungen ein. Zusätzlich wird angenommen, dass Strukturen des zentralen Nervensystems eine Hypersensibilität aufweisen (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

1.3 Schizophrenie

1.3.1 Definition

Die Schizophrenie ist den sogenannten funktionellen Psychosen zuzuordnen. Es handelt sich um eine heterogene Krankheitsgruppe.

Die Diagnose wird gestellt, wenn die in Tabelle 5 angeführten Symptome über mindestens einen Monat bestehen (Falkai et al., 2021).

Tabelle 4

Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10

Mindestens ein Symptom	Mindestens zwei Symptome
Stimmen, die kommentieren oder dialogisieren	Formale Denkstörungen in Form von Gedankenabreißen
Kontroll- oder Beeinflussungswahn	Negativsymptome
Anhaltender kultureller oder unangemessener Wahn	Kontinuierliche Halluzinationen jeglicher Sinnesmodalität
Entzug, Eingebung oder Lautwerden von Gedanken	Katatone Symptome

In Anlehnung an: Krollner (2023); Falkai et al. (2021).

Ferner sei noch anzumerken, dass die Diagnose auch bei Erfüllung der Kriterien nicht gestellt werden darf, wenn der Verdacht auf eine Gehirnerkrankung oder eine andere Allgemeinerkrankung, welche das Hirn beeinflusst, besteht (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

In der Symptomatik schizophrener Psychosen werden Positivsymptome, wie etwa Halluzinationen, von Negativsymptomen, beispielsweise Antriebsmangel, differenziert. Je nach Dominanz der Symptome können verschiedene Subtypen unterschieden werden (Falkai et al., 2021; Möller, 2017; Rothenhäusler & Täschner, 2013):

- Paranoide Schizophrenie
- Katatone Schizophrenie
- Hebephrene Schizophrenie
- Postschizophrene Depression
- Undifferenzierte Schizophrenie

- Schizophrenia simplex
- Schizophrenes Residuum
- Sonstige Schizophrenie

Meist geht ein Prodromalstadium in ein akutpsychotisches Stadium und dieses wiederum in ein postpsychotisches Stadium über. Zuletzt kann der Übergang in ein Residualstadium stattfinden. Der Verlauf unterscheidet sich je nach Individuum. Dabei leidet eine Vielzahl an Patient*innen an Frühsymptomen. Durch deren Früherkennung kann vorzeitig interveniert werden, um den Ausbruch einer erneuten akuten Krankheitsperiode zu verhindern oder deren Verlauf zu mildern. Dazu zählen unspezifische Symptome, wie unter anderem Konzentrationsschwäche, sozialer Rückzug oder Schlafstörungen (Falkai et al., 2021; Möller, 2017; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

1.3.2 Epidemiologie

Schizophrene Psychosen werden mit einer Prävalenz von 0.5-1% angegeben, wohingegen die Inzidenzrate bei etwa 0.05% liegt (Falkai et al., 2021; Möller, 2017). Laut Falkai et al. (2021) besteht eine intergeschlechtliche Gleichheit bezüglich der Häufigkeit. Jongsma et al. (2019) hingegen fanden in einer Metaanalyse ein Inzidenzratenverhältnis von 1.70, wobei Männer stärker betroffen waren. Die Wahrscheinlichkeit, für einen Mann zu erkranken, ist am höchsten im Alter von 21, bei Frauen mit 26 Jahren. Insgesamt erkranken 60% der Frauen und 90% der Männer vor dem 30. Lebensjahr (Falkai et al., 2021; Möller, 2017).

1.3.3 Ätiologie und Pathogenese

Ein Kind von zwei schizophrenen Elternteilen hat eine Wahrscheinlichkeit von 40-68%, ebenfalls zu erkranken. Es konnten bereits erste Genorte, wie etwa das Chromosom 6 oder 8, beschrieben werden, an denen es bei Erkrankten zu Veränderungen kommt. Diese Chromosomen sind für die neuronale Entwicklung sowie die Funktion des glutamatergen Systems von Relevanz. Aus epigenetischer Perspektive können auch umweltbedingte Faktoren oder Lebensereignisse die Genexpression beeinflussen und tragen somit zur Entwicklung einer Schizophrenie bei (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Cannabiskonsum wird als potenzieller Auslöser von psychotischen Erkrankungen gesehen. Täglicher Konsum korreliert mit einer Odds Ratio (OR) von 3.2. Wird hochpotentes Cannabis verwendet, steigt die OR auf 4.8 im Vergleich zu Personen, die nicht konsumieren (Di Forti et al., 2019).

Aus neurochemischer Sicht ist dem dopaminergen System eine wichtige Rolle zuzuschreiben. Im Rahmen von akut psychotischer Symptomatik kommt es zu einer Hyperaktivität. Diese Hypothese konnte abermals aufgrund pharmakologischer Aspekte bekräftigt werden, da viele Antipsychotika über eine postsynaptische Dopamin-D2-Rezeptor-Blockade agieren. Es besteht kein genereller Dopaminüberschuss, sondern eine erhöhte Sensitivität der Rezeptoren. Des Weiteren wird auch dem glutamatergen sowie dem serotonergen System eine Rolle beigemessen (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

1.4 Essstörungen

1.4.1 Definition

Die häufigsten Essstörungen sind die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa. Den Erkrankungen ist die Körperschemastörung gemeinsam, welche eine Assoziation mit gestörtem Essverhalten aufweist (Falkai et al., 2021). Die Charakteristika sind in Tabelle 5 angeführt.

Die Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse bei der Anorexie drückt sich bei Frauen meist in Form einer Amenorrhoe und bei Männern als Libidoverlust aus. Es kommt zur Austrocknung der Haut, Haarausfall und Bildung von Lanugo-Behaarung. Auch der Elektrolythaushalt sowie das Blutbild sind betroffen. Es kommt zur Hyponatriämie, -magnesiämie, -kaliämie und -kalziämie. Bezüglich des Blutbildes kann es beispielweise zu einer Leukopenie mit konsekutiver Infektanfälligkeit, erhöhten Leberparametern und Hypercholesterinämie kommen. Diverse innere Organe wie das Herz oder das Gehirn können affiziert werden. So kommt es bei circa 80% der erkrankten Personen zu Veränderungen im EKG. Auf neurologischer Ebene kann als Beispiel eine reversible Hirnatrophie entstehen (Falkai et al., 2021; Westmoreland et al., 2016).

Tabelle 5

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa laut ICD-10

Anorexie	Bulimie
Körpergewicht 15% unter dem erwarteten oder BMI unter 17.5 kg/m ²	Ständige Beschäftigung mit dem Essen
Endokrine Störung, vor allem der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse	Essattacken und unwiderstehliche Gier auf Nahrungsmittel
Körperschemastörung: Patient*in hat Angst, zu dick zu sein, und definiert eine sehr geringe Gewichtsschwelle	Körperschemastörung: Patient*in hat Angst, zu dick zu sein
Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust	Gegensteuerndes Verhalten wie Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln oder Diuretika

Anm.: BMI = body mass index; In Anlehnung an: Krollner (2023).

Die Folgen der Bulimie überschneiden sich oftmals mit denen der Anorexie. Jedoch kommt es vor allem bedingt durch rezidivierendes Erbrechen zu Folgen im Mund-Rachenraum, wie beispielsweise Karies oder eine Schwellung der Parotis, sowie im Gastrointestinaltrakt. Extreme Auswirkungen sind die Mallory-Weiss-Läsionen oder Ösophagusrupturen (Falkai et al., 2021; Westmoreland et al., 2016).

Des Weiteren wird die Binge-Eating-Störung zu den Essstörungen gezählt. Sie ist durch wiederkehrende Essanfälle, welche nicht der Kontrolle der betroffenen Person unterliegen, gekennzeichnet (Falkai et al., 2021).

1.4.2 Epidemiologie

Für die Anorexia nervosa besteht eine Lebenszeitprävalenz von circa einem Prozent, wobei deutlich mehr Frauen an dieser Erkrankung leiden. Atypische Formen, das heißt das Auftreten einzelner Symptome, kommen mit 20% jedoch deutlich häufiger vor. Hinsichtlich des Prädilektionsalters bestehen zwei Häufigkeitsgipfel, der erste um das 14. und der zweite um das 18. Lebensjahr (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013). Eine Metaanalyse von Arcelus et al. (2011), bei der 36 Studien miteinbezogen wurden, stellte fest, dass die Mortalität bei Anorexia nervosa

5.86-mal so hoch wie jene der Gesamtbevölkerung ist. Damit weist die Anorexia nervosa aufgrund der Folgen für den menschlichen Körper die höchste Mortalität aller psychischen Erkrankungen auf (Neale & Hudson, 2020).

Im Gegensatz zur Anorexie kommt die Bulimia nervosa häufiger vor und wird mit einer Prävalenz von 1-3% berichtet. Das durchschnittliche Erkrankungsalter ist mit 18-35 Jahren höher. Insgesamt betreffen diese zwei Krankheiten hauptsächlich Frauen; lediglich bei 10-15% der Erkrankten handelt es sich um Männer (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013). Die Mortalität ist um den Faktor 1.93 im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöht (Arcelus et al., 2011).

1.4.3 Ätiologie und Pathogenese

Sowohl für die Anorexie als auch für die Bulimie existieren genetischen Faktoren. Dies zeigt sich daran, dass Angehörige ersten Grades eine etwa zehn Mal höhere Wahrscheinlichkeit haben, zu erkranken, als die Durchschnittsbevölkerung (Falkai et al., 2021). Watson et al. (2019) konnten mehrere Genloci, die in Verbindung mit Anorexie stehen, beschreiben. Aufgrund dieser kamen sie zum Ergebnis, dass neben der psychiatrischen Ursache eine metabolische Dysfunktion zur Entstehung einer Anorexie beitragen könnte (Watson et al., 2019).

Hinsichtlich des in Kapitel 1.1.1.3 beschriebenen Vulnerabilitäts-Stress-Modells müssen besonders gesellschaftlich vermittelte Idealbilder hervorgehoben werden. Ferner weisen bulimische Patient*innen häufig Instabilität bezüglich ihres Affekts sowie Impulskontrollstörungen auf (Falkai et al., 2021).

Neurobiochemische Analysen ergaben einen potenziellen Zusammenhang zwischen Neurotransmittern und Essstörungen. Sowohl bei Anorexia nervosa als auch bei Bulimia nervosa zeigt sich eine vermehrte Serotonin-1A-Rezeptorbindung während der Dauer der Erkrankungen sowie bei deren jeweiliger Genesung. Im Gegensatz dazu weisen Patient*innen mit Anorexie eine normale Serotonin-2A-Rezeptorbindung auf, die aber bei deren Genesung abnimmt (Frank, 2015). Hinzu kommt, dass in Bezug auf Bulimie ein veränderter Dopaminstoffwechsel im Striatum diskutiert wird, wobei die Frequenz des Erbrechens mit der Dopaminfreisetzung korreliert (Broft et al., 2012).

Darüber hinaus weist die derzeitige Literatur auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Mikrobiom und psychiatrischen Erkrankungen, unter anderem Anorexie und Bulimie hin (Borgo et al., 2017; Kleiman et al., 2015; Schwensen et al., 2018).

1.5 Behandlung psychiatrischer Erkrankungen

Die Behandlung der meisten psychiatrischen Erkrankungen ist multimodal. Patient*innen profitieren von einer Kombinationsbehandlung aus psychopharmakologischen Optionen, Psychoedukation, psychotherapeutischer oder psychologischer Behandlung und Lebensstilmodifikationen (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

1.5.1 Medikamentöse Therapie

1.5.1.1 Behandlung affektiver Störungen

In der Behandlung akut depressiver Zustände sowie mitunter auch als Langzeittherapie rezidivierend oder chronisch depressiver Erkrankungen und darüber hinaus in der Therapie von Angst-, Zwangs- und Somatisierungsstörungen werden Antidepressiva eingesetzt. Den einzelnen Medikamentengruppen ist gemeinsam, dass sie antriebsnormalisierend und stimmungsaufhellend wirken. Manche Präparate wirken zusätzlich sedierend und schlaffördernd. Eine Einteilung in Klassen sowie Beispielpräparate können Tabelle 6 entnommen werden. Es ist wichtig die Patient*innen über die Wirkungslatenz des antidepressiven Effekts von etwa zwei Wochen zu informieren (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Der genaue Wirkmechanismus antidepressiver Medikamente ist noch nicht vollständig geklärt. Jedoch hat die Erforschung der Mechanismen zu wichtigen Erkenntnissen bezüglich der Krankheitsentstehung geführt. Den meisten Wirkstoffen ist gemeinsam, dass die Wirkung durch eine Verstärkung der serotonergen und/oder noradrenergen Neurotransmission vermittelt wird. Diese Verstärkung kann durch eine Wiederaufnahmehemmung oder einen reduzierten enzymatischen Abbau des jeweiligen Transmitters erzielt werden. Bedingt durch die Beeinflussung der Transmitter kommt es latent zu einer Änderung bestimmter zentraler Signaltransduktionsmechanismen. Die Beeinflussung prä- und postsynaptischer Rezeptoren ist für viele

unerwünschte, aber auch erwünschte, somatische Effekte verantwortlich (Falkai et al., 2021; Möller, 2017).

Tabelle 6

Antidepressivaklassen und Substanzen

Klasse	Wirkstoff
Trizyklische Antidepressiva	Clomipramin, Amitriptylin
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Sertralin
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)	Duloxetin, Venlafaxin, Milnacipran
Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer)	Moclobemid
Serotonin-Antagonisten und Reuptake-Inhibitoren	Trazodon
Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA)	Mirtazapin
Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI)	Bupropion
Phytopharmakon	Johanniskraut-Extrakt

In Anlehnung an: Falkai et al., 2021; Möller et al., 2017

Bezüglich unerwünschter Wirkungen sollten bei trizyklischen Antidepressiva vor allem die vegetativ-anticholinergen Nebenwirkungen sowie die Blutdrucksenkung erwähnt werden. Aufgrund dessen als auch wegen deren Toxizität werden selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wesentlich häufiger verschrieben. Zu deren Nebenwirkungsprofil zählen gastrointestinale Beschwerden, Kopfschmerzen und sexuelle Dysfunktion (Falkai et al., 2021; Möller, 2017).

Zur Behandlung bipolarer affektiver Erkrankungen werden Phasenprophylaktika angewandt, die die Anzahl sowie die Intensität sowohl von (hypo)manischen als auch depressiven Episoden reduzieren. Substanzen, die hierfür verwendet werden, sind Lithium, einige Antiepileptika sowie bestimmte atypische Antipsychotika. Gängige Antiepileptika mit phasenprophylaktischer Wirkung sind Carbamazepin, Lamotrigin und Valproat. Als Beispiel für atypische Antipsychotika seien Aripiprazol, Olanzapin und Quetiapin erwähnt (Falkai et al., 2021).

Zur Akuttherapie der Manie werden verschiedene atypische Antipsychotika, zum Beispiel jene, die im vorherigen Absatz genannt wurden, eingesetzt. Lithium und Valproinsäure können ebenfalls verwendet werden, Carbamazepin und Lamotrigin jedoch nicht. Im Falle von Schlafstörungen oder psychomotorischen Erregungszuständen können supportiv Benzodiazepine eingesetzt werden. Wird während einer manischen Episode ein Antidepressivum eingenommen, sollte dieses abgesetzt werden (Herzog & Müller, 2022).

1.5.1.2 Behandlung von Angst und Panikstörungen

Zur akuten pharmakologischen Therapie von Angst- und Spannungszuständen werden besonders SSRIs und SSNRIs benutzt. Bei schwerer Ausprägung im Akutfall und wenn noch nicht ausreichend andere Umgangsstrategien erlernt wurden, werden Tranquilizer verwendet. Diese wirken entspannend, angstlösend und beruhigend. Aufgrund des Abhängigkeitspotential werden diese nur kurzfristig empfohlen. Auch niedrigdosierte Antipsychotika oder sedierende Antidepressiva können ähnliche Effekte erzielen (Aktories et al., 2022; Falkai et al., 2021).

Eine Einteilung der Benzodiazepine erfolgt anhand des klinischen sowie deren pharmakokinetischen Wirkungsprofils. Sie werden je nach Ausmaß ihrer sedierenden, angstlösenden, antiepileptischen und muskelrelaxierenden Wirkung eingeteilt. Bezüglich der Pharmakokinetik wird die Eliminationshalbwertszeit zur Unterteilung herangezogen, daraus resultieren kurz-, mittellang- und langwirksame Präparate (Aktories et al., 2022; Falkai et al., 2021).

