

Ankommen & Sehen lernen: Der psychische Befund I — Bewusstsein und Orientierung

Heilpraktiker Institut Berlin · HP-Psych Komplettausbildung Modul 1

(Grundlagen & Befund) · Woche 1 · E-Book zur Lektion, inhaltsgleich mit dem Hörbuch
Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung nach dem Heilpraktikergesetz
(HeilprG)

Kapitel 0 · Willkommen im Gründungsjahrgang

Herzlich willkommen. Sie halten die erste Lektion Ihrer Ausbildung in den Händen — oder Sie hören sie gerade, denn jede Lektion dieses Kurses gibt es doppelt: als Hörbuch für unterwegs und als E-Book zum Nachlesen und Markieren. Beide sind inhaltsgleich. Sie können also im Auto oder beim Spaziergehen hören und abends im Text die Stellen wiederfinden, die Sie vertiefen möchten.

Bevor wir in den Fachstoff einsteigen, nehmen wir uns in diesem Kapitel Zeit für das, was in einer ersten Woche wirklich zählt: Sie sollen wissen, wohin die Reise geht, wie wir gemeinsam arbeiten und wie Sie Ihr digitales Lernportal bedienen. Wenn Sie dieses Kapitel gelesen haben, kennen Sie den Fahrplan bis zu Ihrer Überprüfung — und Sie wissen, warum dieser Kurs anders aufgebaut ist als ein klassisches Lehrbuch.

Ein Wort zur Anrede: Wir sprechen Sie in allen Materialien mit „Sie“ an, aber wir sprechen mit Ihnen, nicht über Ihre Köpfe hinweg. Sie sind erwachsene Menschen, die neben Beruf und Familie etwas Neues lernen. Genau dafür ist dieser Kurs gebaut.

Der Weg bis zum 17. März 2027: fünf Etappen

Ihre Ausbildung dauert neun Monate, vom Kursstart am Dienstag, dem 1. September 2026, bis zum Ende der mündlichen Phase im Mai 2027. Der wichtigste Termin steht dabei von Anfang an fest: Die schriftliche amtsärztliche Überprüfung findet bundeseinheitlich am **Mittwoch, dem 17. März 2027** statt — dem dritten Mittwoch

im März. Von diesem Datum aus haben wir den gesamten Kurs rückwärts geplant. Stellen Sie sich den Weg dorthin als eine Wanderung in fünf Etappen vor:

Etappe 1 — Grundlagen & Befund (Woche 1 bis 5, September): Sie lernen die Fachsprache, mit der psychische Auffälligkeiten beschrieben werden, die Grundlagen von Gesprächsführung und Anamnese, das Ordnungssystem der Diagnosen — und, bewusst früh im Kurs, den professionellen Umgang mit Suizidalität und Krisen. Am Ende dieser Etappe steht Ihr erster Modultest.

Etappe 2 — Störungsbilder systematisch (Woche 6 bis 16, Oktober bis Dezember): Hier arbeiten Sie sich Woche für Woche durch die großen Krankheitsbilder — von der Depression über die Schizophrenie bis zu Suchterkrankungen, Demenzen und Persönlichkeitsstörungen. Das ist der inhaltliche Kern der Ausbildung.

Weihnachtspause (zwei Wochen um den Jahreswechsel): Keine neue Lektion, keine Live-Termine. Wer mag, wiederholt freiwillig mit den Lernkarten und einem großen Jahresendquiz — wer durchatmen will, atmet durch.

Etappe 3 — Vertiefung & Fallarbeit (Woche 19 bis 24, Januar/Februar): Jetzt verbinden Sie das Gelernte. Differenzialdiagnostik, Therapieverfahren, Recht und Psychopharmaka kommen dazu, und in der Fallarbeit durchlaufen Sie alle Störungsbilder ein zweites Mal — diesmal quer, an echten Fallgeschichten entlang.

Etappe 4 — Prüfungssimulationen (Woche 25 bis 28, Februar/März): Vier Wochen lang schreiben Sie jede Woche eine komplette Prüfungssimulation unter Originalbedingungen, mit kommentierter Auswertung. Ihre Nacharbeit richtet sich dann gezielt nach Ihren persönlichen Lücken — dazu gleich mehr beim Prüfungsreife-Score.

Nach der Prüfungswoche mit der schriftlichen Überprüfung am 17. März folgt die **Etappe 5 — die mündliche Phase** (bis Anfang Mai): Wir schalten um auf das Fachgespräch beim Gesundheitsamt und üben es in wöchentlichen Simulationen in Kleingruppen, bis Ihre Ladung kommt.

Sie müssen sich diesen Plan nicht merken. Er hängt als Zeitleiste in Ihrem digitalen Lernportal, und wir erinnern Sie an jeder Weggabelung daran, wo Sie gerade stehen. Wichtig ist nur ein Gedanke: Jede einzelne Woche hat ihren festen Platz auf dem Weg zum 17. März. Nichts in diesem Kurs ist Füllmaterial.

Die Lernmethode „Prüfungsrückwärts“

Die meisten Lehrgänge beginnen beim Stoff und hoffen, dass er irgendwann zur Prüfung passt. Wir machen es umgekehrt — und das ist der wichtigste Satz dieses Kapitels: **Dieser Kurs ist von der Prüfung aus rückwärts gebaut.**

Unser Institut arbeitet mit einem Archiv von Original-Prüfungsfragen aus dreißig Jahren amtsärztlicher Überprüfungen. Aus diesem Archiv wissen wir sehr genau, welche Themen die Gesundheitsämter tatsächlich fragen, wie sie fragen und mit welchen Formulierungen sie Kandidatinnen und Kandidaten gern aufs Glatteis führen. Jede Lektion dieses Kurses ist an diesem Archiv ausgerichtet: Was häufig geprüft wird, bekommt viel Raum. Was selten oder nie geprüft wird, wird knapp behandelt oder klar als Hintergrundwissen markiert.

Konkret erleben Sie das in jedem Wochenrhythmus zweimal:

Das Einstiegsquiz steht am Anfang jeder Woche: fünf Original-Prüfungsfragen zum neuen Thema — bevor Sie irgendetwas gelernt haben. Das fühlt sich beim ersten Mal ungewohnt an, vielleicht sogar unfair. Es ist aber Absicht, und zwar aus zwei Gründen. Erstens zeigt Ihnen das kalte Quiz, wie die Prüfung wirklich klingt — Sie entwickeln von Woche eins an ein Gefühl für die amtliche Fragesprache. Zweitens lernt Ihr Gehirn nachweislich besser, wenn es sich an einer Frage schon einmal versucht hat, bevor die Antwort kommt. Ein falsch beantwortetes Einstiegsquiz ist also kein Misserfolg, sondern der erste Lernschritt der Woche. Niemand außer Ihnen sieht Ihr Ergebnis im Detail.

Das Abschlussquiz steht am Ende jeder Woche: fünfzehn Original-Prüfungsfragen zum gelernten Stoff, jede mit einer kommentierten Lösung, die Ihnen erklärt, warum die richtige Antwort richtig ist — und warum die falschen so verführerisch klingen. Der Abstand zwischen Ihrem Einstiegs- und Ihrem Abschlussergebnis ist Ihr sichtbarer Lernfortschritt der Woche. Viele Teilnehmende berichten, dass genau dieser wöchentliche „Vorher-nachher-Moment“ sie durch die neun Monate trägt.

Aus allen Ihren Quiz-Ergebnissen errechnet das Lernportal fortlaufend Ihren **Prüfungsreife-Score**: einen Prozentwert, der angibt, wie sicher Sie den Stoff aktuell beherrschen — gewichtet danach, wie häufig ein Thema in dreißig Jahren tatsächlich geprüft wurde. Ein Thema, das in fast jeder Prüfung vorkommt, zählt in Ihrem Score stärker als eine Randnotiz. Sie sehen dabei nicht nur einen Gesamtwert, sondern auch den Wert je Modul — so erkennen Sie auf einen Blick, wo Nacharbeit lohnt. Als „prüfungsreif“ gilt in unserem System, wer in drei aufeinanderfolgenden Vollsimulationen stabil fünfundachtzig Prozent oder mehr erreicht — bewusst deutlich über der amtlichen Hürde von fünfundsiebzig Prozent, damit ein Puffer für die Prüfungsnervosität bleibt.

