

Berlin Kompakt

Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

- Sonderausgabe zum Medizinkongress 2009 -

Psychische Erkrankungen bei Kindern und älteren Menschen Evidenz für adäquate Diagnostik und angemessene Versorgung



4. Medizinkongress der Gmünder ErsatzKasse GEK und des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen

Berlin, 14. Juli 2009

- Eine Dokumentation -

Psychische Erkrankungen bei Kindern und älteren Menschen Evidenz für adäquate Diagnostik und angemessene Versorgung

4. Medizinkongress der Gmünder ErsatzKasse GEK und des
Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen

Die Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und bei älteren Menschen stand in Mittelpunkt des diesjährigen GEK Medizinkongresses, der zum vierten Mal gemeinsam mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen ausgerichtet wurde. Bestimmte Arten psychischer Erkrankungen nehmen deutlich zu. Die Versorgungsforschung - und dazu zählt der Medizinkongress - soll dazu dienen, die bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung in diesem Bereich zu verringern.

Einen Tag lang diskutierten Fachleute aus Medizin, Politik, Wissenschaft und Verbänden über ein Thema, dem eine wachsende Bedeutung zukommt.

Einführung und Begrüßung

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen,
Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Lebensphasenorientierte Versorgungskonzepte im Rahmen des Gesundheitsfonds

Alexander Stütz, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Gmünder ErsatzKasse GEK

ADHS - Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst

Dr. Helmut Bonney, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leiter des Systemischen Seminars Heidelberg

Zu viele Pillen, zu wenig Therapie?

Zur richtigen Behandlung von Jungen und Mädchen mit ADHS

Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité Universitätsmedizin Berlin

Ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen -

Zu wenig beachtet und unterversorgt?

Prof. Dr. Wolfgang Maier, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Bonn

Komorbidität und Multimorbidität im höheren Lebensalter -

Die besonderen Herausforderungen für die Geriatrie

Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse, Chefarzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik, Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg

Psychotherapeutische Behandlungen für Kinder und ältere Menschen -

Zu wenig genutzt bei psychischen Erkrankungen?

Prof. Dr. Rainer Richter, Leiter der Ambulanz des Instituts für Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Psychische Krankheiten bei Kindern und älteren Menschen unter Bedingungen von Fonds und Morbi-RSA - Daten aus der Versorgungsforschung

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Leistungen werden konsequent an Lebensphasen ausgerichtet

Alexander Stütz, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Gmünder ErsatzKasse GEK

Versorgungsforschung der GEK

Welche Bedeutung die Versorgungsforschung für die GEK hat, wurde im Beitrag des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der GEK, Alexander Stütz, deutlich: Stütz zählte die einschlägigen Forschungsergebnisse der letzten GEK-Reporte zu den Bereichen ADHS, Heil- und Hilfsmittel, ambulant-ärztliche Versorgung und zu Arzneimitteln auf.

Die GEK-Studien - in Kooperation mit dem Bremer Zentrum für Sozialpolitik und mit dem Hannoveraner Institut für Gesundheitssystemforschung, Epidemiologie und Sozialmedizin - ständen für versorgungsnahe Wissenschaft und Forschung.



Krankheitsbegriff im Morbi-RSA ist zu weit gefasst

Zudem gäben die GEK-Reporte auch praktische Einblicke: Der GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung konnte am Beispiel des Krankheitsbildes der Depression zeigen, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) mitunter problematische Anreize gibt. Hinter der Diagnose "Depression", so der GEK-Report, verberge sich überwiegend eine sehr unspezifische Diagnose, die "Depressive Episode". Dennoch erhielten die Krankenkassen dafür einheitliche Zuweisungen aus dem Fonds, was dazu führe, dass die Kosten von 70 bis 80 Prozent der Versicherten mit der Diagnose "Depression" unter den tatsächlichen Zuweisungen aus dem Fonds lägen. Das Beispiel zeige, dass der Krankheitsbegriff im Morbi-RSA zu weit gefasst sei, so Stütz, eine scharfe Abgrenzung hält er für unbedingt erforderlich.