Aufgrund der Abhängigkeitskomponente stellen Benzodiazepine nur eine Akuttherapie dar und sollten nicht als Dauermedikation verordnet werden. Bezüglich der Verabreichung wird so vorgegangen, dass je nach Halbwertszeit ein- bis dreimal am Tag die niedrigste Dosis verabreicht wird. Kommt es zu keiner Symptombesserung wird die Dosis gesteigert und vice versa (Falkai et al., 2021; Möller, 2017).

1.5.1.3 Behandlung psychotischer Erkrankungen

Die Gruppe der Antipsychotika besteht aus Psychopharmaka, die aufgrund ihrer Wirkung zur Behandlung psychotischer Erkrankungen eingesetzt werden. Antipsychotika der ersten Generation (= typische Antipsychotika) wirken teilweise akut

gegen Positivsymptome (hochpotente) und/oder haben wenig antipsychotischen Effekt und sedieren primär. Diese Präparate haben ein hohes Risiko für extrapyramidal-motorischen Symptomen. Atypische Antipsychotika (=Antipsychotika der zweiten Generation) haben zusätzlich eine Wirkung gegen Negativsymptome und führen zu weniger oder keinen extrapyramidal-motorischen Symptomen (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Eine wichtiger Wirkmechanismus dieser Medikamentengruppe ist die Blockade von Dopaminrezeptoren, wobei diese Blockade abhängig vom Ort wo diese geschieht zu unterschiedlichen klinischen Korrelaten führt. Einige andere Wirkungen werden beispielsweise auch über die Serotonin- oder Histaminrezeptoren vermittelt (Aktories et al., 2022; Falkai et al., 2021).

Zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen von typischen Antipsychotika zählen extrapyramidal-motorischen Symptome, wie Früh dyskinesie, Parkinsonoid, Akathisie und Spätdyskinesie. Häufige Nebenwirkungen auch von atypischen Antipsychotika sind Gewichtszunahme, Lipidstoffwechselstörungen, Sedierung, Hyperprolaktinämie, Herzrhythmusstörungen und Mundtrockenheit (Aktories et al., 2022).

1.5.2 Psychotherapie

In der Psychotherapie werden Muster, Glaubenssätze, Verhaltensweisen, Schwierigkeiten und Störungen des Individuums kennengelernt und reflektiert. Je nach Ausrichtung der Psychotherapieschule liegt der Fokus vermehrt in der Erarbeitung der Hintergründe der Entstehung oder in der Bearbeitung von Situationen in der Gegenwart mit möglichen Veränderungen für die Zukunft. Dabei erfolgt eine klare Zielsetzung, die mit Hilfe von direktiven Interventionen erreicht werden soll. Vonseiten der Patient*innen sollten Einsichtsfähigkeit, Therapiemotivation, Reflexionsfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Ausdauer sowie Beziehungsfähigkeit bestehen, um eine optimale Therapie gewährleisten zu können. Auch die behandelnde Person sollte gewisse Eigenschaften aufweisen, um eine zweckmäßige Psychotherapie durchzuführen. Dazu zählen unter anderem Empathiefähigkeit, Zuwendung und fachliche Kompetenz. Das Ziel der meisten Therapien ist es, die Patient*innen bei der Schaffung von Bewältigungsstrategien, der Verbesserung des

Selbstwertgefühls sowie sozialer Kompetenzen zu unterstützen. Viele dieser Psychotherapien sind durch drei Grundbausteine gekennzeichnet. Dazu zählen die Einsichtsgewinnung/Konfliktbearbeitung, die emotionale Beziehung und die Umorientierung. Es existiert eine Vielzahl psychotherapeutischer Interventionen. Zu den gängigsten zählen (Falkai et al., 2021):

- Entspannungsverfahren
- Krisenintervention
- Verhaltensorientierte Verfahren
- Humanistische Ansätze
- Psychoanalytische und tiefenpsychologische Verfahren
- Systemische Ansätze

Im Folgenden wird lediglich auf Entspannungsverfahren näher eingegangen.

1.5.2.1 Entspannungsverfahren

Den wissenschaftlich validierten Entspannungsverfahren sind die progressive Muskelentspannung, das autogene Training, das Biofeedback-Verfahren sowie die moderne Hypnose zuzurechnen. Im Rahmen der progressiven Muskelrelaxation werden die Patient*innen angewiesen, bestimmte Muskelpartien anzuspannend und anschließend zu relaxieren. Diese Entspannung breitet sich anschließend von den Muskelgruppen auf den ganzen Körper aus und intensiviert sich, je länger diese Übungen praktiziert werden. Sowohl beim Biofeedback-Verfahren als auch beim autogenen Training wird versucht, eine willentliche Kontrolle über vegetative Körperfunktionen zu erreichen (Falkai et al., 2021; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

1.5.3 Psychoedukation

Psychoedukation hat das Ziel, sowohl die erkrankte Person als auch Angehörige über die Krankheit sowie deren Therapieoptionen zu informieren und sie zum Experten/zur Expertin der eigenen Erkrankung zu machen. Die Wissensvermittlung soll schließlich zu Verhaltensveränderungen bei Auftreten von ersten Krankheitsanzeichen sowie zur Lebensstilmodifikation führen. Ziel sollte sein, Beteiligten alle relevanten Punkte bezüglich der Krankheitsentstehung, deren Therapie, deren Häufigkeit sowie deren Verlauf zu vermitteln. Des Weiteren sollen Betroffene lernen

Frühwarnzeichen zu identifizieren und gegensteuernde Strategien zu erlernen. Bei der Wissensvermittlung soll nicht nur ein allgemeiner, theoretischer Einblick in die Erkrankung gegeben werden, vielmehr soll die Erfahrung, der Umgang und das bisherige Erlebte in Bezugnahme auf psychiatrische Erkrankungen in der Behandlung berücksichtigt werden. Das Ziel der Verhaltensmodifikation ist es, dass Patient*innen bzw. betroffenen Personen mit alltäglichen Stressoren besser umgehen können. Für diverse Krankheiten können so unterschiedliche Psychoedukationsprogramme erstellt werden (Möller et al., 2017).

1.6 Stationäres Behandlungskonzept

Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung besteht, wenn die Erkrankung akut oder sehr schwerwiegend ist bzw. eine ambulante Versorgung zur Symptomkontrolle und Wahrung der Sicherheit nicht ausreichend ist. Während des Aufenthaltes werden diverse Therapieformen, je nach Bedarf der erkrankten Person, angewandt. Darunter fallen die Neuverordnung oder Umstellung einer Psychopharmakatherapie, stabilisierende psychotherapeutische Gespräche oder diverse andere klinische Angebote, wie psychotherapeutische und psychoedukative Gruppentherapien, Maltherapie, Entspannungsverfahren, Skillstraining, Ergotherapie, Physiotherapie, Kochgruppen, etc..

Die Länge eines Aufenthaltes an einer Klinik fällt in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Erkrankung sehr unterschiedlich aus (Falkai et al., 2021). Eine Studie aus Portugal konnte eine erhöhte Odds Ratio hinsichtlich eines verlängerten Aufenthaltes bei Personen in den Altersgruppen 50-64 Jahre (OR=1.82) bzw. 65 Jahre (OR=1.91) finden. Weiters wiesen Patient*innen mit der Diagnose einer Psychose (OR=1.76) sowie jene, die durch Zwangseinweisung in die Klinik gekommen sind (OR=2.72), eine erhöhte Odds Ratio auf. Im Gegensatz dazu hatten verheiratete Personen im Vergleich zu Patient*innen ohne Partnerschaft eine um 40% niedrigere Quote für einen verlängerten Aufenthalt (OR=0.60). Bei Menschen mit höherem Bildungsabschluss war eine ähnliche Entwicklung sichtbar (OR=0.59). Interessanterweise zeigten die Odds Ratios für Patient*innen mit einem vorangegangenen Suizidversuch (OR=0.67) oder für drogenabhängige Personen (OR=0.70) ebenfalls eine Verringerung (Silva et al., 2020).

In Österreich liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankhäusern bei 6,2 Tagen. Im Vergleich dazu nehmen Patient*innen mit einer psychischen oder Verhaltensstörung eine Sonderstellung ein. Für diese Diagnosegruppen betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 2023 18,2 Tage und war damit die höchste unter allen Diagnosegruppen (Statistik Austria, 2024). Diese längere Verweildauer erklärt sich in den komplexen und langwierigen Behandlungsverläufen psychischer Erkrankungen. Insbesondere affektive Erkrankungen, Belastungs- und Angststörungen sowie schizophrene Psychosen zählen zu den Diagnosegruppen, welche längere Aufenthalte erfordern (Falkai et al., 2021).

Bei akuter und erheblicher Selbstgefährdung im Rahmen von psychiatrischen Erkrankungen, zum Beispiel bei akuter Suizidalität oder psychotischen oder manischen Zuständen ohne Realitätsbezug und Steuerungsfähigkeit müssen Patient*innen vorübergehend in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung untergebracht werden.

An forensischen Psychiatrien werden Menschen behandelt, die eine Straftat begangen haben und aufgrund ihrer Erkrankung als schuldunfähig gelten und somit nicht in einer Haftanstalt untergebracht werden (Falkai et al., 2021).

1.7 Tagesklinisches Behandlungskonzept

Tagesklinische Angebote sind als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verstehen. Im Prinzip handelt es sich um ein teilstationäres Konzept, bei dem die Patient*innen, meistens von Montag bis Freitag, tagesüber an der Klinik behandelt werden und die Nacht beziehungsweise die Wochenenden zuhause verbringen. Es besteht auch die Möglichkeit, diese Betreuung auf weniger Tage zu reduzieren, wobei sich dies nach dem Bedarf der betroffenen Person zu richten hat. Grundsätzlich können fast alle psychiatrischen Erkrankungsbilder auf diese Weise betreut werden, solange dies die aktuelle Schwere der Krankheit zulässt. Bedingt durch die Kombination des erhaltenen sozialen Umfeldes sowie therapeutischen Beziehungsprozessen wird ein eigenständiges Konzept erstellt, womit unter Umständen eine vollständige stationäre Behandlung ersetzt werden kann (Falkai et al., 2021).

Des Weiteren wird den Patient*innen in den Kliniken eine Tagesstrukturierung vermittelt. Dies geschieht in Form von diversen Angeboten wie Arbeitstraining oder direktiven Tagesstrukturen. Im deutschsprachigen Raum wird die tagesklinische Versorgung vermehrt als Alternative zur stationären Behandlung angesehen. Es zeigt sich, dass in Österreich tagesklinische Patient*innen tendenziell jünger sind als jene, die vollstationär betreut werden (Evans et al., 2016; Falkai et al., 2021; Weindl et al., 2022).

Die wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit stellt einen erheblichen Vorteil dar. Den kranken Personen wird die Möglichkeit geboten, ein möglichst normales familiäres Setting beizubehalten, um so den Gefahren einer Hospitalisierung entgegenzuwirken. Durch die Konfrontation mit alltäglichen Problemen können diese direkt therapeutisch behandelt werden. Gleichzeitig besteht im Rahmen dieser Behandlung ein hohes Anforderungsniveau an alle Beteiligten. Insgesamt kann eine Tagesklinik unter Erfüllung aller Anforderungen eine geschützte Möglichkeit für die psychische Entwicklung darstellen (Falkai et al., 2021).

Das Verhältnis von stationären zu tagesklinischen Versorgungslösungen liegt in Österreich bei 70% zu 30%. Im Bereich der tagesklinischen Versorgung stehen etwa 160 Plätze an insgesamt 22 Kliniken zur Verfügung (Stand 2020). Es zeigt sich ein positiver Trend bezüglich Tageskliniken. In den letzten zehn Jahren wurden doppelt so viele Kliniken eröffnet wie in den zehn Jahren davor (Evans et al., 2016; Weindl et al., 2022).

In österreichischen Tageskliniken wird eine Bandbreite an psychiatrischen Erkrankungen behandelt. Sowohl in psychosomatischen als auch in psychiatrischen Kliniken werden affektive, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen bzw. Faktoren sowie spezifische Persönlichkeitsstörungen therapiert. Erkrankungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie und schizoaffektive Störungen zählen typischerweise zu den Aufnahmediagnosen psychiatrischen, nicht jedoch in psychosomatischen Tageskliniken (Evans et al., 2016).

Psychiatrische Tageskliniken unterscheiden sich im strukturellen Aufbau wesentlich von psychosomatischen. So verfügen psychiatrische Tageskliniken durchschnittlich 13.34 Plätze pro Einrichtung, während psychosomatischen Tageskliniken im Durchschnitt 8.67 Plätze je Einrichtung anbieten. In psychiatrischen Tageskliniken sind zwar durchschnittlich weniger Personen angestellt als in psychosomatischen (10.64 bzw. 11.67 Stellen), insgesamt fallen aber mehr Arbeitsstunden auf psychiatrische Tageskliniken (253.6 h/Woche im Vergleich zu 152.83 h/Woche) (Evans et al., 2016).

Eine mögliche Ursache für das höhere Platzangebot an psychiatrischen im Vergleich zu psychosomatischen Tageskliniken liegt im Bereich des breiteren diagnostischen Spektrums. Daraus resultiert eine höhere Versorgungsverantwortung. An psychiatrischen Einrichtungen werden unter anderem Schizophrenien, schizoaffektive Erkrankungen, bipolare Patient*innen sowie substanzbezogene Erkrankungen therapiert, welche eine intensivere und langfristige Behandlung erfordern. Obendrein sind viele dieser Einrichtungen organisatorisch an größere psychiatrische Kliniken oder Landeskrankenhäuser angebunden. Dadurch müssen diese einem regionalen Versorgungsauftrag nachgehen, bei welchem die Notwendigkeit einer Mindestkapazität besteht (Evans et al., 2016; Falkai et al., 2021).

Hinsichtlich Wartezeiten besteht österreichweit eine Spannweite von 8-180 Tage, wobei der Durchschnitt bei 44 Tagen liegt. Grundsätzlich haben Tageskliniken von Montag bis Freitag geöffnet. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt bei psychiatrischen Tageskliniken 10.5 Wochen und bei psychosomatischen Tageskliniken 8 Wochen (Evans et al., 2016).

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Tageskliniken, sind kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken ebenfalls erwähnenswert. Patient*innen haben dort pro Tag eine Anwesenheitspflicht von sechs Stunden für tagesklinische bzw. von vier Stunden für tagesstrukturierende Behandlungen (Weindl et al., 2022). Evans et al. (2016) hingegen beschreiben keine Anwesenheitspflicht in den von ihnen behandelten Kliniken. Pro 250,000 Einwohner*innen sind zehn Behandlungsplätze ange-dacht (Weindl et al., 2022).

Hinsichtlich des Erfolgs von Tageskliniken im Vergleich zu stationären Behandlungen gibt es derzeit wenig Studien (Stand 2023). Eine Untersuchung in der Schweiz mit 36 Proband*innen ergab einen deutlichen Kostenvorteil zugunsten von Tageskliniken ($p < 0.012$). Gleichzeitig war die durchschnittliche Therapiedauer bei stationären Patient*innen kürzer als bei ambulanten ($p < 0.011$), wobei sich aber kein signifikanter Unterschied in der Gesamtanzahl an Tagen ergab. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting war eine Reduktion der psychopathologischen Symptome gleichermaßen möglich. Weiters bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapiegruppen in Bezug auf die Verminderung von subjektiv empfundenen Problemen der sozialen Integration sowie auf die Zufriedenheit der behandelten Personen. Alleine der Parameter „Ziel- und Erfolgsorientierung“ ergab in einer Varianzanalyse höhere Werte bei stationären Patient*innen (Heekeren et al., 2020).

1.7.1 Tagesklinisches Behandlungsangebot an der klinischen Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin Graz

Die tagesklinische Behandlung wurde erstmals im Zeitraum Jänner bis März 2023 an der klinischen Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin des Landeskrankenhauses (LKH) Graz angeboten und beruht vor allem auf verhaltenstherapeutischen Konzepten. Dabei fanden die Patient*innenaufnahmen mittwochs und die Entlassungen montags statt. Für alle Patient*innen war ein dreiwöchiger Aufenthalt vorgesehen, mit der Möglichkeit, diesen bei Bedarf auf vier Wochen zu verlängern.

