

BEZIRK  
SCHWABEN



# Tagungsdokumentation

## **3. GPV-Forum Günzburg/Neu-Ulm 22.10.2014 im Kloster Roggenburg**

## **Impressum**

Herausgeber:  
Bezirk Schwaben / Kompetenzzentrum Schwäbische Sozialpsychiatrie  
GPV Günzburg / Neu-Ulm

Redaktion:  
Sandra Winkler  
GPV-Koordinatorin Günzburg / Neu-Ulm

Fotos:  
Mathias Abel, Petra Tophofen

Neu-Ulm, im Januar 2015

## Danksagung

Die mittlerweile fest etablierte jährliche Durchführung des GPV-Forums im Rahmen der weltweiten Woche der seelischen Gesundheit wäre ohne zahlreiche Unterstützer und Sponsoren nicht möglich.

Wir bedanken uns bei allen Referenten und Grußwortrednern für die gelungenen Vorträge und Workshops sowie bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fachtags für die vielen guten und wichtigen Impulse und die engagierte Diskussion.

Beim Kloster Roggenburg bedanken wir uns für die hervorragende Zusammenarbeit und unbürokratische Unterstützung.

Des Weiteren möchten wir allen unseren Dank aussprechen, die durch ihr persönliches Engagement dazu beigetragen haben, auch in diesem Jahr eine interessante und vielfältige Forumsveranstaltung durchführen zu können.

Unser besonderer Dank gilt den Sponsoren für die großzügige finanzielle Unterstützung, ohne die der Fachtag in dieser Form nicht möglich gewesen wäre, für das entgegengebrachte Vertrauen.

Sponsoren:



## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Danksagung</b>	3
<b>1. Einleitung</b>	5
1.1 Tagungsprogramm	6
1.2 Begrüßung durch Frau Corinna Deininger, 1. Vorsitzende des GPV Günzburg / Neu-Ulm	8
1.3 Grußworte	9
1.4 Impressionen	11
<b>2. Impulsreferat:</b> <b>„Lebenskrise - Modediagnose - Wie definiert man psychisch krank?““</b> Prof. Dr. Becker	16
<b>3. Workshops</b>	41
3.1 Workshop 1: Generation Ritalin - AD(H)S	41
3.2 Workshop 2: Familien mit einem psychisch kranken Elternteil	80
3.3 Workshop 3: Älter werdende psychisch kranke Menschen	101
<b>4. Podiumsdiskussion</b>	115
<b>5. Zusammenfassung und Ausblick</b>	120
<b>6. Verzeichnis der Ansprechpartner</b>	121
<b>Notizen</b>	122

## 1. Einleitung

Das GPV-Forum 2014 stellt auch in diesem Jahr einen wichtigen Beitrag zum aktuellen Diskurs zur Weiterentwicklung der Angebote und Hilfe für Menschen mit psychischen Problemen und oder Behinderungen dar. Beginnend mit der Psychiatrie Enquete von 1975 und dem Start der Ambulantisierung in den 90er Jahren hat die Entwicklung mit der Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Günzburg / Neu-Ulm seit 2010 nochmal neue Fahrt aufgenommen.

Bereits zum dritten Mal veranstaltet der GPV GZ/NU im Rahmen der „Woche der seelischen Gesundheit“ einen Fachtag und versucht damit auf die Belange von psychisch kranken Menschen in der Region aufmerksam zu machen und Stigmatisierungen abzubauen.

Die erfreuliche Zahl von ca. 170 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zeigt, dass wieder einmal interessante und abwechslungsreiche Themen aufgegriffen wurden.

Vorbereitet wurde die Tagung von  
Mathias Abel (Caritas GZ/NU),  
Corinna Deininger (Diakonie Neu-Ulm),  
Simone Haselhofer (Bezirkskliniken Schwaben, Wohnen und Fördern),  
Reinhard Huber (Bezirkskliniken Schwaben, BKH GZ),  
Petra Tophofen (Bayrisches Rotes Kreuz, KV Günzburg) und  
Sandra Winkler (Bezirk Schwaben, GPV-Koordination).

Der hier vorliegende Tagungsbericht bildet die Ergebnisse des dritten GPV-Forums ab. Er enthält Beiträge zu den Fachvorträgen und Workshops. Wir möchten Sie herzlich einladen, die Kernaussagen in Erinnerung zu rufen, um sie sowohl im Alltag als auch in der sozialpsychiatrischen Versorgung zu berücksichtigen.

### Vorbereitungsteam und Referenten



v.l.n.r. Jürgen Reichert, Herbert Pressl, Simone Haselhofer, Pater Roman Lösching, Petra Tophofen, Corinna Deininger, PD Dr. Ulrike Schulze, Dr. Britta Walther, Prof. Dr. Thomas Becker, Maren Pfetsch, Susanne Kilian, Hermann Baumgartner, Reinhard Huber, Dr. Martin Küfer, Sandra Winkler, Mathias Abel

## 1.1 Tagungsprogramm

8.30 Uhr	<b>Begrüßungskaffee</b>
9.00 Uhr	<b>Begrüßung</b> durch Frau Corinna Deininger 1. Vorsitzende des GPV Günzburg / Neu-Ulm  Begrüßung durch Pater Roman Löschinger, Direktor des Zentrums für Familie, Umwelt und Kultur des Klosters Roggenburg
	<b>Grußworte</b> Jürgen Reichert, Bezirkstagspräsident Herbert Pressl, stv. Landrat des Landkreises Neu-Ulm Hermann Baumgartner, Vertreter des Landkreises Günzburg
9.45 – 10.30 Uhr	<b>Impulsreferat</b> Prof. Dr. Thomas Becker Ärztlicher Direktor BKH Günzburg
10.30 – 12.30 Uhr	<b>Workshops</b> Mit folgenden Arbeitsschwerpunkten: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Generation Ritalin _ AD(H)S</li><li>○ Familien mit einem psychisch kranken Elternteil</li><li>○ Älter werdende psychisch kranke Menschen</li></ul>
12.30 – 13.15 Uhr	<b>Pause</b>
13.30 – 14.30 Uhr	<b>Podiumsdiskussion</b>
14.30 Uhr	<b>Ende der Veranstaltung</b>

## Anmeldung

**Bezirk Schwaben**  
Koordination des Gemeindepsychiatrischen  
Verbundes (GPV)

**Sandra Winkler**  
Kantstr. 8, 89231 Neu-Ulm  
Telefax: 0731 7040-739  
E-Mail: sandra.winkler@bezirk-schwaben.de

Um Rückantwort mit anhängender Karte wird gebeten  
bis zum **30.09.2014**.

□ Hiermit melde ich mich verbindlich zum GPV-Forum  
am 22.10.2014 in Roggenburg an (bitte für jeden  
Teilnehmer eine gesonderte Anmeldung benutzen und  
in Blockschrift ausfüllen):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Organisation: \_\_\_\_\_  
Funktion: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Den Teilnehmerbeitrag in Höhe von 15,- € überweisen  
Sie bitte bis spätestens **30.09.2014** unter Angabe  
Ihres vollständigen Namens, Ihrer Institution und des  
Verwendungszwecks „GPV-Forum 2014 + Name“  
auf folgendes Konto:

**GPV GZ / NU**  
**Sparkasse Neu-Ulm / Illertissen**  
IBAN: DE 24 7306 0000 0440 1001 39  
BIC: BY LA DEM 1 NUL

Die Anmeldung wird bei Eingang der Teilnahmegebühr  
verbindlich registriert. Plätze werden nach dem  
Eingang der Anmeldungen vergeben.

Bei Abmeldungen nach dem 30.09.2014 sowie  
bei Fernbleiben am Veranstaltungstag ist eine  
Rückerstattung der Teilnahmegebühr nicht mehr mög-  
lich. Ein Ersatzteilnehmer kann kostenfrei benannt  
werden.

Eine Anmeldebestätigung erfolgt nicht. Eine  
Teilnahmebescheinigung wird vor Ort ausgegeben.  
Bitte geben Sie die Nummer des Workshops an, an  
dem Sie teilnehmen möchten sowie eine mögliche  
Alternative.

Workshop Nr. \_\_\_\_\_

Alternative Workshop Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## Tagungsort

**Kloster Roggenburg**  
Zentrum für Familie, Umwelt und Kultur  
Klosterstr. 3  
89297 Roggenburg  
Die Arbeitsräume befinden sich im „Haus für Kunst  
und Kultur im Prälatergarten“.



## Anfahrt

**Mit dem Auto:**  
Von der A 8 od. A 7 kommend: Ausfahrt Vöhringen/  
Weißenhorn, Richtung Roggenburg folgen bis zum Hin-  
weisschild „Kloster Roggenburg“. Die Parkplätze 1 und 3  
können kostenfrei genutzt werden.

**Mit öffentlichem Nahverkehr:**  
Mit dem Zug bis Bahnhof Weißenhorn. Zug-Ankunft am  
Bahnhof Weißenhorn ist immer zu Minute 67. Danach ist  
die Weiterfahrt mit den Buslinien 812, 763 und 873 nach  
Roggenburg möglich.



**Veranstalter:**  
Gemeindepsychiatrischer Verbund  
Gönzburg / Neu-Ulm  
Stand: Februar 2014



# EINLADUNG

zum dritten Forum des  
Gemeindepsychiatrischen  
Verbundes (GPV)  
Gönzburg/Neu-Ulm

am **Mittwoch, 22.10.2014**  
von 8.30 Uhr bis 14.30 Uhr

im Kloster Roggenburg

GPV Gönzburg/Neu-Ulm  
Koordination:  
Sandra Winkler



[www.bezirk-schwaben.de](http://www.bezirk-schwaben.de)

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter dem Motto „Familien- und Gemeindeorientierung“  
steht das diesjährige 3. Forum des GPV GZ/NU, welches  
2014 erstmalig im Kloster Roggenburg stattfindet.

In Zusammenarbeit mit dem Vorstand des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) und einer kleinen Arbeitsgruppe ist für die dritte Forumsveranstaltung des GPV GZ / NU wieder ein abwechslungsreiches Programm mit namhaften Referentinnen und Referenten entstanden.

Durch zahlreiche interessante Beiträge soll besonders das ambulante Feld der Beratung und Behandlung seelisch Erkrankter und ihrer Familien beleuchtet werden. Da Klinikaufenthalte immer kürzer werden und damit ein großer Teil der Verantwortung sowohl bei den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sowie bei den Familien im ambulanten Bereich liegen, kommt diesem Sektor eine immer größere Bedeutung zu. Nach dem Impulsreferat von Herrn Prof. Dr. Becker sowie den vertiefenden Workshops findet in diesem Jahr erstmalig eine kleine Podiumsdiskussion zum Thema „Sozialpolitik in Schwaben“ statt.

Das GPV-Forum GZ / NU soll eine Plattform sein für einen offenen Dialog der verschiedenen Berufsgruppen im psychiatrischen Hilfesystem sowie Berufsbetreuern, Betroffenen und Angehörigen. Zukunftsorientiertes Handeln ist gefragt – zum Austausch darüber laden wir Sie in diesem Jahr ganz herzlich in die Klosteranlage nach Roggenburg ein.

Mein besonderer Dank gilt dem Vorbereitungsteam der Veranstaltung sowie den Referenten für ihre spontane Bereitschaft zur Mitwirkung.

Ich hoffe, dass wir Ihr Interesse an der Veranstaltung wecken konnten und würde mich freuen, Sie am 22.10.14 in Roggenburg persönlich begrüßen zu dürfen.

Jürgen Reichert  
Bezirkstagspräsident

## Programm

### 8.30 Begrüßungskaffee

**9.00 Uhr Begrüßung (alte Tenne)**  
Begrüßung durch Corinna Deininger  
1. Vorsitzende des GPV Gönzburg / Neu-Ulm

Begrüßung durch Pater Roman Lösching,  
Direktor des Zentrums für Familie, Umwelt und Kultur  
des Klosters Roggenburg

**Grüßworte**  
Bezirkstagspräsident Jürgen Reichert  
Stv. Landrat des Landkreises NU Herbert Pressl  
Vertretung des Landkreises Gönzburg

### 9.45 – 10.30 Uhr

#### Impulsreferat

„Lebenskrise – Modediagnose –  
Wie definiert man psychisch krank?“

**Referent:** Prof. Dr. Thomas Becker,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
der Universität Ulm am BKH Gönzburg

**Inhalt:** Wo verläuft eigentlich die Grenze zwischen „normal“ und „psychisch krank“? Was bedeuten Lebenskrisen für die betroffenen Menschen, deren Familien und wie reagiert das professionelle Hilfesystem darauf? Diese und andere Fragen wird Prof. Dr. Thomas Becker in seinem Impulsreferat näher beleuchten und mit den anwesenden Gästen im Anschluss diskutieren.

### 10.30 – 12.30 Uhr

**Workshops** (Themen siehe rechts)

### 12.30 – 13.15 Uhr

#### Mittagsimbiss

### 13.30 – 14.30 Uhr

**Podiumsdiskussion zum Thema „Sozialpolitik in Schwaben“ mit Ausblick und Arbeitsauftrag an den GPV**

**Auf dem Podium:** Prof. Dr. Thomas Becker, Stephanie Denzler, Susanne Kilian, Dr. Martin Köfer, Herbert Pressl, Prof. Dr. Mathias Riepe, Frau PD Dr. Schulze  
**Moderation:** Mathias Abel

### Ca. 14.30 Uhr Ende der Veranstaltung

Wir danken allen Sponsoren und Unterstützern dieser Forumsveranstaltung.

Die bayerische Landesärztekammer vergibt für die Teilnahme an dem Forum 3 Fortbildungspunkte in der Kategorie A.

## Workshops

### Workshop 1:

**Generation Ritalin – ADHS**  
**Referent:** PD Dr. Ulrike Schulze, *Universitätsklinikum Ulm*  
**Moderation:** Dr. Martin Köfer

**Inhalt:** Die Diagnosen Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) und Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHS) werden in letzter Zeit auch in Deutschland immer häufiger gestellt. Ist dies nun ein Fortschritt für die Betroffenen, für die Kinder und ihre Eltern, oder sind Kritik und Aussagen wie „Modediagnose“, „Entschuldigung für mangelnde Erziehung“, „zeit- und umweltbedingt“ etc. berechtigt? Wo liegt die Grenze zwischen „normalem“ Verhalten und Problemverhalten? Welche Therapiemöglichkeiten gibt es für ADHS im Kindesalter? Diese und weitere Fragen möchte unsere Referentin gerne gemeinsam mit Ihnen beleuchten und diskutieren.

### Workshop 2:

**Familien mit einem psychisch kranken Elternteil**

**Referent:** Susanne Kilian  
**Moderation:** Simone Haselhofer

**Inhalt:** In Deutschland leben mindestens 1,6 Millionen Kinder, deren Eltern an einer Psychose oder einer schweren Depression leiden oder alkohol- bzw. drogenabhängig sind. Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes psychiatrisches Erkrankungsrisiko. Darüber hinaus können auch Umweltfaktoren, wie das durch die elterliche psychische Erkrankung beeinträchtigte Erziehungsverhalten zu einem erhöhten Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern beitragen. Dieser Workshop stellt Aspekte der Elternschaft im Kontext einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Eltern-Kind-Interaktion in den Mittelpunkt.

### Workshop 3:

**Älter werdende psychisch kranke Menschen**

**Referent:** Prof. Dr. Mathias Riepe  
**Moderation:** Petra Tophofen

**Inhalt:** Immer mehr Menschen müssen gegen ihren Willen im Alter ihr vertrautes Lebensumfeld verlassen, um erforderliche Hilfen zu erhalten. Dieser Workshop befasst sich daher mit der Frage nach der Realisierung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch für psychisch kranke alte Menschen. Voraussetzung dafür ist der personenzentrierte Ansatz. D.h., die konsequente Orientierung am Hilfebedarf des alten Menschen und die Realisierung personenzentrierter integrierter Hilfen, anstatt der bisher häufig vorherrschenden institutionenzentrierten und angebotsgesteuerten Organisation der Hilfen.

## 1.2 Begrüßung



Frau Corinna Deininger, 1. Vorsitzende des GPV Günzburg / Neu-Ulm, begrüßte die anwesenden Gäste auch im Namen der Vorbereitungsgruppe herzlich.

Im Anschluss an die Eröffnung erläuterte sie kurz den Ablauf der Tagung. Nach einem Impulsreferat von Herrn Prof. Dr. Becker am Vormittag stand nachmittags Zeit und Raum für Diskussion und Vertiefung aller brennenden Fragen in den Workshops zur Verfügung.

Auf diese Art erhofft sich der GPV einen fachlichen Diskurs, der die unterschiedlichen Sichtweisen auf den jeweiligen Themenkomplex herausstellt, um diese zum Ausgangspunkt für weitere Entwicklungen und Diskussionen in den Fachgremien des GPV's zu machen.

In diesem Sinne wünschte Frau Deininger den anwesenden Gästen eine erfolgreiche und anregende Veranstaltung in Roggenburg.

Nach ihrer Einführung übergab Frau Deininger das Wort an den Hausherrn, Pater Roman Löschingner.

### **Begrüßung durch Pater Roman Löschingner**



- Es gilt das gesprochene Wort. -

### **1.3 Grußworte**

Bei allen Redebeiträgen gilt das gesprochene Wort.

**Jürgen Reichert**  
**Bezirkstagspräsident**



**Herbertt Pressl**  
**stv. Landrat des Landkreises Neu-Ulm**



**Hermann Baumgartner**  
**Vertreter des Landkreises Günzburg**



## 1.4 Einige Impressionen der Veranstaltung



Das Vorbereitungsteam der Veranstaltung.  
V.l.n.r.: Petra Tophofen, Sandra Winkler, Simone Haselhofer, Corinna Deininger,  
Mathias Abel, Reinhard Huber











## 2. Impulsreferat

Herr Prof. Dr. Thomas Becker, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am BKH Günzburg, hielt das Auftaktreferat zum Thema

**„Lebenskrise - Modediagnose - Wie definiert man psychisch krank?“**

**Präsentationsfolien Prof. Dr. Becker**

bezirkskliniken  
schwaben **mehr nähe**

**Lebenskrise – Modediagnose  
„Wie definiert man psychisch krank?“**

**3. Forum des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) GZ-NU  
am Mittwoch, den 22.10.2014, im Kloster Roggenburg**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
der Universität Ulm  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg

**Thomas Becker**

ulm university universität **uulm**

bezirkskliniken  
schwaben

## Gliederung

- ▶ Burnout
- ▶ Depression
- ▶ Gesellschaftliche Bedeutung
- ▶ Abgrenzung: Was ist noch „normal“?  
Wo beginnt die Krankheit?



22.10.2014

2

## Burnout

- ▶ Das Phänomen Burn-out hat es wahrscheinlich zu allen Zeiten und in allen Kulturen gegeben.
- ▶ Der literarisch Interessierte findet Umschreibungen dessen, was wir heute als Burn-out bezeichnen, bereits im Alten Testament (2. Mose 18, 17–18).
- ▶ Bei Pfarrern kennen wir die „Elias-Müdigkeit“ (Schall, 1993)
- ▶ Auch in Thomas Manns großem Roman „Buddenbrooks“ erkennen wir in der Figur des Thomas Buddenbrook, worum es hier geht.
- ▶ Das Verb „to burn out“ (ausbrennen) wird bereits von Shakespeare Ende des 16. Jahrhunderts verwandt.

22.10.2014

3

## Burnout – was ist das?

- ▶ Beginn der Burnoutdiskussion vermutlich Aufsatz des deutschstämmigen Psychoanalytikers Herbert J. *Freudenberger* für das `Journal of Social Issues` aus dem Jahr 1974
- ▶ in diesem Artikel beschreibt er einen physiologischen und psychologischen „Endzustand“ bei sich selbst und bei ehrenamtlichen MitarbeiterInnen alternativer Selbsthilfe- und Kriseninterventionseinrichtungen
- ▶ Freudenberger beobachtete damals, wie aus aufopferungsvollen, pflichtbewussten und engagierten Helfern häufig leicht reizbare und ihren Klienten gegenüber zynische Mitarbeiter wurden, welche Symptome einer physischen und psychischen Erschöpfung zeigten

22.10.2014

4

## Burnout – was ist das?

- ▶ Zunächst nur für helfende Berufe angewendet (Freudenberger 1974; Maslach & Pines 1976), z.B. Krankenschwestern, Ärzte/Therapeuten u.ä.
- ▶ Erst später wurden auch andere Berufsgruppen und der private Lebensbereich in die Beobachtungen mit einbezogen
- ▶ Heute Ausweitung auf alle Berufe, die mit hohen Anforderungen und Stress einhergehen

22.10.2014

5

## Burnout – was ist das?

- ▶ In Medizin und Wissenschaft gilt Burnout bislang als eine Erkrankung, die mit verändernden Lebens- und Arbeitsbedingungen in Zusammenhang gebracht wird.
- ▶ Sie äußert sich unter anderem durch **emotionale Erschöpfung, Selbstentfremdung oder Zynismus und eine verminderte Leistungsfähigkeit.**
- ▶ Betroffene leiden im fortgeschrittenen Stadium dauerhaft an seelischen und körperlichen Beschwerden.
- ▶ Dieser Zustand ist hauptsächlich durch **Erschöpfung** gekennzeichnet.
- ▶ **Begleitsymptome sind Unruhe, Anspannung, gesunkene Motivation und reduzierte Arbeitsleistung.**
- ▶ Die psychische Störung entwickelt sich nach und nach, bleibt von den Betroffenen selbst oft lange unbemerkt.

22.10.2014

6

## Epidemiologie

- ▶ Nach Schätzungen der Betriebskrankenkassen leiden rund neun Millionen Deutsche am sogenannten Burnout-Syndrom.
- ▶ Bislang fehlt jedoch eine einheitliche Definition, was derartige epidemiologische Schätzungen erschwert.
- ▶ Weder die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) noch das Diagnostische und Statistische Handbuch psychischer Störungen (DSM-IV) führen Burnout als eigenständiges Krankheitsbild.

22.10.2014

7



## Wie äußert sich Burnout? (1)

### ▶ Verhalten

- Hyperaktivität, Unruhe, Nervosität
- Später (chronische) Müdigkeit, Erschöpfung, Energielosigkeit
- Unorganisiertes, uneffektives Verhalten, Unkonzentriertheit
- Vermehrter Nikotingebrauch, Alkoholkonsum etc.