Stütz begrüßte in diesem Zusammenhang auch die neuen Kompetenzen des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur Prüfung der Krankenkassen. Mit der AMG-Novelle wurden die Möglichkeiten des BVA erweitert, die Kodierung von Krankheitsdiagnosen durch die Krankenkassen zu prüfen, um Missbrauch vorzubeugen.

Lernen aus der Forschung - Neue Versorgungskonzepte der GEK

Die Ergebnisse der Versorgungsforschung finden ihren Niederschlag im Versorgungsmanagement der GEK. So hat die GEK vor einigen Jahren das stationäre, psychiatrische "Fallmanagement" in Kooperation mit einem externen Partner eingeführt. Ziel ist es dabei, die Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt lückenlos zu organisieren.

Nach der Veröffentlichung des ersten GEK Pflege-Reports im letzten Jahr sucht die GEK nach Wegen, die Facharztversorgung in Pflegeheimen zu verbessern. Der Report hatte hier eine Versorgungslücke aufgedeckt. Die GEK sieht den Hausarzt weiterhin als wichtigste Säule für die Versorgung der Pflegeheimbewohner. Dabei setzt sie sich für spezialisierte Schwerpunktpraxen ein, die sich auf die Betreuung der Pflegeeinrichtungen konzentrieren und mit Fachärzten zusammenarbeiten.

Das Lebensphasenmodell der GEK

Die GEK versucht, ihre Leistungen konsequent auf die Lebensphasen der Versicherten auszurichten, betonte Alexander Stütz. Jede Lebensphase erfordere unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte und deshalb solle jeder GEK Versicherte für jeden Lebensabschnitt passende Zusatzleistungen erhalten.

Das Kinder- und Jugendprogramm der GEK ist dabei der erste wichtige Baustein für die Versicherten. Das Programm wurde gemeinsam mit dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte entwickelt. Es reicht von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr und beinhaltet über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Leistungen.

[Abstract Stütz](#)

ADHS in Therapie und Wissenschaft

Dr. Helmut Bonney, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leiter des Systemischen Seminars Heidelberg



Dr. Helmut Bonney

Die Bedeutung der Arzneiverordnung geht zurück

Mit den Ursachen und den Behandlungsmethoden des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms, kurz ADHS, beschäftigt sich Dr. Helmut Bonney. Der Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vertritt die Auffassung, dass ein zurückhaltender Einsatz von methylphenidathaltigen Medikamenten wie Ritalin bei ADHS-Erkrankungen angebracht ist. Dr. Bonney legt bei der Behandlung von ADHS-erkrankten Kindern den Schwerpunkt auf psychotherapeutische Behandlungsformen und zwar auf die systemische Therapie. Dabei wird die Familie und die gesamte Umgebung des Kindes, wie zum Beispiel die Schule, in die Behandlung einbezogen.

Auf der Suche nach den Ursachen von ADHS

Dr. Bonney berichtete über aktuelle Forschungsergebnisse aus der ADHS-Forschung. So kommt eine Studie (Mannheimer Risikostudie) zu dem Ergebnis, dass solche Kinder besonders anfällig für aggressive Verhaltensauffälligkeiten sind, die bereits im Säuglingsalter Traumatisierungen erfahren mussten. Daraus schließt der Arzt und Wissenschaftler, dass eine Behandlung von ADHS auch immer die familiäre Entwicklung des Kindes mit einbeziehen muss.

Ein weiterer Ansatz in der ADHS-Forschung liegt in der Neurobiologie. Hier wird unter anderem die Rolle des Botenstoffes Dopamin in Gehirn untersucht, der unter anderem für die Hyperaktivität verantwortlich gemacht wird. Experten streiten sich, ob bei ADHS ein Dopaminüberschuss oder ein -mangel besteht.

Noch recht junge Forschungsergebnisse zeigen, dass Dopamin nicht nur ein Botenstoff ist, sondern dass die Substanz auch die Strukturen im Gehirn mit entwickelt, es hat "neuroplastische Wirkung". Wichtig ist für Dr. Bonney auch, (der im Übrigen die

Mangelhypothese bezweifelt) dass die Dopaminausschüttung im Gehirn offenbar nicht rein genetisch bedingt ist, sondern auch durch die Umgebung des Kindes stimuliert werden kann. Damit wäre wiederum ein Ansatz für die nichtmedikamentöse Therapie gegeben.