In der Früh erfolgte eine Morgengruppe. In der Zeit von 09:30 bis 11:30 Uhr wurde die Ergotherapie angeboten, bei der die Patient*innen entweder einer allgemeinen Gruppe oder einer Mal- und Gestaltungstherapie zugewiesen wurden. Je nach Bedarf konnte auch die Entspannungstherapie besucht werden. Daraufhin gab es eine einstündige Mittagspause. Die Nachmittagsgestaltung war variabler: Dabei gab es die Möglichkeit, einer Kochgruppe oder ernährungsmedizinischen Gruppe zugewiesen zu werden und Sport zu betreiben. Außerdem gab es psychotherapeutische Einzelgespräche. Ergänzend wurde mittwochs am Nachmittag eine

psychotherapeutische Gruppentherapie durchgeführt. Am Ende jedes Tages gab es eine Abschlussrunde um so den Tag Revue passieren zu lassen. Einen Auszug des Tagesplans kann Abbildung 2 entnommen werden.



Notiz. NADA = National Acupuncture Detoxification Association

Abbildung 2: Auszug des Tagesplan an der Tagesklinik des LKH Graz

1.8 Fragestellung

Diese Arbeit evaluiert das im Jahr 2023 durchgeführte tagesklinische Behandlungskonzept an der klinischen Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin des LKH Graz und untersucht im Rahmen dessen quantitativ und qualitativ zwei Fragen:

1. Gibt es im Verlauf der Behandlung Veränderungen in den Bereichen Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung und psychosoziale Funktionalität?
2. Welche Vor- und Nachteile einer tagesklinischen gegenüber einer vollstationären Behandlung berichten betroffene Patient*innen?

2 Methoden

2.1 Studienablauf

Bei allen Patient*innen, die im Zeitraum von Januar 2023 bis März 2023 tagesklimisch am LKH behandelt wurden, wurde der Behandlungsverlaufes routinemäßig durch validierte Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt bewertet, sodass in der Behandlung auf spezifische defizitäre Domänen und Symptombereiche eingegangen werden konnte. Zudem wurden Informationen über Haupt- und Nebendiagnosen, Medikation sowie Veränderung der Symptomatik und Funktionsfähigkeit zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum erfasst. Zusätzlich wurde am Entlassungstag ein vom Autor eigens erstellter Fragebogen beigelegt.

Ausschlusskriterien für die Behandlung und somit für die Teilnahme an der Studie, stellten akute Suizidalität, schwere Beeinträchtigungen durch eine Substanzkonsumstörung sowie schwere beeinträchtigende körperliche Einschränkungen, die eine eigenständige Anreise verhindert hätten, dar. Das Patient*innenkollektiv bestand aus Personen im Alter von mindestens 18 Jahren, ohne eine obere Altersgrenze, und umfasste beide Geschlechter.

Insgesamt wurden 14 Patient*innen mit vollständigen Inventaren in diese Untersuchung eingeschlossen.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz bewilligt (EK-Nr. 36-201 ex 23/24).

2.2 Inventare

Die in Tabelle 7 angeführten Inventare wurden von den Patient*innen beziehungsweise den behandelnden Ärzt*innen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt ausgefüllt.

Tabelle 7

Selbst- und Fremdrating Skalen

	Selbstrating Skalen	Fremdrating Skalen
Krankheitsausprägung		Clinical Global Impression Scale (CGI)
Funktionalität		Global Assessment of Functioning (GAF) Specific level of functioning assessment and physical health inventory (SLOF)
Ausprägung der manischen Symptome		Young Mania Rating Scale (YMRS)
Ausprägung der Depressivität	Beck-Depression-Inventar II (BDI-II)	Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS)
Psychische Belastung	Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) Patient Health Questionnaire (PHQ)	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Short-Form-Health Survey 12 (SF-12)	
Subjektives Wohlbefinden	Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS)	
Ernährung	Mediterranean Diet Score (MDS)	
Psychische Schutzfaktoren	Resilienzskala (RS 13)	
Schlaf	Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI)	

Zum Entlassungszeitpunkt wurden die Patient*innen über den tagesklinischen Aufenthalt im Vergleich zum stationären mittels folgender Fragen befragt:

- Was hat Ihnen an der tagesklinischen Behandlung gut gefallen?
- Von welcher Therapie konnten Sie besonders profitieren?
- Wo gibt es Ihres Erachtens nach Verbesserungspotential?
- Ist das Ausmaß des 3x wöchentlichen Besuchs von 09:00 bis 15:30 Uhr Ihrer Meinung nach passend?
- Würden Sie sich mehr Gruppentherapie wünschen? Wenn ja, gibt es bestimmte Wünsche?

- Würden Sie eine geschlossene Gruppe (alle Teilnehmenden beginnen und beenden die Behandlung ohne Neuzugänge an denselben Tagen) bevorzugen?
- Falls Sie in der Vergangenheit bereits in stationär-psychiatrischer Behandlung waren: Welche Vor- und Nachteile haben Sie im Vergleich zur stationären Behandlung während der tagesklinischen Behandlung erlebt?

2.2.1 Clinical Global Impression Scale (CGI)

Die Clinical Global Impression Scale ist ein Fremdrating, bei welchem die Beurteilung der Funktionsfähigkeit der Patient*innen vor und nach einer Behandlung von einem*r Psychiater*in evaluiert wird.

Dieses Fremdbeurteilungsverfahren besteht aus zwei Komponenten: dem CGI Severity (CGI-S), der die Schwere der Erkrankung bewertet, und dem CGI Improvement (CGI-I), mit welchem die Veränderung gegenüber dem Beginn der Behandlung beurteilt werden kann.

Im Rahmen des ersten Ratings muss der/die Kliniker*in den Grad der psychischen Erkrankung der Patient*innen beurteilen. Dazu können sich diese einer siebenstufigen Skala bedienen, wobei eins als „Patient ist überhaupt nicht krank“ und sieben als „Patient gehört zu den extrem schwer Kranken“ zu interpretieren gilt. Diese Beurteilung basiert auf den berichteten und beobachteten Symptomen, dem Verhalten und der Funktion der vergangenen sieben Tage. Die Symptome und das Verhalten können schwanken, weshalb die Bewertung den durchschnittlichen Schweregrad widerspiegeln sollte.

Beim CGI-I gilt es, den klinischen Gesamtzustand des/der Patient*in mit jenem zu Beginn einer Behandlung oder eines Aufenthalts zu vergleichen. Hierbei wird ebenfalls eine siebenstufige Skala herangezogen. Null bedeutet „Zustand ist sehr viel besser“ und sieben ist mit „Zustand ist sehr viel schlechter“ gleichzusetzen.

Für die Bewertung des CGI-S und des CGI-I ist es wichtig, das Vorhandensein relevanter Symptome, die Häufigkeit ihres Auftretens innerhalb des siebentägigen Bewertungszeitraums, die Intensität oder den Schweregrad der Symptome und die Auswirkungen der Symptome auf die Funktionsfähigkeit in den wichtigsten Lebensbereichen des Patienten zu ermitteln (Busner & Targum, 2007).

2.2.2 Global Assessment of Functioning (GAF)

Bei diesem Fremdrating handelt es sich um eine numerische Skala, die angewandt wird, um das psychosoziale und berufliche Funktionsniveau subjektiv zu bewerten. Für die bewertende Person gilt es, den/die Patient*in einem der zehn Niveaus zuzuordnen, wobei jedes zehn Punkte umfasst. Folglich beinhaltet die Skala 1 – 100 Punkte, wobei 100 dem höchsten Leistungsniveau entspricht. Eins hingegen ist so zu interpretieren, dass ständige Gefahr von der Person aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Dieser Zustand entspricht damit dem niedrigsten Niveau (Hall, 1995). Insgesamt weist der GAF eine schlechte Reliabilität zwischen den Betrachtern auf. Des Weiteren ist auch die Diskriminante Validität bei Patient*innen mit einer Depression als schlecht einzuordnen (Grootenboer et al., 2012).

2.2.3 Specific level of functioning assessment and physical health inventory (SLOF)

Die SLOF ist ein 43 Items umfassendes, interviewbasiertes Beurteilungsinstrument. Es enthält keine Fragen bezüglich psychiatrischer Symptomatik und kognitiver Störungen, sondern misst beobachtbare Verhaltensweisen, indem es sich auf Fertigkeiten der Personen konzentriert.

Diese 43 Punkte sind zu sechs Subskalen zusammengefasst: körperliche Funktionsfähigkeit, Körperpflege, zwischenmenschliche Beziehungen, gesellschaftliche Akzeptanz, Aktivitäten und Arbeitsfähigkeit. Jede der Fragen aus den Subskalen wird anhand einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet. Insgesamt gilt, je höher die Summe, umso besser die Gesamtfunktionalität.

Die Reliabilität zwischen den Interviewern kann als mittel bis hoch erachtet werden. In Krankenhausstichproben lagen die Cronbachs alpha Werte zwischen 0.57 und 0.98 (Mucci et al., 2014).

2.2.4 Young Mania Rating Scale (YMRS)

Bei der YMRS handelt es sich um ein Fremdratingverfahren, welches 1978 von Vincent E. Ziegler entwickelt wurde. Mit dieser können das Vorhandensein sowie der Schweregrad manischer Symptome beurteilt werden. Von den elf Items werden vier mittels einer achtstufigen und die restlichen sieben mit einer vierstufigen Skala

bewertet. Inhaltlich befassen sich die Fragen beispielsweise mit der Stimmung, der Aktivität, dem Schlaf sowie der Reizbarkeit der Patient*innen.

In die Bewertung fließen einerseits das subjektive Befinden der Betroffenen und andererseits die Wahrnehmung der Interviewer*innen ein. Bezüglich der Reliabilität kann es bedingt durch die subjektive Komponente, zu Einschränkungen kommen. Dies begründet sich in der formalen Denkstörung während Manien. Durch die Doppelgewichtung wird versucht, den vier oben erwähnten Items entgegenzuwirken. Die Fragen basieren hauptsächlich auf Fremdbeurteilung, weshalb der Aspekt der Subjektivität deutlich reduziert wird. Die Punkte werden am Ende summiert, wodurch sich ein maximaler Score von 60 ergibt. Als hinweisend auf manische Symptome werden Ergebnisse ab 20 gewertet (Mühlbacher et al., 2011; Young et al., 1978).

2.2.5 Beck Depression Inventar II (BDI-II)

Hierbei handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsbogen, um die Schwere einer Depression, bei Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 13. Lebensjahr, eruieren zu können. Dieser Test wurde auf den DSM-V abgestimmt, ist aber nicht zur Diagnose einer Depression geeignet. Das Rating besteht aus 21 Fragen mit je vier Antwortmöglichkeiten. Folgende Kategorien sind im Fragebogen enthalten (Beck et al., 1995):

- Depressivität
- Pessimismus
- Gefühle des Versagens
- Selbstunzufriedenheit
- Gefühle der Schuld
- Strafbedürfnis
- Selbsthass
- Selbstkritik
- Suizidalität
- Weinerlichkeit
- Reizbarkeit
- Libidoverlust
- Soziale Isolation
- Entschlusslosigkeit
- Veränderung der körperlichen Selbstwahrnehmung
- Probleme mit der Arbeitsbewältigung
- Schlafprobleme
- Ermüdbarkeit
- Vermindertes Hungergefühl
- Gewichtsabnahme
- Auseinandersetzung mit physischen Erscheinungen

Den einzelnen Antwortmöglichkeiten werden Zahlenwerte von null bis drei zugeordnet, wobei die Schwere der Erkrankung mit dem Zahlenwert ansteigt. Nach Addition der einzelnen Werte erfolgt ein Vergleich dieser mit den Cut-off Werten aus Tabelle 8.

Tabelle 8

Schweregrad der Depressivität nach BDI-II

Grenzwerte	Schweregrad
0 – 13 Punkte	Keine bzw. klinisch unauffällige Depression
14 – 19 Punkte	Leichte Depression
20 – 28 Punkte	Mittelgradige Depression
29 – 63 Punkte	Schwere Depression

2.2.6 Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS)

Die MADRS ist ein aus zehn Items bestehender Fremdbeurteilungsfragebogen, der in der Psychiatrie genutzt wird, um den Schweregrad einer depressiven Episode zu beurteilen. Hierfür wurden zehn Fragen aus der Comprehensive Psychopathological Rating Scale ausgesucht. Die damit abgefragten Symptome beziehungsweise Veränderungen lauten wie folgt (Montgomery & Åsberg, 1979):

- Sichtbare Traurigkeit
- Berichtete Traurigkeit
- Innere Spannung
- Schlaflosigkeit
- Appetitverlust
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Untätigkeit
- Gefühlslosigkeit
- Pessimistische Gedanken
- Suizidgedanken

Die Auswertung erfolgt mithilfe einer siebenstufigen Skala, wobei null im Sinne des ersten Items „Keine Traurigkeit“ bedeutet und sechs hingegen „Sieht die ganze Zeit über traurig und unglücklich aus“. Der/die Klinker*in muss sich bei der Beurteilung

entscheiden, ob gerade Zahlen (inklusive null) beschrieben werden und somit eine diskrete Stufe, oder eine ungerade Zahl, was einer Zwischenstufe entspricht, vergeben wird. Summa summarum kann eine Maximalpunktzahl von 60 erreicht werden, wobei die Interpretation der Cut-off Punktwerte Tabelle 11 entnommen werden kann (Montgomery & Åsberg, 1979; Quilty et al., 2013).

Tabelle 9

Einteilung der Schwere der Depressivität nach der MADRS

Punktwerte	Interpretation
0 – 6 Punkte	Keine Depression
7 – 19 Punkte	Milde Depression
20 – 34 Punkte	Moderate Depression
35 – 60 Punkte	Schwere Depression

2.2.7 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Der BSI-18 stellt ein Selbstbeurteilungsverfahren dar, womit die psychische Belastung der letzten sieben Tage dargestellt werden soll. Eine Darstellung erfolgt durch sechs Items in den Bereichen Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierung. Zur Beantwortung der einzelnen Items steht eine fünfstufige Skala zur Auswahl, die bei „überhaupt nicht“ mit einem Wert von 0 beginnt und bis „sehr stark“ mit einem Punktwert von vier reicht.

Aus diesen Werten kann der Global Severity Index (GSI) berechnet werden. Er stellt ein Maß der psychischen Belastung aller oben genannten Bereiche dar und nimmt Werte zwischen 0 und 72 an. Die einzelnen Bereiche werden nicht gewichtet, wodurch bei jedem ein maximaler Punktwert von 24 erreicht werden kann.

Zur Auswertung wird eine Tabelle, welche standardisierte T-Werte enthält, herangezogen. Patient*innen gelten als positiv, wenn beim GSI oder in zwei der drei Bereiche T-Werte von 63 oder mehr erzielt werden.

Der Rehabilitätskoeffizient für die einzelnen Skalen reicht von 0.79 bis 0.91, welche als gute Werte zu interpretieren sind. Weiters kann das Rating zwischen einzelnen Patient*innengruppen differenzieren (Franke et al., 2011; Hammer, 2016).

2.2.8 Patient Health Questionnaire (PHQ)

Das Ziel dieses Fragebogens ist es, psychiatrische Erkrankungen leichter zu erkennen und zu diagnostizieren. Dadurch ist eine Diagnostik von Essstörungen, Angststörungen, depressiven Störungen, somatoformen Störungen und Alkoholmissbrauch möglich. Allerdings erfolgt die Diagnostik nicht auf Störungsebene, sondern auf Syndromebene. Dies liegt daran, dass die gesammelten Informationen nicht ausreichen, um eine umfassende Diagnose zu stellen. Zusätzlich beinhaltet der Fragebogen Items, mit welchen die psychosoziale Funktionsfähigkeit eruiert werden kann. Frauen erhalten Fragen bezüglich ihrer Menstruation und einer möglichen Schwangerschaft. Des Weiteren ist in Hinblick auf Depressivität sowie somatoforme Erkrankungen eine Beurteilung des Schweregrads möglich.

Um den Fragebogen zu bewerten, gibt es Auswertungsalgorithmen. Mithilfe dieses Algorithmus ist eine Diagnosestellung möglich. Soll der Schweregrad beurteilt werden, gilt es, Skalensummenwerte zu erstellen. Beispielsweise können im Bereich der Depressivität null bis drei Punkte vergeben werden, wobei null „Überhaupt nicht“ und drei „Beinahe jeden Tag“ entspricht. Bei neun Items können so maximal 27 Punkte erreicht werden. Die Cut-off Werte für die Bewertung können Tabelle 10 entnommen werden (Löwe et al., 2002).