### ▶ Körperliche Symptome

- Kopfschmerzen, Übelkeit, Appetitverlust, Verdauungsprobleme
- Schlafstörungen, Herzbeschwerden, Sexuelle Probleme

22.10.2014

10

## Wie äußert sich Burnout? (2)

### ▶ Soziale Beziehungen

- Rückzug von Nahestehenden
- Ehe- und Familienprobleme
- Ungeduld, Schuldzuweisungen, Unbeherrschtheit, aggressive Impulse

### ▶ Einstellungen, Erlebnisweisen und Haltungen

- Gleichgültigkeit, Pessimismus, Frustration, Zynismus
- Angst-/Schuld-/Versagensgefühle,
- Gefühl von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit bis hin zu Selbstmordgedanken

22.10.2014

11

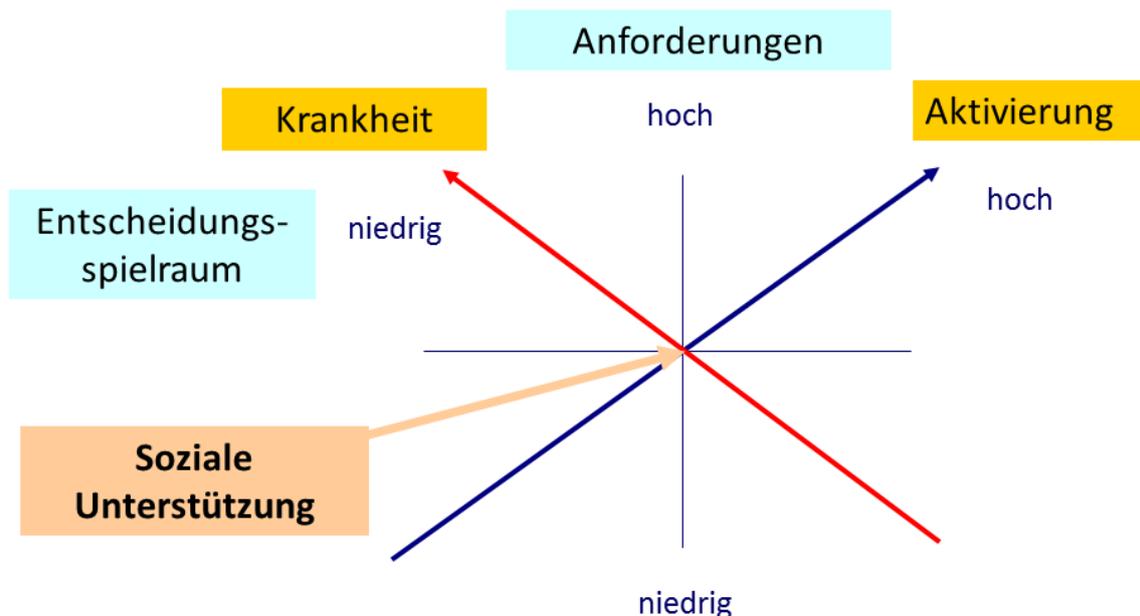
## Burnout – mögliche Einflüsse am Arbeitsplatz in Anlehnung an Maslach

- ▶ Führungs- und Kooperationsprobleme
  - ▶ widersprüchliche Anweisungen
  - ▶ Zeitdruck
  - ▶ Schlechtes Arbeitsklima bis hin zu Mobbing
  - ▶ zu wenig Autonomie
  - ▶ mangelnde Entscheidungsfreiheit
  - ▶ mangelnder Einfluss auf den Arbeitsablauf
  - ▶ Geringe Partizipationsmöglichkeiten
  - ▶ fehlendes Mitspracherecht
  - ▶ Hierarchieprobleme
- Administrative Zwänge
  - Druck von Vorgesetzten
  - Wachsende Verantwortung
  - Schlechte Arbeitsorganisation
  - Mangelnde Ressourcen (Personal, Finanzmittel)
  - Problematische institutionelle Vorgaben und Strukturen
  - Mangel an wahrgenommenen Aufstiegsmöglichkeiten
  - Rollenunklarheit
  - Mangel an positivem Feedback
  - Schlechte Teamarbeit
  - fehlende soziale Unterstützung

22.10.2014

12

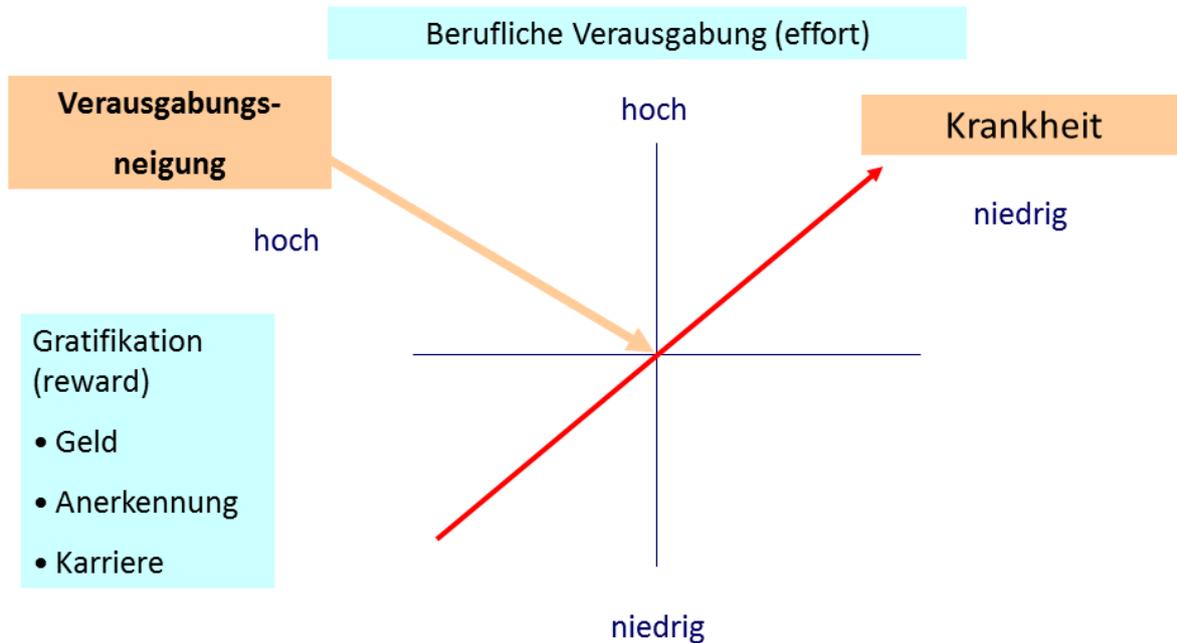
## Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek 1979)



22.10.2014

13

## Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Effort-Reward Imbalance Model) (Siegrist 2001)



22.10.2014

14

## Ursachen für Burnout Zusammenfassung

Innere Faktoren /Persönlichkeitszüge, z.B.

- ▶ Hohe (idealistische) Erwartungen an sich selbst, hoher Ehrgeiz
- ▶ Starkes Bedürfnis nach Anerkennung
- ▶ Gefühl, unersetzbar zu sein
- ▶ Einsatz und Engagement bis hin zur **Selbstüberschätzung** und Überforderung
- ▶ Falsche Einschätzung der eigenen Fähigkeiten
- ▶ Arbeit als einzig sinngebende Beschäftigung, Arbeit als Ersatz für soziales Leben

22.10.2014

15

## Ursachen für Burnout

### Zusammenfassung

#### Äußere Überforderung

z.B.

- ▶ Hohe Arbeitsanforderungen
- ▶ Zeitdruck, Druck von Vorgesetzten
- ▶ Wenig Autonomie/Mitspracherecht
- ▶ Große Verantwortung
- ▶ Schlechte Kommunikation untereinander (Arbeitgeber, Mitarbeiter)
- ▶ Mangel an positivem Feedback



22.10.2014

16

## Burnout – Entstehung

### Zusammenfassung

- Zusammenwirken von individuellen Faktoren, Arbeitsbedingungen und gesellschaftlichem Umfeld
- Entsteht nicht plötzlich, sondern über längeren Zeitraum

22.10.2014

17

## Burnout – schwer fassbarer Begriff

- ▶ Eine Vielzahl von Symptomen und Phänomenen, aber kaum spezifische!
- ▶ Fast jedes Symptom kann auch bei anderen Erkrankungen vorkommen
- ▶ Von Belastung zu Symptomen oft langsamer, schleichender Prozess
- ▶ Was ist „normaler Stress“, wo beginnt krankmachende, behandlungsbedürftige Erschöpfung?

22.10.2014

18

## Burnout und Depression

- ▶ Expertenmeinung zu Burnout: zwischen Pathologisierung alltäglicher Phänomene und Verharmlosung ernsthafter Erkrankungen
- ▶ Angst vor einer „richtigen“ psychiatrischen Diagnose: mit dem Begriff Burnout könnte eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung übersehen werden
- ▶ Differentialdiagnostik ist von zentraler Bedeutung

22.10.2014

19

## Gliederung

- ▶ Burnout
- ▶ Depression
- ▶ Gesellschaftliche Bedeutung
- ▶ Abgrenzung: Was ist noch „normal“?  
Wo beginnt die Krankheit?

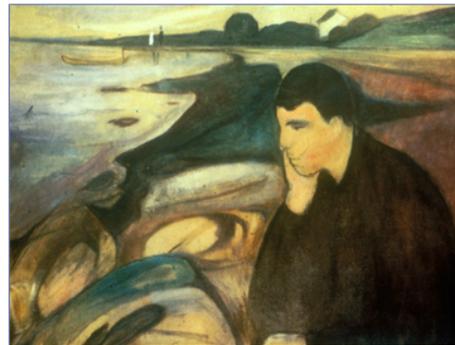


22.10.2014

20

## Das depressive Leidensbild Äußerungen wie ...

- „Ich fühle eine unendliche Traurigkeit.“
- „Ich kann keine Freude mehr empfinden.“
- „An nichts habe ich mehr Interesse.“
- „Ich bin so ohne jede Energie.“
- „Mein Denken wird langsam.“
- „Ich bin innerlich wie aufgedreht.“
- „Ich komme mir so hilflos vor!“
- „Wozu bin ich gut?“ und „Keiner versteht mich.“
- „Warum dürfen andere so viel Freude am Leben haben?“
- „Ich funktioniere nicht mehr so wie sonst.“
- „Das ist alles meine eigene Schuld.“
- „Ich habe das Gefühl, dass etwas Schreckliches passiert.“



22.10.2014

21

## Wie zeigt sich eine Depression?

Traurigkeit, die von Teilnahmslosigkeit bis zur tiefen Schwermut reichen kann.

- ▶ Leere und Hoffnungslosigkeit
- ▶ Sinnlosigkeit bis hin zu Selbstmordgedanken
- ▶ Traurige Grundstimmung und grundloses Weinen
- ▶ Herabgesetztes Selbstwertgefühl
- ▶ Antriebsminderung, Interesselosigkeit, Apathie
- ▶ Einschränkung des Mienenspiels
- ▶ Konzentrationsminderung
- ▶ Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit
- ▶ Verlust an Lebensfreude

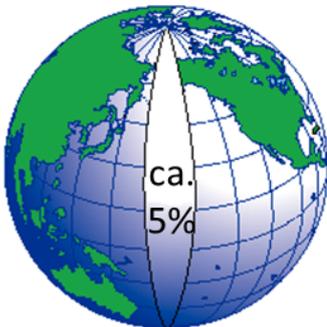
Mimik



22.10.2014

22

## Häufigkeit depressiver Erkrankungen



- ▶ Bundesgesundheitsurvey 1998 aktuelle Prävalenz: 6,3%
- ▶ Frauen : Männer = 2 : 1, alle Altersgruppen
- ▶ 10% der Hausarztpatienten
- ▶ 25% aller Behandlungen in Fachkliniken

Ca. jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression

Depression und Suizidalität:

- ▶ 10-15% der Depressiven sterben durch Suizid
- ▶ 40-70% aller Suizide: depressive Erkrankung

*(Maurer, Wolfersdorf, psycho 2000;26)*

22.10.2014

23

## Mögliche soziale Gründe für die Zunahme von Depression

- ▶ Kleinere **Familien**, geringerer Zusammenhalt
- ▶ erhöhte geographische **Mobilität**, Abnahme dauerhafter sozialer Beziehungen
- ▶ Veränderte **Rollen**erwartung bei Frauen
- ▶ gestiegene **berufliche Anforderung**
- ▶ Orientierungslosigkeit, **Werteverlust**
- ▶ **körperliche** Gründe:
  - mehr Alkohol- und Drogenkonsum
  - weniger Bewegung

22.10.2014

24

## Psychosoziale Faktoren

- ▶ Life events
- ▶ Stress
- ▶ Verlust (früher Elternverlust, Partnerverlust)
- ▶ Familie
- ▶ Persönlichkeit (z.B. dependent, zwanghaft)
- ▶ Gelernte Hilflosigkeit (Seligman)
- ▶ Kognitive Theorien (Beck)

➡ **“buffer theory”**: Schutzfunktion sozialer Unterstützung

➡ **Vulnerabilitäts - Hypothese (Brown-Harris-Modell)**

Depressive Erkrankungen treten typischerweise in Reaktion auf einen Stressor auf, und das Auftreten einer derartigen Reaktion ist bei vulnerablen Personen sehr viel wahrscheinlicher.

22.10.2014

25

Erhöhtes Suizidrisiko: 10-15% depressiv Erkrankter sterben durch Suizid

... und:



40-70% aller Suizide durch depressive Erkrankungen

*(Mauerer & Wolfersdorf, psycho 26 (2000), 315-318)*

22.10.2014

26

## Gliederung

- ▶ Burnout-Syndrom – Was ist das?
- ▶ Burnout und Depression
- ▶ Gesellschaftliche Bedeutung
- ▶ Entstehung von Burnout

Was kann man tun?



22.10.2014

27

## Burnout - Konsequenzen für den Einzelnen und die Gesellschaft

- ▶ Chronifizierung der Symptome, ggf. psychische Erkrankung, z.B.
  - Depression
  - Mißbrauch/Abhängigkeit von Alkohol, Zigaretten, Beruhigungsmitteln etc.
  - gestörtes Eßverhalten
- ▶ Ehe- und Familienprobleme
- ▶ Krankheits-/Arbeitsunfähigkeitstage
- ▶ häufiger Arbeitsplatzwechsel oder Ausstieg aus dem Beruf / Frühberentung

22.10.2014

28

## Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit (Wissenschaftliches Institut der AOK, 25.02.09)

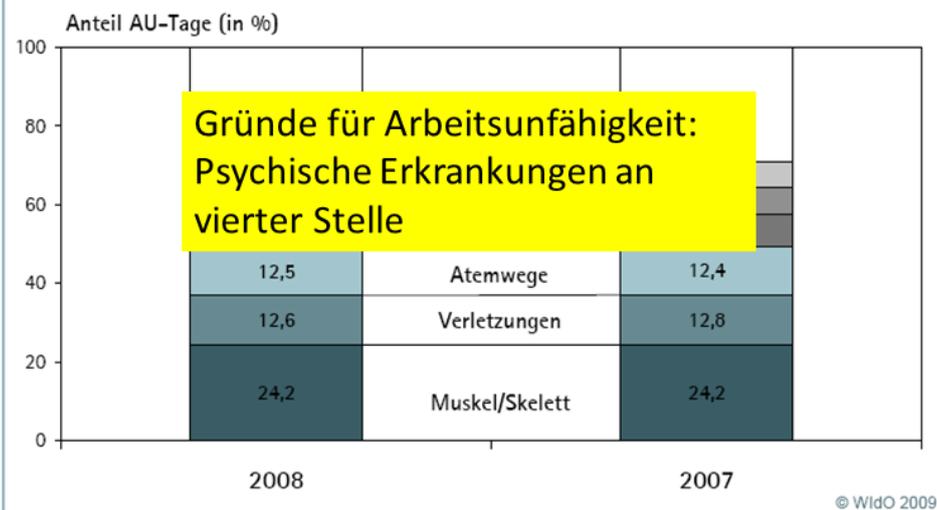
- ▶ Ausfalltage: Psychische Erkrankungen mit 8,4 % an 4. Stelle
- ▶ Seit Jahren steigende Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen (seit 1995 Anstieg um 80 %)
- ▶ Im Vergleich zu anderen Erkrankungen sind psychische Erkrankungen häufig mit langen Ausfallzeiten verbunden (durchschnittlich 22,5 Tage)
- ➔ Initiativen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, z.B. Stressmanagement

22.10.2014

29

## Mehr Erkrankungen der Atemwege und Psyche

Abbildung 4: Arbeitsunfähigkeitstage nach Krankheitsarten 2008 im Vergleich zum Vorjahr, AOK-Mitglieder

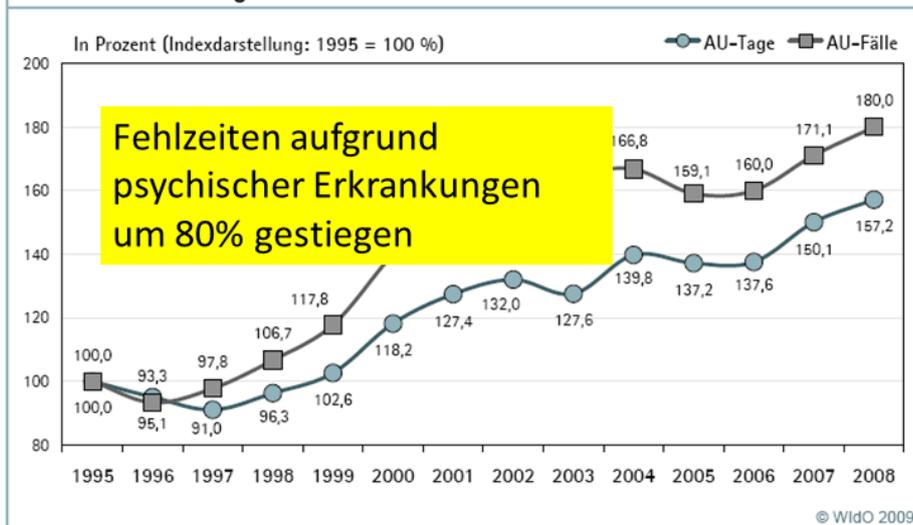


22.10.2014

30

## Deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen

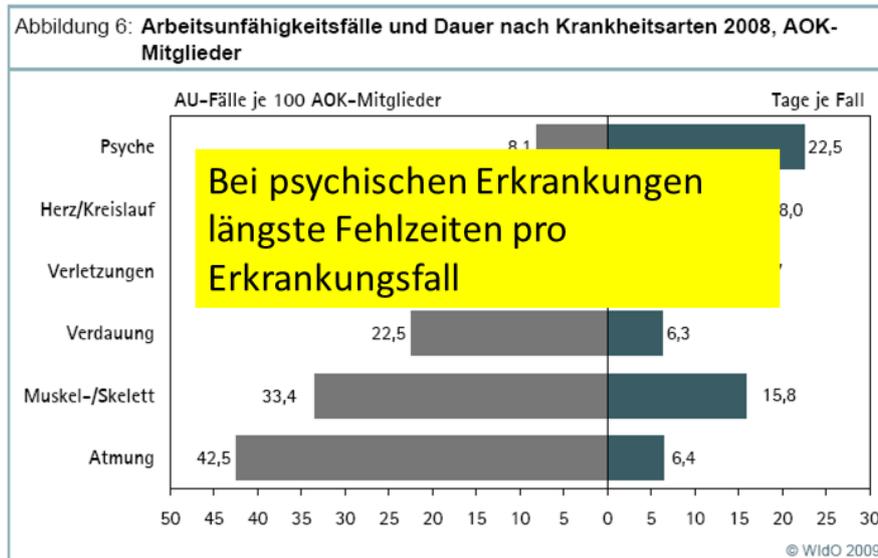
Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen 1995–2008, AOK-Mitglieder



22.10.2014

31

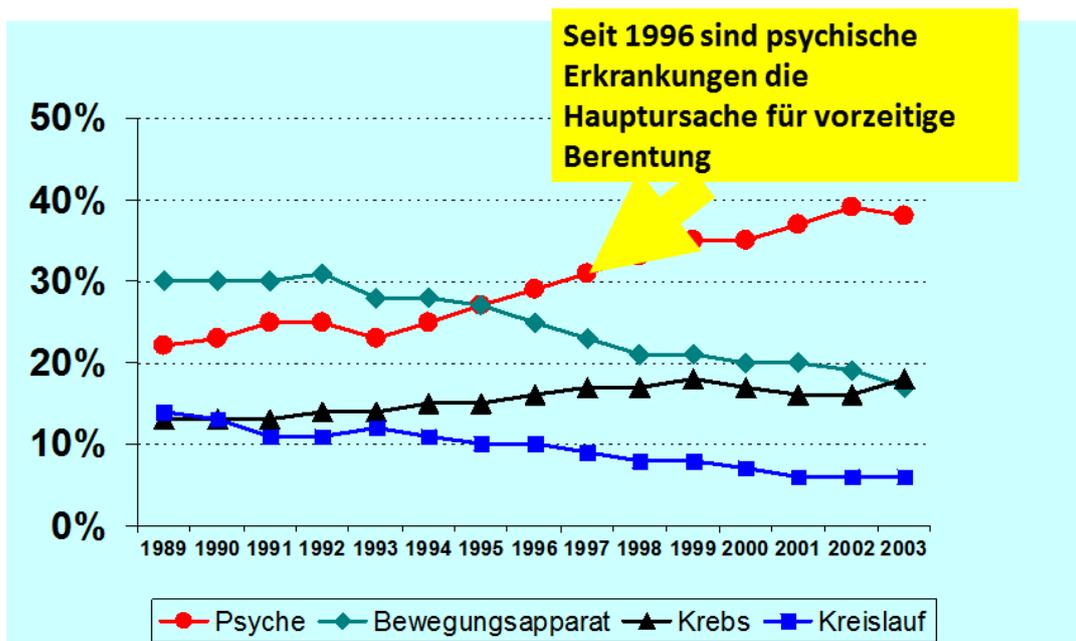
## Psychische Erkrankungen verursachen längste Ausfallzeiten



22.10.2014

32

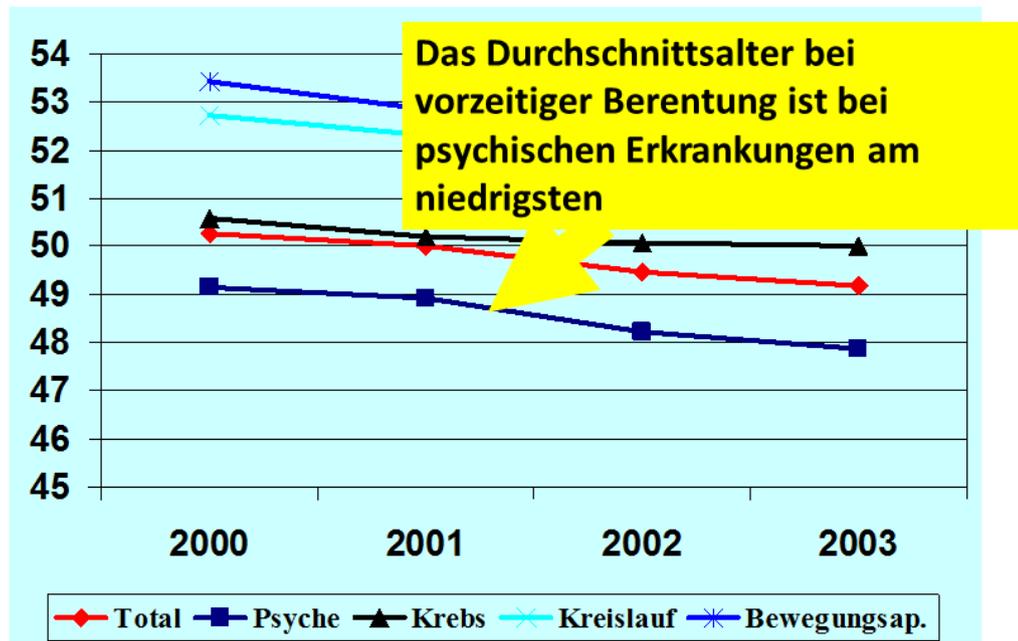
## Ursachen für vorzeitige Berentungen



22.10.2014

33

## Durchschnittsalter bei vorzeitiger Berentung



22.10.2014

34

## Aktuell: Psychische Belastungen kosten jährlich Milliarden

- ▶ Jährliche Kosten durch arbeitsbedingte psychische Störungen und darauf basierende körperliche Erkrankungen in BRD knapp 30 Milliarden Euro
- ▶ Rein psychische Erkrankungen inkl. indirekter Kosten (Arbeitsausfall, Krankengeldzahlungen, Frühverrentungen, Einnahmeverluste, Zusatzausgaben RV) 7,1 Milliarden Euro p.a.
- ▶ Zusätzlich durch psychische Belastungen verursachte Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Kreislauf-, Magen- und Darmerkrankungen
- ▶ Zusammen ca. 10 Milliarden direkte und gut 19 Milliarden indirekte Kosten
- ▶ Psychische Belastungen am Arbeitsplatz führen v.a. zu neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, Rang 2 affektive Störungen, z.B. Depression, gefolgt von Suchtproblemen
- ▶ Große Bedeutung präventiver Angebote

22.10.2014

35

## Gliederung

- ▶ Burnout
- ▶ Depression
- ▶ Gesellschaftliche Bedeutung
- ▶ Abgrenzung: Was ist noch „normal“?  
Wo beginnt die Krankheit?