Und damit zu dem, was der Score **nicht** ist: Er ist keine Bestehens-Garantie und kein Versprechen. Niemand kann Ihnen das Ergebnis einer amtlichen Überprüfung garantieren, und wer das behauptet, ist unseriös. Der Score ist ein nüchternes

Messinstrument: Er zeigt Ihnen Ihren Vorbereitungsstand und steuert Ihre Wiederholung — nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Rundgang durch Ihr digitales Lernportal

Alles, was zu diesem Kurs gehört, finden Sie an einem einzigen Ort: in Ihrem digitalen Lernportal. Ihre Zugangsdaten haben Sie per E-Mail erhalten; der Zugang gilt für 24 Monate — also weit über das Kursende hinaus, damit Sie auch nach der Überprüfung noch nachschlagen können. Nehmen Sie sich in dieser ersten Woche eine halbe Stunde Zeit und klicken Sie sich einmal in Ruhe durch. Das werden Sie finden:

Die Wochenabschnitte. Der Kurs ist in Wochen gegliedert, und jede Woche hat ihren eigenen Abschnitt — durchnummeriert von Woche 1 bis Woche 36. Der aktuelle Wochenabschnitt steht immer oben. In jedem Abschnitt liegen dieselben sieben Bausteine in derselben Reihenfolge: das Einstiegsquiz, das Hörbuch, das E-Book, die Lernkarten, die ICD-11-Ausblick-Box (dazu später mehr), das Abschlussquiz und der Zugang zum Live-Termin. Diese Gleichförmigkeit ist gewollt: Nach zwei, drei Wochen müssen Sie nicht mehr nachdenken, wo etwas liegt — Ihr Kopf ist frei für den Stoff.

Hörbuch und E-Book. Das Hörbuch jeder Lektion dauert etwa dreißig bis fünfundvierzig Minuten und lässt sich direkt im Portal abspielen oder herunterladen. Das E-Book liegt als PDF daneben. Ein bewährter Rhythmus: erst einmal komplett hören (Pendeln, Sport, Hausarbeit — Hörzeit findet sich fast immer), dann im E-Book gezielt nachlesen und markieren.

Die Lernkarten. Zu jeder Woche gehört ein Stapel digitaler Lernkarten mit den Kernbegriffen, Definitionen und Abgrenzungen — diese Woche sind es zwanzig. Das Portal zeigt Ihnen die Karten nach dem Prinzip der verteilten Wiederholung wieder vor: Was Sie sicher können, kommt seltener, was wackelt, kommt öfter. Zehn Minuten Lernkarten am Tag wirken über neun Monate mehr als jede Wochenend-Lernaktion.

Die Quizze. Einstiegs- und Abschlussquiz starten Sie direkt im Wochenabschnitt. Ihre Ergebnisse fließen automatisch in Ihren Prüfungsreife-Score ein, den Sie jederzeit in Ihrer Bewertungsübersicht einsehen können.

Der Live-Termin. Jeden Mittwoch von 19:00 bis 20:30 Uhr treffen wir uns live per Videokonferenz — den Teilnahmelink finden Sie im jeweiligen Wochenabschnitt. Dort besprechen wir gemeinsam einen Fall zur Wochenlektion, und Sie können alle Fragen stellen, die sich beim Lernen angesammelt haben. Ihr erster Live-Termin ist schon diese Woche: Mittwoch, der 2. September 2026. Wer einmal nicht dabei sein kann, verpasst nichts Unwiederbringliches: Jeder Termin wird aufgezeichnet, und die **Aufzeichnung** steht anschließend im Portal.

Wenn technisch etwas hakt — Zugangsdaten, Abspielprobleme, Quiz startet nicht —, schreiben Sie uns einfach über die im Portal hinterlegte Kontaktmöglichkeit. Kämpfen Sie nicht allein mit der Technik; das ist keine Prüfungsleistung.

Die Überprüfung in Zahlen

Reden wir offen über das Ziel, auf das Sie sich vorbereiten. Wer „Heilpraktiker für Psychotherapie“ — amtlich: Heilpraktiker, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie — werden will, muss eine amtsärztliche Überprüfung beim Gesundheitsamt bestehen. Sie besteht aus zwei Teilen.

Der schriftliche Teil: 28 Multiple-Choice-Fragen, also Auswahlfragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Dafür haben Sie je nach Amt etwa 55 bis 60 Minuten Zeit. Zum Bestehen brauchen Sie mindestens fünfundsiebzig Prozent — das sind **21 von 28 Fragen**. Sie dürfen also sieben Fragen falsch beantworten und trotzdem bestehen. Diese Zahl lohnt es sich zu merken, denn sie entlastet: Es geht nicht um Perfektion, es geht um solide Sicherheit im Kernstoff. Die schriftlichen Termine sind bundeseinheitlich — immer der dritte Mittwoch im März und der zweite Mittwoch im Oktober. Ihr Termin ist der 17. März 2027.

Der mündliche Teil: Wer die schriftliche Hürde genommen hat, wird einige Wochen später zum Fachgespräch geladen — meist im April oder Mai, je nach Gesundheitsamt. Dieses Gespräch dauert in der Regel **30 bis 60 Minuten**. Geführt wird es von einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt, oft mit Beisitzern. Typische Inhalte: einen psychischen Befund vortragen, eine Fallgeschichte diagnostisch einordnen, Grenzen der eigenen Erlaubnis benennen, mit einer Krisensituation umgehen. Genau darauf bereitet Sie die Etappe 5 dieses Kurses gezielt vor.

Die Zulassungsvoraussetzungen sind formal überschaubar: Sie müssen mindestens 25 Jahre alt sein, mindestens einen Hauptschulabschluss haben, ein erweitertes Führungszeugnis ohne relevante Einträge vorlegen und ein ärztliches Attest, dass Sie gesundheitlich zur Ausübung des Berufs geeignet sind. Den Antrag stellen Sie bei dem Gesundheitsamt, das für Ihren Wohnort zuständig ist — kümmern Sie sich rechtzeitig um die Unterlagen, wir erinnern Sie im Kursverlauf daran.

Und ein Punkt, den wir grundsätzlich transparent ansprechen: Für die Überprüfung erhebt das Gesundheitsamt **Amtsgebühren, die je nach Amt etwa zwischen 300 und 600 Euro** liegen. Diese Gebühren sind nicht im Kurspreis enthalten — planen Sie sie bitte von Anfang an in Ihr Budget ein.

Zum Schluss dieses Abschnitts noch einmal in aller Klarheit, was dieser Kurs ist und was er nicht ist: Er ist eine gründliche, transparente **Vorbereitung auf die**

amtsärztliche Überprüfung nach HeilprG. Er ist keine Bestehens-Garantie — die kann und darf es nicht geben. Was wir Ihnen zusagen können: einen Weg, der von der Prüfung aus gedacht ist, Material aus dreißig Jahren echter Prüfungen und eine Begleitung, die Ihre Lücken sichtbar macht, solange noch Zeit ist, sie zu schließen.

Ihr Wochenfahrplan: 7,5 Stunden sinnvoll verteilen

Dieser Kurs ist berufsbegleitend angelegt und kalkuliert mit rund **siebeneinhalb Stunden pro Woche**. Das klingt nach viel, verteilt sich aber gut, wenn Sie es planen. Hier ein Vorschlagsplan, den Sie an Ihren Alltag anpassen dürfen:

- **Montag** (ca. 30 Minuten): Einstiegsquiz „kalt“ — fünf Fragen, ohne Vorbereitung, mit Neugier statt Ehrgeiz. Danach das Hörbuch starten.
- **Dienstag bis Donnerstag** (ca. 45 Minuten Hörbuch, dazu über die Tage verteilt ca. 90 Minuten Lesen): Hörbuch fertig hören, das E-Book durcharbeiten, Wichtiges markieren.
- **Täglich nebenbei** (in Summe ca. 60 Minuten): Lernkarten — lieber sechsmal zehn Minuten als einmal eine Stunde.
- **Mittwochabend** (90 Minuten): der Live-Termin, 19:00 bis 20:30 Uhr.
- **Freitag oder Samstag** (ca. 60 Minuten): Abschlussquiz mit kommentierten Lösungen in Ruhe durcharbeiten.
- **Wochenende** (ca. 90 Minuten): freie Wiederholung — was hat gewackelt? Noch einmal die betreffende Passage lesen oder hören.

Ein offenes Wort dazu: Es wird Wochen geben, in denen der Beruf, die Familie oder das Leben dazwischenkommen. Das ist eingeplant. Wenn eine Woche eng wird, gilt die Notfall-Reihenfolge: erst das Hörbuch, dann die Lernkarten, dann das Abschlussquiz. Und die Weihnachtspause sowie die Spiral-Wiederholungen in den Etappen 3 und 4 sind eingebaute Auffangnetze — in diesem Kurs geht nichts endgültig verloren, was Sie einmal verpasst haben.

So, das war das Organisatorische. Jetzt wird es Zeit für den Grund, aus dem Sie hier sind: den Fachstoff. Wir beginnen — und das ist kein Zufall — mit dem Fundament von allem, was noch kommt.

Das nehmen Sie mit:

- Der Kurs ist von der Prüfung am 17. März 2027 aus rückwärts gebaut: Jede Woche beginnt und endet mit Original-Prüfungsfragen aus dreißig Jahren amtsärztlicher Überprüfungen.