Tabelle 9

Cut-off Werte für die Beurteilung einer depressiven Störung gemäß dem PHQ

Punktwert	Interpretation der Depressivität
< 5	Keine depressive Störung
5 – 10	Leichte Depression
10 – 14	Mittleres Ausmaß
15 – 19	Ausgeprägtes Ausmaß
20 – 27	Schwerstes Ausmaß

2.2.9 Short-Form-Health Survey 12 (SF-12)

Bei dem Short-Form-Health Survey 12 handelt es sich um ein Screeninginstrument, womit die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst werden soll. Durch zwölf Fragen werden sowohl das physische als auch das psychische Wohlergehen

eruiert. Die Auswertung wird durch Zuordnung von Zahlenwerten zu den einzelnen Antwortkategorien der Fragen ermöglicht. Hierbei liegt bei allen Items der niedrigste Wert bei eins und erreicht bei einigen Fragen den Wert sechs.

Durch Summation entsteht ein Rohskalenwert, welcher auf eine Prozentwertskala mit den Werten 0 bis 100 abgeändert wird. Diese Abänderung dient einer verbesserten Darstellung sowie Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Des Weiteren sind die Addition, Gewichtung und Transformation genau festgelegt. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass höhere Werte einem besseren Ergebnis entsprechen (Morfeld et al., 2011).

2.2.10 Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS)

Die Darstellung des habituellen Wohlbefindens erfolgt durch die HSWBS. Hierbei gilt es, den sogenannten Trait-Anteil des eigenen Wohlbefindens zu erfassen. Dafür wird im Rahmen dieses Selbstratings zwischen einer emotionalen und einer kognitiven Komponente differenziert. Erstere wird durch das Vorhandensein positiver beziehungsweise dem Fehlen negativer Gefühle bestimmt. Zur Erfassung der kognitiven Komponente hingegen wird die Lebenszufriedenheit herangezogen.

Der Fragebogen beinhaltet dreizehn Items, wobei sieben der allgemeinen Lebenszufriedenheit und sechs dem individuellen Stimmungsniveau zuzuordnen sind. Eine Beurteilung erfolgt mittels einer sechsstufigen Skala, welche von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt genau“ reicht. In weiterer Folge kommt es zur separaten Summenbildung beider Bereiche. Diese Summen werden anschließend durch die Anzahl der Items dividiert (Dalbert, 2002).

2.2.11 Mediterranean Diet Score (MDS)

Um Information über das Essverhalten einer Person zu erhalten, eignet sich der Mediterranean Diet Score (MDS). Mit diesem kann eruiert werden, wie sehr sich Patient*innen an eine mediterrane Diät halten (Martínez-González et al., 2014). Das Hauptaugenmerk einer mediterranen Ernährung liegt auf dem Verzehr von reichlich Obst, Gemüse, Vollkornprodukten, Olivenöl sowie Hülsenfrüchten, wohingegen Fleisch und Milchprodukte wenig genossen werden. Als weiterer Teil dieser Ernährungsform wird der moderate Konsum von Fisch und Wein angesehen. Menschen, die sich auf diese Weise ernähren, profitieren auf körperlicher Ebene durch eine

Reduktion von kardiovaskulären Erkrankungen, und auch auf psychischer Ebene. Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass eine solche Ernährungsweise vor einem kognitiven Abbau sowie vor Alzheimer Demenz schützen soll (Petersson et al., 2016).

Bei dem MDS erfolgt eine Abfrage bezüglich des Verzehrs bestimmter Lebensmittel, wobei in Abhängigkeit vom Konsum null oder ein Punkt vergeben werden können. Als Cut-off Wert dient hierbei der geschlechterspezifische Median. Liegt beispielsweise der Konsum von Gemüse oder Obst über dem Median, wird der Wert eins vergeben und vice versa. Beim Verzehr nicht vorteilhafter Nahrungsmittel, wie beispielsweise Fleisch, wird bei einem überdurchschnittlichen Verzehr der Wert null vergeben und umgekehrt. Der Score beinhaltet 14 Fragen, folglich ist dies die maximal erreichbare Punktezahl (Martínez-González et al., 2014).

Inwieweit die Punkteanzahl und somit die Ernährung der Patient*innen mit einer mediterranen Diät übereinstimmen, kann Tabelle 9 entnommen werden (Stefler et al., 2017).

Tabelle 11

Einhaltung einer mediterranen Diät nach dem Mediterranean Diet Score

Wert	Einhaltung einer mediterranen Diät
< 8	geringgradig
8 – 9	mittelgradig
> 9	hochgradig

2.2.12 Resilienzskala RS 13

Dieses Selbstbeurteilungsverfahren dient der Erfassung der Resilienz. Darunter wird die Fähigkeit, das Verhalten an problematische Situationen oder Veränderungen anzupassen, verstanden. Mithilfe von 13 Fragen werden die Bereiche „persönliche Kompetenz“ sowie „Akzeptanz seiner Person und des Lebens“ eruiert. Objektivität wird durch eine standardisierte Auswertung und Durchführung gewährleistet. Die Analyse der einzelnen Items erfolgt mithilfe einer siebenstufigen Skala, wobei eins 'Ich stimme nicht zu' und sieben 'Ich stimme völlig zu' entspricht. Durch die Addition der vergebenen Werte entstehen Ergebnisse, die interpretiert werden können (Leppert et al., 2008).

2.2.13 Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI)

Der Selbstbeurteilungsfragebogen PSQI wird genutzt, um die subjektive und klinische Schlafqualität der letzten vier Wochen zu eruieren. Dieser Bogen enthält 19 Fragen, die in sieben Komponenten unterteilt werden: subjektive Schlafqualität, Einschlaf latenz, Schlafdauer, Schlafeffizienz, Störungen des Schlafes, Gebrauch von Schlafmedikamenten und Beeinträchtigung der Tagesaktivität. Innerhalb jeder Komponente können zwischen null und drei Punkten erreicht werden, was zu einem maximalen Global Sleep Quality Score von 21 Punkten führt. Darüber hinaus gibt es fünf Fragen, die von Dritten beantwortet werden können, jedoch für den Gesamtscore nicht einbezogen werden. Insgesamt deutet eine hohe Punktzahl auf eine schlechtere Schlafqualität hin. Der Cut-off-Wert, ab welchem von einer verminderten Schlafqualität in Relation zur Bevölkerung auszugehen ist, liegt bei fünf Punkten und wurde empirisch ermittelt. So ist es möglich, Menschen mit einem Wert von null bis fünf als „gute“ und jene mit höheren Werten als „schlechte“ Schläfer zu bezeichnen. Ein PSQI-Gesamtwert von mehr als fünf resultierte in einer diagnostischen Sensitivität von 89.6% und einer Spezifität von 86.5% bei der Unterscheidung zwischen guten und schlechten Schläfern (Buysse et al., 1989; DeVito, 2023).

2.2.14 Körperliches Aktivitätsniveau

Mittels eines Fragebogens wurde die körperliche Aktivität erhoben. Hierbei geben die Teilnehmer*innen an, wie viele Minuten pro Woche sie mit unterschiedlichen Bewegungsformen verbracht haben. Eine Dokumentation erfolgt nach Aktivitätsart in Minuten pro Woche.

2.3 Statistische Auswertung

Die Beschreibung der Kohorte erfolgte mithilfe von Microsoft Excel. Alle anderen für die Auswertung relevanten Daten wurden mittels SPSS berechnet.

Um die zweiseitigen Hypothesen zu prüfen ist ein Signifikanzniveau von $p < 0.05$ festgelegt worden. Für die deskriptive Datenbeschreibung zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt wurden der Mittelwert M sowie die Standardabweichung SD gewählt. Zur statistischen Überprüfung für Veränderungen zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt wurden t-Tests angewendet.

3 Ergebnisse

3.1 Demographische Daten

Die durchgeführte Fragebogenstudie umfasst 14 Teilnehmer*innen. Von diesen sind elf (78.57%) weiblich und drei (21.43%) männlich. Das durchschnittliche Alter beträgt 33.79 Jahre (SD = 11.39) mit einer Altersspanne von 19 bis 63 Jahren. Die Patient*innen am LKH Graz wurden in den meisten Fällen zwischen 21 und 28 Tagen behandelt.

Bezüglich allgemeiner Angaben wurden die Patient*innen zu ihrem Familienstand, Anzahl der in einem Haushalt lebenden Personen sowie zu ihrem höchsten Abschluss befragt. Neun der 14 Patient*innen gaben an, ledig zu sein, zwei waren verheiratet, zwei getrennt und eine Person war verwitwet.

3.1.1 Diagnosen und medikamentöse Behandlung

Insgesamt sind die affektiven Erkrankungen mit sieben Personen am häufigsten vertreten, wobei es sich bei fünf der sieben Krankheitsfälle um rezidivierende depressive Störungen mit gegenwärtig mittelgradigen Episoden handelt. Das Alter liegt zwischen 27 und 46 Jahren, wobei sich das Mittel bei 33.5 Jahren (SD = 8.58) befindet. Bei den zwei anderen Fällen handelt es sich um bipolar affektive Störungen mit gegenwärtig depressiven Episoden. Das Durchschnittsalter beträgt 38 Jahren (SD = 5.66).

In der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen ist die Panikstörung zwei Mal vertreten. Bei der dritten Erkrankung, die dieser Gruppe zuzuordnen ist, handelt es sich um eine Somatisierungsstörung, wobei hiervon eine Person betroffen ist. Das mittlere Alter der betroffenen Personen liegt bei 40.6 Jahren (SD = 20.74). Bei den Krankheiten, die den wahnhaften Störungen zuzurechnen sind, handelt es sich in beiden Fällen um schizoaffektive Störungen.

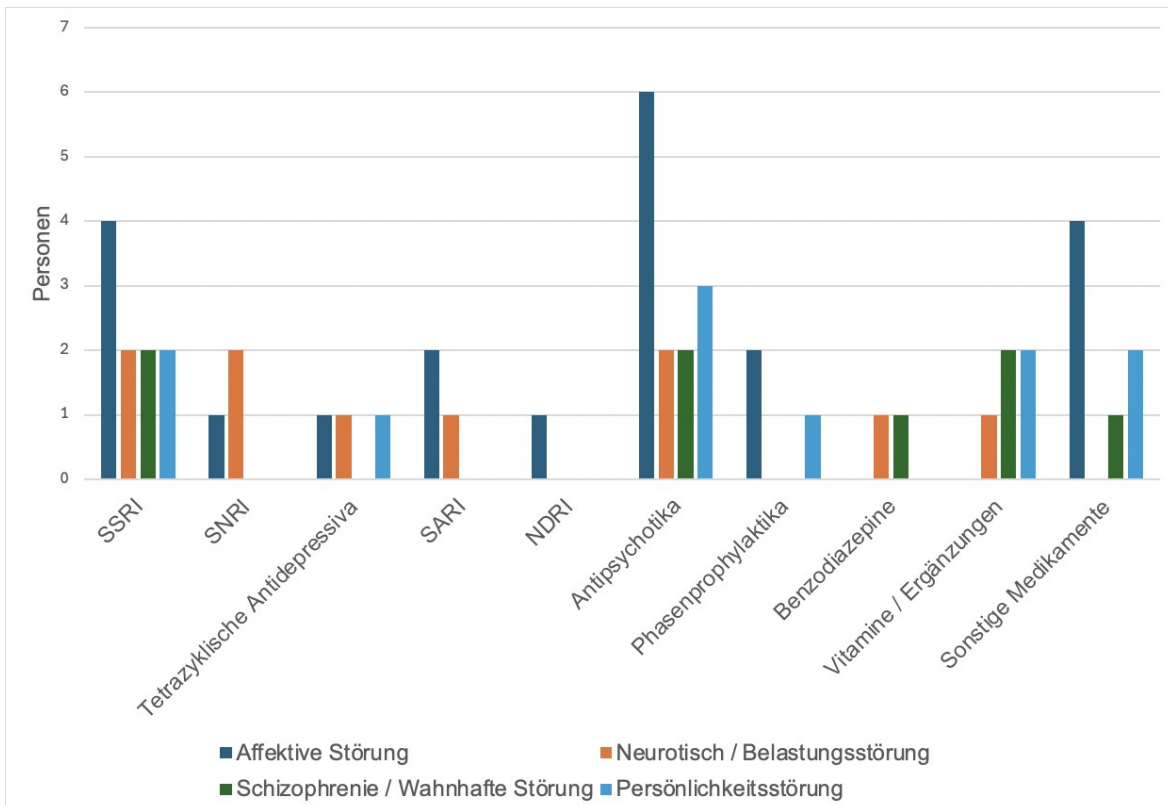
In Bezug auf psychiatrische Nebendiagnosen hatten vier der teilnehmenden Personen eine solche. Zwei litten an einer posttraumatischen Belastungsstörung, eine Person an einer Panikstörung und eine an einer Angststörung.

Im Rahmen dieser Studie wurden die Teilnehmer*innen auch bezüglich ihrer Dauermedikation befragt. Um die Ergebnisse anschaulicher darzustellen, werden die Medikamente zu folgenden Gruppen zusammengefasst: Antidepressiva, Phasenprophylaxe, Pregabalin und sonstige Medikation. In Tabelle 12 wird dargestellt, wie viele Personen aus den jeweiligen Diagnosegruppen mindestens ein Medikament aus der entsprechenden Klasse eingenommen haben. Im Anschluss folgt eine Darstellung, welche Medikamente genau bezüglich einer Erkrankungsgruppe eingenommen wurden. Dies kann Abbildung 3 entnommen werden. Auf die Darstellung von Pregabalin wurde verzichtet.

Tabelle 10

Übersicht der Medikamenteneinnahme in den Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	N	Antidepressiva (%)	Phasenprophylaxe (%)	Pregabalin (%)	Sonstige (%)
Affektive Störungen	7	5 (71.43%)	4 (57.14%)	0 (0%)	4 (57.14%)
Angst- und somatoforme Störungen	3	3 (100%)	1 (33.33%)	0 (0%)	1 (33.33%)
Schizoaffektive Störungen	2	2 (100%)	0 (0%)	1 (50%)	2 (100%)
Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten	2	2 (100%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)



Notiz. SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; SNRI = Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; SARI = Serotonin-Antagonisten und Wiederaufnahmehemmer; NDRI = Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer

Abbildung 3: Verteilung der Antidepressiva, Phasenprophylaktika und sonstiger Medikamente in den Krankheitsgruppen

Im Rahmen der psychischen Vorgeschichte wurde erfragt, wann erste Veränderungen festgestellt werden konnten und was die ersten Anzeichen waren. Das Minimum, das Maximum, der Mittelwert sowie die Standardabweichung bezüglich des Alters der ersten Veränderungen können Tabelle 13 entnommen werden.

Bei sieben (50%) der 14 Patient*innen machten sich depressive Verstimmungen als erstes Symptom bemerkbar. Bei den anderen Teilnehmer*innen wurden Anzeichen wie etwa manische Symptome, Angst und Selbstverletzung angeführt.

Bei der Anamnese wurde ebenfalls erhoben, wann und wie oft die Patient*innen bereits in stationärer Behandlung waren. Tabelle 13 können das Alter entnommen werden, in dem zum ersten Mal Hilfe in Anspruch genommen wurde, das Alter der ersten stationären Behandlung sowie die Anzahl stationärer Behandlungen

Tabelle 11

Übersicht der Eigenschaften stationärer Behandlungen

	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD
Alter erster psychischer Veränderung (n=14)	11	50	20.43	11.51
Alter erste Hilfe (n=14)	12	52	25.14	11.19
Alter erste stationäre Behandlung (n=12)	12	52	25.27	13.54
Anzahl stationärer Behandlungen (n=12)	1	15	4.75	4.07

Nach Auswertung des PHQ konnten anhand der Auswertungskriterien folgende Syndrome bei den Patient*innen ausgemacht werden:

- Fünf Patient*innen mit einem Paniksyndrom
- Zwei Patient*innen mit einem anderen Angstsyndrom
- Ein Patient mit Binge-Eating-Syndrom
- Drei Patient*innen mit einem Alkoholsyndrom

3.2 Veränderungen über den Behandlungsverlauf

3.2.1 Allgemeiner klinischer Schweregrad und Funktionalität

Es zeigte sich, dass eine signifikante Besserung im CGI-Schweregrad zwischen dem Aufnahme- und dem Entlassungszeitpunkt besteht (siehe Tabelle 14). Zur globalen Einschätzung der Zustandsänderung wurde die CGI-I Skala angewandt. Dabei ergab sich ein Durchschnittswert $M = 2.71$ ($SD = 0.76$; $n = 12$). Dies entspricht einem etwas gebesserten Zustand.