22.10.2014

36

## Burnout im ICD 10 im Kapitel Z

- ▶ In der im ICD-10 wird Burnout **nicht als eigenständige Krankheit beschrieben**
- ▶ Burnout erscheint nicht unter der Rubrik "F" (psychiatrische Diagnosen) sondern unter "Z" im Kapitel XXI bei den *„Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z 00-Z 99)“* sowie bei *„Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z 70- Z 76)“*
- ▶ Wird mit dem Diagnoseschlüssel *„Z 73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“*, als *„Ausgebranntsein [Burn out]“* bezeichnet.

22.10.2014

37

## Modediagnose Burn-out

Dtsch Arztebl Int 2011; 108(46): 781-7

- ▶ **Hintergrund:** Das Burn-out-Syndrom bildet die Grundlage zahlreicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und ist damit ein wichtiger gesundheitsökonomischer Faktor. Hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Begründung, Klassifikation, Diagnostik und Therapie besteht erheblicher Forschungsbedarf.
- ▶ **Methoden:** Ein als HTA-Bericht vorliegender systematischer Review wird in eine selektive Literaturübersicht eingebettet.
- ▶ **Ergebnisse:** Bisher existieren weder eine verbindliche Definition noch ein valides, allgemeingültiges differenzialdiagnostisches Instrument für das Burn-out-Syndrom. **Die Symptomatik lässt sich den Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsbereitschaft beziehungsweise -fähigkeit zuordnen.** Vorliegende Studien zur Epidemiologie und Differenzialdiagnostik sind überwiegend von geringer Evidenz. **Kontrollierte Therapiestudien fehlen.**
- ▶ **Schlussfolgerungen:** Es besteht erheblicher Forschungsbedarf an qualitativ hochwertigen, kontrollierten Studien zum Burn-out-Syndrom. Ein **valides, standardisiertes und international konsentiertes Instrument für die Diagnostik und Differenzialdiagnostik** sollte unter Einbeziehung von Fremdbeurteilungsskalen entwickelt werden. Zur Gewinnung gesicherter Erkenntnisse über die Prävalenz, Inzidenz und Kostenrelevanz des Syndroms sind epidemiologische und ökonomische Untersuchungen vonnöten. Die Ätiopathogenese von Burn-out unter **Berücksichtigung neurobiologischer Entstehungsbedingungen** und Einflussfaktoren bleibt aufzuklären. Es ist systematische Therapieforschung zu leisten, die zu evidenzbasierten Bewertungen einzelner Therapieverfahren und deren Effektstärken führt. **Beim derzeitigen Kenntnisstand sollte der Begriff „Burn-out“ möglichst nicht als Diagnose und Grundlage für sozialrechtliche Entscheidungen herangezogen werden.**

22.10.2014

38

## Historisches

- ▶ **George Miller Beard (1839-1883):** Beschreibung der Verarmung von Nervenkraft mit übermäßiger Erschöpfbarkeit („reizbare Schwäche“). Entstehungsgrundlage wurde in den Folgen der zeitgenössischen Zivilisation des 19. Jhd. gesehen.



(Beard, 1880)

22.10.2014

39

## Historisches

- Auch bei Karl Jaspers (1883-1969) werden im Jahre 1913 „Nervosität“ und „Neurasthenie“ als typische Erkrankungszeichen seiner Zeit bezeichnet.
- Historischer Vorläufer des Burnout-Syndroms?
- Auftreten neurasthenischer Symptome wurde auch hier mit Industrialisierung im 19. Jahrhundert in Zusammenhang gebracht.



(Jäger et al., 2014)

22.10.2014

40

## Differenzialdiagnose - Neurasthenie

### Diagnosekriterien der ICD-10 (F48.0):

- ▶ Zwei Hauptformen:
- vermehrte Müdigkeit, abnehmende Arbeitsleistung, abnehmende Effektivität bei der Bewältigung alltäglicher Arbeiten, Konzentrationsschwäche bzw.
- Gefühl körperlicher Schwäche und Erschöpfung, Schmerzen, Unfähigkeit, sich zu entspannen
  
- ▶ Bei beiden Typen: „ganze Reihe von (...) unangenehmen körperlichen Empfindungen“, wie Schwindel oder Kopfschmerz.

(WHO)

22.10.2014

41

## Differenzialdiagnose - Neurasthenie

### Diagnosekriterien der ICD-10 (F48.0):

- ▶ Anhaltende und quälende Klagen entweder über gesteigerte Ermüdbarkeit oder über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringen Anstrengungen
- ▶ Mindestens zwei aus: Muskelschmerzen, -beschwerden, Schwindelgefühle, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit, Dyspepsie
- ▶ Die vorliegenden autonomen oder depressiven Symptome sind nicht anhaltend und schwer genug, um die Kriterien für eine der spezifischeren Störungen in dieser Klassifikation zu erfüllen.

22.10.2014

42

## Differenzialdiagnose - Neurasthenie

- ▶ Das entscheidende Kennzeichen des Syndroms ist der Akzent, den der Patient auf Ermüdbarkeit und Schwäche legt und seine Sorge über die verminderte Leistungsfähigkeit.

(WHO)



22.10.2014

43

## Differenzialdiagnose - Neurasthenie

- ▶ Wiederauftauchen des Neurasthenie-Begriffes nach dem Niedergang der Diagnose in 1960er Jahren mit dem „Chronic-Fatigue-Syndrom“ (CFS) in den 1980er Jahren (Schäfer, 2002)
- ▶ Überlappung des Burnout-Syndroms mit Neurasthenie / Depression (Hochstrasser et al., 2008)



22.10.2014

44

## Kritik an der Diagnose

- ▶ Erhalten ubiquitär vorhandene Phänomene wie Müdigkeit und Erschöpfung erst durch zeitabhängige kulturelle Bedingungen eine Legitimation als Symptome einer Krankheit?
- ▶ „iatrogene Symptomgestaltung“?  
(Shorter 1994; Poltrum, 2012)
- ▶ Abgrenzung zur Befindlichkeitsstörung?



22.10.2014

45

## Differenzialdiagnose - Befindlichkeitsstörungen

- ▶ Befindlichkeitsstörung als weites Spektrum **diffuser** und **subjektiver** Beschwerdebilder **ohne erklärende körperliche Ursachen** (Widder, 2007)
- ▶ Häufige Symptome der Befindlichkeitsbeeinträchtigungen: Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, sensible Missempfindungen, Globusgefühl, Schlafstörungen, Angstgefühle, Darmprobleme, ... (Koch, 2007)

22.10.2014

46

## Differenzialdiagnose - Befindlichkeitsstörungen

Von einigen Autoren zu den Befindlichkeitsstörungen gezählt (Widder und Gaidzik, 2007):

- ▶ Somatoforme Störungen
- ▶ „Neue Krankheiten“ wie Fibromyalgie-Syndrom, Chronic-Fatigue-Syndrom, Multiple Chemical Sensitivity, Sick-Building-Syndrom
- ▶ Chronisches Müdigkeitssyndrom (G 93.3)
- ▶ Neurasthenie



22.10.2014

47



**... besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

E-Mail: [t.becker@uni-ulm.de](mailto:t.becker@uni-ulm.de)

Internet: [www.uni-ulm.de/psychiatriell](http://www.uni-ulm.de/psychiatriell)



ulm university universität  
**uulm**



### 3. Workshops

In den moderierten Workshops wurde teilweise intensiv diskutiert. Die Teilnehmer entwickelten Ideen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Arbeitsfelder, die teilweise in konkrete Arbeitsaufträge an die Gremien des GPV's mündeten.

#### 3.1 Workshop 1:

##### „Generation Ritalin - AD(H)S“

**Referentin:** Frau PD Dr. Ulrike Schulze, Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie am ZfP Calw / Universitätsklinikum Ulm

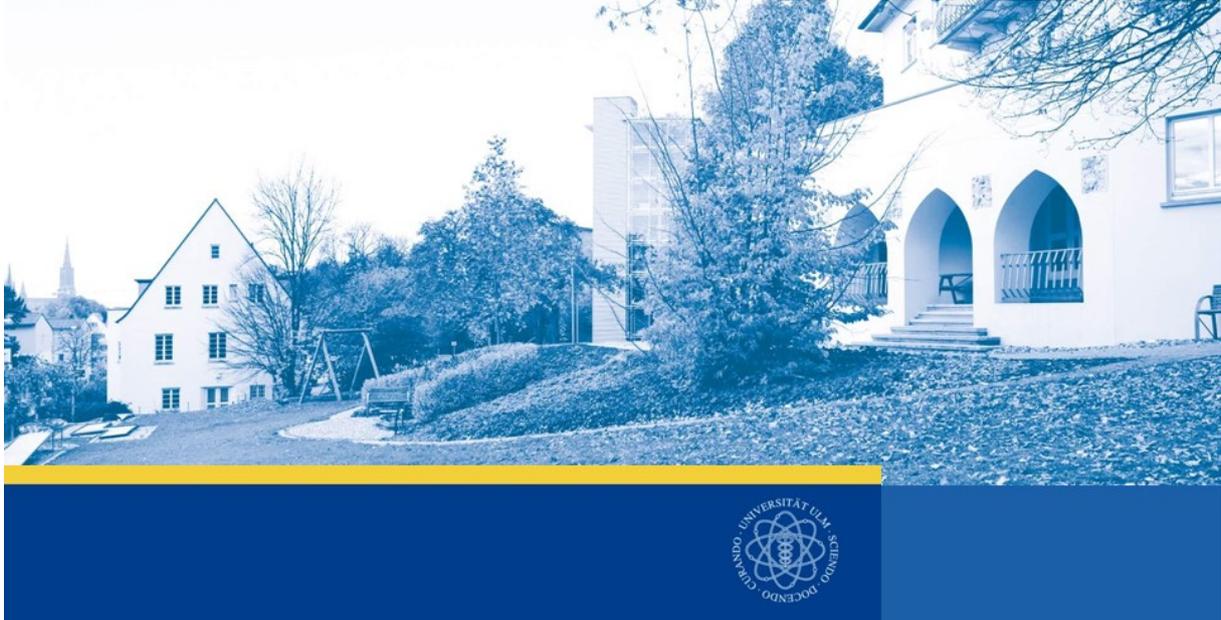
**Moderation:** Dr. Martin Küfer, Ltd. Medizinaldirektor, Öffentlicher Gesundheitsdienst am Landratsamt Neu-Ulm



## Präsentationsfolien Workshop 1: Generation Ritalin - AD(H)S



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm

# Generation Ritalin - ADHS

Ulrike M.E. Schulze



Workshop – Kloster Roggenburg –  
Drittes Forum des Gemeindepyschiatischen  
Verbundes (GPV) Günzburg/Neu-Ulm

**22. Oktober 2014**



## Ablauf

Vorstellungsrunde

Inhaltlicher Input

Rückfragen

Diskussion



## Vorstellungsrunde

Welches sind Ihre bisherigen persönlichen Erfahrungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die von ADHS betroffen sind?

Wie würden Sie einem Nichtfachmann/einer Nichtfachfrau ADHS erklären?

Welches mögliche Entstehungsmodell für ein ADHS sehen oder vertreten Sie?

Welche Erwartungen haben Sie mit in den Workshop gebracht?





## ADHS – Methylphenidat – Vorurteile (?)



ORIGINALARBEIT

## Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen

Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007

Ingrid Schubert, Ingrid Köster, Gerd Lehmkuhl

Anteil der Kinder und Jugendlichen ( $\leq 18$  Jahre) mit HKS im Vergleich der Jahre 2000 und 2007 nach Geschlecht und Alter

Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)	Behandlungsprävalenz [%]				Veränderung 2007 gegenüber 2000 in %
		2000		2007		
		Anteil (%)	95%-Konfidenzintervall	Anteil (%)	95%-Konfidenzintervall	
Männlich	unter 5	0,95	0,77–1,25	0,66	0,50–0,98	–31
	5 bis 9	4,38	3,99–4,85	4,48	4,04–5,04	+2
	10 bis 14	2,67	2,39–3,03	5,22	4,77–5,77	+96
	15 bis 18	0,48	0,36–0,70	2,18	1,88–2,60	+354
	Gesamt	2,31	2,16–2,49	3,39	3,18–3,63	+47
Weiblich	unter 5	0,51	0,39–0,75	0,19	0,13–0,42	–63
	5 bis 9	1,30	1,10–1,60	1,54	1,29–1,90	+18
	10 bis 14	0,57	0,46–0,77	1,35	1,13–1,68	+137
	15 bis 18	0,21	0,15–0,40	0,56	0,43–0,81	+167
	Gesamt	0,68	0,60–0,79	0,97	0,86–1,11	+43
Gesamt	unter 5	0,73	0,61–0,91	0,43	0,33–0,61	–41
	5 bis 9	2,88	2,65–3,16	3,04	2,77–3,36	+6
	10 bis 14	1,66	1,49–1,86	3,35	3,09–3,67	+102
	15 bis 18	0,35	0,27–0,48	1,39	1,22–1,62	+297
	Gesamt	1,52	1,43–1,62	2,21	2,09–2,34	+45

HKS, hyperkinetische Störungen; ICD-10: F90 ohne Zusatz: V (Verdacht) und A (Ausschluss)

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 36 | 10. September 2010

2007: Prävalenz 2.21 (+45%)





## AHDS – Methylphenidatverordnungen (Schubert et al. 2010)

Anteil der Kinder und Jugendlichen ( $\leq 18$  Jahre) mit Methylphenidatverordnung im Vergleich der Jahre 2000 und 2007 nach Geschlecht und Alter

Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)	Behandlungsprävalenz [%]				Veränderung 2007 gegenüber 2000 in %
		2000		2007		
		Anteil (%)	95%-Konfidenzintervall	Anteil (%)	95%-Konfidenzintervall	
Männlich	unter 5	0,00	–	0,00	–	
	5 bis 9	1,40	1,20–1,69	1,44	1,21–1,79	+3
	10 bis 14	1,55	1,34–1,83	3,19	2,84–3,64	+106
	15 bis 18	0,27	0,20–0,46	1,51	1,27–1,87	+459
	Gesamt	0,92	0,82–1,03	1,70	1,56–1,88	+85
Weiblich	unter 5	0,02	0,02–0,14	0,00	0,01–0,15	–100
	5 bis 9	0,20	0,15–0,35	0,45	0,34–0,69	+125
	10 bis 14	0,23	0,17–0,37	0,74	0,59–1,00	+222
	15 bis 18	0,05	0,03–0,18	0,24	0,17–0,43	+380
	Gesamt	0,14	0,11–0,19	0,39	0,33–0,49	+179
Gesamt	unter 5	0,01	0,01–0,07	0,00	0,01–0,08	–100
	5 bis 9	0,82	0,71–0,98	0,96	0,82–1,15	+17
	10 bis 14	0,91	0,79–1,06	2,01	1,81–2,26	+121
	15 bis 18	0,16	0,12–0,26	0,89	0,76–1,08	+456
	Gesamt	0,54	0,49–0,60	1,06	0,98–1,16	+96

2007 wurde 1.06% der Mädchen und Jungen mindestens einmal MPH verordnet (+96% gegenüber 2000)

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 36 | 10. September 2010



## ADHS – Verschreibung von Methylphenidat – Reglementierungen (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe 2014)

**Stimulantien, z. B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika, coffeinhaltige Mittel sind nicht verordnungsfähig**

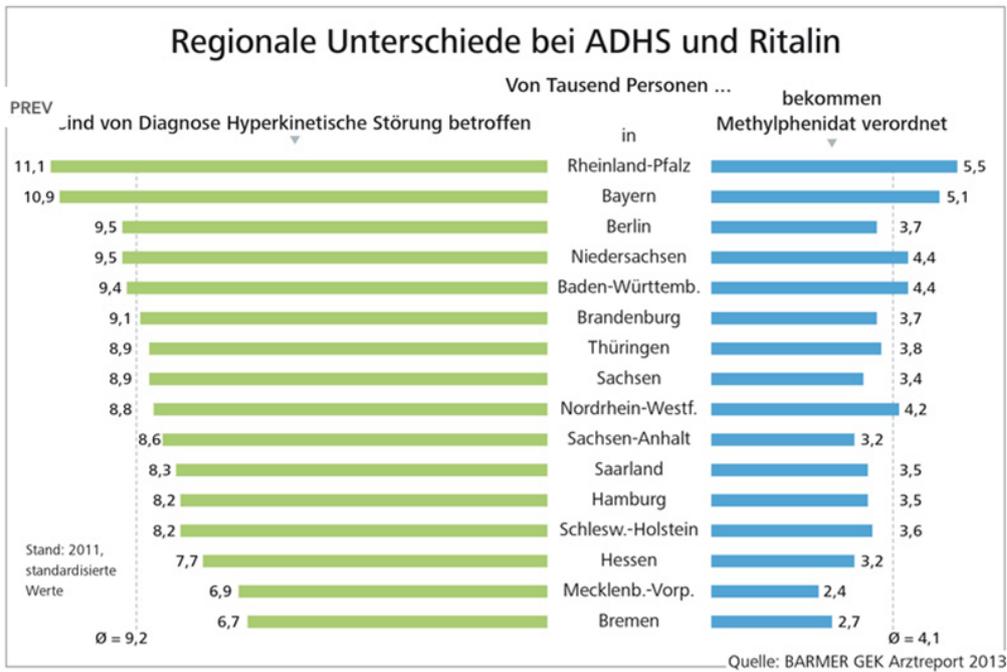
**ausgenommen bei Narkolepsie**

**ausgenommen bei Hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS) bei Kindern (ab 6 Jahren) und Jugendlichen:**

- Im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.
- Die Diagnose darf sich nicht allein auf das Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome stützen (Verwendung z. B. der DSM-IV-Kriterien).
- Die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen verordnet (Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin; Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen) und unter dessen Aufsicht angewendet werden.
- In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärztinnen/Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt.

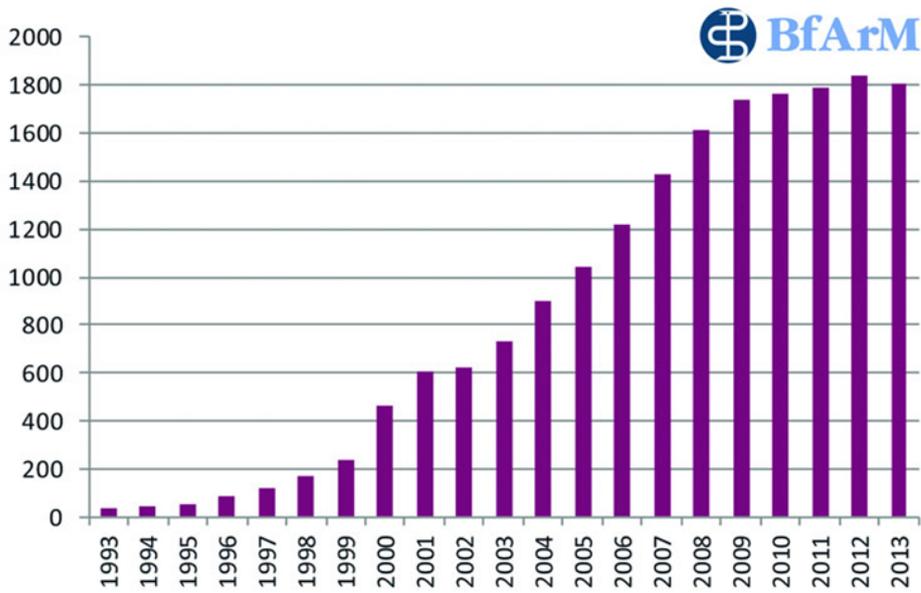
Der Einsatz von Stimulantien ist im Verlauf besonders zu dokumentieren, insbesondere die Dauertherapie über 12 Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten.





## Methylphenidat – aktuelle Verschreibungszahlen: erstmalig leichter Rückgang (Mitteilung vom 01.04.2014, DÄB)

### Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln\*



\*Angaben in Kilogramm

Grafik: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte





„Daten der Krankenkasse TK weisen ebenfalls auf ein

**Umdenken bei der ADHS-Therapie** hin.

Zwischen 2009 und 2012 ist demnach die Zahl der Kinder zwischen sechs und 17 Jahren, die Medikamente gegen ADHS bekommen haben, bundesweit um gut 3,4 Prozent gesunken.

Zuvor hatte es zwischen 2006 und 2009 noch einen Anstieg um 32 Prozent gegeben...“

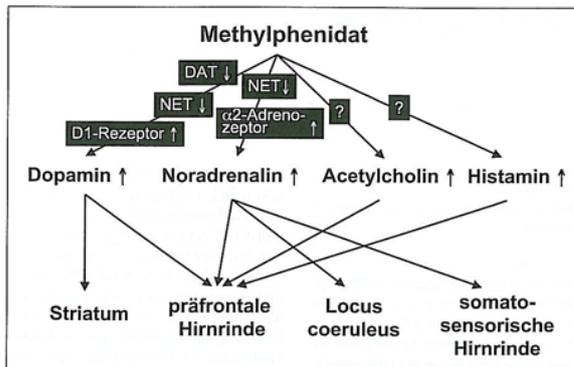


## Wie wirkt Methylphenidat?





## ADHS – Methylphenidat – Wirkmechanismus? (nach Krause & Krause 2010)



- **Präfrontaler Kortex:** kaum DAT, jedoch Noradrenalintransporter (NET), NET fördert vermutlich auch DA-Aufnahme (**Locus coeruleus:** modulatorische Aktivität)
  - Ansatzstelle für MPH und Atomoxetin
- **MPH:** blockt NET fast ebenso effektiv wie DAT (Tierexperiment), evt. auch den postsynaptischen D1-Rezeptor (DA) sowie den  $\alpha$ 2-Adrenorezeptor (NA)
  - tierexperimentell zusätzlich Acetylcholin- bzw. Histaminanstieg → **kognitive Funktionen**

• **Striatum:** im Verbund mit präfrontalem Kortex Modulation und Steuerung von Arbeitsgedächtnis, nicht fokussierter Aufmerksamkeit, Reizhemmungsmechanismen, exekutiven Funktionen

• **Dopamintransporter (DAT):** generell scheint eine vermehrte DAT-Verfügbarkeit typisch für ADHS; insgesamt höchste Konzentrationen im Striatum (Mensch), *DA-Rücktransport in das präsynaptische Neuron* → Schlüsselrolle für neuronale DA-Aktivität

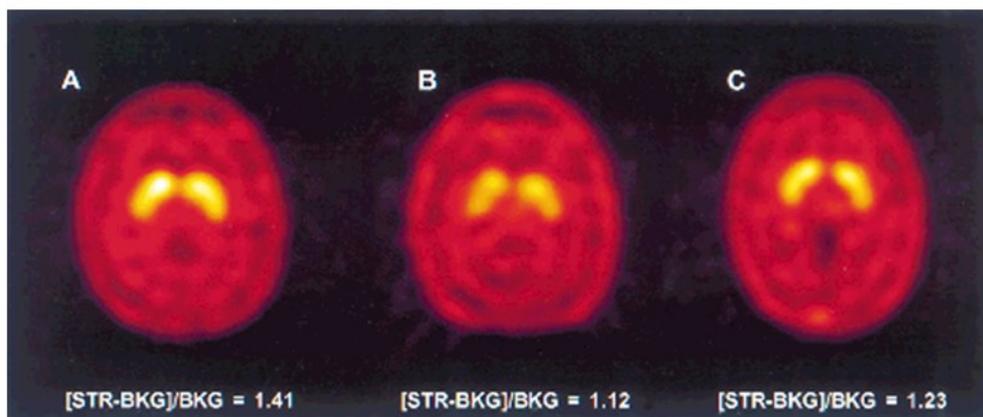
• **MPH:** sorgt für Erhöhung der Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt
 

- Besetzen von DAT-Bindungsstellen → Blockade



## Dopamintransporter-Dichte - Wirkung von Methylphenidat

Die Dichte des Dopamintransporters ist bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS im Striatum um **16-40%** erhöht.