- Die schriftliche Überprüfung: 28 Multiple-Choice-Fragen in etwa 55 bis 60 Minuten, bestanden ab 75 Prozent — also 21 richtigen Antworten; danach folgt ein mündliches Fachgespräch von 30 bis 60 Minuten. Amtsgebühren von etwa 300 bis 600 Euro kommen zum Kurspreis hinzu.
 - Ihr Prüfungsreife-Score zeigt Ihren Vorbereitungsstand, gewichtet nach echter Prüfungshäufigkeit — er ist ein Messinstrument, keine Bestehens-Garantie.
-

Kapitel 1 • Warum der Befund alles trägt

Das Vokabular Ihrer gesamten Ausbildung

Stellen Sie sich vor, Sie wollen eine Sprache lernen — sagen wir Italienisch. Sie würden nicht mit Dante beginnen, sondern mit Vokabeln und Grammatik. Genau an diesem Punkt stehen Sie jetzt: Der **psychopathologische Befund** ist die Vokabel- und Grammatikstunde der Psychiatrie und Psychotherapie. „Psychopathologie“ klingt sperrig, ist aber schnell erklärt: „Psyche“ ist die Seele, „Pathos“ das Leiden, „Logos“ die Lehre — die Psychopathologie ist also die Lehre von den krankhaften seelischen Erscheinungen, und der psychopathologische Befund ist ihre geordnete Beschreibung bei einem einzelnen Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Warum beginnen wir ausgerechnet damit? Weil alles andere darauf aufbaut. Wenn Sie ab Woche 6 die großen Störungsbilder lernen — Depression, Schizophrenie, Suchterkrankungen —, dann werden diese Krankheitsbilder durchgehend in der Befundsprache beschrieben, die Sie jetzt lernen. Eine Depression „besteht“ aus Befundbegriffen: gedrückte Stimmung, Antriebsminderung, Denkhemmung. Wer die Vokabeln nicht kennt, lernt später jedes Störungsbild doppelt schwer. Wer sie kennt, erkennt in jedem neuen Krankheitsbild vertraute Bausteine wieder. Und in der mündlichen Überprüfung ist „Tragen Sie bitte einen psychischen Befund vor“ eine der klassischsten Aufgaben überhaupt.

Beobachten statt bewerten: die Grundhaltung

Der Befund folgt einer Grundregel, die einfacher klingt, als sie ist: **Beschreiben Sie, was Sie beobachten — nicht, was Sie vermuten.**

Ein Alltagsbeispiel: Sie treffen eine Nachbarin im Hausflur. Sie geht langsam, antwortet einsilbig, ihr Blick ist müde. Der Alltagsverstand sagt sofort: „Die ist bestimmt

depressiv." Genau dieser Schnellschluss ist im Befund verboten. Beobachtet haben Sie: verlangsamte Bewegungen, einsilbige Antworten, müder Gesichtsausdruck. Ob dahinter eine Depression steckt, eine durchwachte Nacht am Bett eines kranken Kindes, eine beginnende Grippe oder eine schlechte Nachricht vom Vormittag — das wissen Sie schlicht nicht. Der Befund hält die Beobachtung fest und lässt die Deutung offen.

Diese Disziplin ist kein akademisches Ritual, sondern Ihr wichtigster Schutz vor Fehldiagnosen. Wer zu früh deutet, sieht anschließend nur noch, was zur Deutung passt — die Psychologie nennt das Bestätigungsfehler. Wer sauber beobachtet, bleibt korrigierbar. In Prüfungsfragen wird genau diese Trennung gern getestet: „Welche der folgenden Aussagen gehört in den psychischen Befund?" Und unter den Antwortmöglichkeiten steht dann neben sauberen Beobachtungen eine verkleidete Interpretation.

Befund, Anamnese, Diagnose — drei Ebenen, die Sie nie verwechseln sollten

Drei Begriffe strukturieren die gesamte diagnostische Arbeit, und Sie sollten sie von heute an sauber trennen können:

Der **Befund** ist der Querschnitt: das Bild dieses Menschen **hier und heute**, in dieser Untersuchungssituation. Wie ist er wach? Wie orientiert? Wie ist seine Stimmung, sein Denken, sein Antrieb — jetzt, in diesem Gespräch? Der Befund ist wie ein Foto.

Die **Anamnese** — von griechisch „anamnesis“, die Erinnerung — ist der Längsschnitt: die Vorgeschichte. Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es frühere Episoden? Was ist im Leben dieses Menschen geschehen? Die Anamnese ist wie ein Film. Ihr widmen wir uns ausführlich in Woche 3.

Die **Diagnose** schließlich ist die Schlussfolgerung aus beidem: die Einordnung in ein Klassifikationssystem — für Ihre Überprüfung ist das die ICD-10, das internationale Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation, genauer dessen Kapitel V mit den psychischen Störungen. Das lernen Sie systematisch in Woche 4.

Merken Sie sich das Bild: Foto, Film, Schlussfolgerung. Ein Satz wie „Herr M. berichtet, seit drei Monaten schlecht zu schlafen“ gehört in die Anamnese. „Herr M. wirkt im Gespräch müde und antwortet verzögert“ gehört in den Befund. „Verdacht auf depressive Episode“ wäre eine diagnostische Einordnung — und die kommt immer zuletzt.

Das AMDP-System: Ordnung für den Befund

Damit nicht jede Untersucherin ihren Befund anders aufbaut, gibt es im deutschsprachigen Raum einen bewährten Standard: das **AMDP-System**. Die vier Buchstaben stehen für die „**A**rbeitsgemeinschaft für **M**ethodik und **D**okumentation in der **P**sychiatrie" — einen Zusammenschluss von Psychiatern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, der seit den 1960er-Jahren daran arbeitet, psychische Symptome einheitlich zu benennen und zu dokumentieren. Das Ergebnis ist ein Befundsystem mit klar definierten Einzelmerkmalen, gegliedert in **Merkmalsbereiche** — und mit einer festen, sinnvollen Reihenfolge.

Sie müssen für Ihre Überprüfung nicht jedes der über hundert Einzelmerkmale kennen. Aber Sie sollten die Merkmalsbereiche und ihre Reihenfolge sicher beherrschen, denn genau danach wird gefragt — schriftlich wie mündlich. Hier ist die Landkarte, die uns durch die Wochen 1 und 2 führt:

1. **Bewusstseinsstörungen** — Wie wach und wie klar ist dieser Mensch? (*diese Woche*)
2. **Orientierungsstörungen** — Weiß er, wann, wo, in welcher Situation und wer er ist? (*diese Woche*)
3. **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** — Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis (*Woche 2*)
4. **Formale Denkstörungen** — Wie läuft das Denken ab: verlangsamt, sprunghaft, zerfahren? (*Woche 2*)
5. **Befürchtungen und Zwänge** — Ängste, Phobien, Zwangsgedanken und -handlungen (*Woche 2*)
6. **Wahn** — inhaltliche Denkstörungen: unkorrigierbare Falschüberzeugungen (*Woche 2*)
7. **Sinnestäuschungen** — Illusionen und Halluzinationen (*Woche 2*)
8. **Ich-Störungen** — Störungen des Erlebens der eigenen Person und ihrer Grenzen (*Woche 2*)
9. **Störungen der Affektivität** — Stimmung und Gefühlsleben (*Woche 2*)
10. **Antriebs- und psychomotorische Störungen** — Energie, Initiative, Bewegung (*Woche 2*)
11. **Circadiane Besonderheiten** — Tagesschwankungen, etwa das Morgentief (*Woche 2*)
12. **Andere Störungen** — darunter sozialer Rückzug, Krankheitseinsicht und, besonders wichtig, die Einschätzung von Suizidalität, also der Gefahr der Selbsttötung. Diesem ernstesten Thema widmen wir eine eigene, sorgfältig aufgebaute

Lektion in Woche 5 — bewusst früh im Kurs, weil ein verantwortungsvoller Umgang damit zum Kern Ihrer künftigen Rolle gehört.

Schauen Sie sich diese Liste ruhig zweimal an, aber lassen Sie sich nicht einschüchtern. Diese Woche nehmen wir uns nur die ersten beiden Bereiche vor — Bewusstsein und Orientierung. Das klingt bescheiden, ist aber klug gewählt: Diese beiden Bereiche stehen nicht zufällig am Anfang jedes Befundes. Sie sind das Erste, was eine erfahrene Untersucherin prüft, denn wenn hier etwas gestört ist, ist Vorsicht geboten — warum, sehen Sie gleich. Alle übrigen Bereiche folgen in Woche 2, und dieselbe Landkarte wird Ihnen dort wiederbegegnen.

Noch ein Hinweis zur Reihenfolge: Sie ist nicht willkürlich, sondern folgt einer inneren Logik — von den Grundfunktionen (wach? orientiert?) über das Denken und Wahrnehmen bis zu Gefühl und Antrieb. Wer den Befund in dieser Reihenfolge vorträgt, wirkt in der mündlichen Überprüfung sofort strukturiert. Prägen Sie sich also nicht nur die Begriffe ein, sondern auch ihre Ordnung.

Das nehmen Sie mit:

- Der psychopathologische Befund beschreibt, was beobachtbar ist — er deutet nicht. Befund ist das Foto (Querschnitt heute), Anamnese der Film (Längsschnitt), die Diagnose kommt zuletzt.
- Das AMDP-System — benannt nach der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie — ordnet den Befund in feste Merkmalsbereiche mit fester Reihenfolge.
- Bewusstsein und Orientierung stehen am Anfang jedes Befundes — sie sind die Grundfunktionen, die zuerst geprüft werden.