Tabelle 12

Veränderung des allgemeinen klinischen Schweregrades während des tagesklinischen Aufenthaltes

	Aufnahme- zeitpunkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Fremdeinschätzung					
CGI-S (M, SD)	4.67 (0.70)	4.11 (5.53)	2.29	8.00	0.05*

Notiz. CGI-S = Clinical Global Impression Severity Scale; * sig.; n = 12

Anhand des GAF konnte keine Veränderung der Funktionalität der Patient*innen zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt festgestellt werden (siehe Tabelle 15).

Tabelle 13

Veränderung der Funktionalität während des tagesklinischen Aufenthalts

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Fremdeinschätzung					
GAF Zahl (M, SD)	58.33 (3.57)	59.44(8.92)	-0.40	8.00	0.698

Notiz. GAF = Global Assessment of Functioning; * sig.; n = 13

3.2.2 Depressivität

In der Selbsteinschätzung der Depressivität, gemessen anhand der Skalen BDI-2 und BSI, zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, wohingegen sich in der fremdeingeschätzten Depressivität eine signifikante Verbesserung zum Entlassungszeitpunkt darstellt (siehe Tabelle 16).

Tabelle 14

Veränderung der Depressivität während des tagesklinischen Aufenthaltes

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Selbsteinschätzung					
BDI-2 (M, SD)	26.33 (10.06)	21.00 (10.77)	1.95	11.00	0.077
BSI (M, SD)	11.42 (7.70)	9.58 (6.97)	1.23	8.00	0.243
Fremdeinschätzung					
MADRS (M, SD)	24.00 (8.57)	11.11 (5.53)	4.43	11.00	0.002*

Notiz. BDI-2 = Beck Depression inventory, BSI = Brief Symptom Inventory, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; * sig.; n^a = Anzahl BDI-2 Aufnahme

3.2.3 Ängstlichkeit

Bei den hier präsentierten Ergebnissen handelt es sich um Veränderungen der Angstsymptomatik zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt der Patient*innen der Tagesklinik. In der von den Patient*innen eingeschätzten Angstsymptomatik wurde eine signifikante Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten gefunden (siehe Tabelle 17).

Tabelle 15

Veränderung der Ängstlichkeit während des tagesklinischen Aufenthaltes

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Selbsteinschätzung					
BSI (M, SD)	10.75 (6.24)	8.25 (5.03)	2.35	11.00	0.038*

Notiz. BSI = Brief Symptom Inventory; * sig.; n = 12

3.2.4 Somatisierung

In der Somatisierungssymptomatik gemessen anhand des BSI zeigte sich keine Veränderung vom Entlassungszeitpunkt zum Aufnahmezeitpunkt (Siehe Tabelle 18).

Tabelle 16

Somatische Veränderungen während des tagesklinischen Aufenthalts

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Selbsteinschätzung					
BSI (M, SD)	5.00 (6.24)	5.17 (5.03)	0.24	11.00	0.812

Notiz. BSI = Brief Symptom Inventory; * sig.; n = 12

3.2.5 Subjektives Wohlbefinden

Anhand der SF-12 sowie der HSWBS wird das subjektive Wohlbefinden der Patient*innen eruiert. Bezüglich des HSWBS werden die Items zu zwei Gruppen zusammengefasst: Stimmungsniveau und Lebenszufriedenheit. In Bezugnahme auf die SF-12 kann eine signifikante Besserung des Wohlbefindens zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten ermittelt werden. Bei der HSWBS kann sowohl beim Stimmungsniveau als auch bei der Lebenszufriedenheit keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden (siehe Tabelle 19).

Tabelle 17

Veränderung des subjektiven Wohlbefindens während des tagesklinischen Aufenthalts

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Selbsteinschätzung					
SF-12 (M, SD)	14.18 (3.06)	15.82 (2.23)	-2.84	10.00	0.018*
HSWBS Stim- mungsniveau (M, SD)	4.18 (0.90)	4.12 (1.05)	0.24	10.00	0.814
HSWBS Le- benszufriedenheit (M, SD)	3.66 (1.23)	3.58 (1.35)	0.28	10.00	0.788

Notiz. SF-12 =Short-Form-Health Survey, HSWBS = Habituelle subjektive Wohlbefindesskala ; * sig.; n = 12

3.2.6 Essverhalten

Bei den hier dargestellten Ergebnissen handelt es sich um das mithilfe der MDS selbsteruierte Essverhalten. Es konnte zwischen den beiden Geschlechtern keine signifikante Veränderung (siehe Tabelle 20) festgestellt werden.

Tabelle 18

Vergleich des Essverhaltens zwischen Männern und Frauen

	Männer ^a	Frauen ^b	T	df	p
Selbsteinschätzung					
MDS (M, SD)	6.00 (1.73)	6.80 (1.75)	-0.70	11.00	0.501

Notiz. MDS = Mediterranean Diet Score; * sig.; n^a (Anzahl Männer) = 3, n^b (Anzahl Frauen) = 11

3.2.7 Resilienz

In Tabelle 21 werden die Ergebnisse bezüglich der Resilienz der Patient*innen dargestellt. Eine Aufteilung erfolgt in folgende Bereiche: „Akzeptanz der eigenen Person und des Lebens“ und „Selbstkompetenz“. In keinem der genannten Bereiche kann ein signifikanter Unterschied zwischen Beginn und Ende der Studie festgestellt werden.

Tabelle 19

Veränderung der Resilienz während des tagesklinischen Aufenthalts

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Selbsteinschätzung					
RS13 Akz (M, SD)	16.09 (6.86)	16.36 (6.41)	-0.22	10.00	0.834
RS13 SK (M, SD)	41.00 (11.48)	42.55 (9.03)	-0.45	10.00	0.661

Notiz. RS13 Akz = Resilienzskala Akzeptanz der eigenen Person und des Lebens, RS13 SK = Resilienzskala Selbstkompetenz, RS13 Sum = Resilienzskala 13 Summe; * sig.; n = 13

3.2.8 Schlaf

Anhand des PSQI wird die Schlafqualität der Patient*innen objektiviert. Die Ergebnisse können Tabelle 22 entnommen werden. Hier wird ersichtlich, dass es zu keiner signifikanten Veränderung der Schlafqualität zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt gekommen ist.

Tabelle 20

Veränderung der Schlafqualität während des tagesklinischen Aufenthalts

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Selbsteinschätzung					
PSQI (M, SD)	32.33 (8.92)	30.50 (7.22)	1.71	11.00	0.065

Notiz. PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; * sig.; n = 12

3.2.9 Körperliche Aktivität

Die Ergebnisse in Tabelle 23 werden in Minutenangaben pro Woche dargestellt. In allen angegebenen Bereiche konnte eine nicht signifikante Veränderung bezüglich dem Aktivitätsniveau eruiert werden.

Tabelle 21

Veränderung der körperlichen Aktivität während des tagesklinischen Aufenthalts

	Aufnahmezeit- punkt	Entlassungs- zeitpunkt	T	df	p
Selbsteinschätzung					
Fuß (M, SD) ^a	374.55 (261.59)	393.18 (366.14)	-0.28	10.00	0.789
Fahrrad (M, SD) ^a	50.00 (124.32)	82.50 (149.80)	-1.03	11.00	0.125
Ausdauersport (M, SD) ^a	162.73 (189.37)	167.27 (178.95)	-0.74	10.00	0.642
Muskelkraft (M, SD) ^b	47.50 (64.26)	50.50 (60.30)	-0.29	9.00	0.781

Notiz. Fuß = Bewegung zu Fuß in Minuten pro Woche, Fahrrad = Bewegung mit dem Fahrrad in Minuten pro Woche, Ausdauersport = Betriebener Ausdauersport in Minuten pro Woche, Muskelkraft = muskelkräftigende Übungen in Minuten pro Woche; * sig.; n^a = 12, n^b = 10

3.3 Patient*innenrückmeldung

Zehn (71.43%) der 14 Patient*innen haben das Ausmaß von drei Besuchen in der Woche als ausreichend betitelt. Dahingegen hätten sich vier Personen (28.57%) mehr Besuche gewünscht. Hierbei wurde von allen ein Besuch an jedem Werktag als Optimum genannt.

Die Häufigkeit der Gruppentherapie wurde von zehn Personen (71.43%) als ausreichend erachtet. Vier Patient*innen hätten diese öfters besuchen wollen. Drei dieser

vier Menschen haben keine Angaben bezüglich ihrer Wünsche gemacht. Eine Person hat angegeben mehr psychotherapeutische Gruppentherapie machen zu wollen. Sechs Patient*innen (42.86%) haben angegeben eine geschlossene Gruppentherapie zu präferieren. Ebenso hätten sechs Personen (42.86%) eine offene Gruppe bevorzugt. Die restlichen zwei Menschen (12.28%) haben diesbezüglich keine Angaben getätigt.

Die Besucher*innen der Tagesklinik wurden befragt, von welchen Therapien diese besonders profitieren konnten. Alle haben die gleichen Therapien genannt: die Gruppentherapie, die Einzelgespräche, die Ergotherapie sowie den Sport. Eine Häufigkeitsverteilung dieser kann Abbildung 4 entnommen werden.

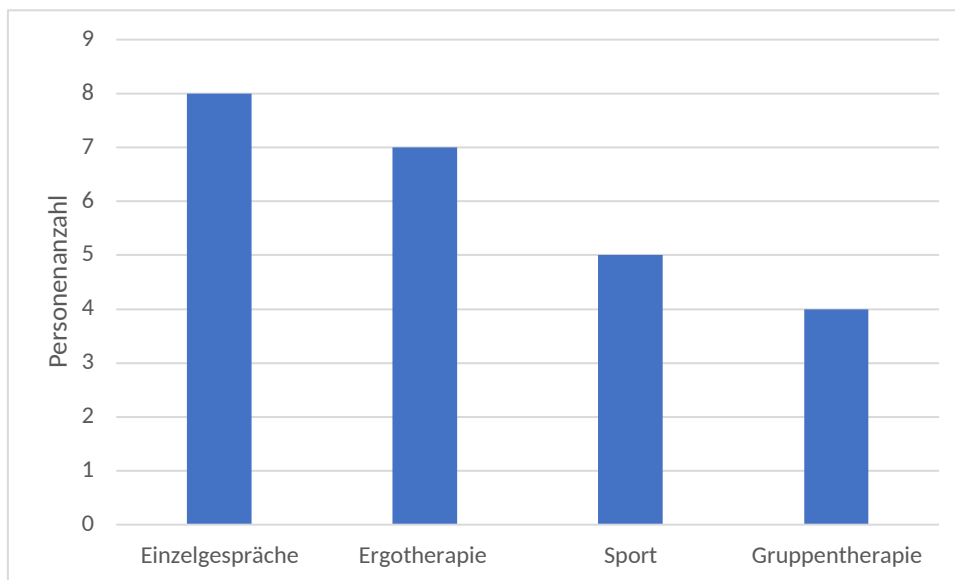


Abbildung 4: Profitable Therapieformen aus Sicht der Patient*innen

Des Weiteren wurden die Patient*innen befragt was ihnen an der Tagesklinik gut gefallen habe. Hierbei wurden die einzelnen Therapien erwähnt und dass auf die Personen individuell eingegangen worden ist. Sehr oft wurde die freundliche und zuvorkommende Art des behandelnden Personals genannt. Beispielweise schrieb eine Person: „Das Einfühlvermögen der Psychotherapeuten, der Ergotherapeut*innen, der Pflegerinnen und der Ärzt*innen. Bei Bedarf konnte man immer mit jemandem von ihnen sprechen und sie gingen individuell auf uns ein.“

Als verbesserungswürdig wurde das Ausmaß an Entspannungstherapie und Gruppentherapie betitelt. Sechs Personen haben angeführt von einer höheren Frequenz

des ersteren und zwei von letzteren zu profitieren. Drei Mal wurde eine bessere Planung in Bezug auf den Austritt aus dem Programm angeführt. Des Weiteren wurde diese Frage von drei Patient*innen nicht beantwortet.

In Bezugnahme auf die Nachteile gegenüber einem stationären Aufenthalt wurden die selbstständige Medikamenteneinnahme, die anstrengende regelmäßige Anfahrt sowie die weitmaschigere Betreuung und Behandlung angeführt.

Eine Übersicht der Vorteile der Tagesklinik gegenüber einer vollstationären Behandlung, aus Patient*innensicht, kann der Wortwolke in Abbildung 5 (Prompt: Erstelle eine Wortwolke der Vorteile einer tagesklinischen Behandlung, ChatGPT 4.0, Open AI, 29.05.2025; <https://chatgpt.com>) entnommen werden.

Schlaf zuhause
intensiveres Programm **übergang**
größeres Erfolgserlebnis **zum Alltag**
strukturierter **Gruppentherapie**
mehr Kontakt zu **Autonomie erhalten**
anderen Patienten

Abbildung 5: Vorteile der Tagesklinik gegenüber dem stationären Aufenthalt (Prompt: Erstelle eine Wortwolke der Vorteile einer tagesklinischen Behandlung, Chat GPT 4.0, Open AI, 29.05.2025; <https://chatgpt.com>)

4 Diskussion

Ziel der Arbeit war es, mittels diverser standardisierter Skalen zu eruieren, ob es während einer tagesklinischen Behandlung zu Veränderungen in psychischen Teilbereichen gekommen ist. Weiters sollen Vor- bzw. Nachteile einer tagesklinischen Behandlung gegenüber einem vollstationären Aufenthalt diskutiert werden.

4.1 Patienten*innenkollektiv einer Tagesklinik

Eine Literatursuche in PubMed ergab, dass weltweit Patient*innen mit einer Vielzahl verschiedener psychiatrischer Erkrankungen in Tageskliniken behandelt werden. Eine Studie aus Kanada beschreibt eine Kohorte von 81 Erwachsenen, wobei 46 an Anorexia nervosa und 35 an Bulimie erkrankt waren (Gagnon-Girouard et al., 2019). Im Gegensatz thematisieren Battle & Howard (2014) die Versorgung von Müttern, die an einer postpartalen Depression leiden, in speziellen Mutter-Säugling Tageskliniken in den USA. Hinsichtlich des Patient*innenkollektivs innerhalb von Europa zeigt sich ein Trend zur Behandlung von Essstörungen (AbbateDaga et al., 2015; Ceccato & Roveran, 2022), Depressionen, posttraumatischer Belastungsstörungen sowie Angststörungen (Cesir et al., 2012; Doering, Herpertz, Pape, et al., 2023; Kezić et al., 2016).

Ein besonderes Augenmerk wurde auf eine deutsche Studie von Doering, Herpertz, Hofmann, et al. (2023) gelegt, da diese ein großes Kollektiv von 2 860 Patient*innen umfasst. Die Untersuchung wurde an einer Kohorte durchgeführt, die zu 68 % aus weiblichen und zu 32 % aus männlichen Probanden bestand. Der überwiegende Anteil der Teilnehmenden (90 %) hatte einen Wohnsitz in Deutschland. Die mittlere Dauer der therapeutischen Intervention lag bei 46.5 Tagen. Das durchschnittliche Patient*innenalter beträgt 40 Jahre, wobei 28% in einer Partnerschaft lebten. 47% hatten einen Schul- oder Universitätsabschluss und 58% waren in einem Angestelltenverhältnis.

Die häufigste Diagnose war die Depression mit einem Anteil von 82.6% der gesamten Probe. 51.5% der Patient*innen wurden mit einer Angststörung, 42.8% mit einer oder mehreren somatoformen Störung diagnostiziert. Während des Jahres vor der Zulassung der Studie wurden 70.6% zumindest ein Mal hospitalisiert. Fast drei

Viertel (72.6%) aller Patient*innen wurden bezüglich ihrer Erkrankung medikamentös versorgt, wobei Antidepressiva die am häufigsten verschriebene Medikamentengruppe darstellt (Doering, Herpertz, Hofmann, et al., 2023).