Patient ohne MPH

Patient mit MPH

Gesunder Proband

*Krause et al., 2000; weniger ausgeprägt bei ADS? (Tierversuch, Roessner et al. 2010)*





## Methylphenidat – unerwünschte Wirkungen

- **Wachstumsrückstand** (Swanson et al. 2007, Faraone et al. 2008, Zhang & Zhuang 2010) umstritten (Spencer 2006, Biederman et al. 2010) bzw. noch keine endgültigen Aussagen möglich, für Amphetamin beschrieben (Berman et al. 2009, Faraone et al. 2010), fraglich generelle Charakteristika im Wachstumsverlauf (Hanc & Cieslik 2007)
- **Schlafstörungen** / Reduktion der Quantität (Galland et al. 2010), dennoch kann eine medikamentöse Behandlung (mit Stimulanzien) die Schlaf-Qualität teilweise verbessern (Ganelin-Cohen & Ashkenasi 2013)
- **Herz-Kreislaufsystem:** Erhöhung von Blutdruck, Pulsfrequenz (Bejerot et al. 2010), EKG-Veränderungen (Nashoni et al. 2009, Silva et al. 2010)
  - mögliches Risiko für plötzlichen Herztod oder andere ernsthafte Komplikationen aller Wahrscheinlichkeit nach ausschließlich bei Patienten mit bereits bekannten kardialen Problemen



kardiologische Voruntersuchungen bei entsprechender Risikokonstellation ggf. sinnvoll



## Stimulanzientherapie – kardiovaskuläre Nebenwirkungen (Dalsgaard et al. 2014)

Daten des zentralen dänischen Personenregisters  
n = 714.258 Kinder (geb. zwischen 1990 und 1999),  
**8.300** dieser Kinder: ADHS-Diagnose nach dem 5. Lj.

### Ergebnisse:

kardiovaskuläres Ereignis bei insgesamt 5.734 Kindern, davon **111** in der medikamentös behandelten Gruppe

Kinder, die eine ADHS-spezifische Medikation einnahmen, erlitten häufiger ein kardiovaskuläres Ereignis:

- **Cerebrovaskuläre Erkrankungen (8 %)**,
- **Arrhythmien (23 %)**
- **nicht weiter spezifizierte Herz- (14 %) und kardiovaskuläre Erkrankungen (40 %)**

### **Ansteigen des kardiovaskulären Risikos mit steigender Dosis!**

**Schlussfolgerung:** kardiovaskuläre Ereignisse zwar insgesamt selten, jedoch unter der Therapie statistisch häufiger aufgetreten





## ADHS – Suchterkrankungen – Risiko (Levy et al. 2014)

Zusammenhang zwischen  
ADHS im Kindesalter,  
Genusmittelabhängigkeit  
im Jugendalter  
und Substanzmissbrauch und –  
Abhängigkeit im Erwachsenenalter

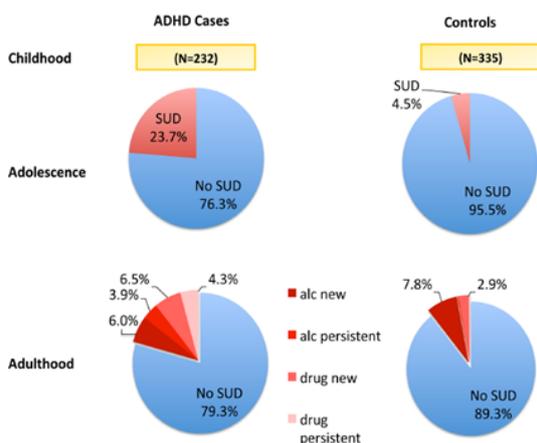


Figure 1. Adolescent SUD and adult substance dependence outcomes for childhood ADHD incident cases and controls. \*Individuals with both "drug" dependence and alcohol dependence are coded as drug dependent in these figures. Individuals coded as alcohol dependent did not meet dependence criteria for any other substance. doi:10.1371/journal.pone.0105640.g001

N = 232 Individuen mit ADHS,  
335 Kontrollpersonen  
(mittleres Alter: 27.0 und  
28.6 Jahre)

### Prospektive Studie/Ergebnisse:

- Teilnehmer mit ADHS zeigten deutlich häufiger eine Suchterkrankung sowohl im Jugendalter als auch als Erwachsene
- Teilnehmer mit ADHS, welche keine Abhängigkeit im Jugendalter entwickelt hatten, zeigten auch als Erwachsene kein höheres Risiko für eine Alkoholerkrankung, jedoch für die Entwicklung einer Suchtentwicklung im Hinblick auf andere Drogen (**ZNS-Veränderungen**)



## Methylphenidat – möglicherweise auch protektiv wirksam – Meta-Analyse (Schoenfelder et al. 2014)

- ADHS birgt signifikant höheres Risiko zu rauchen
- 17 Studien (meist naturalistisch), n = 2360 (gesamt)
- Die Meta-Analyse zeigte eine signifikante Verbindung zwischen einer Stimulanzientherapie und niedrigeren Raucher-Raten.
- Der Effekt war stärker in Stichproben mit ausgeprägter Psychopathologie, also bei Patienten mit schwerem ADHS sowie bei Teilnehmern, die ihre Medikamente regelmäßig eingenommen hatten.
- Unklar bleibt offensichtlich dennoch, wann die Therapie begonnen werden sollte und über welchen Zeitraum sie durchgeführt werden müsste, um die Jugendlichen vom Rauchen abzuhalten.





## ADHS – Therapie – medikamentöse Alternative: Atomoxetin

- ebenfalls zur Behandlung des AD(H)S im Kindes- und Jugendalter in Deutschland zugelassen
  - Dosierung: 0.5-1.2 mg/kgKG, gewichtsabhängig (70kg KG-Grenze maximal 40-80mg/die)
- ursprünglich als Antidepressivum – **selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer** – entwickelt, diesbezüglich nicht ausreichend wirksam, keine Verschreibung nach BTM-Gesetz
  - Struktur ähnlich dem Fluoxetin
  - gravierendste mögliche Nebenwirkung: Suizidalität
- Studien: inkonsistente Befunde zur gleichwertigen Wirksamkeit, jedoch teilweise gute Befunde zu comorbiden Bedingungen (z.B. Dyslexie) (Sumner et al. 2009)
- eigene positive Erfahrungen bei comorbider Enuresis sowie bei Ticstörungen
- Gemäß europäischer Richtlinien Mittel der ersten Wahl bei Substanzmissbrauch, komorbider Angst- oder Ticstörung, 24-Stunden-Wirkung wichtig



## Die Hoffnung ist also groß...

- ... verlässliche Behandlungsmethoden alternativ zur medikamentösen Behandlung des ADHS zu finden ...





## AHDS – Behandlungsalternativen

### Verhaltensebene

Elterntraining: Evidenz nicht ausreichend als Basis für klinische praktische Leitlinien (Zwi et al. 2011: Cochrane Review)

Soziales Kompetenztraining: bisher wenige aussagekräftige Studien, um eine überzeugende Wirkung feststellen zu können (Storebø et al. 2011: Cochrane review)

### Mögliche Alternativen zu Medikamenten

Fischöl: die Wirkung von Omega-3-FS wird teilweise wirkungsvoll beschrieben, konnte jedoch noch nicht hinreichend belegt werden (Bartl et al. 2014; Montgomery et al. 2013; Helsinkov et al. 2014; Dean et al. 2014)

Akupunktur: Evidenz zu gering, bisher Wirkung nicht ausreichend belegbar (Lee et al. 2011), dennoch auch positive Meldungen (Tas & Acar 2014)

Zink: evtl. zusätzlich zur Behandlung mit MPH (Lepping & Huber 2010)



## ADHS - Elternarbeit – THOP (Döpfner et al. 2002)

= modulares Trainingsprogramm mit Behandlungsbausteinen für Kinder mit hyperkinetischen Störungen und oppositionellem Trotzverhalten sowie deren Eltern

o nicht in Gruppen, sondern als Individualintervention

o kindliche Interventionsbausteine und elternzentrierte Bausteine

o Anregungen zur Zusammenarbeit mit Schule oder Kindergarten

- ❖ Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung
- ❖ Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen
- ❖ pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellen Verhalten
- ❖ spezielle operante Methoden
- ❖ Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen
- ❖ Stabilisierung der Effekte





## ADHS – Therapie – Eltertraining

### Cochrane Review durch Zwi et al. 2011:

Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years.

### Schlussfolgerungen der Autoren:

„Eltertraining kann einen **positiven Effekt auf das Verhalten von Kindern mit ADHD** haben. Es vermag ebenso **elterlichen Stress reduzieren** und **elterliches Vertrauen erhöhen**.

Dennoch erhöht die dürftige methodische Qualität der in den Review eingeschlossenen Studien das Risiko einer „verfälschten“ Interpretation der Ergebnisse.

Die **Daten zum ADHD-spezifischen Verhalten** sind **nicht eindeutig**. Insbesondere fehlen letztere zu zahlreichen wichtigen Zielgrößen, einschließlich des schulischen Erfolges. Die **Evidenz** des vorgelegten Reviews ist nicht stark genug, um als **Basis für praktische klinische Leitlinien** dienen zu können...“



## AD(H)S – Dopaminerges System – Zinkmangel (Lepping & Huber 2010)

Dopamintransporter: Regulation durch Zink ( $Zn^{2+}$ ) / hoch affine Seite

Direkte Interaktion zwischen Zink und dem Transporter-Protein

In-vitro-Studien: verminderte Wirksamkeit von MPH bei Zinkmangel

Dysfunktion bei AD(H)S → ätiologisch bedeutsam?

- Bestimmung der Zink-Konzentration im Serum → häufig Mangel
- Substitution zusätzlich zur medikamentösen Behandlung z.B. mit Methylphenidat gefolgt von verbesserter Wirksamkeit von MPH





### Kognitive Verfahren

- Marburger Konzentrationstraining (MKT)  
= kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, u.a. Selbstinstruktions-training, erste signifikante Ergebnisse belegt (Krowatschek et. al. 2004; Schäfer 2010)
- Erwachsene: MCT (Meta-Cognitive Therapy)  
= kognitiv-behaviorale Prinzipien, entwickelt zur Förderung des exekutiven Selbstmanagements (Skills und Strategien zum Zeitmanagement, zu Organisation, Planung und Umgang mit depressiogenen und anxiogenen Denkmustern) , erfolgversprechende Ergebnisse in einer größeren kontrollierten Studie (Solanto et al. 2010)
- Computer-basiertes Training: weitere Studien notwendig, um Evidenz belegen zu können (Sonuga-Barke et al. 2014)
- Neurofeedback: auch hier weitere kontrollierte Studien gefordert ... (Holtmann et al. 2014); erhöht scheinbar speziell die **Impulskontrolle** (MKT übt hingegen besonders großen Einfluss auf die **Unaufmerksamkeit** aus; Schäfer 2010).



Marburger Konzentrationstraining:  
<http://www.marburgerkonzentrationstraining.de>





## Marburger Konzentrationstraining - Methoden

- Verbesserung der Aufmerksamkeitssteuerung über die Methode der verbalen Selbstinstruktion.
- Übungen zum Training von Feinmotorik, Wahrnehmung, Merk- und Denkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis.
- Gruppensetting ermöglicht Interaktion und Einüben von Regeln.
- Einsatz verschiedener Techniken aus der Verhaltensmodifikation.

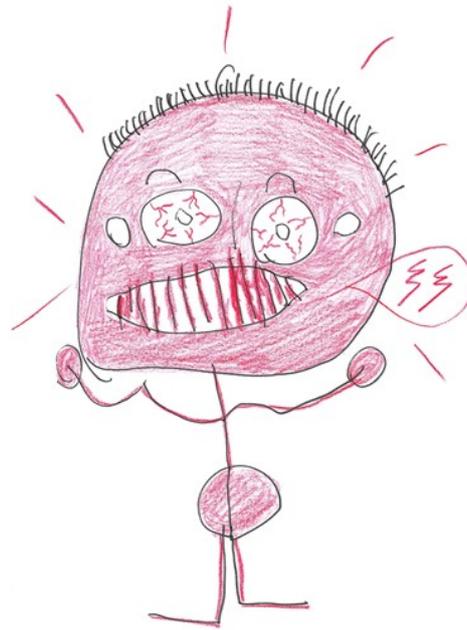


## ADHS – Verhaltens-Therapie – Selbstinstruktionstraining

Selbstinstruktionskarten  
Diese Hinweisbilder („cue cards“) sollen das Kind dazu anhalten, zu sich selbst in handlungsanleitender Weise zu sprechen (in Anlehnung an das „Think Aloud“-Manual von B. Camp).



## Das Wutmännchen



## Das halbe Wutmännchen



VON EVELYN ROLL

Nicht funktioniert, und das funktioniert tatsächlich. Konzentriert an das Nichts denken, und schon senkt sich der Kampfjet wie durch Zauberer unter die horizontale Linie, die dem Bildschirm in die obere und untere Hälfte teilt. Gedanken an eine schwarze Wund hatten nichts geändert an der Flughöhe, ich-lingens entspannt auch nicht. Ruhig an ein paar Takte aus Johann Sebastian Bachs Wohltemperiertem Klavier zu denken, hatte das Flugzeug sogar leicht angehoben, in die falsche Richtung also, nicht so schnell und so weit in die Höhe wie verlin mit der Idee: Manuel Neuer vom Elfmeter. Da war die Aufgabe allerdings noch gewesen: Flugzeug nach oben!

Aber Nichts denken, nothing, Nirwana, und schon schmerzt der Kampfjet ab nach unten, wo er hin soll. Zur Belohnung poppt eine neongraue Zickzacklinie-Skizze auf.

Kein Wunder, dass die meisten Kinder gerne ins Institut kommen zum Training. Ohne Tastatur und Maus, nur durch Denken, reines Denken, Gegenstände auf dem Bildschirm in den Sinkflug zu zwängen und wieder hochschleifen zu lassen, das ist eine Glashaute produzierende Erlebung von Selbstwirksamkeit. Wie Tim, dessen Geschichte gleich erzählt werden soll, es beschreibt hat: „Wow, unglaublich. Da tut sich was. Du kannst was ändern. Ich kann das selber machen. Nur mit Gedanken, ganz alleine, nur durch mich.“

Tag für Tag fluten in Deutschland 200 000 Kinder ihre Gehirne mit einer dem Koffein verwandten Droge, die unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, im Sport als Doping verboten ist, gravierende Nebenwirkungen hat, abhängig machen kann und die Störung nicht heilt, sondern nur die Symptome ausgleicht.

„Was wäre, wenn du dich stattdessen über sieben auf zwei Klipps gesetzte Elektroden und einen Signalverstärker an einem Neurofeedback-Computer anschließen, mit dem Kampfjet spielen und so ihren Gehirn in etwa 45 Sitzungen beteiligen könnten, keine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS, mehr zu haben?“

Novartis macht im Jahr allein mit Ritalin einen Weltumsatz von 554 Millionen Dollar

Für die Kinder und ihre Eltern wäre das phantastisch, ein Segen. Für die Pharmaindustrie, die mit Methylphenidat viel Geld macht, nicht. Fast zwei Fünftel Ritalin werden jedes Jahr in Deutschland verschrieben. Die Pharmafirma Novartis macht im Jahr allein mit Ritalin einen Weltumsatz von 554 Millionen Dollar. Wer lässt sich so ein Geschäft kaputt machen von der größten Neoplastizität und Lernfähigkeit

## Denk an dich

200 000 Kinder nehmen in Deutschland Ritalin, weil sie als hyperaktiv gelten. Dabei sind die Pillen oft nicht nötig. Es reicht die Kraft der Gedanken



Tim Wagner sitzt an der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, besser bekannt als ADHS. Ob im Kindergarten, in der Schule, im Schwimmbad: „Es gab einfach nur immer Stress.“ Seit seinem „Neurofeedback“-Training gilt er als geheilt.

chen Mochen? „Wenn der Mathetest ungeteilt wird, Gehirn runter. Und aktivieren, wenn das Rechnen klappt. Das ging alles super. Heute ist das überhaupt vollautomatisch. Ich denke gar nicht mehr dran.“

Tim hatte nicht nur gelernt, seine neurologische Aktivität zu hemmen oder zu verstärken, sondern auch: Jemandem etwas zu sagen. Die Strehli sagt: „Im Durchschnitt brauchen wir 13 Stunden Training, bis ein Kind selbst den Konzentrationsmodus einstellen kann. Irgendwann macht es klick. Und dann kann man selber sein Gehirn umschalten.“ Tim hat insgesamt zweimal 25 Stunden Neurofeedback-Training bekommen. Während der zweiten Stunde haben die Eltern angefangen, das Ritalin abzusetzen. Erst mal nur die halbe Dosis. Das ging ohne Probleme. Aber ganz ohne?

Familie Wagners tat sich das mit einem regelrechten Doppelblindversuch: Der Kinderarzt hatte Placebos bestellt, die ganz genau wie Ritalin Pillen aussahen. Vier Wochen lang hat der Vater dann morgens, bevor er aus dem Haus ging, eine Tablette hingegut. Niemand wusste: Setzt er Tim heute auf Ritalin oder auf Placebo?

„Nach vier Wochen war klar: Ich darf ganz ohne Tabletten. Ich war an meinem Ziel. Alles lag jetzt in meinen eigenen Händen. Ich wusste, wenn ich muss, kann ich. Wenn ich will, schaffe ich es. Das ist ein großes Lebensgefühl.“ Und ein sonderbarer Moment im Garten der Wagners: Dieses „Waa-ich-mit-dir-alles-erleben-musste“-Wohlfühlen im Blick einer Mutter auf ihren Sohn, der sie um mehr als einen Kopf überragt. Und ein Sohn, der genau das spürt. Die Noten wurden besser, wurden gut, wurden sehr gut. Es gab kaum noch Probleme zu Hause. Die Lehrer hatten ihn zwar noch eine Weile in der schiefen Schublade, Klassenclown und so. „Aber ich wusste: Ich habe es im Griff.“

Klappt die Selbstregulierung im Kopf, verliert man sie nicht mehr. Das ist dann wie Fahrradfahren.

Und, verliert man das wieder? Muss man das auffrischen nach ein paar Jahren? „Wer Fahrrad fahren kann, geht doch auch nicht nach zwei Jahren in die Klinik und sagt: Darf ich noch mal mit Stützrädern üben?“ Ute Strehli erklärt es so: „Wir nehmen an, dass die Fähigkeit zur Selbstregulation nach 25 bis maximal 45 Trainingssitzungen im prosodischen Gedächtnis abgespeichert ist und vollautomatisch funktioniert.“ Wenn die Selbstregulierung gelingt, dann ist ADHS also ganz weg, das Gehirn ist gesund. Und Tim? Hat er einen Tipp für die vielen Zehntausenden da draußen, die ADHS haben? „Ja. Nicht erschrecken vor den Medikamenten. Mit denen ist erst mal vieles möglich. Aber es ist eine große Befreiung, wenn man das dann alleine steuern kann.“ Ein Happy End?

Für Tim ja. Tim hat Abitur gemacht.



## ADHS – Therapie – Neurofeedback (Gevensleben et al. 2010)

- umfasst Elemente neurophysiologischer, behavioraler und kognitiver Ansätze
- = ein weiteres Modul kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionsansätze für die Therapie von ADHS
- basiert auf empirischen Befunden, die hirnelektrische Aktivität (EEG; ereignisbezogene Potentiale, EPs) betreffend
- setzt an der Selbstregulation dieser hirnelektrischen Parameter an
- ermöglicht den Patienten ein **bestimmtes hirnelektrisches Muster** unter Verwendung operanter Verstärkung gezielt zu verändern und diese Regulationskompetenz in Form erlernter Selbstinstruktionsstrategien in den Alltag zu transferieren
- überträgt damit dem Patienten die **Kontrolle über seinen Aufmerksamkeitszustand** und versetzt ihn in die Lage, gezielt und eigenständig einen möglichst situationsangemessenen, aufmerksamen Zustand einzunehmen (i.S. eines **optimierten Selbstmanagements**)





# Ist ADHS eine Modekrankheit?

## Welche Symptome sind zu beobachten?



### ADHS – keine Modekrankheit



1845 Hoffmann: „*Der Struwwelpeter*“  
(ab 1851 Direktor der Frankfurter "Anstalt für Irre und Epileptische")

1881 Scherpf: „*Das impulsive Irresein als häufigste kindliche Seelenstörung*“

1902 Still: Kinder mit „*Defects in Moral Control*“

1917 Czerny: „*Schwererziehbare Kinder*“

20er Jahre / Kramer und Pollnow: „*erethisches Irresein*“

1937 Bradley: Erstbeschreibung der Wirkung von Stimulanzien  
(21 Jungen, 9 Mädchen, 5-14 Jahre alt, Bazedrin, 20mg/die)





## AD(H)S - Begriffe und Bezeichnungen

**ADS:            Aufmerksamkeits-Defizit-Störung**

**ADHS:          Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung**

**ADD:            Attention Deficit Disorder**

**ADHD:          Attention Deficit Hyperactivity Disorder**

**HKS:            Hyperkinetisches Syndrom**

### ICD-10:

**F90.0: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung**

**F90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**

**(F98.8: Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität)**



# Symptomatik





## AD(H)S - Kernsymptome

### Überaktivität

- Hyperaktivität
- fein- und grobmotorische Unruhe
- Kraft und Tempo schlecht dosiert
- Verhalten nicht situationsgerecht

### Impulsivität

- Probleme bei der Selbstkontrolle
- Mangel an vorausschauender Planung
- geringe Frustrationstoleranz
- schnelle Stimmungswechsel

### Unaufmerksamkeit

- Aufmerksamkeitsstörung
- Ablenkbarkeit
- Mangel an zielgerichteter Aktivität



## ADHS – Schweregrad abhängig

- von der *Intensität* der Symptomatik
- vom *Grad der Generalisierung* in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Kindergarten / Schule, Freizeitbereich)
- von der *Einschränkung des Funktionsniveaus* in diesen Lebensbereichen
- von der *Ausprägung*, in der die Symptomatik nicht nur in fremdbestimmten Situationen (z.B. Schule, Hausaufgaben), sondern auch in selbstbestimmten Situationen (Spiel) auftritt





# Diagnosestellung

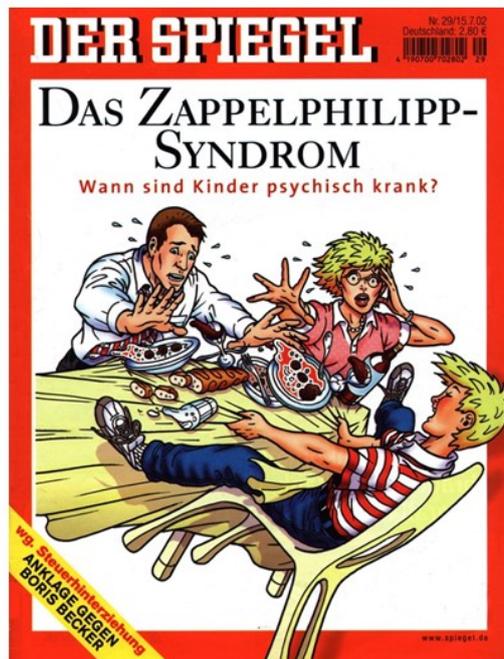


## AD(H)S - Spektrum-Erkrankung

Keine kategoriale Auffälligkeit sondern **Verhalten bewegt sich auf einem Kontinuum** „normalen“ Verhaltens hin zum „pathologischen“ Verhalten

Situationsspezifität der Symptome und damit **hohe Umwelt-Abhängigkeit**

→ ab wann beginnt Pathologie?





## ADHS - Diagnosestellung

- Symptome **situationsübergreifend**
  - Schule, zuhause, Untersuchungssituation
- abnormes Ausmaß für **Entwicklungsstand**
- Beginn vor dem 7. LJ (**Alter**)
  - DSM V: 12. LJ: "several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms were present prior to age 12; a comorbid diagnosis with autism spectrum disorder is now allowed"
- mindestens seit 6 Monaten (**Dauer**)





## Diagnosestellung – Leitlinien der DGKJPP

1. Symptomatik (Exploration)
2. Entwicklungsgeschichte (biographische Anamnese, Temperament, Beginn und Verlauf der Symptomatik)
3. Psychiatrische Komorbidität (Sozialverhalten, Teilleistungen, Tics, Angst, Depression)
4. Störungsspezifische Rahmenbedingungen (Fremdanamnese, körperlich-neurologische Untersuchung, Erziehung)
5. Testpsychologische Diagnostik (Intelligenz, Teilleistungen, Entwicklungsstand)
6. Apparative Labordiagnostik (Schilddrüsenfunktion, EEG)
7. Differentialdiagnostik



## ADHS - Diagnostik

Anamnese !  
Anamnese !!  
Anamnese !!!

**Es gibt keinen Test für ADHD,**  
sondern ADHD ist **eine klinische Diagnose**, die auf

- ▶ Zusammenschau aus Anamnese (auch Fremdanamnese),
- ▶ Verhaltensbeobachtung  
**standardisierte objektivierender Fragebögen**
- ▶ testpsychologischen Untersuchungen,
- ▶ körperlich-pädiatrischer Untersuchung beruht.





## ADHS - Unterschiede in der Diagnose nach ICD-10 und DSM-V

- ICD-10: Symptome aus allen Hauptkategorien notwendig
- DSM V: Untertypen möglich  
(bei Erwachsenen/Jugendlichen evt. „in partieller Remission“) → Prävalenz USA 9%, Europa 3-6%
  - reine Aufmerksamkeitsstörung = ADS (ca. 25%)
  - reine Hyperaktivität / Impulsivität (ca. 5%)
  - Mischtyp (ca. 70%) - entspricht der Hyperkinetischen Störung (Prävalenz: ca. 3%)



## Entwicklungsverlauf





## ADHS – Symptome entwicklungsübergreifend

Vorschulalter	Schulalter	Jugendalter
geringe Frustrationstoleranz		
kann nicht bei einer Sache bleiben		
Impulsivität		
„Schreikind“	Leistungsprobleme	
„immer auf Achse“	„Hausaufgabendrama“	leichte Beeinflussbarkeit
hohes Mittelpunktsstreben	Störenfried, Klassenkasper	risikoreiches Verhalten
		ausgeprägte Stimmungs labilität

Feinmotorik: schlechte Schrift, mangelnde, Feindosierung des Krafteinsatzes  
 Mimik: stehendes Lächeln, Grimassieren, assoziierte Mundbewegungen  
 Gestik: überschießende Bewegungen; Stimmungs labilität: Wutanfälle, Euphorie



## AHDS – Geschlechtsunterschiede

- deutliches Überwiegen des **männlichen** Geschlechts:  
**2.5 – 4 : 1** (Feldstichproben) bzw. **9:1** (klinische Kohorten)
- keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich AD(H)S-Subtypen  
 (Soendergaard et al. 2014)
- Geschlechtshormone bzw. die Zyklustätigkeit spielen  
 möglicherweise eine besondere Rolle hinsichtlich des klinischen  
 Bildes eines ADHS bei Mädchen/Frauen (Haimov-Kochman & Berger 2014)





## AD(H)S – Jugendalter – ansteigende Remissionsraten (Döpfner 2009)

- **Syndromatische Remission**: Diagnosekriterien nicht mehr vollständig erfüllt
- **Symptomatische Remission**: keine klinisch relevante Symptomatik mehr vorliegend
- **Funktionelle Remission**: auch keine funktionellen Einschränkungen mehr (Familie, Schule, Freizeit)
- **KIGGS-Studie**: Verminderung der Prävalenzraten (DSM-IV-Kriterien) von ca. **6.5%** der 7-10Jährigen auf knapp **4%** bei den 14-17Jährigen  
Deutliche Verminderung von Hyperaktivität und Impulsivität
- Unaufmerksamkeit bis zum Alter von 11-13 Jahren ansteigend, danach abfallend
- Qualitative Veränderungen: Hyperaktivität → **Gefühl der inneren Unruhe**, Deutlichwerden von **Planungs- und Organisationsdefiziten**
- Belastung durch komorbide Symptome und **Beziehungsprobleme**: häufig heftige Auseinandersetzungen mit Autoritäten, **risikoreiches Verhalten** (ungeschützter Geschlechtsverkehr) → Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten / Unfälle mit der Gefahr von nachhaltigen Schädigungen sowohl in personeller als auch materieller Hinsicht, **Selbstverwirklichungs-Krisen** (Steinhausen et al. 2009) → → →
- **Psychotherapie**: der Jugendliche selbst rückt ins Zentrum
- **Pharmakotherapie**: spezifische Problemstellungen (Symptomerfassung, Missbrauch)



Gibt es ADHS auch im Erwachsenenalter?

Ja!





## AD(H)S bei Erwachsenen – Metaanalyse → Prävalenzrate 1-6%

(Wender et al. 2001 Jun, Polanczyk et al. 2010)



**Vollbild 15% - persistierende Teil-Symptomatik 40-60%**

OPEN ACCESS Freely available online

PLoS one

# Genetic Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD Index) in Adults

Dorret I. Boomsma\*, Viatcheslav Saviouk, Jouke-Jan Hottenga, Marijn A. Distel, Marleen H. M. de Moor, Jacqueline M. Vink, Lot M. Geels, Jenny H. D. A. van Beek, Meike Bartels, Eco J. C. de Geus, Gonke Willemsen

Department of Biological Psychology, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

### Abstract

**Context:** In contrast to the large number of studies in children, there is little information on the contribution of genetic factors to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults.

**Objective:** To estimate the heritability of ADHD in adults as assessed by the ADHD index scored from the CAARS (Conners' Adult ADHD Rating Scales).

**Design:** Phenotype data from over 12,000 adults (twins, siblings and parents) registered with the Netherlands Twin Register were analyzed using genetic structural equation modeling.

**Main outcome measures:** Heritability estimates for ADHD from the twin-family study.

**Results:** Heritability of ADHD in adults is estimated around 30% in men and women. There is some evidence for assortative mating. All familial transmission is explained by genetic inheritance, there is no support for the hypothesis that cultural transmission from parents to offspring is important.

**Conclusion:** Heritability for ADHD features in adults is present, but is substantially lower than it is in children.



## AD(H)S – Erwachsenenalter – DGPPN-Leitlinien (Ebert et al. 2003)

- Desorganisiertheit, Impulsivität, emotionale Instabilität, Hyperaktivität sind auch im Erwachsenenalter in altersspezifischer Form nachzuweisen; hohe Relevanz der **emotionalen Dysregulation**
- Risikofaktor für eine große Zahl von komorbiden anderen psychischen Störungen, v. a. Suchterkrankungen, affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen
- suffiziente Therapie möglich
- Voraussetzung: Kriterien einer ADHS durchgehend erfüllt (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) unter Berücksichtigung ggf. vorhandener comorbider Diagnosen und Ausschluss möglicher organischer Ursachen wie z.B. internistischer Erkrankungen oder möglicherweise symptomprovozierender medikamentöser Behandlung, Gebrauch psychotroper Substanzen
- **Wender-Reinherr-Interview:** Stressintoleranz, Temperament, affektive Labilität, Desorganisation, Impulsivität = akzessorische Symptome (mindestens 2 erforderlich)
- **Wender-Utha-Kriterien:** Aufmerksamkeitsschwäche und Hyperaktivität („innere Unruhe“) + 2 der folgenden Symptome:
  - Desorganisiertes Verhalten, Affektlabilität (Reizbarkeit im Straßenverkehr), Impulsivität, emotionale Überreagibilität
- Medikamentöse Therapie: Stimulanzien (Adler et al. 2011), Atomoxetin → Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion? (Waxmonsky et al. 2014)
- Psychotherapie





# Komorbidität



## ADHS – komorbide psychiatrische Störungen

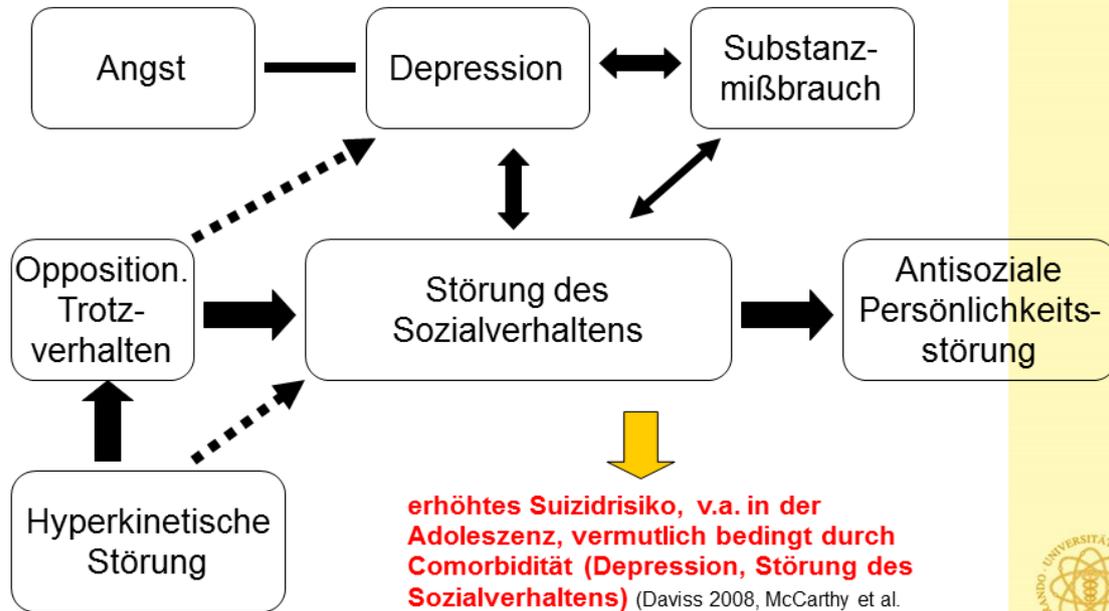
- Angststörungen (ca. 30%): vermag die komorbide Angst die Daueraufmerksamkeit und selektive Aufmerksamkeit positiv zu beeinflussen? (Vloet et al. 2010 ↔ Newcorn 2007; Prevatt et al. 2012)
- Depressive Störungen (10-40%): Unaufmerksamkeit steht offensichtlich mehr im Vordergrund, gleichzeitig mehr psychiatrische Störungen innerhalb der Familie (Di Trani et al. 2014)
- Oppositionelles Trotzverhalten (40-80%)
- Störung des Sozialverhaltens (> 50%)
- Tic-Störungen (20%): genetische Verbindung vermutlich indirekt über die Verbindung zu Zwangsstörungen (Mathews & Grados 2011)
- Teilleistungsstörungen (z.B. Legasthenie) (10-20%)
- Autismus: 30-50% der Pat. mit autistischen Störungen entwickeln im Laufe ihres Lebens Symptome eines ADHS, teilweise ähnliche Defizite, z.B. bezüglich exekutiver Funktionen, Doppeldiagnosen waren zu Zeiten des DSM-IV noch ausgeschlossen (Leitner 2014)
- Substanzge-/missbrauch, spätere Substanzabhängigkeit: ADHS verbunden mit Alkohol- und Nikotinabhängigkeit im Erwachsenenalter und Nikotinkonsum während der Adoleszenz (Charach et al. 2011)





## Entwicklungsverlauf von Störungen des Sozialverhaltens (nach Loeber et al. 2000)

Frühe Kindheit → Adoleszenz → Erwachsenenalter



## Mädchen und ADHS – 11 Jahres Follow-up: hohes Risiko für comorbide Störungen (Affektive Störungen, Sucht, Dissozialität, Essstörungen...)

Article

### Adult Psychiatric Outcomes of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 11-Year Follow-Up in a Longitudinal Case-Control Study

Joseph Biederman, M.D.  
Carter R. Petty, M.A.  
Michael C. Monuteaux, Sc.D.  
Ronna Fried, Ed.D.  
Deirdre Byrne, B.S.  
Tara Mirto, B.A.  
Thomas Spencer, M.D.  
Timothy E. Wilens, M.D.  
Stephen V. Faraone, Ph.D.

**Objective:** Few follow-up studies have been conducted of girls with ADHD, and none have followed girls into adulthood. The authors sought to estimate the prevalence of psychopathology in girls with and without ADHD followed into young adulthood.

**Method:** The authors conducted a longitudinal case-control study of 6- to 18-year-old girls with (N=140) and without (N=122) ADHD ascertained from psychiatric and pediatric sources. At the 11-year follow-up, 96 (69%) of the girls with ADHD and 91 (75%) of the comparison girls were reassessed (mean age=22 years). Participants were blindly assessed by structured diagnostic interviews.

**Results:** Lifetime and 1-year risks for all composite categories of psychopathology were significantly greater in girls with ADHD grown up relative to comparison girls; lifetime hazard ratios were 7.2 (95% CI=4.0-12.7) for antisocial disorders, 6.8 (95% CI=3.7-12.6) for mood disorders,

2.1 (95% CI=1.6-2.9) for anxiety disorders, 3.2 (95% CI=2.0-5.3) for developmental disorders, 2.7 (95% CI=1.6-4.3) for addictive disorders, and 3.5 (95% CI=1.6-7.3) for eating disorders. For lifetime psychopathology, all six composite categories remained statistically significant after controlling for other baseline psychopathology. Except for addictive disorders, significant 1-year findings remained significant after controlling for baseline psychopathology. The 1-year prevalences of composite disorders were not associated with lifetime or 1-year use of ADHD medication.

**Conclusions:** By young adulthood, girls with ADHD were at high risk for antisocial, addictive, mood, anxiety, and eating disorders. These prospective findings, previously documented in boys with ADHD, provide further evidence for the high morbidity associated with ADHD across the life cycle.

(Am J Psychiatry 2010; 167:409-417)

- 140 Mädchen mit ADHS vs. 122 (psychiatrisch, pädiatrisch rekrutierte) Kontrollpersonen
- Follow-up-Untersuchung von 69% der ursprünglichen Stichprobe im Alter von durchschnittlich 22 Jahren
- Lebenszeitprävalenz-Risiko für sämtliche erhobene Diagnosen sign. höher bei den ADHS-Patientinnen
- Befunde ähnlich wie die bei männlichen Patienten





## Very Early Predictors of Adolescent Depression and Suicide Attempts in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Andrea Chronis-Tuscano, PhD; Brooke S. G. Molina, PhD; William E. Pelham, PhD; Brooks Applegate, PhD; Allison Dahlke, BA; Meghan Overmyer, AM; Benjamin B. Lahey, PhD

**Context:** Major depression and dysthymia in adolescence are associated with substantial disability, need for mental health services, and risk for recurrence. Concrete suicidal ideation and attempts during adolescence are particularly associated with significant distress, morbidity, and risk for completed suicide.

**Objectives:** To test the hypothesis that young children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are at increased risk for depression and suicidal ideation and attempts during adolescence and to identify early predictors of which young children with ADHD are at greatest risk.

**Design:** Prospective follow-up study.

**Setting:** Chicago, Illinois, and Pittsburgh, Pennsylvania.

**Patients:** A cohort of 125 children who met DSM-IV criteria for ADHD at 4 to 6 years of age and 123 demographically matched comparison children without ADHD were prospectively followed up in 7 structured diagnostic assessments of depression and suicidal behavior in assessment years 6 through 14, spanning 9 through 18 years of age.

**Main Outcome Measures:** DSM-IV criteria for depressive disorders and suicidal behavior.

**Results:** Children with ADHD at 4 to 6 years of age were at greatly increased risk for meeting DSM-IV criteria for major depression or dysthymia (hazard ratio, 4.32) and for attempting suicide (hazard ratio, 3.60) through the age of 18 years relative to comparison children. There were marked variations in risk for these outcomes among children with ADHD, however. Within the ADHD group, children with each subtype of ADHD were at risk but for different adverse outcomes. Girls were at greater risk for depression and suicide attempts. Maternal depression and concurrent child emotional and behavior problems at 4 to 6 years of age predicted depression and suicidal behavior.

**Conclusions:** All subtypes of ADHD in young children robustly predict adolescent depression and/or suicide attempts 5 to 13 years later. Furthermore, female sex, maternal depression, and concurrent symptoms at 4 to 6 years of age predict which children with ADHD are at greatest risk for these adverse outcomes. Identifying high-risk young children with ADHD sets the stage for early prevention trials to reduce risk for later depression and suicidal behavior.

Arch Gen Psychiatry. 2010;67(10):1044-1051



## ADHS in der Kindheit – möglicher Einfluss auf spätere Berufstätigkeit (Frederiksen et al. 2014)

- N = 250 Erwachsene
- Schulabbruch, Arbeitslosigkeit während des vergangenen Jahres
- Erfassung von ADHS-Symptomen während der Kindheit sowie während des Erwachsenenalters, Geschlechtsunterschiede, psychiatrische komorbide Störungen
- **Ergebnisse:** höhere Schulabbruchraten (weiterführende Schulen) bei ausgeprägter ADHS-Symptomatik (**Hyperaktivität, Impulsivität**) während der Kindheit, erhöhte Rate von Langzeitarbeitslosigkeit bei Frauen, nach Überprüfung für Geschlecht und Alter blieb eine erhöhte **Unaufmerksamkeit** während des Erwachsenenalters
- Langzeitarbeitslosigkeit korrelierte signifikant mit der Anzahl der comorbiden Störungen, insbesondere mit **Angststörungen**





# Differenzialdiagnosen



## ADHS - Differenzialdiagnosen

Teilleistungsstörungen  
Über- oder Unterforderung  
Bindungsstörung mit Enthemmung  
Alkoholembryopathie

**Absenceepilepsie**

**Hyperthyreose**

Depression  
Prodromalstadium einer Psychose  
Familiäre Belastungen  
Suchtmittelkonsum  
Störung des Sozialverhaltens  
Bipolare Störung  
Tic-Störungen

Körperlich-neurologische  
Untersuchung:  
Pflegezustand  
Entwicklungsstand  
motorische Fähigkeiten  
Stigmata – Syndrome?  
Hinweis auf Alkoholembryopathie /  
fetales Alkoholsyndrom?





# Ätiologie



## AD(H)S – bedingt durch Desorganisation zentraler Netzwerke?

• Human Brain Mapping 31:904–916 (2010) •

### Is the ADHD Brain Wired Differently? A Review on Structural and Functional Connectivity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder

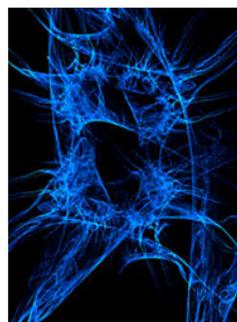
Kerstin Konrad,<sup>1,2,3\*</sup> and Simon B. Eickhoff<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Child Neuropsychology Section, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital of the RWTH Aachen, Germany

<sup>2</sup>Institute of Neuroscience and Medicine (INM-2, INM-3), Research Center Juelich, Germany

<sup>3</sup>JARA – Translational Brain Medicine, Germany

<sup>4</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital of the RWTH Aachen University, Germany



„Stimulanzien modulieren nicht nur das Ausmaß der regionalen spezifischen Aktivierung; sie normalisieren darüber hinaus die dysfunktionale Konnektivität...“

**Abstract:** In recent years, a change in perspective in etiological models of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has occurred in concordance with emerging concepts in other neuropsychiatric disorders such as schizophrenia and autism. These models shift the focus of the assumed pathology from regional brain abnormalities to dysfunction in distributed network organization. In the current contribution, we report findings from functional connectivity studies during resting and task states, as well as from studies on structural connectivity using diffusion tensor imaging, in subjects with ADHD. Although major methodological limitations in analyzing connectivity measures derived from noninvasive in vivo neuroimaging still exist, there is convergent evidence for white matter pathology and disrupted anatomical connectivity in ADHD. In addition, dysfunctional connectivity during rest and during cognitive tasks has been demonstrated. However, the causality between disturbed white matter architecture and cortical dysfunction remains to be evaluated. Both genetic and environmental factors might contribute to disruptions in interactions between different brain regions. Stimulant medication not only modulates regionally specific activation strength but also normalizes dysfunctional connectivity, pointing to a predominant network dysfunction in ADHD. By combining a longitudinal approach with a systems perspective in ADHD in the future, it might be possible to identify at which stage during development disruptions in neural networks emerge and to delineate possible new endophenotypes of ADHD. *Hum Brain Mapp* 31:904–916, 2010. © 2010 Wiley-Liss, Inc.