Präsentation Dr. Bonney



Dr. Helmut Bonney, Peter Franielczyk und Axel Grotheer, GEK-Verwaltungsräte, Stephan Abele, Abteilungsleiter GEK, Alexander Stütz, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der GEK (von links nach rechts)

ADHS: Nicht gleich als erstes den Rezeptblock zücken...

Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité Universitätsmedizin Berlin



Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl

Sehr rasch wird auf Methylphenidat gesetzt

Dass bei Kindern mit ADHS zu häufig und zu schnell eine medikamentöse Behandlung gewählt wird, bestätigt auch Prof. Lehmkuhl. Gleichzeitig könne aber auch nicht der Grundsatz gelten, dass eine psychologische Therapie immer besser sei als eine Pharmakotherapie. Der beste Therapieansatz sei der multimodale, bei dem verschiedene Behandlungsmethoden miteinander verbunden werden.

Es könne also sein, so Prof. Lehmkuhl, dass man auch ohne Medikamente starte, mit einem Eltern-Kind-Training zum Beispiel. Erst wenn damit keine

Erfolge erzielt würden, könnten auch Medikamente eingesetzt werden.

Bei der Behandlung mit Medikamenten dürften die unerwünschten Wirkungen nicht unerwähnt bleiben. Häufigste Wirkungen seien Appetitminderung und damit einhergehende Gewichtsabnahme, aber auch Übelkeit, Schlafprobleme, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Veränderungen von Puls und Blutdruck oder Schwindel. Zudem müssten regelmäßig Auslassversuche, also abgesprochene Unterbrechungen der Medikation gemacht werden.

ADHS ist schwierig zu diagnostizieren

Ganz am Anfang steht allerdings die richtige Diagnose von ADHS. Sie ist aufwendig und muss sehr sorgfältig durchgeführt werden. Prof. Lehmkuhl betont, dass dabei am besten die Aussagen des betroffenen Kindes, der Eltern, aber auch weiterer Personen aus dem Kindergarten oder aus der Schule zusammengetragen werden müssen. Die "störungsspezifische Entwicklungsgeschichte" des Kindes müsse sehr klar sein.

Zusätzlich müsse eine körperliche Basisuntersuchung durchgeführt werden, um auszuschließen, dass ein Kind womöglich unter einem Hirntumor oder einer Schilddrüsenfehlfunktion leide, statt an ADHS.

Aufklärung steht am Beginn der Behandlung

Bevor eine Behandlung beginne, sollten nicht nur das betroffene Kind, sondern auch die Eltern und das weitere Umfeld über die Krankheit ADHS und ihre Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Prof. Lehmkuhl weiß aber auch um die Schwierigkeiten, die eine Behandlung im Alltag nicht gerade erleichtern. Oft wollten Eltern nicht, dass das Problem des Kindes in die Schule getragen werde, oder die Schule sei einfach überfordert, weil es an der Ausstattung fehle.

Zu wenig multimodale Behandlung

Nachdenklich stimmt, dass trotz der großen Einigkeit, die unter Wissenschaftlern über eine multimodale Behandlung von ADHS herrscht, die nichtmedikamentösen Behandlungsformen zurückgehen. Dazu zählen Elterntrainings, Ergotherapie, Logopädie. Eine Entwicklung, die Eltern sehr beklagen, berichtete Frau Lehmkuhl.

[Abstract Prof. Lehmkuhl](#) [Präsentation](#)



Prof. Dr. Wolfgang Maier

Psychische Erkrankungen bei Älteren

Prof. Dr. Wolfgang Maier, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Bonn

Unzureichende Diagnosepraxis bei Demenz

Die Zahl psychisch erkrankter älterer Menschen in Deutschland wird in den nächsten Jahren beträchtlich steigen, eine besondere Rolle nimmt dabei die Altersdemenz ein. Unser Gesundheitswesen ist allerdings nicht gut darauf vorbereitet, stellt Prof. Maier fest. So sieht nur ein Drittel der an Demenz Erkrankten einen Nervenarzt, die anderen werden ausschließlich von einem Hausarzt behandelt. Hausärzte aber, so zeigt

eine Studie, sind nicht ausreichend ausgebildet, um eine Demenz richtig zu diagnostizieren. Genau genommen überdiagnostizieren sie: Sie erkennen dreimal so viele Demenzfälle als es tatsächlich gibt, und die, die sie erkennen, sind häufig keine. Aus diesem Grunde fordert Prof. Maier ein Fortbildungsprogramm für Hausärzte.