Des Weiteren gibt es europäische Untersuchungen zu der tagesklinischen Behandlung von Essstörungen. In einer italienischen Studie wurden 24 Patientinnen mit Anorexia nervosa, bei denen eine ambulante Therapie als nicht ausreichend wirksam eingeschätzt wurde, in einem tagesklinischen Setting behandelt. Eingeschlossen wurden Patientinnen ab einem Alter von zwölf Jahren mit einer diagnostizierten Anorexia nervosa. Ausschlusskriterien umfassten das männliche Geschlecht, ein Alter unter zwölf Jahren, neurologische Erkrankungen, geistige Beeinträchtigungen, bipolare Störungen oder Schizophrenie sowie eine Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol. Hierbei wurden die Auswirkungen einer Musiktherapie thematisiert (Ceccato & Roveran, 2022). Eine weitere Untersuchung aus Italien befasst sich mit der Behandlung von Patient*innen mit Anorexia nervosa im tagesklinischen Setting. Hierbei wurden 56 Personen, darunter sowohl Männer als auch Frauen, über einen Zeitraum von sechs Monaten betreut. Neben der Diagnose einer Essstörung war ein Mindestalter von 16 Jahren Voraussetzung für die Teilnahme. Hierbei galten die Notwendigkeit einer stationären Hospitalisierung, ein BMI < 13,5, Substanzabhängigkeit, Psychosen oder bipolare Störungen, Adipositas und Suizidalität als Ausschlussgrund (Abbate-Daga et al., 2015).

Zwei Paper aus Kroatien thematisierten die Auswirkung einer tagesklinischen Behandlung bei Depressionen sowie Angststörungen. Kezić et al., (2016) analysierte ein ausschließlich männliches Patientkollektiv, welches die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufwies. Die Stichprobe bestand aus 38 Teilnehmern mit einem Durchschnittsalter von 46.03 Jahren. Im Rahmen des anderen Papers wurde eine größere Gruppe beschrieben. Von der Gesamtzahl der Patient*innen wurde festgestellt, dass 107 an depressiven Episoden und 71 an Angststörungen leiden (Cesir et al., 2012).

Laut Wunner et al. (2014) werden an den Tageskliniken vor allem affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme und stressbedingte Störungen behandelt und weniger Patient*innen mit Demenz, psychotischen Erkrankungen und

Suchterkrankungen. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der durchgeführten Literatursuche bezüglich des Patient*innenkollektivs an tagesklinischen Einrichtungen.

Ähnlichen wie bei den europäischen Studien weisen die meisten Patient*innen unserer Studie affektive Störungen auf. Hierbei sind rezidivierende depressive Depressionen, mit einer Häufigkeit von 72%, die häufigste Diagnose. Dies zeigt eine Parallele zu Doering, Herpertz, Hofmann, et al. (2023). Hierbei stellten Depression prozentual die größte Diagnosegruppe innerhalb der affektiven Störungen dar. Eine weitere Gemeinsamkeit zeigte sich in der Tatsache, dass Angst- und somatoforme Störungen die zweitgrößte Diagnosegruppe der tagesklinischen Einrichtung darstellten.

Ein Vergleich dieser Untersuchung mit der oben angeführten Studie aus Deutschland zeigt eine ähnliche Verteilung bezüglich des Geschlechts. In beiden Fällen wurden mehr Frauen an einer tagesklinischen Einrichtung behandelt. Hinsichtlich der Medikation bilden Antidepressiva die am häufigsten verschriebenen Medikamentengruppe.

Insgesamt wird ersichtlich, dass deutsche Universitätskliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie komplexe Patient*innen mit einer ausgeprägten Krankheitslast und einer hohen Komorbidität von psychiatrischen und somatischen Erkrankungen an tagesklinischen Einrichtungen behandeln. Der Schwerpunkt liegt auf affektiven Störungen, somatoformen Störungen, Essstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen. Die Behandlungen sind langwierig (M = 46.5 Tage) und sehr komplex. Es bedarf einer Vielzahl multimodaler psychosozialer Interventionen mit einem hohen Anteil an Psychotherapie und medikamentöser Therapie (Doering, Herpertz, Hofmann, et al., 2023).

Darüber hinaus weisen die Patient*innen eine Vielzahl an psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten auf. In der Behandlungsdauer zeigt sich jedoch eine Differenz. Am LKH Graz betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 26 Tage. Dieser begrenzte Zeitraum wurde bewusst festgelegt, wobei bei Bedarf eine Verlängerung des Aufenthalts möglich war.

Die Behandlungsansätze weisen ebenfalls Parallelen auf. Die österreichischen Patient*innen wurden mit vergleichbaren Methoden therapiert, die eine Kombination aus psychosozialen Interventionen, psychotherapeutischen Maßnahmen und der Verabreichung verschiedener Psychopharmaka umfassten. Die Literatur zeigte dabei, dass das tagesklinische Setting insbesondere für affektive Erkrankungen, Angststörungen sowie somatoforme Störungen geeignet ist (Wunner et al., 2014). Wunner et al. (2014) führt als Erklärung für die hohe Effektivität, insbesondere bei depressiven Patient*innen, deren hohe Therapietreue an, wobei insbesondere die Gruppentherapie als relevante Komponente dargestellt wird. Dies bietet den Patient*innen eine Möglichkeit sich in einem konfrontationsarmen und wertschätzenden Raum zu öffnen.

Anhand etlicher Studien wird ersichtlich, dass gerontopsychiatrische sowie jugendliche Patient*innen für eine Behandlung an tagesklinischen Institutionen geeignet sind. Für Kinder und junge Erwachsene stellt ein vielseitiges therapeutisches Angebot unter gleichzeitiger Beibehaltung des familiären Umfeldes ein essenzielles Standbein dar. Ebenso ist ein Vorteil in der tagesklinischen Behandlung bei Personen höheren Alters zu beobachten. Dies kann auf die Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld sowie die Aktivierung der Patient*innen zurückgeführt werden (Garlipp et al., 2007; Weindl et al., 2022). Es ist beschrieben, dass es bei älteren Menschen nicht nur zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik, sondern auch zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, sozialen Integration und kognitiven Fähigkeit kommt. Durch den Verbleib im häuslichen Umfeld wird die Annahme von therapeutischen Angeboten erleichtert, da eine stationäre Aufnahme mehr Widerstand mit sich zieht (Wunner et al. 2014 und Garlipp et al. 2007).

4.2 Veränderung über den Behandlungszeitraum

Eine deutsche Studie demonstrierte, dass während des Behandlungszeitraums in tagesklinischen Einrichtungen signifikante Veränderungen im Bereich der Depressivität beobachtet werden konnten. Bei Patient*innen mit milden depressiven Episoden zeigte sich eine moderate bis ausgeprägte Verbesserung der Symptomatik, während bei Patient*innen mit mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik festgestellt wurde. Der

Behandlungseffekt für Symptome von Angststörungen zeigte ähnliche Resultate zu denen der Depression. Bei stark ausgeprägter Angstsymptomatik wurde eine Effektgröße von $d = 2.2$ ermittelt, was darauf hindeutet, dass die Intervention in dieser Gruppe sehr wirksam war. Gleichzeitig wurden im Rahmen dieser Studie Patient*innen mit den gleichen Diagnosen ambulant behandelt. Hierbei zeigte sich in Bezug auf Depression und Angststörungen geringere Effektgröße. (Doering, Herpertz, Pape, et al., 2023). Die Diskrepanz zwischen ambulanten und tagesklinischen Behandlungen überschneidet sich mit den Resultaten von Garlipp et al. (2007) und wird in diesem Kapitel ebenfalls thematisiert.

In dieser Untersuchung der Proband*innen wurden einige signifikante Resultate nachgewiesen, welche Parallelen zu der Studie von Doering, Herpertz, Pape, et al. (2023) aufweisen. Die fremdeingeschätzte Depressivität und Funktionalität hat sich über den Behandlungszeitraum gebessert. Ebenso kann eine signifikante Reduktion der Angstsymptomatik beobachtet werden. Für die Diskrepanz zwischen der fremdeingeschätzten und der unveränderter selbsteingeschätzten Depressivität können mehrere Ursachen in Frage kommen. Eine Möglichkeit ist, dass depressive Patient*innen eine verzerrte Selbstwahrnehmung haben. Diese kognitive Verzerrung kann dazu führen, dass sie ihre Fortschritte weniger wahrnehmen oder geringer einschätzen (Joiner & Metalsky, 2001). Ein weiterer Aspekt könnte die Zeitspanne der Behandlung sein. Die durchschnittliche Behandlungsdauer am LKH Graz war mit durchschnittlich 26 Tagen kürzer als es bei anderen Studien der Fall ist. Veränderungen in der Selbstwahrnehmung benötigen oft längere Zeit als diese, die durch fremde Personen wahrgenommen werden. Zudem könnten methodische Unterschiede zwischen den Erhebungsinstrumenten für selbst- und fremdeingeschätzte Veränderungen relevant sein. Fragebögen zur Selbsteinschätzung setzten voraus, dass Patient*innen ihre Zustände akkurat und präzise erfassen können, was durch die depressive Symptomatik beeinflusst sein kann. Dahingegen sind Fremdeinschätzungen die durch ärztliches Personal erfolgen objektiver oder reagieren sensibler auf marginale Veränderungen. Ein weiterer Faktor ist die therapeutische Beziehung. Patient*innen könnten unbewusst zurückhaltend in der Selbstauskunft sein, um beispielsweise unrealistischen Erwartungen der Behandelnden nicht zu

widersprechen oder aus Scham ihre eigenen Fortschritte nicht anzuerkennen (Möller, 2020).

Weiters wurde in diversen internationalen Studien festgestellt, dass vor allem Menschen mit depressiven Erkrankungen, besonders wenn eine komorbide Demenz- oder Angsterkrankung besteht, von tagesklinischen Behandlungen profitieren. In Bezug auf die Schwere der depressiven Erkrankung fand sich bei schweren persistierenden Depressionen ein Vorteil des tagesklinischen Settings gegenüber ambulanten Behandlungen (Garlipp et al., 2007). Die größere Wirksamkeit einer tagesklinischen gegenüber einer ambulanten Behandlung, in Bezug auf schwere depressive Episoden, könnte auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits bieten Tageskliniken einen strukturierten Rahmen, in dem Patient*innen von einem interdisziplinärem Team behandelt werden. Tagesklinische Behandlungen scheinen bei schweren depressiven Episoden aufgrund der intensiven Struktur und der umfassenden Unterstützung, die sie bieten, der ambulanten Versorgung überlegen zu sein. Diese Einrichtungen ermöglichen häufigere und konsequentere therapeutische Interventionen, eine bessere Überwachung der Symptome und einen unmittelbaren Zugang zu multidisziplinären Betreuungsteams. Darüber hinaus verringert das Umfeld einer Tagesklinik das Stigma eines vollständigen Krankenhausaufenthalts und bietet gleichzeitig einen unterstützenden Rahmen, der das Engagement der Patienten fördert. Diese Faktoren schaffen einen maßgeschneiderten Ansatz, der wirksamer sein kann als die typischerweise weniger häufige und weniger koordinierte Versorgung in ambulanten Einrichtungen (Priebe et al., 2016).

Außerdem überschneiden sich diese Resultate mit den Ergebnissen einer Studie, die im Jahr 2013 an einer tagesklinischen Einrichtung in Nürnberg durchgeführt wurde. Hier wurden mithilfe diverser Scores die oben genannten Bereiche messbar gemacht. Beispielsweise ist hier die HADS depression scale angeführt. Diese wird angewandt, um die Depressivität in ein messbares Schema zu überführen. Im Kontext dieser Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die mit der HADS-Depressionsskala gemessenen Depressionswerte nach der Therapie signifikant niedriger waren. Des Weiteren konnte mit der HADS-Angstskala aufgezeigt werden,

dass die Angstwerte nach der Behandlung deutlich niedriger waren und bei der Nachuntersuchung stabil blieben (Wunner et al., 2014).

Doering, Herpertz, Pape, et al. (2023) beschreibt, dass Veränderungen in der Funktionalität als auch im Bereich der Somatisierungsstörungen deutlich geringer ausfielen als in anderen Domänen. Dies begründet sich darin, dass die persönliche Funktionalität in viel höherem Maße an Persönlichkeitsmerkmale gebunden ist, als es bei anderen psychopathologischen Veränderungen der Fall ist.

Dem gegenüber konnten am LKH Graz keine signifikanten Veränderungen im Bereich Funktionalität und Somatisierung festgestellt werden. Die beobachtete Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung und der deutschen Studie könnte auf mehrere Faktoren zurückzuführen sein. Erstens könnten die Unterschiede durch die Stichprobengröße und Heterogenität bedingt sein. Die kleinere Stichprobe in dieser Untersuchung verringert die statistische Power, wodurch subtile Veränderungen in Funktionalität und Somatisierung schwerer nachweisbar sind. Zusätzlich könnten unterschiedliche demografische und klinische Charakteristika innerhalb der Stichprobe die Vergleichbarkeit mit größeren Studien beeinträchtigen. Als zweiter Grund gilt es die Dauer der Intervention anzuführen. Die in dieser Studie kürzere Behandlungsdauer könnte sich besonders auf komplexe oder multidimensionale Variablen wie Funktionalität auswirken, die oft langfristige Therapiephasen erfordern, um signifikante Verbesserungen zu erzielen. Funktionalitätsveränderungen stellen häufig Endpunkte dar, die eng mit einem längerfristigen Rückgang psychopathologischer Symptome korrelieren (Jongsma et al., 2023; Löwe et al., 2022).

Neben signifikanten Veränderungen bezüglich psychiatrischer Diagnosen konnten Doering, Herpertz, Pape, et al. (2023) auch Veränderungen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nachweisen. Dieser Wandel fiel jedoch geringer aus, als es beispielsweise in der Domäne der Depressivität der Fall war.

Diesbezüglich konnte in dieser Untersuchung lediglich eine signifikante Besserung des selbsteingeschätzten Wohlbefindens zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten beobachtet werden. Die kann wie bereits erwähnt auf die kürzere Behandlungsdauer sowie die kleinere Stichprobengruppe zurückgeführt werden.

Insgesamt konnten Doering, Herpertz, Pape, et al. (2023) in der prospektiven Beobachtungsstudie etliche signifikant positive Veränderungen nachweisen. Dies gilt insbesondere für die Domänen der Depressivität und Angststörung, vor allem mit moderaten bis schweren psychopathologischen Veränderungen. Weiters überschneiden sich diese Ergebnisse mit den Studien anderer Autoren sowie dieser Untersuchung. Generell gilt es zwei wesentliche Vorteile einer tagesklinischen Behandlung von Depressionen und Angststörungen gegenüber einer stationären oder ambulanten Behandlung zu beachten: An erster Stelle ist der Verbleib der erkrankten Personen in ihrem sozialen Umfeld zu nennen. Dadurch ist der externe Bezug zu den Konfliktfeldern im sozialen Umfeld in die Behandlung integrierbar. Ein zweiter wichtiger Punkt ist die Autonomie und Selbstverantwortung der Patient*innen. Die notwendigen, täglichen Besuche der Tagesklinik erfordern eine Strukturierung und Aktivierung. Des Weiteren kann das multimodale Therapiekonzept, in Abstimmung mit den Patient*innen, so gestaltet werden, dass aktuelle Problemfelder miteinbezogen werden. Diese Tatsachen begünstigen einen therapeutisch wünschenswerten Ausgang bei der Behandlung von Depressionen in einem tagesklinischen Setting (Garlipp et al., 2007).

Gleichzeitig gilt es zu beachten, dass es zu Unterschieden zwischen den Resultaten anderer Studien und dieser Untersuchung gekommen ist. Die dafür verantwortlichen Faktoren können kurz zusammengefasst auf eine kürzere Behandlungsdauer, die kleinere Stichprobe, unterschiedliche demografische und klinische Charakteristika innerhalb der Stichprobe sowie methodische Unterschiede zwischen den Erhebungsinstrumenten für selbst- und fremdeingeschätzte Veränderungen zurückgeführt werden.

In den Bereichen Essverhalten, Resilienz, Schlaf, körperliche Aktivität sowie in Teilbereichen des subjektiven Wohlbefindens ist es zu keinen signifikanten Veränderungen während der Behandlungsdauer gekommen. Dies begründet sich in der Tatsache, dass psychische und psychosomatische Symptome als auch gesundheitsbezogene Aspekte oftmals im Alltag und der Lebensweise der betroffenen Personen verankert sind. Häufig bedarf es zum Erzielen substanzieller Veränderungen längerer Zeiträume der Reflexion, Stabilisierung und kontinuierlichen Intervention.