Kapitel 2 · Quantitative Bewusstseinsstörungen

Was „Bewusstsein“ im Befund bedeutet

„Bewusstsein“ ist im Alltag ein schillerndes Wort — Philosophen streiten seit Jahrhunderten darüber. Im psychopathologischen Befund ist es zum Glück viel handfester gemeint. Gemeint ist zunächst die **Vigilanz** — vom lateinischen „vigilantia“, die Wachsamkeit. Vigilanz bezeichnet den Grad der Wachheit: die Grundhelligkeit, mit der ein Mensch der Welt zugewandt ist. Sie ist die Grundfunktion schlechthin, denn

ohne ausreichende Wachheit funktioniert nichts anderes zuverlässig — kein Denken, kein Erinnern, kein Gespräch.

Bei den Bewusstseinsstörungen unterscheidet der Befund zwei Familien, und diese Unterscheidung sollten Sie sich als Erstes einprägen: Die **quantitativen** Bewusstseinsstörungen betreffen das **Wie-viel** — die Wachheit ist vermindert, das Bewusstseinslicht ist heruntergedimmt. Die **qualitativen** Bewusstseinsstörungen betreffen das **Wie** — der Mensch ist durchaus wach, aber sein Bewusstsein ist verändert: getrübt, eingengt oder verschoben. In diesem Kapitel geht es um die quantitative Familie, im nächsten um die qualitative.

Für die quantitativen Störungen gibt es ein wunderbar anschauliches Bild: einen **Dimmer**. Das Bewusstseinslicht lässt sich stufenlos herunterregeln — von voller Helligkeit über Dämmerlicht bis zur Dunkelheit. Die Psychopathologie hat auf diesem Dimmer vier Stufen markiert, und diese vier Stufen mit ihren genauen Kriterien gehören zum absoluten Kernbestand der Prüfung: **Benommenheit, Somnolenz, Sopor und Koma**.

Eine Steigerungsgeschichte: Herr Bergmann

Damit die vier Stufen nicht als trockene Liste in Ihrem Kopf landen, erzähle ich sie Ihnen als Geschichte — an einem einzigen, fiktiven Patienten. Sie werden sehen: Wer die Geschichte kennt, kann die Definitionen jederzeit daraus ableiten.

Herr Bergmann, 74 Jahre alt, liegt mit einer schweren Infektion im Krankenhaus. Seine Tochter besucht ihn an vier aufeinanderfolgenden Tagen — und erlebt vier verschiedene Zustände.

Tag eins — Benommenheit. Herr Bergmann ist wach, als seine Tochter das Zimmer betritt. Er erkennt sie, freut sich, aber irgendetwas ist zäh an ihm. Er antwortet langsamer als sonst, muss bei einfachen Fragen nachdenken, verliert im Gespräch den Faden, bittet sie zweimal, einen Satz zu wiederholen. „Papa ist heute so langsam“, denkt die Tochter. Genau das ist **Benommenheit**: Der Patient ist wach und ansprechbar, aber Auffassung und Denken sind verlangsamt und erschwert, die Informationsverarbeitung läuft wie durch Sirup. Benommenheit ist die leichteste Stufe — und gerade deshalb wird sie im Alltag am häufigsten übersehen oder als „müder Tag“ abgetan.

Tag zwei — Somnolenz. Als die Tochter kommt, schläft Herr Bergmann. Sie spricht ihn an: „Papa?“ Er öffnet die Augen, murmelt eine halbwegs passende Antwort, nimmt kurz Kontakt auf — aber sobald sie schweigt, fallen ihm die Augen wieder zu. Das Wort **Somnolenz** kommt vom lateinischen „somnus“, der Schlaf: eine abnorme

Schläfrigkeit. Das entscheidende Kriterium: Der Patient ist **durch Ansprache erweckbar** — normale Reize wie Ansprechen oder Berühren genügen, um ihn zu wecken, und er reagiert dann noch sinnvoll. Aber er döst immer wieder weg, sobald der Reiz endet.

Tag drei — Sopor. Heute reagiert Herr Bergmann auf die Stimme seiner Tochter gar nicht mehr. Auch Rütteln an der Schulter ändert nichts. Erst als die Pflegekraft einen kräftigen Schmerzreiz setzt — etwa festes Kneifen —, verzieht er das Gesicht und wehrt mit dem Arm ab; ein Gespräch kommt nicht mehr zustande. **Sopor** — lateinisch für „tiefer Schlaf“ — bedeutet: Der Patient ist **nur noch durch starke Reize, insbesondere Schmerzreize, kurzzeitig erweckbar**. Ansprache reicht nicht mehr. Was bleibt, sind ungezielte oder allenfalls grob gezielte Abwehrreaktionen — sinnvolle Kommunikation ist nicht mehr möglich.

Tag vier — Koma. Herr Bergmann reagiert auf nichts mehr. Keine Ansprache, kein Rütteln, kein Schmerzreiz weckt ihn. **Koma** — vom griechischen Wort für „tiefer Schlaf“ — ist die tiefste Stufe: **Bewusstlosigkeit, der Patient ist nicht erweckbar**. Medizinisch werden Komatiefen weiter abgestuft — im leichteren Koma können noch ungerichtete Abwehrbewegungen und Reflexe auslösbar sein, im tiefen Koma erlöschen auch diese. Für Ihre Überprüfung genügt das Prinzip: Koma heißt nicht erweckbar, und die Tiefe bemisst sich an den noch vorhandenen Reaktionen und Reflexen.

Die Geschichte hat übrigens ein gutes Ende: Die Infektion wird behandelt, und Herr Bergmann wacht Stufe für Stufe wieder auf — denn der Dimmer funktioniert in beide Richtungen.

Die vier Stufen im Überblick

Damit Sie die Kriterien beim Wiederholen schnell parat haben, hier die vier Stufen noch einmal kompakt gegenübergestellt. Die Tabelle fasst zusammen, was Sie gerade als Geschichte gehört haben — das entscheidende Ordnungsmerkmal ist die **Erweckbarkeit**, also die Frage: Welcher Reiz genügt noch, um eine Reaktion auszulösen?

Stufe	Wachheit	Reaktion auf Ansprache	Reaktion auf Schmerzreiz
Benommenheit	wach, aber verlangsamt	vorhanden, verzögert und erschwert	vorhanden
Somnolenz	abnorm schläfrig	erweckbar durch Ansprache , döst wieder ein	vorhanden
Sopor	tiefschlafähnlich	keine Reaktion auf Ansprache	erweckbar nur durch starke (Schmerz-)Reize , Abwehrbewegungen
Koma	bewusstlos	keine	nicht erweckbar ; je nach Tiefe noch Reflexe/ungerichtete Abwehr, im tiefen Koma keine

Als Merkhilfe für die Reihenfolge hat sich der Satz bewährt: „**Bitte sofort sorgfältig kontrollieren**“ — Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma. Und für die beiden mittleren Stufen, die in Prüfungen am häufigsten verwechselt werden, dieser Anker: **Somnolenz — die Stimme genügt. Sopor — erst der Schmerz weckt.**

Warum das ein Alarmsignal ist — und was das für Sie als HP-Psych bedeutet

Jetzt kommt der Punkt, der über die reine Begriffskunde hinausgeht und in der Prüfung wie in der Praxis entscheidend ist: **Eine quantitative Bewusstseinsstörung ist praktisch immer ein Hinweis auf eine körperliche — man sagt: organische — Ursache und potenziell ein medizinischer Notfall.**

Denken Sie kurz mit: Was kann das Bewusstsein dimmen? Vergiftungen und Überdosierungen — von Alkohol über Medikamente bis zu Drogen.

Stoffwechselentgleisungen wie eine schwere Unterzuckerung. Infektionen, hohes Fieber, eine Hirnhautentzündung. Ein Schlaganfall, eine Hirnblutung, ein Schädel-Hirn-Trauma nach Sturz. Sauerstoffmangel. Ein epileptischer Anfall und die Phase danach. Die Liste ist lang, aber sie hat einen gemeinsamen Nenner: Es sind durchweg **körperliche Zustände, die ärztlich — oft notärztlich — abgeklärt und behandelt werden müssen.**

Für Sie als künftige Heilpraktikerin oder künftiger Heilpraktiker für Psychotherapie folgt daraus eine klare Grenze, die wir in diesem Kurs noch oft betonen werden: Ihre Erlaubnis beschränkt sich auf das Gebiet der Psychotherapie. Körperliche Erkrankungen dürfen Sie weder diagnostizieren noch behandeln. Wenn Ihnen ein Mensch mit verminderter Wachheit begegnet — sei es in Ihrer künftigen Praxis, sei es im Alltag —, dann ist das niemals ein Fall für ein psychotherapeutisches Gespräch, sondern ein Fall für ärztliche Abklärung, bei Somnolenz, Sopor oder unklarer Benommenheit im Zweifel für den Notruf 112. Diese Weiche — „Bewusstseinsstörung? Dann zuerst an den Körper denken und ärztliche Hilfe holen" — ist eine der wichtigsten Sicherheitsregeln Ihrer gesamten Ausbildung. Die Gesundheitsämter prüfen sie mit Vorliebe, denn genau daran zeigt sich, ob jemand seine Grenzen kennt.