## Ist ADHS erblich?



### ADHS - Genetik

- familiär gehäuftes Auftreten, Jungen häufiger betroffen
- hohe Heritabilität, hohe Konkordanzraten insbesondere bei eineiigen Zwillingen
- Adoptionsstudien: stärkerer genetischer als Umwelteinfluss („shared environment“)
- bisher noch kein Anhalt für die Existenz von Hauptgenen mit starken Effekten, jedoch häufig das dopaminerge System betreffend
- Erkrankungsrisiko bei erstgradig Verwandten von Kindern mit ADHS zwei- bis achtfach erhöht
- Kinder betroffener Erwachsener in 40-60% der Fälle selbst betroffen





## ADHS – perinatale Komplikationen

- Biographisch: fetaler „Stress“
  - mütterlicher psychosozialer Stress (Mottlagh et al. 2010)
  - mütterlicher Alkoholkonsum (Landgren et al. 2010)
  - mütterlicher Nikotinkonsum (Lindblatt et al. 2010, Mottlagh et al. 2010; Silva et al. 2014)
    - „Jede fünfte Schwangere in Deutschland raucht bis zur Geburt“ (Berliner Morgenpost 2007)
  - Früh- oder Mangelgeburtlichkeit
    - verminderte Aufmerksamkeit (Vanderbilt & Gleason 2010)
  - Hyperbilirubinämie (Jangaard et al. 2009), vorzeitige Wehentätigkeit,...?
  - mütterlicher Koffeingenuss / soft drinks (n=25 343 Mütter → motorische Unruhe bei 18 Monate alten Säuglingen (Bekkhuis et al. 2010)



### POSTNATAL

- postnatale mütterliche Depressionen, Angsterkrankungen oder somatische Störungen (Ray et al. 2009)
  - postnatale Nikotinexposition (Cho et al. 2010)
  - Baby-Fernsehen (Christakis 2004, Chen et al. 2010)
- Jugendliche selbst: ebenfalls hohes Risiko, früh zu rauchen (Modesto-Lowe et al. 2010)



## Alkoholembryopathie – Fetales Alkoholsyndrom



Kleine Lidspalten / schmales Oberlippenrot



Epikanthus



Strabismus



Ohrmuschel/Malformation



Verkürztes Fingerglied



Fehlende Fingernägel



Pfnder und Feldmann, 2011: Verwendung der Bilder mit freundlicher Genehmigung durch dieAutoren



# Therapie



## Multimodale Therapie – Leitlinien der DGKJPP

- Aufklärung und Beratung (**Psychoedukation**) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und des Erziehers bzw. des Klassenlehrers
- **Elternteraining** und **Interventionen** in der Familie (einschl. **Familientherapie**) zur Verminderung der Symptomatik in der Familie
- **Interventionen im Kindergarten / in der Schule** (einschl. Platzierungs-Interventionen) zur Verminderung der Symptomatik im Kindergarten/in der Schule
- **Kognitive Therapie** des Kindes / Jugendlichen (ab dem Schulalter) zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (**Selbstinstruktionstraining**) oder zur Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens (**Selbstmanagement**)
- **Pharmakotherapie**





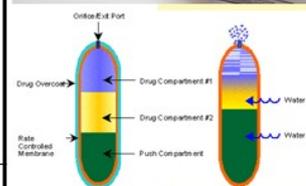
## ADHS - Pharmakotherapie

- mehr Diagnosestellung, mehr Verschreibung
- Methylphenidat: noch immer „Goldstandard“
  - Ansatzstelle: v.a. dopaminerges System
  - Güterabwägung: Wachstumsrückstand möglich
  - gute Aufklärung!
  - Voruntersuchungen und Kontrolluntersuchungen!
  - „drug holidays“
  - Vermutlich weder positive noch negative Auswirkung auf spätere Suchtentwicklung
- Alternative: Atomoxetin
  - Ansatzstelle: noradrenerges System
  - Kein BTM-Rezept
  - wirkt erst nach 2-3 Wochen
  - wirkt über 24 Stunden
  - gemäß europäischer Richtlinien Mittel der ersten Wahl bei Substanzmissbrauch, komorbider Angst- oder Ticstörung
- Guanfacin (Elbe et al. 2014; Hirota et al. 2014):  $\alpha 2$ -Agonist
- zusätzlich: evtl. atypische Neuroleptika
- Omega-Fettsäuren: zumindest als Ergänzung?



## ADHS - Stimulanzien - Dosierung

MPH	0,3 – 1 mg/kg/Dosis* bei nicht retardiert 18mg, 27mg, 36mg, 54mg Concerta®	60 (80) mg/d maximale Tagesdosis
Amphetamin	0,2 – 0,5 mg/kg	40 mg/d



\* wichtig: ganz viel hilft nicht ganz viel

### **Präparate:**

Ritalin®, Medikinet®, Equasym®, Methylphenidat Hexal®  
 Attentin®, Elvanse®

### **Retardpräparate:**

Ritalin SR®, Concerta®, Ritalin LA®, Medikinet ret®, Equasym®  
 Patches





# Prognose



## ADHS-Zukunftsrisiken

(Barkley et al. 2002)

• Schulversagen	36 %
• Kein Collegeabschluß	83 %
• Wenig/keine Freunde	60 %
• Antisoziales Verhalten	45 %
• Teenager-Schwangerschaft	40 %
• Geschlechtskrankheiten	16 %
• Verkehrsunfälle, Übertretungen	↑↑
• Substanzmißbrauch, Delinquenz	↑↑
• Depression	25 %
• Persönlichkeitsstörungen	20 %

### Kessler et al. 2007

Angststörungen	47,1%,
affektive Störungen	38,1%,
Impulskontrollstörung	19,6%,
Substanzabhängigkeit	15,2 %,





# Ausblick



## Schlussfolgerungen

- Die Behandlung des AD(H)S sollte im Einverständnis mit allen Beteiligten erfolgen.
- Sie solle sowohl die Lebensumstände des Kindes, die jeweilig geforderten Entwicklungsschritte, seine Ausgangsvoraussetzungen als auch subjektive Belastung durch die Symptomatik berücksichtigen.
- Eine Diagnosestellung sollte leitlinienorientiert möglichst frühzeitig erfolgen und auch komorbide Störungen erfassen.
- Die Behandlung sollte frühzeitig einsetzen, multimodal und vor allem individuell auf das betreffende Kind / den betreffenden Jugendlichen zugeschnitten sein.
- **Die medikamentöse Therapie sollte einer Güterabwägung folgen.**
- Veränderungen in der (medikamentösen) Therapie sollten möglichst mit allen Beteiligten gut vorbesprochen werden.
- Therapeuten und Helfer sollten einander in ihren Bemühungen ergänzen.





**Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie**  
Universitätsklinikum Ulm

**PD Dr. Ulrike M.E. Schulze**

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /  
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

Steinhövelstraße 5  
89075 Ulm

[www.uniklinik-ulm.de/kjpp](http://www.uniklinik-ulm.de/kjpp)



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert



### **3.2 Workshop 2:**

Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

**Referentinnen:** Susanne Kilian / Maren Pfetsch

**Moderation:** Simone Haselhofer, Bezirkskliniken Günzburg, Wohnen und Fördern

### **Einige Impressionen**





### 3. Forum des gemeindepsychiatrischen Verbundes GZ/NU

Kloster Roggenburg

## Workshop

# „Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“

Maren Pfetsch

Susanne Kilian

1



## Mögliche Folgen der Erkrankung für die Kinder

- Desorientierung
- Schuldgefühle
- Tabuisierung (Kommunikationsverbot)
- Isolierung
- Betreuungsdefizit
- Parentifizierung
- Loyalitätskonflikte



## Kriterien für die Belastungen der Kinder

- Alter der Kinder bei Ausbruch der Erkrankung
- Unterschiedliche Wahrnehmungen bei den Geschwistern
- Alterstypische Beschäftigungen
- Wie sicher ist die eigene Existenz (andere Familienangehörige, Pflegefamilie etc.)
- Können die Kinder sich ein eigenes Leben aufbauen?
- Welche Faktoren spielen in der Familie noch eine Rolle (Streit, Alkohol, etc.)
- Krankheitseinsicht und Behandlungseinwilligung

3



## Kriterien für die Belastungen der Eltern

- Schuldgefühle
- Fähigkeit, Veränderungen auszuhalten
- Welche Unterstützung haben die Eltern
- Hilfe für die nicht von psychischer Erkrankung betroffenen Elternteile
- Krankheitsbewältigung, Stigmatisierungen
- Diagnose
- Partnerschaften, Trennungssituationen
- Allgemeine Lebenssituation, Beruf, soziale Stellung, Kontakte

4



## Zwei Systeme – unterschiedliche Herangehensweisen

Jugendhilfe:  
Können die Eltern das Kind noch erziehen?



Psychiatrie:  
Können die Eltern unterstützt werden?

5



## Welche Hilfen gibt es im BKH Günzburg

- **Mutter-Kind-Station**
- **FIPS**
- **Klinikinterner Elternkurs**

Maren Pfetsch

Susanne Kilian

6



# Station 42/BKH Günzburg Mutter Kind Einheit

GPV Forum Roggenburg, 22.10.14



Maren Pfetsch, Sozialdienst



## Vom Rooming-in zur Mutter-Kind-Interaktions- Behandlung

- seit 2011 → 2-3 Behandlungsplätze
- integriert auf Station 42
- Voraussetzungen, Vorgespräch
- Finanzierung

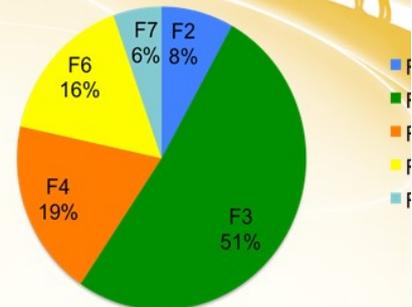


## Bilder von Station 42



## Diagnosen

Fälle



- Postpartalen psychischen Störungen
- Depressiven Syndromen
- Affektiven Psychosen
- Schizophrenen/schizoaffektiven Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen
- Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente)
- Konflikt-Belastungsreaktionen
- Belastungen während oder nach körperlicher Krankheit



## Behandlungsangebote auf Station 42

- Gespräche
- Gruppenangebote
- Sozialdienstberatung
- Angehörigengespräche
- Medikamentöse Therapie
- Entspannungsverfahren
- Bewegungs- Ergo-, Kunst-und Musiktherapie, Physiotherapie



## Spezielle Angebote für Eltern mit Kind

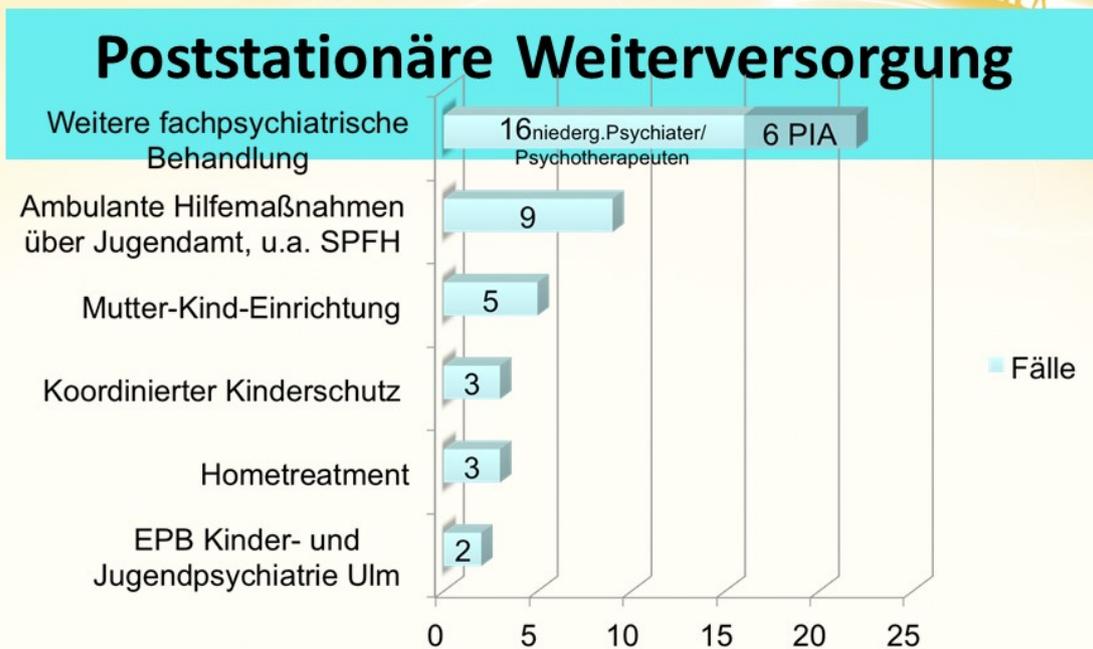
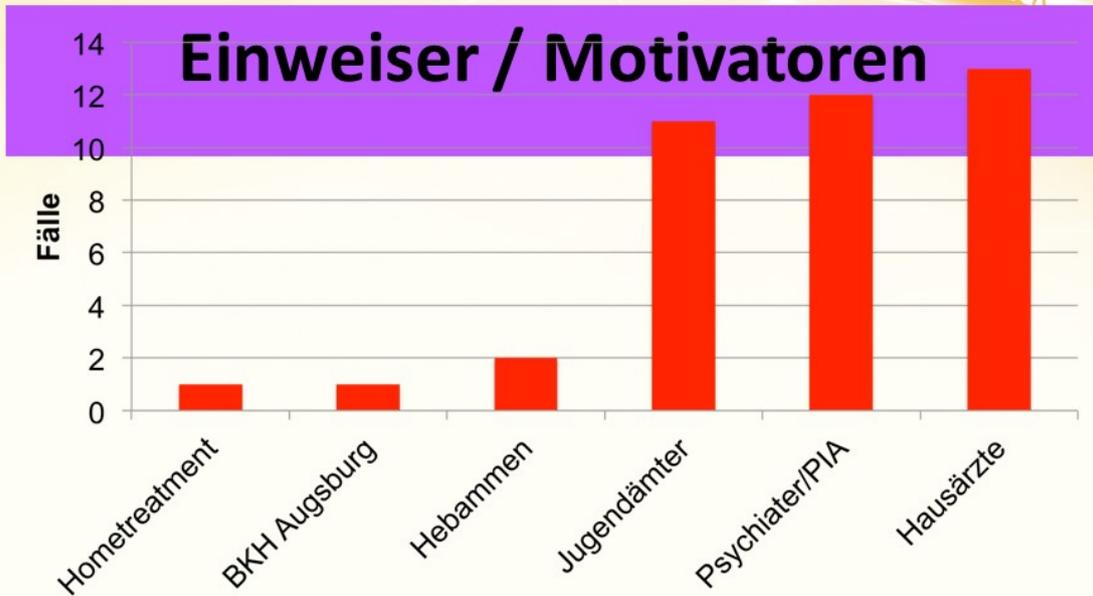
- Entwicklungspsychologische Beratung
- Kunst-und Musiktherapie mit Kind
- Elternkurs
- pflegerische Unterstützung bei Versorgung des Kindes, ggf. Anleitung
- Physiotherapie
- externe Unterstützung durch Hebamme
- Nutzen der Angebote des lokalen Netzwerkes





## Behandlungsziele

- umfassende Behandlung der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung
- Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion
- Stärkung der familiären Kompetenzen
- Hilfe beim Aufbau eines stabilen familiären Netzwerkes





## Bisherige Erfahrungen

- Verweildauer
- Lebensalter der Kinder
- Fremdmotivation
- Netzwerk



## Vorstellung von **FIPS**



## Methoden

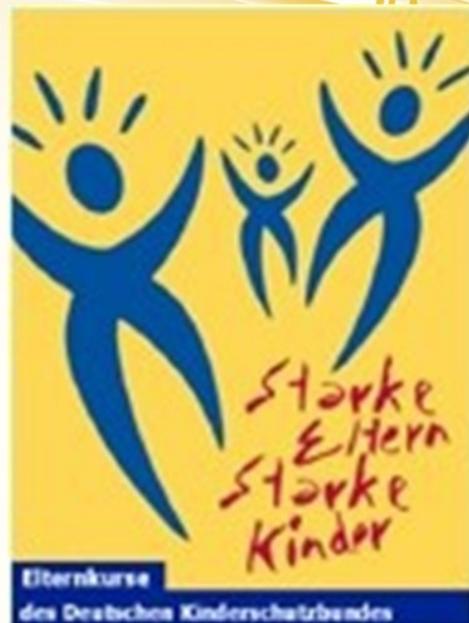
- Systemische Familientherapie
- Psychoedukation von Familien
- Sozialpädagogische Beratung und Begleitung
- Runde Tische und Netzwerke
- Hausbesuche

19



Maren Pfetsch, Sozialdienst Station 42  
Rowitha Holmer, Kinderschutzbund GZ

## Klinikinterner Elternkurs





## Warum ein Elternkurs in der Klinik?

- Kinder psychisch kranker Eltern werden wahrgenommen
- stationärer Aufenthalt als Chance
- psychisch kranke Eltern tauchen in regulären Elternkursen kaum auf
- ein bestehendes Angebot erhöht die Sensibilität des Personals



## Konzept „Starke Eltern-starke Kinder“

- entwickelt 1985
- präventives Angebot
- Modell der „anleitenden Erziehung“
- Themen



## Modifizierung der Module

- **Zielgruppe: Patienten, die Eltern von minderjährigen Kindern sind**
- Zeitrahmen: donnerstags 9.30-11 Uhr
- konstantes Angebot
- ständig wechselnde Teilnehmer
- spezielle Themen
- → 20 Module



## Ablauf einer Kursstunde

- Infotisch
- persönliche Begrüßung
- Vorstellungsrunde
- Erfahrungsaustausch
- Motto, neuer Input
- Gruppenarbeit
- Wochenaufgabe





## Zugangswege zur Gruppe

- Kooperation mit Therapeuten und Pflegepersonal auf Station → Therapiekalender
- Wöchentliche Rundmail
- Bereitstellung von Infoflyern für Stationen



## ....Zahlen...



- Mai 2012- Okt 2014: ca.100 Kurseinheiten
- durchschn. 6-8 Teilnehmer
- durchschn. 2 Kinder
- ca. ein Drittel Männer, zwei Drittel Frauen



## Bisherige Erfahrungen

- zunächst Vorbehalte gegenüber Gruppe
- Thema Elternschaft zentral- Austausch
- „heiße“ Themen
- Bestätigungen
- Nachfrage nach weiterführenden Angeboten



*„ich habe nie verstanden, was  
die von mir wollen- jetzt verstehe  
ich ein bisschen was ich  
verändern kann“*





# Angebote der Netzwerkpartner im Landkreis Günzburg



<p>Psychologische Beratungsstelle Günzburg Hofgartenweg 5 89312 Günzburg</p> <p>Gruppenangebot für Kids von 8 bis 12 mit Eltern in seelischer Krisen</p> 	<p>Erziehungs- und Jugendhilfebund <b>EJV DONAU-ILLER</b></p> <p>Psychologische Beratungsstelle Günzburg Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung</p> <p><b>Ich bin wichtig!</b></p> <p>EJV Donau-Ilter Psychologische Beratungsstelle Günzburg Hofgartenweg 5 89312 Günzburg Telefon: 08221-95401 Telefax: 08221-95423 E-Mail: <a href="mailto:info@eja-guenzburg.de">info@eja-guenzburg.de</a></p> <p>Weitere Informationen: A+U-Ce's Leiter der Psychologischen Beratungsstelle Tel.: 08221-95421</p> <p><b>KJF</b>  Träger: Katholische Jugendberufshilfe Diocese Augsburg e.V.</p>	<p>Erziehungs- und Jugendhilfebund <b>EJV DONAU-ILLER</b></p> <p>Psychologische Beratungsstelle Günzburg Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung</p> <p><b>Ich bin wichtig!</b></p> <p>Gruppenangebot für Kids von 8 bis 12 mit Eltern in seelischer Krisen</p> 
--	---	---



**Paten  
gesucht!**

Kinderschutzbund Günzburg  
sucht Patenfamilien für Kinder  
psychisch kranker Eltern.

**DEUTSCHER KINDERSCHUTZBUND e.V. (DKSB)**  
die lobby für kinder

Wir geben Ihnen gerne Auskunft:  
KSB Günzburg, Krankenhausstr. 38, 89312 Günzburg, Tel.: 08221 2785901  
E-Mail: [info@kinderschutzbund-guenzburg.de](mailto:info@kinderschutzbund-guenzburg.de)  
Homepage: [www.kinderschutzbund-guenzburg.de](http://www.kinderschutzbund-guenzburg.de)



### Individuell passende Wohnangebote

Der passende Betreuungsrahmen richtet sich nach der jeweiligen **Verselbstständigungsstufe und ist in folgenden Wohnformen möglich:**

**Heilpädagogische Wohngruppe MuKi I**  
Standort: Dürrlauingen  
Plätze für 4 Mütter mit Kind  
Schwerpunkte:  
Geburtsvorbereitung, Clearing

**Heilpädagogische Wohngruppe MuKi II**  
Standort: Offingen  
Plätze für 4 Mütter mit Kind  
Schwerpunkte:  
Verselbstständigung, Perspektivenplanung

**Ambulant betreutes Wohnen MuKi III**  
Standort: Mietwohnungen in der Region  
Schwerpunkt:  
Eigenständiges Wohnen und individuelle ambulante Betreuung



Förderungswerk  
**St. Nikolaus**  
Dürrlauingen

Ihre persönlichen Ansprechpartner für konkrete Fragen zur Aufnahme oder für weitere Informationen:

Heilpädagogisches Heim  
St. Nikolaus-Straße 6  
89350 Dürrlauingen  
Telefon 08222 998-323  
Telefax 08222 998-463  
[www.sankt-nikolaus.de](http://www.sankt-nikolaus.de)



Leitung:  
**Oliver Schnürer**  
Durchwahl -353  
[schnuerero@sankt-nikolaus.de](mailto:schnuerero@sankt-nikolaus.de)



Therapeutischer Fachdienst:  
**Iris Egger**  
Durchwahl -452  
[eggeri@sankt-nikolaus.de](mailto:eggeri@sankt-nikolaus.de)

**Anfahrt mit dem Auto:**

- ▶ Autobahn A 8 (München-Stuttgart), Ausfahrt Burgau (zwischen Augsburg und Ulm), links abbiegen Richtung Burgau/Dürrlauingen
- ▶ in Köfingen kurz nach dem Gasthof „Sonne“ (Ortsende) rechts abbiegen Richtung Dürrlauingen (braune Beschilderung „Förderungswerk St. Nikolaus“)
- ▶ in Mindelaltheim rechts abbiegen Richtung Dürrlauingen (braune Beschilderung „Förderungswerk St. Nikolaus“)

**Anfahrt mit der Bahn:**  
Auf Wunsch besteht die Möglichkeit, Sie mit unserem Bustransport von und zu den umliegenden Bahnhöfen Burgau, Mindelaltheim und Günzburg zu fahren. Anmeldung unter Telefon 08222 998-0.

Förderungswerk  
**St. Nikolaus**  
Dürrlauingen



▶ **Heilpädagogisches Zentrum  
Heilpädagogisches  
Mutter-Kind-Wohnen**



**KJF** Gesundheits- und Sozialdienstleister  
*Mut zum Leben*



**KJF** Gesundheits- und Sozialdienstleister  
*Mut zum Leben*

Träger: Katholische Jugendhilfe der Diözese Augsburg e. V.



# Home treatment BKH Günzburg Mobiles Krisenteam



## Koordinierungsstelle Frühe Hilfen bietet

- Beratung und Unterstützung von Schwangeren, Alleinerziehenden und Familien mit Kindern von 0-3 Jahren
- allgemeine und umfassende Informationen über mögliche Hilfsangebote im Landkreis
- Vermittlung von weiterführenden Hilfen wie z.B. Unterstützung im häuslichen Alltag
- Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Fachkräften des Gesundheitsbereiches (Hebammen, Kinderärzte, usw.) und der Jugendhilfe (Kindertageseinrichtungen, Beratungsstellen usw.)

Alle Beratungen und Angebote sind kostenfrei und unterliegen der Schweigepflicht unter Berücksichtigung des § 8a SGB VIII.

## Koordinierungsstelle Frühe Hilfen

**Sabine Weins**  
Diplom-Sozialpädagogin  
An der Kapuzinermauer 1  
89312 Günzburg  
Zimmer-Nr. 162, 1.Stock  
Tel: 08221/95866  
Mobil: 0151/12070927  
e-mail: koki@landkreis-guenzburg.de



**Jürgen Volz**  
Diplom-Pädagoge  
Robert-Steiger Straße 5  
86381 Krumbach  
Zimmer Nr. 18, 1. Stock  
Tel: 08282/889428  
Mobil: 0151/12070928  
e-mail: koki@landkreis-guenzburg.de



**Guter Start ins Kinderleben**  
wurde als länderübergreifendes Projekt der Uniklinik Ulm ins Leben gerufen und bietet frühe Hilfen für Eltern und Kind.

## Guter Start ins Kinderleben

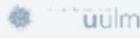


## KOORDINIERUNGSSTELLE FRÜHE HILFEN

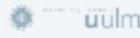
  
**Koki**  
Netzwerk frühe Kindheit  
www.sozialministerium.bayern.de



bezirkskliniken  
schwaben



bezirkskliniken  
schwaben



bezirkskliniken  
schwaben



#### Wer führt die CHIMPs-Beratung durch?

Die Beratung wird von Mitarbeitern des Erziehungs- und Jugendhilfeverbund (EJV) Donau-Iller durchgeführt.