Eine Spanne von drei bis vier Wochen ist zu kurz, um signifikante Veränderungen zu erzielen. Es können erste Impulse zur Verhaltensänderung gesetzt werden, im Regelfall ist dies nicht ausreichend, um eine nachhaltige Beeinflussung bei komplexen psychischen Prozessen zu erzielen. Bedingt durch die begrenzte Zeitspanne kann eine initiale Veränderung angestoßen werden, jedoch reicht diese nicht aus um eine statistisch signifikante Veränderung zu erzielen (Grawe, 2004; Kazdin, 2007).

Des Weiteren muss an andere Ursachen gedacht werden, weshalb keine signifikanten Veränderungen, in den genannten Bereichen, beobachtet werden konnten:

- **Zeitverzögerte Wirkung therapeutischer Maßnahmen:**

Viele psychotherapeutische Interventionen wirken nicht unmittelbar, sondern benötigen Zeit bis deren Effekt eintritt. Es gibt Studien, welche den sleeper effect thematisieren. Hierbei zeigt sich, dass die therapeutischen Wirkungen über die Behandlungsdauer hinauswirken und erst nach etlichen Wochen zu statistisch erheblichen Veränderungen führen (Barkham et al., 2006; Kazdin, 2007). Andere Papers zeigen ähnliche Ergebnisse, hierbei wurde eruiert, dass Effekte auf die Stressbewältigung sowie Selbstfürsorge nach einem Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten ersichtlich werden (Cuijpers et al., 2020).

- **Heterogenität der Stichprobe:**

Die Zusammensetzung der untersuchten Patient*innengruppe weist hinsichtlich Alter, Diagnose, Vorerkrankungen und psychosozialen Hintergrund Diskrepanzen auf. Diese Heterogenität kann zu einer Nivellierung der individuellen Therapieeffekte führen. Vor allem bei kleinen Stichproben sind die Einflüsse der Individuen auf den Gesamteffekt überproportional (Sedgwick, 2014a; Westen et al., 2004).

- **Unterschiedliche Motivation und Compliance:**

Wesentliche Faktoren für den therapeutischen Erfolg stellen Motivation und Mitwirkungsbereitschaft der Patient*innen dar. Die Effekte können beispielsweise durch ambivalente Therapieeinstellungen oder niedrige intrinsische Motivation abgeschwächt werden. Die innere Motivation und

Selbstwirksamkeit sind zentrale Prädiktoren für den Therapieerfolg. Insofern können Unterschiede im Engagement zu statistisch insignifikanten Ergebnissen führen (Orlinsky et al., 2004; Ryan & Deci, 2000).

- **Chronifizierungsgrad der Symptome:**

Etliche psychische Erkrankungen, die über einen längeren Zeitraum bestehen, weisen eine hohe Rückfalltendenz und Therapieresistenz auf. In solchen Fällen reicht eine kurzfristige Maßnahme nicht aus, um eine messbare Veränderung herbeizuführen. Mit der Chronifizierungsdauer sinkt auch die Effektstärke der durchgeführten Interventionen (Cuijpers et al., 2020).

- **Externe Belastungen während des Aufenthaltes:**

Der Verbleib im häuslichen Umfeld bedeutet für Patient*innen eine Exposition gegenüber beruflichen, familiären und finanziellen Belastungen. Trotz regelmäßiger Betreuung können dadurch die Durchsetzung und Aufnahme der Inhalte beeinträchtigt werden. Dies kann in einer Abschwächung der positiven Effekte resultieren (Barkham et al., 2006; Hölzel et al., 2011).

4.3 Vor- und Nachteile eines tagesklinischen Settings

Im Feedback der Patient*innen wurden die einzelnen Therapieformen sowie die Freundlichkeit des Personals hervorgehoben. Ebenso wurden der engere ärztliche Kontakt und ein leichter Übergang in den Alltag als vorteilhaft angesehen. Verbesserungspotential bestand laut den Befragten bezüglich des Austritts aus dem Programm. Weitere Kritikpunkte waren die selbstständige Medikamenteneinnahme und regelmäßige, anstrengende Anreisen.

Die beantworteten Fragebögen legen nahe, dass die behandelten Personen vor allem von der Freundlichkeit des Personals als auch von den einzelnen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden profitieren konnten. Im Rahmen des Fragebogens wurde bei der letzten Frage folgende Antwort gegeben: „Das Konzept ähnelt in manchen Punkten der stationären Betreuung. Ich habe die Tagesklinik als Erleichterung für den Übergang zum Alltag gesehen. Die Tagesklinik erfüllt andere Bedürfnisse als die Station und unterstützt bei dem Fuß fassen im Alltag“. Dies deckt sich auch mit persönlichen Gesprächen, die im Rahmen der Behandlungen

geführt wurden. Insofern fungiert die Tagesklinik besonders gut als Übergang von einem stationären Aufenthalt in das reguläre Leben außerhalb des Krankenhauses. Vielen Patient*innen fiel es schwer, sich wieder normal in den Alltag einzugliedern. Hierbei hat ihnen die tagesklinische Behandlung Abhilfe geschaffen. Durch die tägliche Heimkehr fand eine Konfrontation mit alltäglichen Problemen statt, welche zeitnahe im Krankenhaus besprochen werden konnten, um so eine Lösung zu finden. Dadurch stieg die Motivation der Patient*innen, weil zeitnahe Ergebnisse ersichtlich wurden. Diese Tatsache kann beispielsweise folgender Antwort entnommen werden: „Man konnte Erlerntes direkt versuchen umzusetzen. Der Abschluss ist nicht so beängstigend, man hat viel mehr Erfolgserlebnisse als stationär, man bleibt motiviert.“

Insgesamt kann aber laut den Patient*innen der stationäre Aufenthalt nicht ersetzt werden, da im Rahmen einer akuten Erkrankung das Ausmaß von drei Besuchen innerhalb einer Woche zu wenig ist. Des Weiteren sind Betreuungen sowie Behandlungen im stationären Setting engmaschiger. Diese Tatsachen gehen aus den folgenden Antworten heraus: „Nachteil: - stationär engmaschigere Betreuung und Behandlung. Besuchsausmaß im akuten Setting zu wenig.“

In diversen Gesprächen mit den Patient*innen haben sich die oben genannten Aussagen bestätigt. Besonders viele zuvor stationär behandelte Menschen haben angegeben, dass die Tagesklinik vor allem als Brücke in den Alltag ein wünschenswertes Angebot darstellt. Darüber hinaus wurde verbal der freundliche Umgangston an der Station bestätigt. Es ergibt sich der Eindruck, dass das tagesklinische Setting einen guten Übergang zur Eingliederung in das soziale Leben nach vorangegangenen stationärem Aufenthalt bietet.

Auch die Literatur beschreibt das tagesklinische Behandlungskonzept als effektive Übergangsform zwischen einer stationären Behandlung und Wiedereingliederung in das alltägliche Leben. Besonders betont wird die Möglichkeit einer psychischen Stabilisation, ohne dabei aus dem gewohnten familiären und sozialen Umfeld gelöst zu werden. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche, bei denen eine engmaschige Behandlung mit gleichzeitiger familiärer Anbindung möglich ist. Jedoch gilt es zu

beachten, dass hierfür ein stabiles häusliches Umfeld als auch eine hohe Belastbarkeit nötig ist (Garlipp et al., 2007; Weindl et al., 2022).

Die Patient*innenrückmeldung sowie die Literatur zeigen, dass die selbstständige Medikamenteneinnahme, eine regelmäßige Anreise sowie die limitierte Betreuungsfrequenz bei akuten Krankheitsbildern herausfordernd sein kann. Insofern setzen diese Anforderungen eine gewisse Selbstorganisationsfähigkeit und Mobilität voraus. Ein flexibles soziales Umfeld sowie ein kliniknaher Wohnort stellen günstige Voraussetzungen dar, um das vollständige Potential einer tagesklinischen Behandlung auszuschöpfen (Weindl et al., 2022).

4.4 Empfehlung und Gestaltung einer idealen Tagesklinik

Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse können folgende Empfehlung für eine tagesklinische Versorgung formuliert werden. Unsere Untersuchungen zeigten, dass insbesondere erwachsene Patient*innen im Alter von 18 bis 65 Jahren von dieser Betreuung profitieren konnten, wobei insbesondere Diagnosen wie Angststörungen, depressive Erkrankungen und somatoforme Störungen als geeignet erscheinen.

Eine besonders effektive Behandlung zeigte sich in den Bereichen der Depressivität und Ängstlichkeit. Dies begründet sich wahrscheinlich in der Tatsache, dass Patient*innen alltägliche Strategien zur Symptomregulation direkt in ihrer gewohnten Umgebung anwenden konnten.

Aus dem Feedback der behandelten Personen konnten Hinweise zur Optimierung der Rahmenbedingungen abgeleitet werden. Kleinere, homogener Gruppen sowie individueller angepasste Therapiezeiten wurden häufig angemerkt. Des Weiteren bestand der Wunsch nach einer intensiveren Nutzung psychotherapeutischer Einzelgespräche.

Basierend auf den Erkenntnissen könnte eine idealisierte Tagesklinik wie folgt aussehen: Um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden bedarf es flexibler Therapiezeiten. Bezüglich der Gruppenzusammensetzung sollte diese nach diagnostischer Homogenität erfolgen, um so eine optimale Dynamik und spezifische

therapeutische Ansätze zu ermöglichen. Damit die individuellen Bedürfnisse gezielt aufgegriffen werden können, sollte genügend psychotherapeutische Einzelgespräche angeboten werden.

Um eine langfristige Stabilisierung und Rückfallprävention zu fördern sollten ergänzend psychoedukative Maßnahmen angeboten werden, welche die Patient*innen als auch die Angehörigen miteinschließen. Therapieverfahren wie beispielsweise Ergotherapie sollten fester Bestandteil des Therapiekonzepts sein.

Um eine kontinuierliche Weiterentwicklung zu gewährleisten, bedarf es eines regelmäßigen Feedbacks der Patient*innen. Dieses sollte aktiv eingeholt und darauf eingegangen werden.

4.5 Limitationen

Bei der vorliegenden Untersuchung muss beachtet werden, dass es mehrere Limitationen gibt. Diese müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Eine wesentliche Erkenntnis ist, dass es in den Bereichen selbst eingeschätzte Depressivität, Somatisierung, Funktionalität, Essverhalten, Resilienz, Schlaf und körperliche Aktivität keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden konnten. Dies ist unter anderem auf die vergleichsweise kurze Behandlungsdauer zurückzuführen. In den meisten Studien wurde eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 50 bis 87 Tagen angeführt. Die Patient*innen am LKH Graz wurden in den meisten Fällen zwischen 21 und 28 Tagen behandelt. (Garlipp et al., 2007; Kallert et al., 2004).

Einen weiteren limitierenden Faktor stellt die geringe Stichprobengröße von $n = 14$ dar. Bedingt durch die geringe Teilnehmerzahl werden die statistische Aussagekraft sowie generalisierbare Rückschlüsse eingeschränkt. Des Weiteren konnten eventuell relevante Faktoren wie das soziale Umfeld, bestehende Medikation, Schlafhygiene oder sportliche Aktivitäten in der Freizeit nicht differenziert betrachtet werden. Um eine multivariate Analyse zu erstellen, wären Subgruppenvergleiche vonnöten gewesen. Hierzu bedarf es größerer Stichproben, dies war bei dieser Untersuchung nicht der Fall, wodurch eine solche Analyse statistisch nicht zulässig gewesen wäre. Insofern mussten potentielle Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren und

Intervention unbeachtet bleiben, ob der großen Relevanz bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen (Kazdin, 2007; Sedgwick, 2014).

Außerdem kann eine ausschließliche Nutzung von Selbst- und Fremdratings zu einer subjektiven Verzerrung der erhobenen Daten führen. Zudem ergibt sich durch das Fehlen einer Kontrollgruppe eine wesentliche methodische Einschränkung, weil so eine abschließende Zuordnung von eventuellen Verbesserungen durch die Tagesklinik nicht möglich ist (Podsakoff et al., 2012; Siepmann et al., 2016).

Darüber hinaus handelt es sich um eine Untersuchung mit natürlichen klinischen Bedingungen. Hierbei können externe Einflussfaktoren, wie beispielsweise Unterschiede im therapeutischen Stil, Gruppenzusammensetzung, Tagesverfassung der Patient*innen oder unvorhersehbare Ereignisse, nicht kontrolliert werden. Dies kann sich auf die Ergebnisse auswirken und erschwert eine Zuordnung der Effekte zur Intervention (Shadish et al., 2002).

Bei zukünftigen Untersuchungen wäre eine größere und homogenere Stichprobe mit längerem Beobachtungszeitraum sinnvoll. Dies ermöglicht eine differenzierte Erfassung kurzfristiger und nachhaltiger Therapieeffekte. Zudem könnten eine genauere Erfassung sowie Kontrolle der Einflussfaktoren angedacht werden. Damit könnte eine bessere Evaluierung tagesklinischer Maßnahmen gewährleistet werden.

4.6 Konklusio

Die vorliegende Diplomarbeit evaluiert das tagesklinischen Behandlungskonzept an der klinischen Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin des Landeskrankenhauses Graz. Mittels einer klinischen Fragebogenstudie wurden Veränderungen bei Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen hinsichtlich Depressivität, Somatisierung, Ängstlichkeit und psychosozialer Funktionalität über den Behandlungszeitraum zu erfassen. Es konnten vor allem eine Reduktion der fremdeingeschätzten depressiven Symptomatik, der Ängstlichkeit und eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens gezeigt werden.

Die qualitative Auswertung der Patient*innenrückmeldungen verdeutlichte, dass die Integration therapeutischer Maßnahmen in den Alltag, im Rahmen der Tagesklinik, geschätzt wurde. In diesem Aspekt resultiert ein Aufrechterhalt des sozialen Umfeldes, was einen entscheidenden Vorteil gegenüber einem stationären Aufenthalt darstellt. Positiv bewertet wurde auch das intensive psychotherapeutische Angebot, welches aus Einzel- und Gruppentherapien sowie psychoedukativen Interventionen besteht. Kritisch beleuchtet wurden die Heterogenität der Therapiegruppen sowie die mangelnde Flexibilität bezüglich der Therapiezeitpunkte. Aus Sicht der Patient*innen würde so der Nutzen der Therapie eingeschränkt werden und sollte in einem zukünftigen Konzept besser berücksichtigt werden.

Im Rahmen einer optimierten Tagesklinik sollten flexiblere Therapiezeiten angeboten werden, um den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht zu werden. Die Effektivität der therapeutischen Prozesse könnte durch diagnostisch homogener Gruppengestaltungen gesteigert werden. Auch ein umfangreiches Angebot an psychotherapeutischen Einzelgesprächen stellt einen relevanten Punkt dar. Darüber hinaus ist zur Förderung der Erfolge und Rückfallprävention eine Intensivierung psychoedukativer Maßnahmen, für alle involvierten Parteien, sinnvoll. Um die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten, sollten strukturierte Patient*innenrückmeldungen kontinuierlich eingeholt werden.

Für zukünftige Untersuchungen in diesem Themenbereich wäre eine Implementierung größerer und methodisch stabilerer Studiendesigns nötig. Ein weiterer Verbesserungspunkt wäre die Durchführung von langfristigen Nachbeobachtungen, um nachhaltige Effekte der tagesklinischen Betreuung evaluieren zu können. Durch die Weiterentwicklung und kontinuierliche Forschung kann eine Optimierung stattfinden, um so den Patient*innen einer psychiatrischen Tagesklinik die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten.

5 Literaturverzeichnis

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., De-Bacco, C., Buzzichelli, S., Brustolin, A., Campisi, S., Amianto, F., Migliaretti, G., & Fassino, S. (2015). Day Hospital Treatment for Anorexia Nervosa: A 12-Month Follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 390–398. <https://doi.org/10.1002/erv.2369>
- Aktories, K., Flockerzi, V., Förstermann, U., & Hofmann, F. (2022). *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie* (13. Aufl.). München Elsevier Urban & Fischer 2022.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160–167. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>
- Batelaan, N. M., Seldenrijk, A., Bot, M., van Balkom, A. J. L. M., & Penninx, B. W. J. H. (2016). Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 223–231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156554>
- Battle, C. L., & Howard, M. M. (2014). A mother–baby psychiatric day hospital: History, rationale, and why perinatal mental health is important for obstetric medicine. *Obstetric Medicine*, 7(2), 66–70. <https://doi.org/10.1177/1753495X13514402>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Hautzinger, M. (1995). *Beck-Depressions-Inventar Testhandbuch* (1. Aufl.).
- Borgo, F., Riva, A., Benetti, A., Casiraghi, M. C., Bertelli, S., Garbossa, S., Anselmetti, S., Scarone, S., Pontiroli, A. E., Morace, G., & Borghi, E. (2017). Microbiota in anorexia nervosa: The triangle between bacterial species, metabolites and psychological tests. *PLOS ONE*, 12(6), e0179739. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179739>
- Broft, A., Shingleton, R., Kaufman, J., Liu, F., Kumar, D., Slifstein, M., AbDargham, A., Schebendach, J., Van Heertum, R., Attia, E., Martinez, D., & Walsh, B. T.