Die technischen Möglichkeiten für die frühzeitige Erkennung einer Demenz sind da, beispielsweise das Struktur-MRT (Magnet-Resonanz-Therapie). Mit der Liquordiagnostik (Untersuchung der Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit) kann die Demenz bereits drei bis fünf Jahre vor Krankheitsausbruch diagnostiziert werden. Allerdings, so Prof. Maier, sind die Verfahren teuer.

Schlechte und riskante Arzneimittelversorgung

Auch was die Arzneimittelversorgung Demenzkranker angeht, bestehen laut Prof. Maier große Defizite. Nicht nur würden den Kranken falsche Medikamente verordnet, überdies erhielten viele Demenzkranke zur Ruhigstellung bei Aggressivität und Unruhe Neuroleptika. Trotz bekannter Nebenwirkungen wie erhöhte Sterblichkeit, erhöhtes Schlaganfallrisiko und der Herabsetzung der kognitiven Leistungen, verabreicht das Pflegepersonal Neuroleptika, Prof. Maier meint, aus Hilflosigkeit.

Neue Versorgungsmodelle

Zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen schlägt Prof. Maier die Umsetzung bereits modellhaft erprobter neuer Versorgungskonzepte vor. Dazu zählen präventive Hausbesuche, die zum Ziel haben, die Selbstständigkeit Älterer möglichst lange aufrecht zu erhalten und die Aufnahme in Pflegeheime zu verhüten. Ein Leipziger Modellprojekt konnte bereits erstaunliche Erfolge erzielen.

Maier berichtet außerdem von dem Versorgungsmodell des "Collaborative Care", das bei Depressionen oder Demenz im Alter viel versprechend zu sein scheint: Es geht dabei um die Zusammenarbeit eines Hausarztes, eines Spezialisten und eines Fallmanagers, die sich abgestimmt um die individuellen Bedürfnisse der Patienten kümmern.

[Abstract Prof. Maier](#) [Präsentation](#)

Geriatrisches Assessment:

Ziel ist auch ein längerer Verbleib in der Häuslichkeit

Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse, Chefarzt der Medizinisch-Geriatrischen Klinik, Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg

Mit steigendem Lebensalter steigt die Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) von Patienten, diese Tatsache stellt die geriatrische Medizin vor große Herausforderungen. Ganz besonders deshalb, weil Informationen über Multimorbidität bislang kaum Berücksichtigung in therapeutischen Empfehlungen und Leitlinien finden.

Bereits die medizinische Diagnostik ist bei Multimorbidität besonders schwierig. Prof. von Renteln-Kruse spricht sich für einen ganzheitlichen Ansatz aus, bei dem die physische Gesundheit, die psychische Gesundheit sowie die Fähigkeit zur Selbsthilfe berücksichtigt werden müssen. In so genannten geriatrischen Assessments werden die älteren



Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse

Patienten sehr umfassend untersucht: Zusammen getragen werden Informationen aus der medizinischen Diagnostik, über das Aktivitätsniveau des täglichen Lebens und zur Mobilität als Grundvoraussetzung für eine selbstständige Lebensführung.

Im Vergleich zu anderen Patienten zeigen sich unmittelbar die Vorteile des Assessments: Die Patienten können länger zu Hause leben, ihre funktionalen Fähigkeiten sind besser. Nach Operationen kommt es zu weniger Komplikationen, seltener zu Deliren und Druckgeschwüren und schließlich zu einer geringeren Verweildauer im Krankenhaus.