Ein Alltagsbeispiel zum Einprägen: Eine Bekannte erzählt Ihnen, ihr Mann sei „seit gestern so komisch — er schläft ständig ein, man kriegt ihn kaum wach, und wenn, dann redet er wirr". Was in dieser Schilderung steckt, ist keine Erschöpfung und keine Depression, sondern der Verdacht auf eine Somnolenz — und damit ein Grund, sofort ärztliche Hilfe zu veranlassen. Wenn Sie diesen Reflex aus der heutigen Lektion mitnehmen, haben Sie mehr gelernt als eine Definition.

Typische Prüfungs-Fangstellen

Zum Abschluss des Kapitels die Verwechslungen, die das Prüfungsarchiv immer wieder zeigt — lesen Sie diese Liste aufmerksam, sie ist aus echten Fragestellungen destilliert:

Fangstelle 1: Somnolenz gegen Sopor. Der Klassiker. Die Frage beschreibt einen Patienten, der „auf laute Ansprache kurz die Augen öffnet" — das ist Somnolenz, nicht Sopor. Oder umgekehrt: „reagiert erst auf kräftigen Schmerzreiz mit Abwehrbewegung" — das ist Sopor. Der Schlüssel liegt immer im genannten Reiz: Ansprache oder Schmerz? Lesen Sie in der Prüfung genau, welcher Reiz im Fragetext steht.

Fangstelle 2: Die Reihenfolge. Aufgaben wie „Ordnen Sie nach zunehmendem Schweregrad" bieten gern Reihen an, in denen Sopor und Somnolenz vertauscht sind. Ihr Anker: die Bergmann-Geschichte, Tag eins bis Tag vier.

Fangstelle 3: Benommenheit ist keine Schläfrigkeit. Der Benommene ist wach — nur langsam und erschwert in der Auffassung. Wer bei „Benommenheit" an Einschlafen denkt, tappt in die Falle; das Einschlafen beginnt erst bei der Somnolenz.

Fangstelle 4: Quantitativ ist nicht qualitativ. Manche Fragen mischen die beiden Familien: „Welche der folgenden ist eine quantitative Bewusstseinsstörung?" — und unter den Antworten steht neben Somnolenz auch die Bewusstseinsstrübung oder der Dämmerzustand. Die gehören in die qualitative Familie, um die es jetzt gleich geht.

Das nehmen Sie mit:

- Die vier Stufen der quantitativen Bewusstseinsstörung nach zunehmendem Schweregrad: Benommenheit (wach, aber verlangsamt) → Somnolenz (erweckbar durch Ansprache) → Sopor (erweckbar nur durch starke Schmerzreize) → Koma (nicht erweckbar).
 - Der Prüfungsanker für die häufigste Verwechslung: Somnolenz — die Stimme genügt. Sopor — erst der Schmerz weckt.
 - Jede quantitative Bewusstseinsstörung ist ein Organik- und Notfallsignal: ärztliche Abklärung veranlassen — das liegt außerhalb der Erlaubnis des HP-Psych, und diese Grenze zu kennen ist Prüfungsstoff.
-

Kapitel 3 · Qualitative Bewusstseinsstörungen

Wach — und doch nicht klar

Verlassen wir den Dimmer. Die zweite Familie der Bewusstseinsstörungen verändert nicht die Menge des Lichts, sondern seine **Beschaffenheit**. Der Mensch ist wach, vielleicht sogar hellwach — aber sein Bewusstsein arbeitet anders als normal: Es ist getrübt, eingengt oder verschoben. Deshalb der Name **qualitative** Bewusstseinsstörungen: Es geht um die Qualität, das „Wie“ des Bewusstseins.

Wenn Ihnen der Unterschied noch abstrakt vorkommt, hilft ein Vergleich aus der Fotografie. Die quantitative Störung ist ein unterbelichtetes Bild — zu wenig Licht. Die qualitativen Störungen sind Bilder mit genug Licht, aber: einmal ist das Bild **unscharf und verwackelt** (die Trübung), einmal zeigt es nur einen **winzigen Ausschnitt gestochen scharf und ringsum nichts** (die Einengung), und einmal sind die **Farben unnatürlich grell verschoben** (die Verschiebung). Diese drei Bilder — unscharf, Tunnel, grell — tragen Sie durch das ganze Kapitel.

Für die Prüfung müssen Sie drei Formen unterscheiden können, und zu jeder gehört ein typisches Leitbild, also ein Zustand, bei dem sie klassischerweise vorkommt. Diese Paare — Form plus Leitbild — sind das eigentliche Prüfungswissen dieses Kapitels.

Bewusstseinstrübung: das unscharfe Bild

Die **Bewusstseinstrübung** ist der Zerfall der inneren Klarheit. Der Betroffene ist wach, aber er kann Denken, Wahrnehmen und Handeln nicht mehr zu einem sinnvollen

Ganzen zusammenfügen. Das Erleben ist fragmentiert: Eindrücke werden aufgenommen, aber nicht mehr richtig geordnet; der Zusammenhang der Situation geht verloren; das Verhalten wird wirr und unverständlich. Man sagt auch: Die Besonnenheit ist verloren — die Fähigkeit, die eigene Lage zu überblicken und sinnvoll zu handeln.

Das Leitbild der Bewusstseinstrübung ist das **Delir** — ein akuter Verwirrtheitszustand mit körperlicher Ursache, den Sie in Woche 14 ausführlich kennenlernen (und in Woche 13 beim Alkoholentzug wiedertreffen). Eine kurze Vignette, wie so etwas aussieht: Eine 81-jährige Patientin, frisch an der Hüfte operiert, ist in der zweiten Nacht nach dem Eingriff wach, nestelt unablässig an ihrer Bettdecke, hält den Infusionsschlauch für eine Schnur, spricht abwechselnd mit ihrer längst verstorbenen Schwester und mit der Nachtschwester, die sie für ihre Tochter hält. Sie ist nicht schläfrig — im Gegenteil, sie ist unruhig und umtriebig. Aber ihr Bewusstsein ist trüb: Nichts fügt sich mehr zusammen. Zur Trübung gesellen sich hier, wie beim Delir typisch, Desorientierung und Sinnestäuschungen — Sie sehen schon, wie die Befundbereiche ineinandergreifen.

Halten Sie den Kernpunkt fest, denn er ist eine beliebte Prüfungspointe: **Delir heißt nicht schläfrig**. Ein Delirant kann hellwach und hochagitiert sein — gestört ist die Klarheit, nicht zwingend die Wachheit. (Beides kann sich mischen, dann spricht man von einer Trübung mit Vigilanzminderung — aber das Grundprinzip müssen Sie auseinanderhalten können.)

Bewusstseinsseinerung: der Tunnel

Die **Bewusstseinsseinerung** ist das Tunnelbild: Das Bewusstsein ist auf einen schmalen Ausschnitt des Erlebens fokussiert, alles außerhalb dieses Ausschnitts dringt nicht mehr durch. Der Betroffene kann dabei erstaunlich geordnet wirken — er geht, hantiert, spricht vielleicht sogar —, aber er ist nicht wirklich ansprechbar, wirkt „wie ferngesteuert“ oder „nicht da“, und hinterher besteht für die Episode häufig eine Erinnerungslücke, eine sogenannte Amnesie.

Das klassische Leitbild ist der **Dämmerzustand**. Am bekanntesten ist der **postiktale Dämmerzustand** — „postiktal“ heißt wörtlich „nach dem Anfall“: Nach einem epileptischen Krampfanfall ist das Gehirn noch nicht wieder im Normalbetrieb. Eine Vignette: Ein 34-jähriger Mann hat auf dem Betriebshof einen Krampfanfall erlitten. Als die Kollegen zu ihm kommen, ist der Anfall vorbei; der Mann steht auf, läuft mit starrem Blick zwischen den Lastwagen umher, reagiert nicht auf Zurufe, schiebt eine Kollegin, die ihn am Arm fasst, unwirsch beiseite. Zehn Minuten später „kommt er zu sich“ — und kann sich an nichts davon erinnern. Er war wach und motorisch

handlungsfähig, aber sein Bewusstsein war auf einen Tunnel verengt. Dämmerzustände kommen außer bei Epilepsie auch nach schweren seelischen Erschütterungen und beim sogenannten pathologischen Rausch vor — Querverbindungen, die Ihnen in den Wochen 11, 13 und 14 wiederbegegnen.

Ein Alltagsanker, mit aller gebotenen Vorsicht: Jeder kennt harmlose Mini-Verwandte des Tunnels — etwa das Fahren einer vertrauten Strecke „im Autopiloten“, bei dem man sich hinterher an keine einzige Ampel erinnert. Das ist keine Bewusstseinsstörung, sondern normale Automatisierung. Aber es gibt Ihnen ein Gefühl dafür, was „eingeeengt und hinterher erinnerungslos“ bedeutet — beim Dämmerzustand ist genau dieses Muster krankhaft ausgeprägt, unwillkürlich und nicht durchbrechbar.

Bewusstseinsverschiebung: die grellen Farben

Die dritte Form ist die exotischste — und gerade deshalb in Prüfungen ein gern genutzter Distraktor, also eine falsche Antwortoption, die plausibel klingen soll. Bei der **Bewusstseinsverschiebung** ist das Bewusstsein weder gedimmt noch getrübt noch verengt, sondern in Intensität und Weite **verschoben**: Die Betroffenen erleben ihr Bewusstsein als gesteigert, erweitert, überklar. Farben wirken leuchtender, Bedeutungen intensiver, die Welt scheint „mehr“ zu sein als sonst — subjektiv oft als beglückend oder überwältigend erlebt.

Die Leitbilder: **Substanzwirkung** — vor allem Halluzinogene wie LSD — sowie **ekstatische Zustände**, wie sie in religiösen Ausnahmeerfahrungen, in tiefer Trance oder gelegentlich zu Beginn psychotischer Episoden vorkommen. Eine kurze Vignette: Ein 23-jähriger Student wird nach einem Festival vorgestellt. Er berichtet strahlend, er habe „die Musik als Farben gesehen“ und „das Universum als Ganzes verstanden“; noch Stunden später erlebt er gewöhnliche Gegenstände als bedeutungsgeladen und überintensiv. Er ist wach, örtlich und zur Person orientiert — aber sein Bewusstsein ist verschoben.

Wichtig für Ihre spätere Einordnung: Auch die Bewusstseinsverschiebung ist zunächst ein Grund, an Substanzen oder eine körperliche Ursache zu denken — subjektives Hochgefühl ist kein Unbedenklichkeitssiegel.

Quantitativ und qualitativ im direkten Vergleich

Fassen wir beide Familien einander gegenüber. Der folgenden Tabelle geht der Merksatz voraus, der sie zusammenhält: Quantitativ fragt „**Wie wach?**“ — qualitativ fragt „**Wie klar, wie weit, wie beschaffen?**“.

	Quantitative Störungen	Qualitative Störungen
Gestört ist ...	die Wachheit (Vigilanz) — das „Wie viel“	die Beschaffenheit des Bewusstseins — das „Wie“
Formen	Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma	Trübung, Einengung, Verschiebung
Bild	Dimmer / unterbelichtet	unscharf / Tunnel / grelle Farben
Leitbilder	Intoxikation, Stoffwechsel, Schädel-Hirn-Trauma u. a.	Trübung → Delir · Einengung → Dämmerzustand · Verschiebung → Substanz/Ekstase
Gemeinsam	Beide Familien sind Organik-/Substanz-Signale: ärztliche Abklärung veranlassen.	

Die letzte Zeile ist keine Fußnote, sondern der rote Faden dieser Woche: Ob quantitativ oder qualitativ — eine Bewusstseinsstörung gehört immer zuerst in ärztliche Hände. Für Sie als HP-Psych heißt das konkret: erkennen, benennen, Hilfe veranlassen — nicht selbst behandeln.

Das nehmen Sie mit:

- Die drei qualitativen Bewusstseinsstörungen mit ihren Leitbildern: Trübung → Delir (Zerfall der Klarheit, auch bei voller Wachheit), Einengung → Dämmerzustand (Tunnel, z. B. postiktal nach epileptischem Anfall, oft mit Erinnerungslücke), Verschiebung → Substanzwirkung/Ekstase (subjektiv gesteigertes, „erweitertes“ Erleben).
- Quantitativ fragt „Wie wach?“, qualitativ fragt „Wie beschaffen?“ — ein Delirant kann hellwach sein.
- Auch qualitative Bewusstseinsstörungen sind Organik- und Substanz-Signale: ärztliche Abklärung veranlassen, nicht psychotherapeutisch deuten.

Kapitel 4 · Orientierungsstörungen

Die vier Qualitäten der Orientierung

Nach dem Bewusstsein prüft der Befund als Zweites die **Orientierung** — die Fähigkeit eines Menschen, sich in den Grundkoordinaten seines Daseins zurechtzufinden. Die Psychopathologie unterscheidet **vier Qualitäten**, und diese vier sollten Sie im Schlaf aufsagen können, denn sie werden wörtlich so geprüft:

Erstens die zeitliche Orientierung: Weiß der Mensch, welches Datum, welcher Wochentag, welcher Monat, welches Jahr, welche Jahreszeit ist? Die klassische Explorationsfrage — also die Frage, mit der man es im Gespräch prüft — lautet schlicht: „Welcher Wochentag ist heute?“ oder „Welches Datum haben wir?“

Zweitens die örtliche Orientierung: Weiß er, wo er sich befindet — in welcher Stadt, in welchem Gebäude? Explorationsfrage: „Können Sie mir sagen, wo wir hier sind?“

Drittens die situative Orientierung: Erfasst er die Situation, in der er sich befindet — dass dies ein Untersuchungsgespräch ist, dass er im Krankenhaus aufgenommen wurde, warum diese Menschen um ihn herum sind? Explorationsfrage: „Wissen Sie, was wir hier gerade machen?“ oder „Wie kommt es, dass Sie heute hier sind?“

Viertens die Orientierung zur eigenen Person: Weiß er, wer er ist — Name, Geburtsdatum, grundlegende Lebensdaten wie Beruf und Familienstand? Explorationsfrage: „Würden Sie mir Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum sagen?“

Merken Sie sich die vier als festes Frage-Ritual, am besten in genau dieser Reihenfolge:

Zeit? Ort? Situation? Person? Dieses Ritual ist zugleich Ihr Prüfungsanker — wenn im Fachgespräch die Orientierungsqualitäten verlangt werden, rufen Sie einfach das Ritual ab.

Ein Hinweis zur Gesprächsführung, den wir in Woche 3 vertiefen: Solche Fragen können Menschen beschämen, die merken, dass sie die Antwort nicht wissen. Erfahrene Untersucher betten sie deshalb freundlich ein („Ich stelle Ihnen jetzt ein paar Routinefragen, manche klingen banal — das gehört dazu“) und registrieren die Antworten, ohne zu korrigieren oder zu kommentieren. Der Befund braucht die Information, nicht die Belehrung des Patienten.

Die typische Reihenfolge des Verlusts — und warum sie so ist

Für die Prüfung fast noch wichtiger als die vier Qualitäten selbst ist die Reihenfolge, in der sie bei organischen Erkrankungen typischerweise verloren gehen: **zuerst die Zeit, dann der Ort, dann die Situation — und zuallerletzt die eigene Person.**

Warum diese Reihenfolge? Denken Sie darüber nach, wie stabil die vier Informationen in unserem Gedächtnis verankert sind. Die Zeit ist die flüchtigste von allen: Das Datum

ändert sich täglich, der Wochentag auch — diese Information muss ständig neu gelernt werden, und schon Gesunde verlieren sie im Urlaub oder in der Klinik gelegentlich kurz aus dem Blick. Der Ort wechselt seltener, muss aber nach jedem Umzug, jeder Verlegung, jeder Reise neu gespeichert werden. Die Situation verlangt aktuelles Verständnis des Geschehens. Die eigene Person aber — der Name, die Lebensgeschichte — ist über Jahrzehnte tausendfach gefestigt, das tiefstverankerte Wissen, das wir besitzen. Ein Krankheitsprozess, der das Gedächtnis angreift, nimmt sich daher zuerst das Flüchtigste und zuletzt das Festeste vor. Bildlich gesprochen: Die Desorientierung frisst sich von außen nach innen — die eigene Person ist der innerste Kern.

Daraus folgt eine Faustregel mit hohem Prüfungswert: Ein Patient, der zeitlich desorientiert, aber zur Person voll orientiert ist, zeigt ein sehr typisches Bild etwa einer beginnenden Demenz. Ein Patient dagegen, der angeblich seinen eigenen Namen nicht weiß, aber Datum und Ort fehlerfrei nennt, zeigt ein **untypisches** Muster — hier würde man an andere Ursachen denken, etwa an dissoziative Zustände (die lernen Sie in Woche 12 kennen). In Prüfungsfragen taucht genau diese Logik auf: „Welche Orientierungsqualität geht bei organischen Störungen typischerweise zuerst verloren?“ — die Zeit. „Welche bleibt am längsten erhalten?“ — die Person.

Desorientierung als Leitsymptom organischer Störungen

Wie schon die Bewusstseinsstörungen ist auch die **Desorientierung** — so nennt man die gestörte Orientierung — in erster Linie ein **Organik-Signal**. Ihre beiden großen Leitbilder lernen Sie in Woche 14 im Detail kennen, aber die Landkarte bekommen Sie schon heute:

Das **Delir**, der akute Verwirrheitszustand: Hier entwickelt sich die Desorientierung **rasch**, innerhalb von Stunden bis Tagen, typischerweise zusammen mit einer Bewusstseinsstrübung, und sie **schwankt** im Tagesverlauf — abends und nachts oft schlimmer als morgens. Denken Sie an die frisch operierte Patientin aus Kapitel 3.

Die **Demenz**, der chronische Abbauprozess: Hier entwickelt sich die Desorientierung **schleichend**, über Monate und Jahre, bei zunächst klarem Bewusstsein — und sie folgt lehrbuchhaft der Reihenfolge Zeit, Ort, Situation, Person. Eine kurze Vignette: Frau Keller, 79, findet sich in ihrer eigenen Wohnung noch gut zurecht, verwechselt aber seit Monaten zunehmend die Wochentage und stand zweimal am Sonntag reisefertig für den Arzttermin vom Dienstag im Flur. Zeitliche Desorientierung bei erhaltener örtlicher Orientierung und voller Orientierung zur Person — ein frühes, typisches Demenzmuster.

Schnell einsetzende Verwirrtheit mit Schwankungen spricht also eher für ein Delir, langsam zunehmende Desorientierung bei wachem Bewusstsein eher für eine Demenz — diese Weiche werden Sie in Woche 14 vertiefen, und sie ist ein Dauerbrenner der Ämter. Für heute genügt der Grundsatz, den Sie schon kennen: Ein desorientierter Mensch gehört zuerst in ärztliche Abklärung. Für den HP-Psych ist Desorientierung — genau wie die Bewusstseinsstörung — ein Stoppschild vor jeder psychotherapeutischen Deutung.

Drei Abgrenzungen, die Prüfungen lieben

Nicht alles, was auf den ersten Blick nach Desorientierung aussieht, ist eine. Drei Abgrenzungen müssen Sie beherrschen:

Desorientierung ist nicht Ratlosigkeit. Die **Ratlosigkeit** ist ein eigenes Befundmerkmal: Der Patient erlebt sich selbst als verwirrt, versteht nicht, was mit ihm und um ihn geschieht, und drückt das oft mimisch aus — ein hilfloses, fragendes, staunendes Gesicht. Ratlosigkeit ist das **Gefühl** des Nicht-mehr-Verstehens; Desorientierung ist der **objektive Verlust** der Koordinaten. Beides tritt oft gemeinsam auf — der desorientierte Patient ist häufig auch ratlos —, aber es sind zwei verschiedene Feststellungen. Ein Mensch kann zudem ratlos wirken und dennoch auf Nachfrage alle vier Qualitäten korrekt beantworten.

Desorientierung ist nicht einfach Gedächtnisstörung. Natürlich hängen beide zusammen — die Orientierung stützt sich auf das Gedächtnis. Aber im Befund sind es getrennte Bereiche: Ein Patient kann erhebliche Merkfähigkeitsstörungen haben (er vergisst, was Sie ihm vor fünf Minuten gesagt haben) und trotzdem zu allen vier Qualitäten voll orientiert sein. Die Gedächtnisfunktionen — Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Altgedächtnis — bekommen in Woche 2 ihr eigenes Kapitel.

Desorientierung ist nicht Wahn. Das ist die feinste und prüfungsträchtigste Abgrenzung. Der **Wahn** — den Sie in Woche 2 gründlich kennenlernen — ist eine unkorrigierbare falsche Überzeugung **bei erhaltener Orientierung**. Zwei Patienten sagen denselben Satz: „Ich bin nicht in einem Krankenhaus.“ Der erste, ein Delirant, sagt ihn, weil seine Orientierung zerfallen ist — er weiß es wirklich nicht, und wenn man es ihm sagt, hält er es vielleicht kurz fest und verliert es wieder. Der zweite weiß sehr genau, dass das Gebäude ein Krankenhaus ist, wie es heißt und welcher Tag heute ist — aber er ist unerschütterlich überzeugt, es sei nur eine **Kulisse**, aufgebaut, um ihn zu täuschen. Der erste ist desorientiert. Der zweite ist orientiert und wahnhaft. Der Unterschied liegt nicht im Satz, sondern im Mechanismus dahinter: Wissen verloren — oder Wissen vorhanden, aber von einer unkorrigierbaren Überzeugung überformt.

So dokumentieren Sie die Orientierung

Im schriftlichen Befund hat sich eine knappe Standardformel eingebürgert, die Sie sich früh angewöhnen sollten. Beim Gesunden lautet sie: **„Zu allen Qualitäten voll orientiert“** — oder ausführlicher: „zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert“. Bei Störungen benennen Sie differenziert, was betroffen ist und wie stark, zum Beispiel: „Zeitlich desorientiert (nennt weder Datum noch Wochentag noch Jahr), örtlich unscharf orientiert (weiß, dass er in einer Klinik ist, nennt aber die falsche Stadt), situativ und zur Person voll orientiert.“

Beachten Sie zweierlei an diesen Formulierungen: Erstens sind sie **abgestuft** — Orientierung ist kein Alles-oder-nichts, es gibt das unscharfe Dazwischen. Zweitens **belegen** sie die Einschätzung mit dem konkret Beobachteten („nennt weder Datum noch ...“) — genau die Beobachten-statt-bewerten-Disziplin aus Kapitel 1. Ein Befund, der seine Feststellungen belegt, ist auch im Fachgespräch beim Gesundheitsamt die halbe Miete.

Das nehmen Sie mit:

- Die vier Orientierungsqualitäten als Frage-Ritual: Zeit? Ort? Situation? Person? — und die typische Verlust-Reihenfolge bei organischen Störungen: Zeit zuerst, Person zuletzt.
- Desorientierung ist ein Leitsymptom organischer Störungen (akut und schwankend → eher Delir; schleichend bei klarem Bewusstsein → eher Demenz) und damit ein Fall für ärztliche Abklärung.
- Abgrenzung sicher beherrschen: Ratlosigkeit ist das Gefühl des Nicht-Verstehens, Wahn ist eine unkorrigierbare Falschüberzeugung bei erhaltener Orientierung — beides ist keine Desorientierung.

Kapitel 5 · Der Befund in der Praxis + Wochenschluss

Die ersten Minuten: ein Mini-Leitfaden

Das Schöne an den beiden Befundbereichen dieser Woche: Sie lassen sich fast nebenbei erheben, in den ersten Minuten jedes Gesprächs — oft, ohne dass Sie eine einzige Prüffrage stellen müssen. Hier ein kleiner Leitfaden, den Sie sich als inneren Autopiloten angewöhnen können:

Schritt 1 — Wachheit beim Kontakt: Schon die Begrüßung ist ein Test. Reagiert die Person prompt auf Ansprache? Hält sie Blickkontakt? Wirkt sie klar oder verlangsamt, döst sie zwischendurch weg? Damit haben Sie die Vigilanz grob eingeschätzt, ohne ein Wort über sie zu verlieren.

Schritt 2 — Klarheit im Gesprächsfluss: Folgt die Person dem Gespräch? Passen ihre Antworten zu Ihren Fragen? Fügt sich ihr Verhalten in die Situation? Wirkt sie „ganz da“ — oder fahrig, wirr, wie durch Milchglas? Damit prüfen Sie, ohne es auszusprechen, die qualitative Seite des Bewusstseins.

Schritt 3 — Orientierung nebenbei einsammeln: Vieles ergibt sich von selbst. Wer erzählt „Mein Mann hat mich heute Morgen hergefahren, wir haben ja am Dienstag immer ...“, zeigt situative und zeitliche Orientierung, ohne gefragt worden zu sein. Nur was sich nicht nebenbei zeigt, prüfen Sie mit den freundlich eingebetteten Ritualfragen: Zeit? Ort? Situation? Person?

Schritt 4 — Konsequenz ziehen: Sind Bewusstsein und Orientierung unauffällig, gehen Sie beruhigt in die Tiefe des Gesprächs. Ist eines von beiden gestört, gilt die Weiche dieser Woche: an eine organische Ursache denken, ärztliche Abklärung veranlassen — bei akuter Bewusstseinsminderung als Notfall. Kein weiteres Explorieren „auf eigene Faust“, keine psychotherapeutische Deutung.

Dieser Vier-Schritte-Blick ist der Anfang dessen, was Sie über die kommenden Monate zu einem vollständigen Erstgespräch ausbauen werden — Woche 3 setzt genau hier an.

Übungsvignette 1: der Herr im Wartebereich

Jetzt üben wir. Lesen Sie die folgende Szene und versuchen Sie, **bevor** Sie den Musterbefund lesen, selbst zu formulieren: Was lässt sich zu Bewusstsein und Orientierung sagen — und nur dazu?

Herr D., 68 Jahre, wird von seiner Tochter in eine Klinikambulanz gebracht. Er sitzt zusammengesunken im Stuhl, die Augen halb geschlossen. Auf die Begrüßung der Untersucherin öffnet er die Augen und antwortet leise, aber passend. Während des Gesprächs fallen ihm mehrfach die Augen zu; erst wenn die Untersucherin ihn erneut anspricht, öffnet er sie wieder. Nach dem Datum gefragt, sagt er: „Irgendwas im Frühjahr ... nein, warten Sie ...“ (es ist Ende August). Wo er sich befinde? „Beim Arzt, denke ich.“ Seinen Namen und sein Geburtsdatum nennt er korrekt. Warum er hier sei, kann er nicht sagen; er schaut hilflos zu seiner Tochter.

Ihr Musterbefund — nur mit den Mitteln dieser Woche: **Bewusstsein:** Herr D. ist somnolent — er döst wiederholt ein, ist aber durch Ansprache jeweils erweckbar und

antwortet dann sinnvoll. **Orientierung:** zeitlich desorientiert (verfehlt den Monat um mehrere Monate, kann kein Datum nennen), örtlich unscharf orientiert (erkennt die Arztsituation, ohne Genaueres zu wissen), situativ desorientiert (kann den Anlass nicht angeben), zur Person voll orientiert.

Und die Konsequenz — hier zeigt sich, ob Sie die Weiche verinnerlicht haben: Somnolenz plus mehrfache Desorientierung bei einem 68-Jährigen ist ein akutes Organik-Signal. Dieser Mann braucht **sofort eine ärztliche Abklärung**; das ist kein Fall für ein weiterführendes psychologisches Gespräch. Beachten Sie auch, was der Musterbefund alles **nicht** sagt: kein „wahrscheinlich dement“, kein „wirkt depressiv“. Nur das Beobachtete, sauber benannt.

Übungsvignette 2: die junge Frau nach der Feier

Noch eine Szene — diesmal mit anderem Ausgang. Wieder gilt: erst selbst formulieren.

Frau P., 27 Jahre, kommt am Montagmorgen auf Drängen ihrer Mitbewohnerin, weil sie „am Wochenende so komisch“ gewesen sei. Im Gespräch ist sie hellwach, folgt aufmerksam, antwortet flüssig und passend. Datum, Wochentag, Ort und Anlass des Gesprächs nennt sie fehlerfrei, ebenso ihre persönlichen Daten. Sie berichtet, auf einer Feier in der Samstagnacht sei ihr „alles unwirklich intensiv“ vorgekommen — „die Farben waren wie flüssig, ich habe die Musik gesehen“. Ein Bekannter habe ihr etwas ins Getränk getan haben können, sie wisse es nicht. Seit Sonntagmittag sei alles wieder normal.

Der Musterbefund für den Untersuchungszeitpunkt: **Bewusstsein:** wach, klar, keine Hinweise auf quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörung im Gespräch.

Orientierung: zu allen vier Qualitäten voll orientiert. Und dann — sauber getrennt, denn es ist nicht Ihr aktueller Befund, sondern Vorgeschichte: **Anamnestisch** berichtet Frau P. für die Samstagnacht ein Erleben, das am ehesten einer vorübergehenden Bewusstseinsverschiebung entspricht, möglicherweise substanzbedingt.

Diese Vignette lehrt zwei Dinge auf einmal. Erstens die Foto-Film-Trennung aus Kapitel 1 in Aktion: Der aktuelle Befund ist unauffällig; das auffällige Erleben liegt in der Anamnese. Zweitens die Konsequenz: Der Verdacht auf eine unfreiwillige Substanzbeibringung gehört ärztlich abgeklärt und ernst genommen — auch hier verweisen Sie weiter, statt zu deuten.

Brücke zu Woche 2: die restliche Landkarte

Sie haben in dieser Woche die ersten beiden Merkmalsbereiche der AMDP-Landkarte erobert — die Grundfunktionen, mit denen jeder Befund beginnt. Nächste Woche folgt der große Rest: die formalen Denkstörungen (wie läuft das Denken ab — gehemmt, sprunghaft, zerfahren?), der Wahn mit seinen Formen und Themen, die Sinnestäuschungen von der Illusion bis zur Halluzination, die Ich-Störungen, das weite Feld von Affekt und Antrieb und schließlich die Gedächtnisfunktionen. Woche 2 ist die dichteste Lektion des Moduls — planen Sie sie bewusst ein, am besten mit zwei Hördurchgängen. Danach können Sie etwas, das viele unterschätzen, bis sie es können: einen Menschen in der präzisen Fachsprache beschreiben, in der die gesamte Psychiatrie denkt — und in der die Gesundheitsämter fragen.

ICD-11-Ausblick

ICD-11-Ausblick — zur Einordnung, kein Prüfungsstoff

Diese Box finden Sie ab jetzt in jeder Lektion. Sie beantwortet die Frage: Was ändert sich am Wochenthema in der ICD-11, der neuen Fassung des WHO-Klassifikationssystems? Wichtig vorab: **Ihre Überprüfung fragt weiterhin ICD-10-geprägt** — die Box ist ein klar markierter Ausblick und Zusatzwissen für Ihre Praxis von morgen, kein zusätzlicher Lernstoff für den 17. März.

- Die gute Nachricht zuerst: Die **psychopathologische Begriffssprache des AMDP-Systems ist klassifikationsunabhängig**. Somnolenz, Sopor, Bewusstseinsstrübung, die vier Orientierungsqualitäten — all das beschreibt man unter ICD-10 und ICD-11 mit exakt denselben Begriffen. Was Sie diese Woche gelernt haben, veraltet nicht.
- In der ICD-11 heißt das Psychiatrie-Kapitel nicht mehr „Kapitel V“ mit den F-Codes F00–F99, sondern **Kapitel 06** mit alphanumerischen Codes von 6A00 bis 6E8Z. Was es mit diesen Codes auf sich hat, erfahren Sie ausführlich in der großen ICD-Woche 4.
- Der Begriff **„organisch“ als Klassenname wird in der ICD-11 aufgegeben**: Delir und Demenzen stehen dort bei den **neurokognitiven Störungen**. Das klinische Warnsignal dieser Woche — „Bewusstseins- oder Orientierungsstörung? An den Körper denken!“ — bleibt davon völlig unberührt: Die Krankheiten heißen anders, die Weiche bleibt dieselbe.

Zusammenfassung der Woche auf einen Blick

Zum Schluss das Wochenwissen im Schnelldurchlauf — ideal als letzte Wiederholung vor dem Abschlussquiz:

Der **psychopathologische Befund** beschreibt beobachtbar und wertfrei den seelischen Querschnitt eines Menschen hier und heute; die Anamnese liefert den Längsschnitt, die Diagnose kommt zuletzt. Geordnet wird der Befund nach dem **AMDP-System** (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) mit seinen festen Merkmalsbereichen — an deren Anfang stehen Bewusstsein und Orientierung.

Quantitative Bewusstseinsstörungen dimmen die Wachheit in vier Stufen: **Benommenheit** (wach, aber verlangsamte) → **Somnolenz** (erweckbar durch Ansprache) → **Sopor** (erweckbar nur durch starke Schmerzreize) → **Koma** (nicht erweckbar). **Qualitative Bewusstseinsstörungen** verändern die Beschaffenheit bei erhaltener Wachheit: **Trübung** (Zerfall der Klarheit — Leitbild Delir), **Einengung** (Tunnel — Leitbild Dämmerzustand, etwa postiktal), **Verschiebung** (gesteigertes, „erweitertes“ Erleben — Leitbild Substanzwirkung/Ekstase).

Die **Orientierung** hat vier Qualitäten — Zeit, Ort, Situation, Person — und geht bei organischen Prozessen typischerweise in genau dieser Reihenfolge verloren: Zeit zuerst, Person zuletzt. Desorientierung ist von Ratlosigkeit (Gefühl des Nicht-Verstehens) und Wahn (Falschüberzeugung bei erhaltener Orientierung) abzugrenzen und im Befund abgestuft und belegt zu dokumentieren („zu allen Qualitäten voll orientiert“).

Über allem steht die Sicherheitsregel der Woche: **Bewusstseins- und Orientierungsstörungen sind Organik-Signale**. Sie zu erkennen und ärztliche Abklärung zu veranlassen — im Akutfall über den Notruf — gehört zu Ihrer künftigen Verantwortung; sie selbst zu behandeln liegt außerhalb der Erlaubnis des Heilpraktikers für Psychotherapie.

Und jetzt: auf zum **Abschlussquiz** — fünfzehn Original-Prüfungsfragen zu genau diesem Stoff warten in Ihrem Wochenabschnitt im digitalen Lernportal. Vergleichen Sie Ihr Ergebnis mit dem Einstiegsquiz vom Wochenanfang: Dieser Abstand ist Ihr Lernfortschritt der ersten Woche — und der erste Baustein Ihres Prüfungsreife-Scores. Wir sehen uns am Mittwoch um 19 Uhr im Live-Termin. Willkommen im Gründungsjahrgang — schön, dass Sie da sind.

Das nehmen Sie mit:

- Bewusstsein und Orientierung schätzen Sie in den ersten Gesprächsminuten ein: Wachheit beim Kontakt, Klarheit im Gesprächsfluss, Orientierung nebenbei

einsammeln — und bei Auffälligkeiten konsequent ärztliche Abklärung veranlassen.

- Im Befund gilt: nur das Beobachtete, abgestuft und belegt formulieren — aktuelle Beobachtung (Befund) und Vorgeschichte (Anamnese) sauber trennen.
- Die AMDP-Begriffe dieser Woche sind klassifikationsfest: Sie gelten unter ICD-10 wie ICD-11 unverändert — geprüft wird ICD-10-geprägt, der ICD-11-Ausblick ist Zusatzwissen.