- (2012). Striatal dopamine in bulimia nervosa: A pet imaging study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 648–656. <https://doi.org/10.1002/eat.20984>
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(7), 28–37.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Castro, A., Gili, M., Visser, M., Penninx, B. W. J. H., Brouwer, I. A., Montaña, J. J., Pérez-Ara, M. Á., García-Toro, M., Watkins, E., Owens, M., Hegerl, U., Kohls, E., Bot, M., & Roca, M. (2023). Soft Drinks and Symptoms of Depression and Anxiety in Overweight Subjects: A Longitudinal Analysis of an European Cohort. *Nutrients*, 15(18), 3865. <https://doi.org/10.3390/nu15183865>
- Ceccato, E., & Roveran, C. (2022). Effects of Music Therapy in the Reduction of Pre-Meal Anxiety in Patients Suffering from Anorexia Nervosa. *Brain Sciences*, 12(6), 801. <https://doi.org/10.3390/brainsci12060801>
- Cesir, A., Licanin, I., & Fisekovic, S. (2012). The Frequency of Depression and the Comorbidity of Psychotic Disorders at Day Hospital of Psychiatric Clinic, Clinical Center of Sarajevo University. *Materia Socio Medica*, 24(3), 186. <https://doi.org/10.5455/msm.2012.24.186-189>
- Cuellar, A. K., Johnson, S. L., & Winters, R. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 307–339. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.002>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Dalbert, C. (2002). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität.
- DeVito, M. (6. September 2023). University of Pittsburgh. Von <https://sleep.pitt.edu/instruments/> abgerufen

- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., Rodriguez, V., Jongsma, H. E., Ferraro, L., La Cascia, C., La Barbera, D., Tarricone, I., Berardi, D., Szöke, A., Arango, C., Tortelli, A., Velthorst, E., Bernardo, M., Del-Ben, C. M., ... van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427–436. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)
- Doering, S., Herpertz, S., Hofmann, T., Rose, M., Imbierowicz, K., Geiser, F., Croy, I., Weidner, K., Rademacher, J., Michalek, S., Morawa, E., Erim, Y., Teigelack, P., Teufel, M., Hartmann, A., Lahmann, C., Johanne Peters, E. M., Kruse, J., von Boetticher, D., ... Kessler, H. (2023). What Kind of Patients Receive Inpatient and Day-Hospital Treatment in Departments of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy in Germany? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92(1), 49–54. <https://doi.org/10.1159/000527881>
- Doering, S., Herpertz, S., Pape, M., Hofmann, T., Rose, M., Imbierowicz, K., Geiser, F., Bierling, A. L., Weidner, K., Rademacher, J., Michalek, S., Morawa, E., Erim, Y., Teigelack, P., Teufel, M., Hartmann, A., Lahmann, C., Peters, E. M. J., Kruse, J., ... Kessler, H. (2023). The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1155582>
- Egger, J. W. (2015). Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin* (S. 53–83). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_3
- Evans, J., Dummer, V., & Kinzl, J. (2016). Psychiatrische und psychosomatische Tageskliniken in Österreich. *neuropsychiatrie*, 30(4), 216–222. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0207-9>
- Falkai, P., Laux, G., Deister, A., & Möller, H. (2021). *Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/b000000071>

- Frank, G. K. W. (2015). Advances from neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectrums*, 20(4), 391–400. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000012>
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C., & Frommer, J. (2011). Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(02), 82–86. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1270518>
- Gagnon-Girouard, M.-P., Chenel-Beaulieu, M.-P., Aimé, A., Ratté, C., & Bégin, C. (2019). Psychological meanings of eating disorders and their association with symptoms, motivation toward treatment, and clinical evolution among outpatients. *Europe's Journal of Psychology*, 15(2), 367–379. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1623>
- Garlipp, P., Brüggemann, B., & Seidler, K.-P. (2007). Tagesklinische Behandlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 34(S 3), 273–276. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970978>
- Gémes, K., Forsell, Y., Janszky, I., László, K. D., Lundin, A., Ponce De Leon, A., Mukamal, K. J., & Moller, J. (2019). Moderate alcohol consumption and depression – a longitudinal population-based study in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 526–535. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.13034>
- Gibson-Smith, D., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Giltay, E. J., & Penninx, B. W. J. H. (2020). Association of food groups with depression and anxiety disorders. *European Journal of Nutrition*, 59(2), 767–778. <https://doi.org/10.1007/s00394-019-01943-4>
- Gilman, S. E., Sucha, E., Kingsbury, M., Horton, N. J., Murphy, J. M., & Colman, I. (2017). Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *Canadian Medical Association Journal*, 189(42), E1304–E1310. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170125>
- Goes, F. S. (2023). Diagnosis and management of bipolar disorders. *BMJ*, e073591. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073591>
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- Grootenboer, E. M. V., Giltay, E. J., van der Lem, R., van Veen, T., van der Wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Reliability and validity of the Global Assessment

- of Functioning Scale in clinical outpatients with depressive disorders. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 502–507. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01614.x>
- Hall, R. C. W. (1995). Global Assessment of Functioning. *Psychosomatics*, 36(3), 267–275. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71666-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71666-8)
- Hammer, S. (2016). Psychometrische Evaluation der deutschen Kurzversion des Brief Symptom Inventory (BSI-18).
- Heekeren, K., Antoniadis, S., Habermeyer, B., Obermann, C., Kirschner, M., Seifritz, E., Rössler, W., & Kawohl, W. (2020). Psychiatric Acute Day Hospital as an Alternative to Inpatient Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00471>
- Herzog, D. P., & Müller, M. B. (2022). Kapitel 5 - Affektive Störungen. In D. P. Herzog (Hrsg.), *Psychiatrie hoch2* (1. Aufl., S. 67–83). Elsevier. <https://www-1clinicalkey-1com-15fnlkifr0656.han.medunigraz.at/student/content/book/3-s2.0-B9783437439902000145>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Joiner, T. E., & Metalsky, G. I. (2001). Excessive Reassurance Seeking: Delineating a Risk Factor Involved in the Development of Depressive Symptoms. *Psychological Science*, 12(5), 371–378. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00369>
- Jongsma, H. E., Turner, C., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2019). International incidence of psychotic disorders, 2002–17: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(5), e229–e244. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30056-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30056-8)
- Jongsma, K., Darboh, B. S., Davis, S., & MacKillop, E. (2023). A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 896. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05141-9>
- Kallert, T. W., Matthes, C., Glöckner, M., Eichler, T., Koch, R., & Schützwahl, M. (2004). Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein

- effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? *Psychiatrische Praxis*, 31(8), 409–419. <https://doi.org/10.1055/s-2003-815031>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kezić, S., Britvić, D., Caratan, S., Goršić, L., Ivezić, E., Matić, K., & Filipčić, I. (2016). Day Hospital Treatment as a Missing Link for Single Patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): a Preliminary Study. *Psychiatria Danubina*, 28(2), 184–187.
- Kleiman, S. C., Watson, H. J., Bulik-Sullivan, E. C., Huh, E. Y., Tarantino, L. M., Bulik, C. M., & Carroll, I. M. (2015). The Intestinal Microbiota in Acute Anorexia Nervosa and During Renourishment. *Psychosomatic Medicine*, 77(9), 969–981. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000247>
- Krollner B. (2023). F20.- Schizophrenie. In Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.), *Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Springer-Verlag.
- Krollner, B. (2023). F30.- Manische Episode. In Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.), *Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Springer-Verlag.
- Krollner B. (2023). F32.-Depressive Episode. In Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.), *Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Springer-Verlag.
- Krollner B. (2023). F40.- Phobische Störungen. In Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.), *Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Springer-Verlag.
- Krollner B. (2023). F50.- Essstörungen. In Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.), *Systematisches Verzeichnis Internationale*

- statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Springer-Verlag.
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13.
- Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., Shedden-Mora, M., Toussaint, A., Uhlenbusch, N., & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*, 52(4), 632–648. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004177>
- Löwe, B., Spitzer, R., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten.
- Machado-Vieira, R., Courtes, A. C., Zarate, C. A., Henter, I. D., & Manji, H. K. (2023). Non-canonical pathways in the pathophysiology and therapeutics of bipolar disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 17. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1228455>
- Martínez-González, M. A., Tong, T. Y., Forouhi, N. G., Khandelwal, S., Prabhakaran, D., Mozaffarian, D., & de Lorgeril, M. (2014). Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Medicine*, 12(1), 112. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-112>
- McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., & Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. *The Lancet*, 396(10265), 1841–1856. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
- Meier, S. M., & Deckert, J. (2019). Genetics of Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(3), 16. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1002-7>
- Meier, S. M., Mattheisen, M., Mors, O., Mortensen, P. B., Laursen, T. M., & Penninx, B. W. (2016). Increased mortality among people with anxiety disorders: total population study. *British Journal of Psychiatry*, 209(3), 216–221. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.171975>

- Möller, H. J. (2020). Rating depressed patients: observer- vs self-assessment. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(3), 160–172. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(00\)00229-7](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(00)00229-7)
- Möller, H. L. G. K. H. (2017). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer, Hrsg.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-03637-8>
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Mucci, A., Rucci, P., Rocca, P., Bucci, P., Gibertoni, D., Merlotti, E., Galderisi, S., & Maj, M. (2014). The Specific Level of Functioning Scale: Construct validity, internal consistency and factor structure in a large Italian sample of people with schizophrenia living in the community. *Schizophrenia Research*, 159(1), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.044>
- Mühlbacher, M., Egger, C., Kaplan, P., Simhandl, C., Grunze, H., Geretsegger, C., Whitworth, A., & Stuppäck, C. (2011). Reliability and concordance validity of a German version of the Young Mania Rating Scale (YMRS-D). *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 25(1), 16–25.
- Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(6), 1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. . In Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*.
- Pereira, A. C., Oliveira, J., Silva, S., Madeira, N., Pereira, C. M. F., & Cruz, M. T. (2021). Inflammation in Bipolar Disorder (BD): Identification of new therapeutic targets. *Pharmacological Research*, 163, 105325. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.105325>
- Perlis, R. H., Ognyanova, K., Santillana, M., Baum, M. A., Lazer, D., Druckman, J., & Della Volpe, J. (2021). Association of Acute Symptoms of COVID-19 and

- Symptoms of Depression in Adults. *JAMA Network Open*, 4(3), e213223. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3223>
- Petersson, S. D., & Philippou, E. (2016). Mediterranean Diet, Cognitive Function, and Dementia: A Systematic Review of the Evidence. *Advances in Nutrition*, 7(5), 889–904. <https://doi.org/10.3945/an.116.012138>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of Method Bias in Social Science Research and Recommendations on How to Control It. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 539–569. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452>
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M., & Beecham, J. (2016). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care. *British Journal of Psychiatry*, 188(3), 243–249. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.3.243>
- Quilty, L. C., Robinson, J. J., Rolland, J.-P., Fruyt, F. De, Rouillon, F., & Bagby, R. M. (2013). The structure of the Montgomery-Åsberg depression rating scale over the course of treatment for depression. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(3), 175–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1388>
- Rantala, M. J., Luoto, S., Borráz-León, J. I., & Krams, I. (2021). Bipolar disorder: An evolutionary psychoneuroimmunological approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 122, 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.031>
- Rothenhäusler, H.-B., & Täschner, K.-L. (2013). *Kompendium Praktische Psychiatrie*. Springer Vienna. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1237-3>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- S Valvassori, S., H Cararo, J., Peper-Nascimento, J., L Ferreira, C., F Gava, F., C Dal-Pont, G., L Andersen, M., & Quevedo, J. (2020). Protein kinase C isoforms as a target for manic-like behaviors and oxidative stress in a dopaminergic animal model of mania. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 101, 109940. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.109940>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-

- Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Scaini, G., Andrews, T., Lima, C. N. C., Benevenuto, D., Streck, E. L., & Quevedo, J. (2021). Mitochondrial dysfunction as a critical event in the pathophysiology of bipolar disorder. *Mitochondrion*, 57, 23–36. <https://doi.org/10.1016/j.mito.2020.12.002>
- Schwensen, H. F., Kan, C., Treasure, J., Høiby, N., & Sjögren, M. (2018). A systematic review of studies on the faecal microbiota in anorexia nervosa: future research may need to include microbiota from the small intestine. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 399–418. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0499-9>
- Sedgwick, P. (2014a). Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ*, 348(mar26 2), g2276–g2276. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2276>
- Sedgwick, P. (2014b). Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ*, 348(mar26 2), g2276–g2276. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2276>
- Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference* .
- Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). Generalized Anxiety Disorder: Revisited. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 905–914. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0>
- Siepmann, T., Spieth, P. M., Kubasch, A. S., Penzlin, A. I., Illigens, B. M.-W., & Barlinn, K. (2016). Randomized controlled trials - a matter of design. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1341. <https://doi.org/10.2147/NDT.S101938>
- Silva, M., Antunes, A., Loureiro, A., Azeredo-Lopes, S., Saraceno, B., Caldas-de-Almeida, J., & Cardoso, G. (2020). Factors associated with length of stay and readmission in acute psychiatric inpatient services in Portugal. *Psychiatry Research*, 293, 113420. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113420>
- Statistik Austria. (2024). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023*.

- Stefler, D., Malyutina, S., Kubinova, R., Pajak, A., Peasey, A., Pikhart, H., Brunner, E. J., & Bobak, M. (2017). Mediterranean diet score and total and cardiovascular mortality in Eastern Europe: the HAPIEE study. *European Journal of Nutrition*, 56(1), 421–429. <https://doi.org/10.1007/s00394-015-1092-x>
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders. *JAMA*, 328(24), 2431. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Hanscombe, K. B., Purves, K. L., Adan, R. A. H., Alfredsson, L., Ando, T., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, 51(8), 1207–1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>
- Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2023). Examining the Associations Between Childhood Trauma, Resilience, and Depression: A Multivariate Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 231–244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397>
- Weindl, D., Koller, D., Kostial, M., Zajec, K., & Noske, J. (2022). Tageskliniken zentral und/oder disloziert. Ein Standardelement der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. *neuropsychiatrie*, 36(4), 173–178. <https://doi.org/10.1007/s40211-022-00439-8>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- WHO. (02. Mai 2023). World Health Organisation. Von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> abgerufen
- Wunner, C., Reichhart, C., Strauss, B., & Söllner, W. (2014). Effectiveness of a psychosomatic day hospital treatment for the elderly: A naturalistic longitudinal

study with waiting time before treatment as control condition. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(2), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.012>

Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>

6 Anhang

Titel: Erstelle eine Wortwolke der Vorteile einer tagesklinischen Behandlung.

Tool: ChatGPT 4.0

Anbieter: OpenAI

Datum der Generierung: 29.05.2025

Adresse: <https://chatgpt.com>

Prompt: Erstelle eine Wortwolke der Vorteile einer tagesklinischen Behandlung. Verwende hierzu, die von mir zur Verfügung gestellten Vorteile. Achte darauf, dass die Wörter groß genug dargestellt werden und nicht abgeschnitten sind. Ich stelle dir eine **hochauflösende Wortwolke mit genug Rand, passender Schriftgröße und allen Begriffen vollständig sichtbar** zusammen – exakt nach deinem Wunsch. Gib mir nur noch kurz Bescheid: **Farbschema:** neutral (grau/schwarz), grün, bunt? **Seitenverhältnis:** eher quer (z. B. für A4-Breite) oder quadratisch? **Soll der Stil schlicht oder verspielt sein?** Farbschema: so, dass es zu einer Diplomarbeit passt. Seitenverhältnis: eher quer Stil: schlicht. Bild erstellt., ChatGPT 4.0, OpenAI, 29.05.2025; <https://chatgpt.com>

Zur sprachlichen Optimierung der Sprache beziehungsweise der Formulierung wurde folgendes Tool verwendet:

Tool: ChatGPT 4.0

Anbieter: OpenAI

Datum der Generierung: 01.07.2025

Adresse: <https://chatgpt.com>