#### Mitarbeiter des EJV

**Artur Gels**, Dipl.-Psychologe,  
Psychologischer Psychotherapeut,  
Leiter der Beratungsstelle Günzburg

**Jhva Engen**, Dipl.-Sozialpädagogin,  
Systemischer Berater,  
Mitarbeiter Beratungsstelle Illertissen

#### Kontakt

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

**Maja Stawik, M.A. Stz.,**  
Projektkoordinatorin  
Telefon 08221 96 29210  
E-Mail [maja.stawik@bkkh-guenzburg.de](mailto:maja.stawik@bkkh-guenzburg.de)

#### Wo wird die CHIMPs-Beratung durchgeführt?

**Jhva Engen**  
Erziehungs- und Jugendhilfeverbund (EJV) Donau-Iller  
Beratungsstelle Illertissen  
Ulmer Straße 20, 89257 Illertissen



**Artur Gels**  
Erziehungs- und Jugendhilfeverbund (EJV) Donau-Iller  
Beratungsstelle Günzburg  
Hofgartenweg 8, 89312 Günzburg



#### Kinder und Jugendliche und ihre psychisch erkrankten Eltern (CHIMPs-Projekt)



### So finden Sie uns ...

**Heinz-Rühmann-Str. 7**  
Eingang Ecke Grethe-Weiser-Str./Wiley-Str.,  
Hauptzugang Dietrich-Klinik

... mit dem Bus:  
Linie Nr. 5  
Haltestellen: Rudene-Dietrich-Str.  
oder Weiseninger Str.  
Linie Nr. 73  
Haltestelle: Hensinger Str.

... mit dem PKW:  
Parkplätze im Parkhaus  
des Dietrich-Klinik



**Außensprechtag:**  
Krankenhausstraße 38  
89312 Günzburg  
Telefon 08221 9165452

Theresa-Studer-Haus (Seniorentreff)  
Illerwehstr. 7  
89250 Senden

Vereinbaren Sie bitte  
einen Termin unter  
Telefon 0731 2077877

### Unsere Öffnungszeiten in Neu-Ulm sind

Montag bis Freitag 9-13 Uhr  
Dienstag 14-19 Uhr  
Mittwoch 14-16 Uhr  
Freitag 14-15 Uhr  
und nach Vereinbarung



## DONUM VITAE in Bayern e.V.

Beratungs-Initiative Schwaben B.I.S. Neu-Ulm

### Staatlich anerkannte Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen

beraten  
schützen  
weiter helfen

**DONUM VITAE in Bayern e.V.**  
Beratungs-Initiative Schwaben  
B.I.S. Neu-Ulm  
Heinz-Rühmann-Str. 7  
89231 Neu-Ulm  
Telefon 0731 2077877  
Telefax 0731 2077876  
E-Mail [neu-ulm@donum-vitae-bayern.de](mailto:neu-ulm@donum-vitae-bayern.de)

Internet  
[www.neu-ulm.donum-vitae-bayern.de](http://www.neu-ulm.donum-vitae-bayern.de)  
[www.jung-und-schwanger.de](http://www.jung-und-schwanger.de)

**Spendenkonto:**  
DONUM VITAE  
in Bayern e.V.

Sparkasse München	Sparkasse Neu-Ulm
BIC: 55050000	BIC: 25120310
IBAN: 2011 0000 0000 0000 00	IBAN: 2512 0000 0000 0000 00

Leiteteil von:  
 Landesverband der Frauenärzte  
 Landesverband der Hebammen  
 Landesverband der Hebammen  
 Landesverband der Hebammen

Support- & Projektpartner:  
 Caritas  
 Caritas  
 Caritas  
 Caritas

Fr1yer.qxd 16.12.2008 08:05 Seite 1

## Wir sind erreichbar

Staatlich anerkannte Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen  
Krankenhausstraße 16  
89312 Günzburg

Telefon  
(0 82 21) 95 - 7 47  
(0 82 21) 95 - 7 50

Telefax  
(0 82 21) 95 - 7 70

E-mail  
schwangerenberatung@landkreis-guenzburg.de

Sie werden beraten von  
Dipl. Sozialpädagogen / innen (FH)

Öffnungszeiten  
Mo, Di, Mi, Fr 7.30 - 12.30 Uhr  
Do 7.30 - 12.30 Uhr  
14.00 - 18.00 Uhr

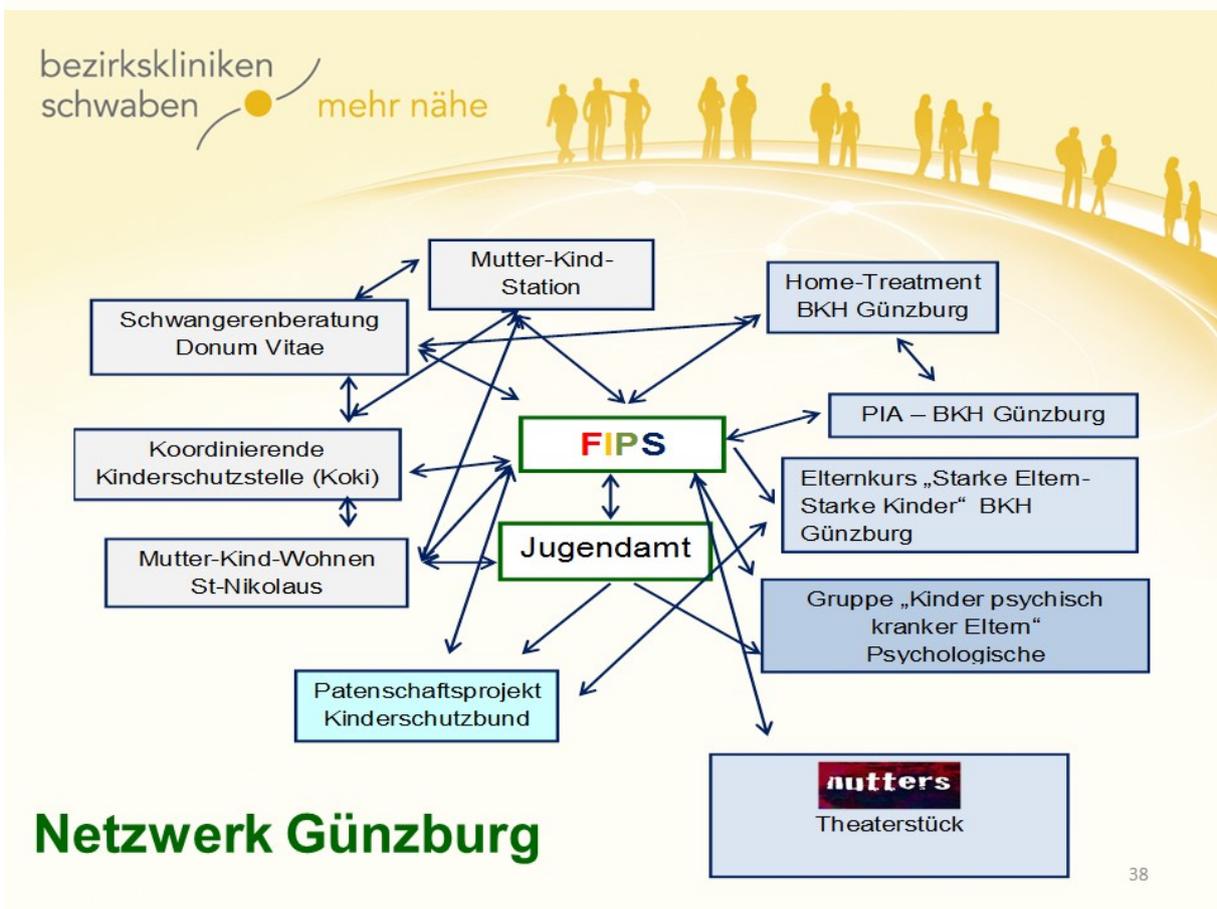
Bitte nutzen Sie die Möglichkeit einer telefonischen Terminvereinbarung

Außensprechtag  
in Krumbach  
Robert-Steiger Str. 5

### So finden Sie uns

## Schwangerenberatung

Staatlich anerkannte Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen





# Wie gehe ich mit den Familien um?

### **3.3 Workshop 3: Älter werdende psychisch kranke Menschen**

**Referentin:** Frau Dr. Britta Walther, Oberärztin am Bezirkskrankenhaus Günzburg

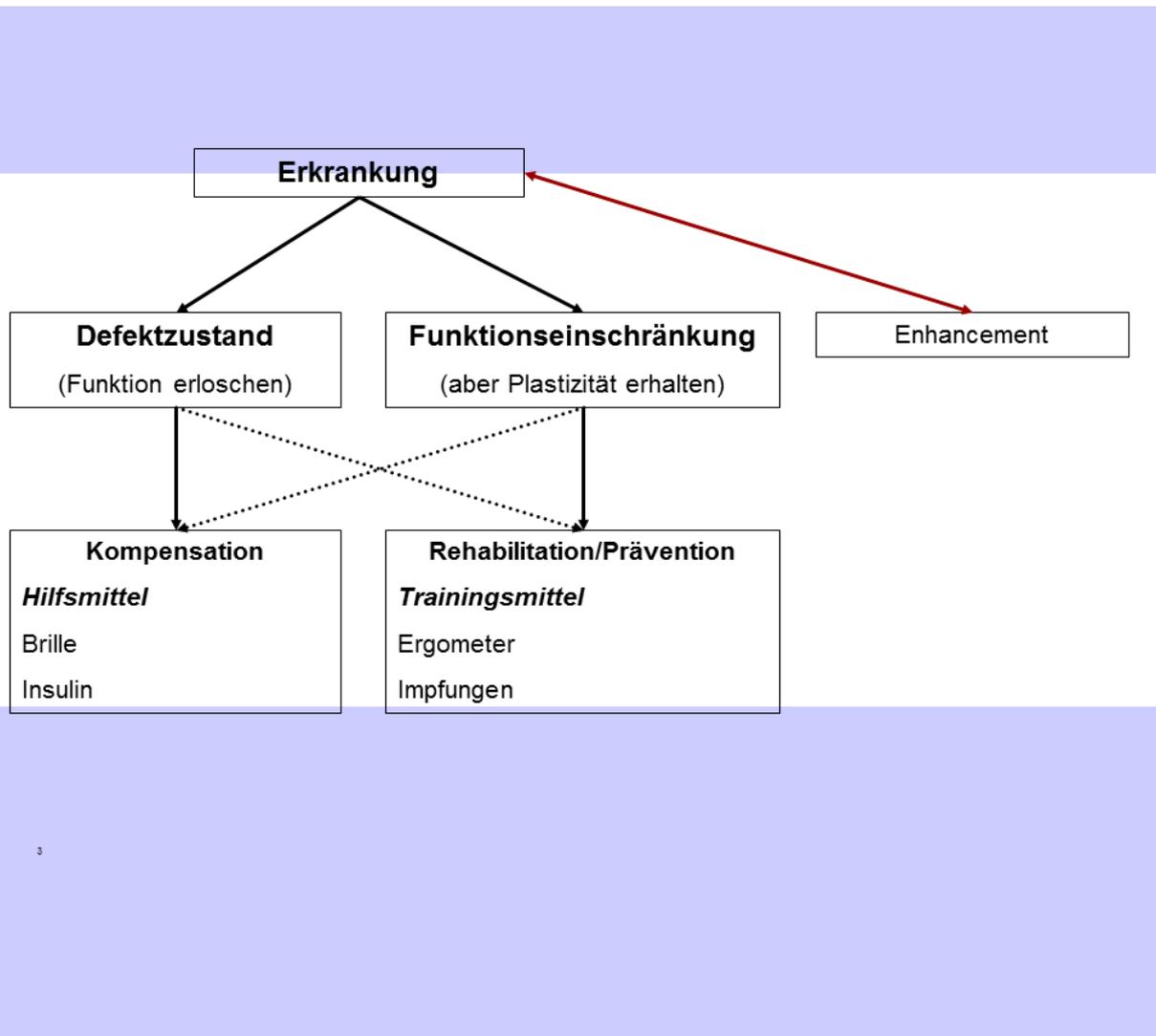
**Moderation:** Petra Tophofen, BRK Kreisverband Günzburg



# Älter werdende psychisch kranke Menschen

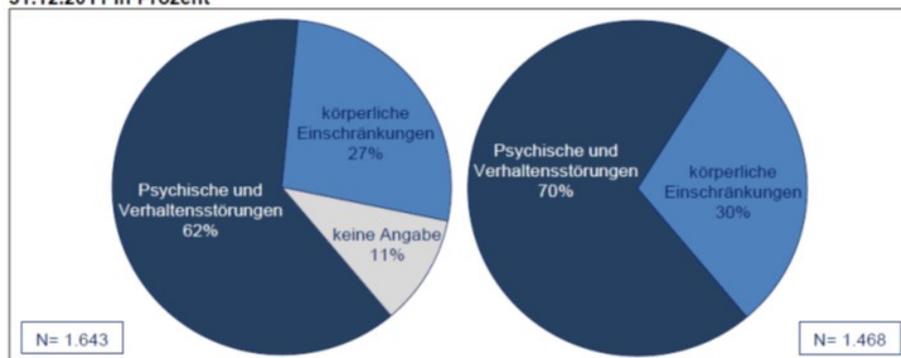
## Agenda

- Grundsätzliches
- Baulichkeit
- Assistenzsystem



3

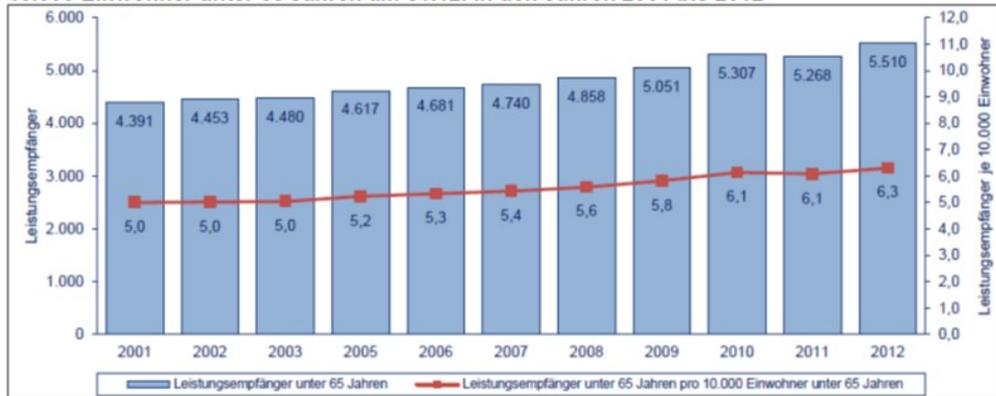
Empfänger von Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen unter 65 Jahren nach Hauptdiagnosen am 31.12.2011 in Prozent



Gratik: KVJS. Datenbasis: KVJS. Vertiefende Untersuchung Hilfe zur Pflege 2011.  
 Linke Grafik: inkl. Fälle ohne Angabe zur Diagnose. Rechte Grafik: ohne Fälle ohne Angabe zur Diagnose.

4

**Empfänger von Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen unter 65 Jahren in Baden-Württemberg pro 10.000 Einwohner unter 65 Jahren am 31.12. in den Jahren 2001 bis 2012**

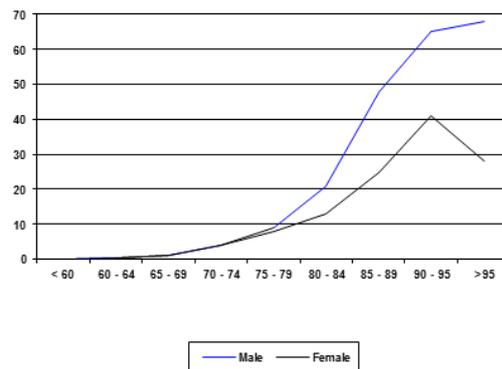


Grafik: KVJS. Datenbasis: KVJS. Hilfe zur Pflege 2001 bis 2012. Jährliche Erhebung des KVJS bei den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs.

5

## Notwendigkeit einer Betreuung im Pflegeheim

Alter	Männer	Frauen	Häuslich	Pflegeheim
< 60	165	138	272	31
60 – 64	40	35	57	18
65 – 69	71	67	103	34
70 – 74	84	101	139	46
75 – 79	105	188	209	84
80 – 84	105	333	284	153
85 – 90	65	269	199	134
90 – 94	43	231	145	128
>95	12	79	43	48
Total	690	1438	1452	667



6

Statistisches Bundesamt 2005

## Gesamtlebensprävalenz von Demenz und Pflegebedürftigkeit der Verstorbenen der Jahrgänge 2005 – 2009 hochgerechnet auf Deutschland, in %

		Pflegetbedürftigkeit					
		Männer			Frauen		
		Ja	Nein	Summe	Ja	Nein	Summe
Demenz	Ja	25	4	29	44	3	47
	Nein	29	42	71	29	24	63
	Summe	54	46	100	73	27	100

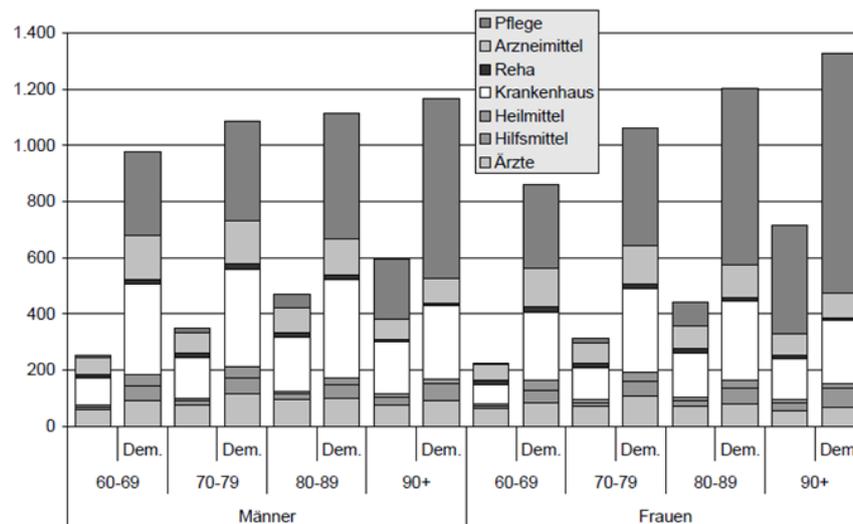
Wenn eine Demenz vorliegt, ist dies häufig mit Pflegebedürftigkeit assoziiert.

Pflegetbedürftige Menschen sind häufig auch demenz (besonders bei Frauen).

GEK-Daten; Barmer GEK Pflegereport 2010

7

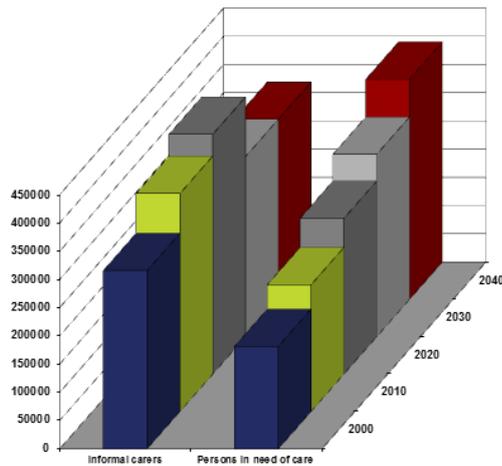
## Monatliche Kosten des Gesundheitssystems für Personen mit und ohne Demenz (2008)



GEK-Daten; Barmer GEK Pflegereport 2010

8

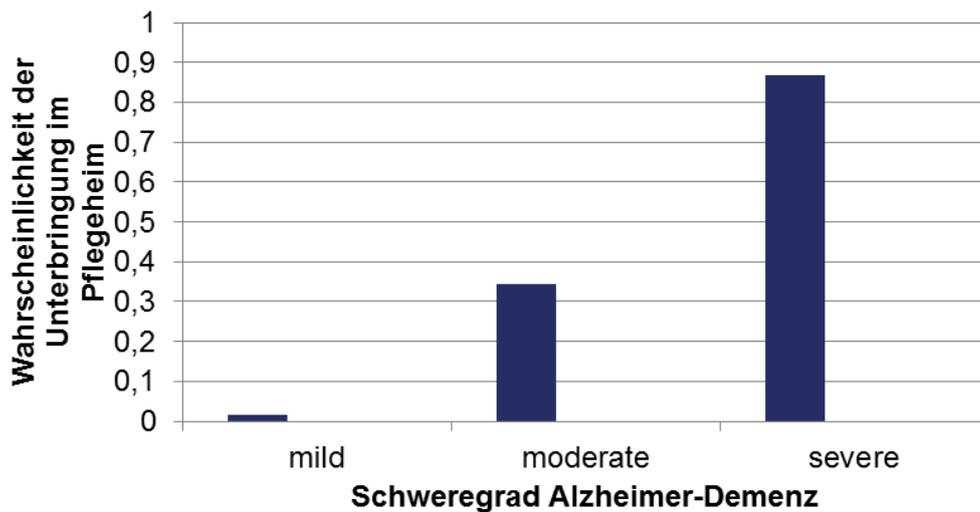
## Demographie und informell Pflegende



Sozialministerium Baden-Württemberg 2000

9

## Wahrscheinlichkeit der Unterbringung im Pflegeheim



10

Nach: Hauber et al. Pharmacoeconomics 2000

# preiswerte Pflege in der Wohnanlage Wanachai - Chiang Mai - Nordthailand



<u>Monatspreis für Pflegebedürftige in Einfamilienhaus:</u>	in Euro pro Monat
3 Mahlzeiten pro Tag, Körperpflegemittel	Stand: 17.01.2008
einfaches Haus mit Bett, Bettwäsche, Schrank und Klimaanlage	für Rollstuhlfahrer geeignet!
gemeinsam genutzt werden: Küche, DVD-Player, Internet ADSL mit deutschem Internetfernsehen	
Pflegerin 8 - 16 Uhr für einfache Betreuungsfälle	
wöchentlicher Arztbesuch (auf Wunsch mit thailändischen Medikamenten)	
4 x Stadtausflug (bis 100km) pro Monat	
tägl. Massage, Bewegungstherapie, Spiele	
alles zusammen kostet	Grundpreis: 919,- Euro
mit Abendschwester 16 - 24 Uhr (16 Stunden-Pflege)	Aufpreis: 249,- Euro
mit Nachtschwester 24 - 8 Uhr (24 Stunden-Pflege)	Aufpreis: 249,- Euro
medizinisch notwendige Pflegeartikel (Einwegwindeln, Gehhilfe, Rollstuhl)	Aufpreis nach Absprache

<http://pflegeintha>

11

## Agenda

- Grundsätzliches

- Baulichkeit

- Assistenzsystem

12

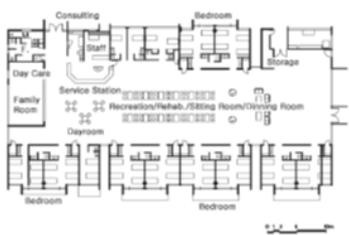
# Geeignete institutionelle Einrichtung?



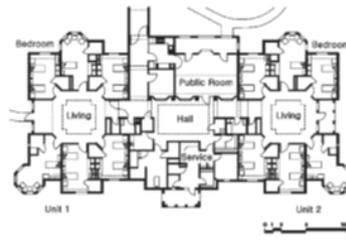
Woodlands Nursing Home, UK 1995



Joonggye Nursing Home, Korea 1995



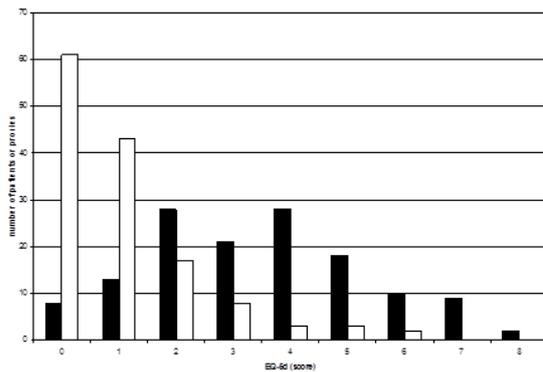
Sirai Nursing Home, Japan 1995



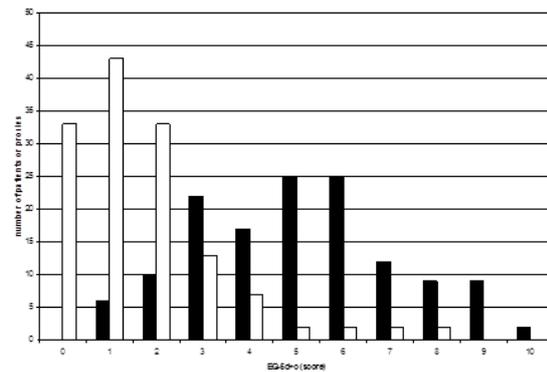
Parkvue Nursing Home, US 1995

13

## Quality of life



EQ-5d



EQ-5d+c

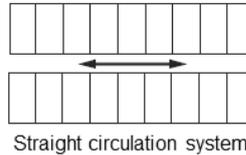
- Proxy report on patient
- Patient report on patient

14

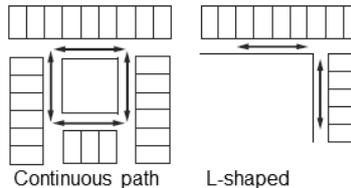
Schiffczyk et al. *BMC Neurology* 2010

# Evaluation architektonischer Gestaltung bei Demenz

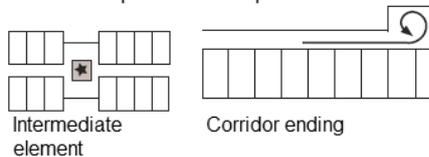
Straight circulation routes (str) provide better orientation than typologies featuring one change in direction, eg, L-shapes (cd)  
 $\Sigma$  Route 1-3  $P = .040^a$   $P = .001^c$



A continuous path (cp) causes lower orientation than all other considered typologies (oth)  
 $\Sigma$  Route 1-3  $P = .048^a$   $P = .002^b$



Corridors with smooth walls (smw) provide better orientation than corridors with alcoves and wall recesses (alc)  
 $\Sigma$  Route 1-3  $P = .156$   $P = .292$



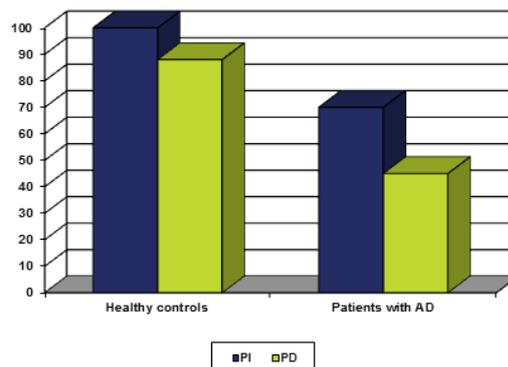
An outside sitting area (sa) close to the exit from the living area provides better locating of the outdoor space than none (none)  
 Route 4  $P = .322$   $P = .041^a$

15

Marquardt & Schweg AJAD 2009

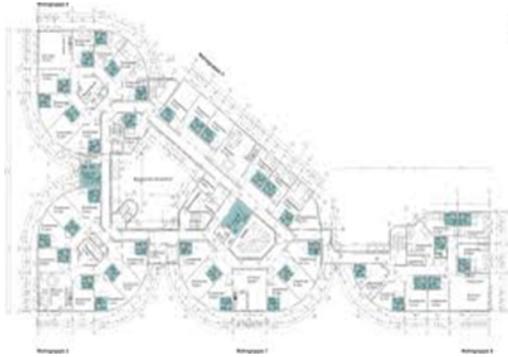
## Episodisches Gedächtnis – stimulus conditions

	Perceptionally identical	Perceptionally different
Learning		
Recall		



16

# Baulichkeit



Pflegeheim Fredersdorf



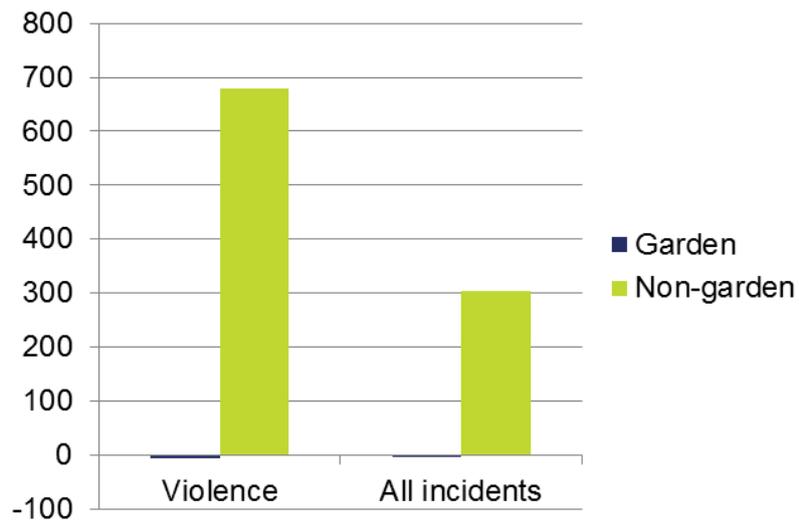
Seniorenheim Schrobenhausen



Bezirkskrankenhaus Günzburg

17

# Vorkommnisse im Zeitverlauf



18

Aus: Mooney & Nicell Healthcare Management For 1992

# Agenda

- Grundsätzliches

- Baulichkeit

- Assistenzsystem

19

## Hilfsmittel im Wandel der Zeit

**19th century: Activities of daily living require exclusively physical and manual activities**



**20th century: Isolate technical systems relieve some of the manual and physical activities.**



**21st century: Integrated complex environments**



20

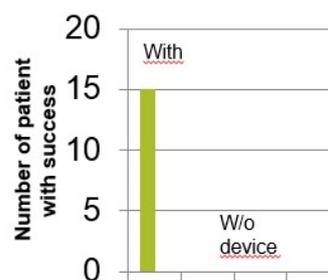
# Hilfsmittelversorgung für Alte



Ihr Fuß und das Abrollverhalten sind ein wichtiger Faktor bei der Wahl der richtigen Schuhkategorie. Wenn Sie einen normalen Fuß haben und beim Aufsetzen nur leicht nach innen einknicken, sind die Dämpfungsmodelle vollkommen ausreichend. Je nach Bedarf sind Sie auch mit einem Lightweight- oder Trailschuh gut bedient.



21



22

# Integrated architecture – assisted living



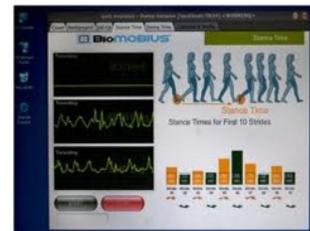
Monitor household activities



Monitor leisure / social activities



Monitor drug compliance



Detect physiological changes

23

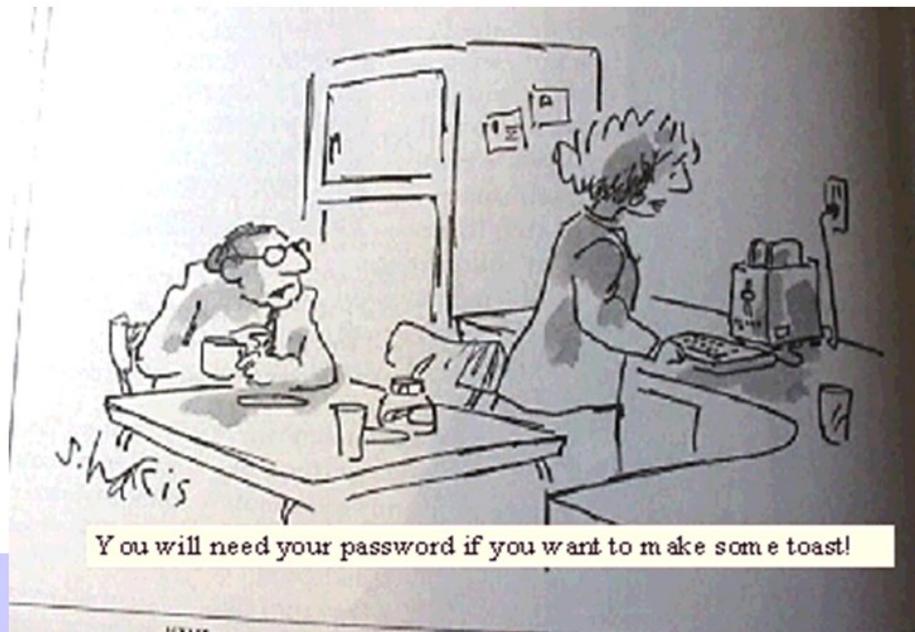
[www.orcatech.org](http://www.orcatech.org)

## Zusammenfassung

- Institutionelle Betreuung und häusliche Unterbringung profitieren von systematischer Evaluation der angebotenen Hilfen.
- Häufigstes Problem in einer Gesellschaft des demographischen Wandels sind die neu aufgetretenen psychischen Erkrankungen des Alterns (Demenzerkrankungen).
- Technische Assistenzsysteme können beitragen, die Autonomie aufrechtzuerhalten.

24

## The future?



25

#### 4. Podiumsdiskussion

Den Abschluss der Veranstaltung bildete eine Podiumsdiskussion zum Thema „Sozialpolitik in Schwaben“ mit Ausblick und Arbeitsauftrag an den GPV.

Herr Abel begrüßte die Vertreter aus Verwaltung, Praxis und Forschung und stellte die Teilnehmer kurz vor.

Da die Vertreter der Politik leider kurzfristig absagen mussten, erklärte Herr Maximilian Monzer, Leiter des Kompetenzzentrums Schwäbische Sozialpsychiatrie des Bezirks Schwaben, sich kurzfristig bereit, an der Diskussionsrunde teilzunehmen.



v.l.n.r.: Mathias Abel, Susanne Kilian, Dr. Martin Küfer, PD Dr. Ulrike Schulze, Dr. Britta Walther, Prof. Dr. Thomas Becker, Maximilian Monzer

Nachdem Prof. Dr. Becker in seinem Impulsreferat die Grenzen zwischen normal und psychisch krank ausgelotet hat, leitete Mathias Abel, Geschäftsführer der Caritas GZ/NU, die Podiumsdiskussion mit einem Text von Matt Haig ein, der sich sehr subtil mit den Grenzen zwischen normal und psychisch krank befasst.

Folgende Fragen richtete Mathias Abel an die Fachleute:

#### **1. Was hat sich aus Ihrer Sicht in den vergangenen Jahren im Bereich der Wahrnehmung und Behandlung von psychischen Erkrankungen zum positiven gewandelt – bezogen auf Ihr Fachgebiet?**

##### **Herr Monzer:**

Herr Monzer berichtet, dass in den letzten Jahren die Versorgungsangebote, in Zusammenarbeit mit den Regionen, weiter ausgebaut werden konnten, z.B. ein flächendeckendes Netz an Tagesstätten, die Aufstockung von Personal in den SpDi's und Suchtberatungsstellen sowie der Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens.

##### **Herr Prof. Dr. Becker:**

Prof. Becker führt aus, dass das Wissen über psychische Erkrankungen (insbesondere im Bereich der Depressionen) erfreulicherweise stark zugenommen. Die Zunahme und Vielfalt von Modellprojekten zur Versorgung psychisch kranker Menschen sei ebenfalls positiv zu bewerten.

**Frau Dr. Walter:**

Frau Dr. Walther stellt fest, dass sich auch im Bereich der Gerontopsychiatrie mehr Bewusstsein für psychische Erkrankungen entwickelt hat. Dennoch könnte ihrer Meinung nach noch mehr gemacht werden. Die Versorgung wird u.a. durch zunehmende Mobilität und kleiner werdende Familien schwieriger.

**Frau Dr. Schulze:**

Frau Dr. Schulze führt aus, dass die Vernetzung positiver zu bewerten ist als früher. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit statt. In vielen Familien herrscht dennoch eine große Not, die weit über die medizinische Behandlung hinausgeht.

**Herr Dr. Küfer:**

Positiv sieht er die Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen. Er betont, dass der Erfolg der Hilfeleistung, insbesondere in Krisensituationen, stark von einer guten Zusammenarbeit abhängig ist.

**Frau Kilian:**

Frau Kilian freut sich über einen enormen Anstieg der Aufmerksamkeit und Sensibilität für das Thema „psychische Erkrankungen in der Familie“ im Zeitraum der letzten 10 Jahre.

**2. Durch diesen Wandel in der Gesellschaft, Forschung und Praxis haben sich in den vergangenen Jahren sicher auch die Anforderungen an die Politik im Gesundheitswesen verändert. Wie versucht die Politik/Verwaltung sich auf die veränderten Bedürfnisse einzustellen?****Herr Monzer:**

Herr Monzer führt aus, dass sich der Bezirk Schwaben in seiner Arbeit stets am Bedarf des Menschen orientiert. Die Verwaltung setzt sich mit Leistungserbringern auseinander, um für die Betroffenen geeignete Hilfen zu schaffen. In der Finanzierung der Hilfen und der Zusammenarbeit mit anderen Kostenträgern sieht Herr Monzer noch Verbesserungspotential und macht dies am Beispiel der Thematik „Einführung eines Krisendienstes“ deutlich.

**Herr Prof. Dr. Becker:**

Prof. Becker merkt an, dass Krisendienste örtlich unterschiedlich ausgestaltet sein können und eine gewisse Öffnung und Vielfalt hilfreich ist. So sei aus seiner Sicht das Hometreatment am BKH Günzburg in vielen Fällen einer stationären Einrichtung mit „Krisenbetten“ vorzuziehen.

**Frau Dr. Walther:**

Frau Dr. Walther sieht im Bereich der Gerontopsychiatrie eher einen Bedarf an ergänzenden Projekten, um Versorgungslücken zu schließen, beispielsweise für Menschen mit Depressionen im Alter oder spezielle Wohngruppen für ältere Menschen.

**Frau PD Dr. Schulze:**

Frau Dr. Schulze geht in ihrem Statement auf die bessere Vernetzung und Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ein.

**3. Frage an die Fachleute: Welche Herausforderungen sehen Sie durch den gesellschaftlichen Wandel auf sich zukommen - in Ihrem Fachgebiet?**

**Herr Prof. Dr. Becker:**

Prof. Becker führt aus, dass aus seiner Sicht die Versorgungssysteme neu diskutiert werden müssen, insbesondere im Kontext von sozialer Ungleichheit und Armut. Er sieht den Bedarf, dass eine ethische Diskussion zu den Themen „Was für wen und umgekehrt - wünschenswert wäre.

Gleichzeitig betont er, dass es zukünftig weniger Pflegende für eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen geben wird.

**4. Geld und Möglichkeiten sind in unserer Gesellschaft begrenzt. Welchen Herausforderungen muss sich die Politik in Schwaben in den nächsten Jahren stellen?**

Dieser Frage sowie dem voran gegangenen Beitrag von Herrn Prof. Dr. Becker schließt sich eine Diskussion der Teilnehmer an. Dabei wird deutlich, dass „soziale Gerechtigkeit bzw. Ungleichheit und Armut sowie der Spannungsbogen zwischen Selbstbestimmung, Freiheit und Kontrolle“ als zentrale Themen der Zukunft gesehen werden.

**Frau Dr. Walther:**

Frau Dr. Walther sieht im demographischen Wandel eine enorme Herausforderung und Diskussionsbedarf.

**Herr Monzer:**

Herr Monzer führt aus, dass aus seiner Sicht das Thema „aufsuchende Arbeit, z.B. der SpDi's“ eine Herausforderung der Zukunft sein wird. Darüber hinaus stellen „ältere Suchtkranke und Migration“ wichtige Themen dar.

**Frau Deininger:**

Frau Deininger stellt im stationären Bereich eine Zunahme an jungen Männern mit Migrationshintergrund fest. Ebenso ist aus ihrer Sicht die Versorgung junger obdachloser Männer - teilweise mit Migrationshintergrund - und einer psychischen Erkrankung, eine große Herausforderung in den kommenden Jahren.

**Prof. Dr. Becker:**

Prof. Becker sieht den Ausbau der Ambulanzen (PIA) als eine Möglichkeit der Zukunftssicherung. Er merkt in diesem Zusammenhang an, dass jeder siebte entlassene Patient aus der Klinik, in eine instabile Wohnsituation entlassen wird.

**Frau PD Dr. Schulze :**

Frau Dr. Schulze führt aus, dass in ihrem Bereich eine Zunahme von jungen Flüchtlingen ohne Begleitperson zu verzeichnen ist. Auch dies wird immer mehr zum Thema (gemacht werden müssen).

**Herr Monzer:**

Herr Monzer erläutert, dass der Bezirk wegen der Thematik „bezahlbarer Wohnraum für Menschen mit einer psychischen Erkrankung“, bereits Kontakt zu Wohnbaugesellschaften aufgenommen hat. Darüber hinaus muss die Aufklärung der Gesellschaft über Inklusion generationen-übergreifend betrieben werden.

**Frau PD Dr. Schulze:**

Frau Dr. Schulze betont, dass auch der Bereich Schule und Schulbesuch nach einem Klinikaufenthalt ein großes Thema der Zukunft sein muss. Hier besteht aus ihrer Sicht ein erheblicher Entwicklungsbedarf um einer weiteren Ausgrenzung entgegen zu wirken.

**4. Heute sind in unserem Podium Fachleute und Vertreter der Verwaltung zusammen. Wenn Sie einen Wunsch hätten, was würden Sie sich von den Bezirkspolitikern bzw. der Verwaltung wünschen zur Verbesserung der Versorgung von psychisch Kranken? Was würden Sie sich als Vertreter der Politik bzw. Verwaltung von den Praktikern wünschen um die Versorgung zu verbessern?**

**Frau Dr. Walther:**

Frau Dr. Walther äußert den Wunsch nach mehr Flexibilität in der Finanzierung und betont gleichzeitig, dass es zu viele Reibungsverluste an den Schnittstellen gibt.

**Frau Kilian:**

Frau Kilian ergänzt, dass die Finanzierung durch zwei Systeme schwierig ist und fordert, die Grenzen zwischen den Sozialgesetzbüchern fließender zu gestalten.

**Herr Prof. Dr. Becker:**

Er wünscht sich ein Vorgehen, z.B. in Modellprojekten, dass einerseits Konsenssuche und andererseits Radikalität vereint, gepaart mit Nachhaltigkeit.

**Herr Monzer:**

Herr Monzer wünscht sich mehr Vernetzung der Träger untereinander sowie die Abstimmung der Leistungsangebote, orientiert am Bedarf der einzelnen Menschen.

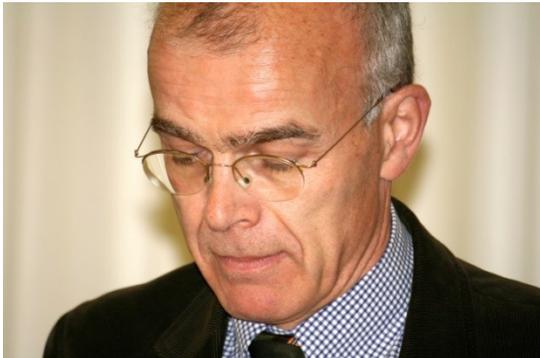
**5. Der Gemeindepsychiatrische Verbund Günzburg und Neu-Ulm soll Fachleute und Praktiker vernetzen und die Versorgung für die Menschen in unseren beiden Landkreisen verbessern und koordinieren. Welches Anliegen würden Sie uns für das kommende Jahr und die Zukunft mit auf den Weg geben? Sie können hier auch Anliegen und Anregungen aus den Workshops an uns weitergeben!**

Zusammenfassend können folgende Wünsche / Themen festgehalten werden:

- Migration als Thema aufgreifen
- Veranstaltung weiterer Foren
- in der Weiterentwicklung des GPV nicht nachlassen

Zum Abschluss dankte Herr Abel den Teilnehmern für die wertvollen Beiträge und übergab damit das Wort an die Forumsteilnehmer, welche im Nachgang an die Diskussion ihre Fragen an das Podium richten konnten.

**Einige Impressionen der Podiumsdiskussion:**



## 5. Zusammenfassung und Ausblick:



Frau Deininger fasste am Ende des Forums die wichtigsten Ergebnisse zusammen.

Sie betonte in diesem Zusammenhang das große Engagement und Verantwortungsbewusstsein der Akteure im Gemeindepsychiatrischen Verbund Neu-Ulm / Günzburg.

Sie wies u.a. darauf hin, dass sich in den letzten Jahren ein komplexes und stark differenziertes Hilfesystem für psychisch kranke Menschen in der Region entwickelt hat. Die betroffenen Menschen erhalten dadurch individuell angemessene und zugleich wohnortnahe Unterstützungspakete. Auf dieser Grundlage sollen künftige Angebote weiterentwickelt werden, um psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf in der Region eine passgenaue und zugleich qualitativ hochwertige Versorgung bieten zu können und damit dem Anspruch des Gemeindepsychiatrischen Verbundes möglichst nahe zu kommen.

Die Vorbereitungsgruppe des GPV-Forums wird sich im Rahmen der Auswertung des Forums mit den Ergebnissen und Vorschlägen befassen und die Arbeitspakete, wie bereits in den letzten beiden Jahren, in die Gremien des GPV's einspeisen. Ziel der einzelnen Arbeitskreise wird es sein, nach konkreten Umsetzungsmöglichkeiten zu suchen und ggf. Projekte anzustoßen, welche beim nächsten Forum im Oktober 2015 präsentiert werden können.

**„Bleiben Sie neugierig in diesem Zusammenhang,  
Dankeschön!“**

## **6. Verzeichnis der Referenten und sonstigen Ansprechpartner**

### **Referentinnen und Referenten:**

**Prof. Dr. Thomas Becker**

Ärztlicher Direktor Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
der Universität Ulm am BKH Günzburg

**Susanne Kilian / Maren Pfetsch**

Sozialdienst, Bezirksrankenhaus Günzburg

**PD Dr. Ulrike Schulze**

Chefärztin am ZfP Claw / Universität Ulm

**Dr. Britta Walther**

Oberärztin am Bezirksrankenhaus Günzburg

### **Moderatorinnen und Moderatoren:**

**Simone Haselhofer**

Bezirkskliniken Schwaben, Wohnen und Fördern, Leitung Tagesstätten GZ und KRU sowie  
Ambulant Betreutes Wohnen und Betreutes Wohnen in Gastfamilien

**Dr. Martin Küfer**

Ltd. Medizinaldirektor, Öffentlicher Gesundheitsdienst am Landratsamt Neu-Ulm

**Petra Tophofen**

Bayrisches Rotes Kreuz, Kreisverband Günzburg, Bereichsleiterin Soziale Dienste

### **Sonstige Ansprechpartner:**

**Corinna Deininger**

1. Vorsitzende des GPV GZ/NU,  
Diakonie Neu-Ulm, Abteilungsleitung Sozialpsychiatrie

**Mathias Abel**

Vorstand GPV GZ / NU,  
Caritas GZ/NU, Geschäftsführer

**Reinhard Huber**

Vorstand GPV GZ / NU,  
BKH GZ, Leiter Sozialdienst

**Sandra Winkler**

Bezirk Schwaben, Kompetenzzentrum Schwäbische Sozialpsychiatrie,  
GPV-Koordination GZ/NU

## Notizen