[Abstract Prof. Renteln-Kruse](#) [Präsentation](#)

Auch ältere Menschen sind zugänglich für Psychotherapie

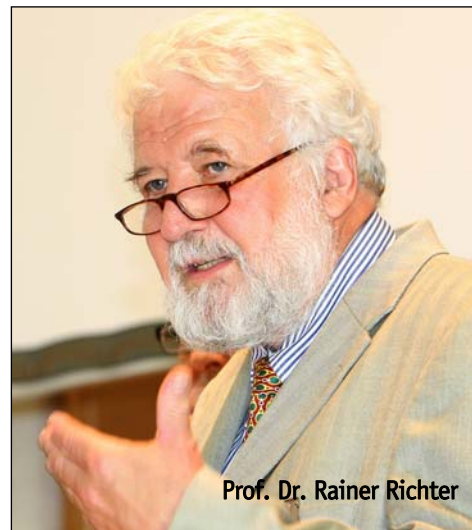
Prof. Dr. Rainer Richter, Leiter der Ambulanz des Instituts für Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Psychische Erkrankungen bei Kindern und älteren Menschen nehmen zu. Prof. Richter vertritt die Auffassung, dass Psychopharmaka-Therapien für manche psychischen Störungen eine Behandlungsalternative sind, bei Kindern und älteren Menschen mit psychischen Störungen sei die Psychotherapie aber meistens die bessere, weil sicherere Behandlungsmethode.

Lange Zeit galten vor allem ältere Menschen als nicht mehr zugänglich für Psychotherapie, so Prof. Richter, doch das Bild der Älteren habe sich geändert. Der ältere Mensch sei nicht so rigide, wie lange Zeit angenommen.

In beiden Lebensaltern, stellt der Psychotherapeut fest, besteht eine Unterversorgung mit Psychotherapie.

[Abstract Prof. Richter](#) [Präsentation](#)



Versorgung unter den Bedingungen des Fonds

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Morbi-RSA ist ein rein monetäres Ausgleichsverfahren

Prof. Glaeske bezweifelt, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) den Krankenkassen die richtigen Anreize für die Entwicklung neuer, qualitativ anspruchsvoller Versorgungsmodelle im Bereich der psychischen Erkrankungen bietet. Dies liege in der Konstruktion des Morbi-RSA begründet.

Seit Beginn diesen Jahres würden beim Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen nicht mehr nur Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus der Versicherten berücksichtigt, sondern auch die Morbidität (Krankheitslast). Damit sollte gewährleistet werden, dass die Kassen mit besonders hoher Morbidität und hohen Behandlungskosten keine finanziellen Nachteile erleiden.

Kritisch sieht Glaeske, dass der Morbi-RSA auf der Grundlage des bestehenden Versorgungssystem konzipiert wurde. Basis der Zuweisungen aus dem Fonds bleibe die "durchschnittliche" Versorgung mit der bestehenden Unter-, Über- und Fehlversorgung und mit den oftmals wenig an Empfehlungen orientierten Anforderungen an Diagnose und Therapie. Auch die Wirtschaftlichkeitsprobleme würden "mitgeschleppt".

Die Krankenkassen erhalten für einen definierten Katalog von Krankheiten pauschale Zuweisungen für ihre Versicherten. Aufwendige Versorgungsmodelle, die die Zuweisungen übersteigen und womöglich einen negativen Deckungsbeitrag für die Kassen zur Folge hätten, würden nicht realisiert, fürchtet Glaeske, weil die Kasse damit riskieren würde, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen.



Prof. Dr. Gerd Glaeske

Konsequenzen für die Behandlung psychischer Krankheiten

Weil der Morbi-RSA den Krankenkassen keinen Anreiz gebe, in Qualität zu investieren, spricht der Arzneimittelexperte Glaeske von einem "roll-back" bei der Versorgung auch von psychisch Kranken. Anstatt eine qualitativ hochwertige, ambitionierte Versorgung zu entwickeln, verhielten sich die Kassen abwartend. Für die Behandlung einer Depression könnte dies im Extremfall bedeuten, dass keine teuren psychotherapeutischen Verfahren eingesetzt würden, sondern nur eine pharmakotherapeutische Behandlung, mutmasst Glaeske.

[Abstract Prof. Glaeske](#) [Präsentation](#)



Prof. Dr. Gerd Glaeske und Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl