

Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung der Kinder- und Jugendärzte e.V.



1/2004



Aus der AG ADHS

Es passt nicht

Es passt nicht, wenn Kostenträger und Politik größtmögliche Sorgfalt bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS fordern, aber keine Bemühungen erkennen lassen, die Vergütung für den hohen Zeit- und Arbeitsaufwand der Kinder- und Jugendärzte bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu verbessern. Und dies, obwohl Pädiater mit größtmöglicher Sorgfalt bei Diagnostik und Therapie dieser Patienten vorgehen und de facto deren Betreuung ohne pädiatrischen Einsatz zusammenbrechen würde.

Es passt nicht, wenn unsere Fachgruppe immer mehr Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung dieser Patienten unternimmt, sich um frühzeitige Hilfen und um innerpädiatrische und interdisziplinäre Abstimmung bemüht, aber damit immer mehr in Vorleistung tritt.

Es passt nicht, könnten sich allmählich immer mehr Kinder- und Jugendärzte sagen, dass wir so viel Zeit und Arbeitskraft für Kinder und Jugendliche mit ADHS und ihr Umfeld aufwenden, uns emsig fortbilden zum Thema ADHS, wenn das Honorarsystem – und mit dem neuen EBM wird es noch schlechter – dies nicht vergütet.

Es passt nicht, könnten dann irgendwann Kostenträger und Politik feststellen müssen, dass sich die Versorgungslage für Kinder und Jugendliche verschlechtert, wenn sich immer weniger Pädiater bereit finden, sich zeit- und arbeitsaufwändig um diese Patienten zu kümmern, weil irgendwann auch die hohe Motivation der Kinder- und Jugendärzte erschöpft ist.

Extrabudgetäre Zusatzhonorierung für qualitätsgesicherte zusätzliche pädiatrische Arbeit bei ADHS wäre längst an der Zeit – und würde passen.

Klaus Skrodzki

Vorsitzender

der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Klaus-Peter Grosse

Stellvertretender Vorsitzender



Aus der Redaktion

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

„Die Beilage ‚Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte‘ soll ein Forum sein, an dem Sie mitwirken können. Es bietet die Möglichkeit, dass möglichst viele Leser am Wissen und

Erfahrungsschatz anderer teilhaben können, indem Sie in diesem Forum ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen.“ Dies war in der ersten Ausgabe der MITTEILUNGEN die Einladung an alle, die sich mit ADHS in der Praxis beschäftigen, „Fragen zu stellen, Anregungen zu machen, Diskussionen zu führen oder die Ergebnisse Ihrer kreativen Arbeit für die Praxis anderen zur Verfügung zu stellen.“

Leider hatte die Einladung nicht das erwünschte Echo. Bei vielen Begegnungen trifft man immer wieder auf reichhaltige Erfahrungen und kreative Arbeit, die in der Praxis geleistet wird. Wir bitten Sie daher:

- Lassen Sie die Leser der MITTEILUNGEN an Ihrem Wissen teilnehmen.
- Tauschen Sie in den MITTEILUNGEN Ihre Erfahrung mit anderen aus.
- Verbessern Sie mit Ihrem Beitrag hier in den MITTEILUNGEN die Versorgung der Kinder mit ADHS.

Ihr Redaktionsteam

Kirsten Stollhoff

Ulrich Kohns

Hans Kühle



Tipps aus der Praxis

In einem Urteil des Bundessozialgerichts vom **18.04.2004** wurde entschieden, dass die Kosten für Arzneimittel, die keine Zulassung in Deutschland haben, nicht von der GKV übernommen werden müssen. Dies wurde in der KV-Nordrhein allen KV-Mitgliedern zur Kenntnis gegeben.

Für die Praxis bedeutet das: **die Kosten bei Verordnung von Ritalin® SR 20 oder anderen nicht zugelassenen Medikamenten z.B. Strattera u.a. muss die gesetzliche Krankenkasse nicht übernehmen.** Um spätere Regresse zu vermeiden, sollte eine schriftliche Erklärung der Krankenkasse über die Übernahme der Kosten für die Verordnung von Ritalin® SR 20 bereits vor der Verordnung zu Lasten der Krankenkasse vorliegen.

Anders ist dies bei zulassungsüberschreitendem Einsatz (Off-Label-Use) von Arzneimitteln nach BSG-Urteil vom 19. März 2002 (Az.: B1 KR 37/00 R). Danach müssen Kassen im Ausnahmefall Medikamente im Off-Label-Use bezahlen, wenn die im Urteil geforderten Voraussetzungen für die Verordnung erfüllt sind. **Dennoch empfiehlt sich unter Hinweis auf das genannte Urteil eine schriftliche Erklärung über die Kostenübernahme für die Verordnung von MPH-Präparaten vor dem 6. und nach dem 18. Lebensjahr.**

U. Kohns



Buchbesprechung

Annegret Best: **Flippie-Bär**

2003, z.Zt. noch Exemplare des Eigendruckes für 8,70 € + Porto und Versandt 1,50 €, Bezug über: A. Best, Tel. 02103/32511, e-mail a-best@web.de

„Flippi-Bär“ eignet sich gut für Eltern mit ADHS-Kindern im Alter von 5–8 Jahren zum Vorlesen bzw. Selbstlesen auf Grund der altersgerechten Darstellung der Symptome.

Flippie-Bär heißt der kleine sympathische Bär aus einem Wanderzirkus. Er hat eine ADHS. Durch die Kernsymptome der ADHS wie Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität passieren Flippie unbeabsichtigt Missgeschicke, wie sie auch von Eltern mit AD(H)S-Kindern ständig erlebt werden. Das Buch greift typische Situationen aus Elternhaus und Schulalltag auf und transferiert sie in die Welt von Flippie-Bär. Er hat wie betroffene Kinder trotz guten Willens häufig Misserfolge, enttäuscht Eltern, Lehrer und soziales Umfeld und gerät dadurch in einen Teufelskreis. Die liebenswert geschriebene und illustrierte Geschichte eignet sich dazu, der Selbstwerterschädigung betroffener Kinder entgegenzuwirken, indem es die Ursache der Symptome in einer positiven Sichtweise („Aufmerksamkeits-Zuviel-Syndrom“) erklärt. Beim Besuch von Mama Bär mit Flippie bei Dr. Arno werden Lösungswege gezeigt, die auch eine Medikation mit einschließen. Im Anhang werden allgemeine Informationen über ADHS geboten. Ein sehr empfehlenswertes Buch für Eltern bei der Suche nach kindgerechter Erklärung.

Falk Franke



Arbeiten

ADHS im Jugendalter

(U. Kohns)

Das Verhalten von Jugendlichen in der Pubertät wird durch Suche nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, durch demonstratives Probierverhalten und unkritische Ablehnung oder Übernahme idealisierter Vorstellungen geprägt. Verschlechterung der Empathiefähigkeit, große Stimmungslabilität und Phasen extremer Selbstüberschätzung oder -verunsicherung treten hinzu.

Diese altersphysiologische Instabilität tritt dann bei Jugendlichen mit ADHS zu den typischen Störungen der automatisierten, d. h. nicht willentlichen Selbstregulation von Aufmerksamkeit, Affekten, Motivation und Störung der automatisierten exekutiven Funktionen wie Entwicklung von Handlungssequenzen und Handlungskontrolle hinzu.

Das Chaos ist programmiert:

- Die Aufmerksamkeitsprobleme führen zu *Reizoffenheit, Ablenkbarkeit, Desorientierung wie „Weitwinkeloptik“, Gedankenhüpfen, Zunahme des Leistungsveragens in Schule und Beruf.*
- Die Probleme der Impulskontrolle haben *gesteigertes Risikoverhalten, hastiges, unkontrolliertes, oft explosives und nur an der unmittelbaren Situation orientiertes Verhalten („...von der Hand in den Mund...“)* zur Folge.
- Das hohe Aktivitätsniveau ist durch *„innere Unruhe“ („... wie getrieben...“)*, *Unfähigkeit zur Entspannung und Vermeiden ruhiger Tätigkeiten* gekennzeichnet.

- Die Störungen der Handlungsorganisation führen zu *Mängeln in der Arbeitsplanung, -ausführung und -vollendung („Chaos“), unzureichenden Problemlösungen, Entscheidungen und Aufgabenübernahme sowie Mangel an Erwerb altersentsprechender Selbständigkeit.*

- Die pubertäts- und ADHS-bedingte Störung der Affektregulation führt zu *emotionaler Überempfindlichkeit und Überreaktion* mit unterschiedlichen Qualität („auf und ab“), zu *Beeinflussbarkeit und Unvorhersehbarkeit* der Reaktionen des Jugendlichen.

Im Regelfall entwickelt der Jugendliche mit zunehmendem Alter Identität und Selbstwert, Fähigkeit zur Selbstregulation und zu angemessener sozialer Integration. Im Gegensatz dazu führen die ADHS-bedingt gestörte Selbstwahrnehmung und Selbstregulation und die immer wiederkehrenden Erfahrungen misslingender sozialer Interaktionen nicht selten zu Mangel an Ich-Identität und Sozialkompetenz mit ihren unterschiedlichen Folgen:

- *ein vermehrt aggressiv-dissoziales Verhalten mit sozialer Desintegration, zunehmende Dissozialität, die Neigung zu selbst- und fremdgefährdendem Risikoverhalten und die Gefahr des Substanzmissbrauchs und der Jugendkriminalität* wie auch
- *die Entwicklung sozial unsicherer, ängstlich-vermeidender, nicht selten depressiver Jugendlicher.*

Wird der Jugendliche nicht frühzeitig vor Beginn dieser Entwicklung behandelt, sind verschiedene Sozialauffälligkeiten und Arten der Erfolglosigkeit um ein Mehrfaches im Vergleich zu Jugendlichen ohne ADHS gehäuft wahrscheinlich:

- *erhöhte Verletzungsgefahr mit erhöhten Gesundheitskosten,*
- *gehäufte Straßenverkehrsdelikte,*
- *risikoreiches Sexualverhalten mit Gefahr von Erkrankungen und früher Schwangerschaft,*
- *Klassenwiederholungen, Schul- und Berufswechsel oder -abbrüche,*
- *Arbeitsplatzwechsel, Arbeitslosigkeit,*
- *Konflikthäufung und Aggressionsdurchbrüche mit Körperverletzungen oder Sachbeschädigungen,*
- *Beziehungsstörungen und soziale Desintegration,*
- *dissoziales Verhalten bis zur Jugendkriminalität.*

Die Störung sozialer Anpassungsfähigkeit und die Beeinträchtigung einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung erhöhen die Gefahr von Substanzmissbrauch und Entwicklung schwerer Persönlichkeitsstörungen überdurchschnittlich.

Die **Therapie des Jugendlichen mit ADHS** ist durch

- unrealistische Selbsteinschätzung,
- Mangel an Therapieeinsicht,
- schlechte Compliance wie bei allen chronisch kranken Jugendlichen

erschwert.

Die medikamentöse Therapie – vor allem mit Psychopharmaka – widerspricht der überhöhten Selbsteinschätzung und der Fehlbeurteilung selbsttherapeutischer Fähigkeiten; sie scheitert nicht zuletzt am ver-

breiteten Vorurteil, „bekloppt zu sein“, wenn eine medikamentöse Therapie wegen Verhaltensauffälligkeiten notwendig ist.

Der Bereitschaft der Kinder- und Jugendärzte, nach dem 18. Lebensjahr Jugendliche weiter zu behandeln, steht der „off label use“ aller MPH-Präparate infolge der Zulassungsbeschränkung auf das Alter von 6–18 Jahren und die Altersbegrenzung für Behandlung durch Kinder- und Jugendärzte im Kassenarztrecht entgegen.

Eine erfolgreiche MPH-Therapie muss auf die große individuelle therapeutische Breite im Jugendalter und die altersspezifischen Nebenwirkungen Rücksicht nehmen.

Bei einer Vielzahl der Jugendlichen liegen zusätzlich komorbide Störungen wie depressive Episoden, Angst- und Zwangsstörungen, Sozialverhaltensstörungen vor. Neben der medikamentösen Therapie ist abhängig von der Art der Störung daher eine begleitende Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nicht selten notwendig. Dabei kann zunächst nicht von einer Therapieeinsicht des Jugendlichen ausgegangen werden.

Voraussetzung für eine Therapie ist eine echte Beziehung zwischen dem Jugendlichen und dem Behandelnden. In ihr darf sich nicht die konfliktreiche, misstrauensvolle und nicht selten entwürdigende Beziehung zwischen ihm und Eltern oder Erzieher wiederholen.

Nur dann wird der Jugendliche auch die medikamentöse Therapie als für seine Persönlichkeit sinnvoll und notwendig akzeptieren. Er wird in der Beziehung zum Behandelnden erleben, dass die Therapie vor allem in seinem eigensten Interesse für sein gelingendes Leben mit Nutzung aller seiner möglichen Fähigkeiten ist und nicht dem Wohl von Eltern, Erziehern oder Therapeuten, nicht der sozialen Anpasstheit und allseitiger Wohlgefälligkeit dienen soll.



Long-Term Use of stimulants in children with attention deficit hyperactivity disorder

Lily Hechtman and Brian Greenfield
Pediatr drugs 2003 5(12) 787-794

In einer Übersicht stellen die Autoren die Ergebnisse der Langzeitstudien von Kindern mit ADHS unter Stimulanzientherapie vor. Sie unterscheiden in kontrollierte Studien mit bis zu 2 jähriger Stimulanzientherapie und prospektive Langzeitverläufe bis ins Erwachsenenalter von Kindern mit ADHS, die in der Kindheit mit Stimulanzien therapiert wurden.

1. Randomisierte Studien

Es existieren 62 randomisierte Studien mit insgesamt 2897 Patienten, die zwischen 3 bis zu 28 Wochen medikamentös behandelt wurden. Die Studien wurden doppelt-blind und mit Placebo-Gruppen durchgeführt. Alle Studien zeigen eine eindeutige positive Wirkung der Stimulantien Methylphenydat (MP) oder Amphetaminsulfat (AS) auf die Kernsymptome der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung).

• **multimodale Therapiestudien** > als 12 Monate bis zu 2 Jahren:

Multimodale Therapiestudien:

Hechtman und Abikoff führten eine 2-jährige 2 Centerstudie mit 103 Kindern mit ADHS durch. Alter 7–9 J. Die Studie lief 3-armig: – nur medikamentös Therapie (MP), – MP+multimodale Therapie (Elterntraining und Beratung, Lerntherapie, soziales Training, und Psychotherapie), – MP+kognitive Verhaltenstherapie mit Konzentrationstraining. Kinder aller 3 Gruppen verbesserten ihr Verhalten (Eltern, Lehrer, Arzttraining, Verhaltensbeobachtung in der Schulklasse). Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden.

Multimodale Treatment-Assesment-Study MTA-Studie: 576 Kinder mit ADHS, Alter 7–9,9 J., erhielten über 14 Monate eines der folgenden Therapieschemata:

- I. sorgfältig dosierte medikamentöse Therapie (MP),
- II. Verhaltenstherapie mit Elterntraining, Lehrercoaching, 8 Wochen Sommercampverhaltenstherapie und Unterstützung in der Schule
- III. Kombinierte medikamentöse und Verhaltenstherapie
- IV. Hausärztliche Therapie mit inkonsistenter Medikamentengabe

Die medikamentösen und kombinierten Gruppen (I- und III-Gruppe) zeigten sich hinsichtlich der Wirksamkeit deutlich der rein verhaltenstherapeutisch behandelten Gruppe oder hausärztlich therapierten Gruppe überlegen. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen der medikamentös behandelten und der kombinierten Gruppe. Ebenso bestand kein signifikanter Unterschied zwischen der hausärztlichen und der verhaltenstherapeutischen Gruppe.

Bei der Einzelanalyse zeigte aber die Gruppe mit der kombinierten Therapie bei Komorbidität von internalisierenden Störungen (Angst, Zwangsstörungen) leicht bessere Ergebnisse als die medikamentöse Gruppe, auch das Selbstvertrauen und das soziale Verhalten waren besser.

• Nicht-multimodale Therapiestudien:

Gilbert et al. untersuchten über 15 Monate 62 Kinder mit medikamentöser Therapie (AS). Die Gruppe mit AS zeigte eine signifikant bessere Wirkung als die Placebogruppe.

Schachar et al. untersuchten über 4 Monate 91 Kinder mit ADHS behandelt mit MP. Sowohl die ADHS-Symptome als auch oppositionelles und dissoziales Verhalten wurden positiv beeinflusst.

Zusammenfassend zeigen alle Studien eine Wirksamkeit der Stimulantientherapie bis zu 2 Jahren mit tolerablen Nebenwirkungen.

2. Studien mit Langzeitverläufen

In diesen Studien wurden Kinder mit ADHS, die mit Stimulantien therapiert wurden, in größeren Abständen bis ins Erwachsenenalter evaluiert. Nachteile dieser Studien sind die nicht vergleichbaren Gruppen (Kinder, die mit Medikamenten behandelt wurden, waren möglicherweise schwerer betroffen als solche, die nicht behandelt wurden), die Therapiedauer variiert von Monaten bis zu Jahren, das Follow-up loss ist hoch.

Weiss et al. vergleichen drei Gruppen von Kindern mit ADHS: behandelt mit MP über 3–5 J., behandelt mit Chlorpromazin über 18 Mo bis 3–5 J., unbehandelte Gruppe.

Die Autoren fanden keinen Unterschied zwischen den Gruppen bei Eintritt ins Erwachsenenalter. Lediglich eine Untergruppe der mit MP behandelten Patienten, die ein gutes soziales Umfeld hatten, zeigten eine signifikant bessere Entwicklung hinsichtlich Schulabschluss, sozialer Integration und emotionaler Fähigkeiten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Loney et al. In einer prospektiven Studie mit 124 Kindern mit ADHS.

Paternit et al. fanden, dass Kinder, die mit höheren Dosen behandelt wurden, signifikant weniger Alkoholprobleme und Suizidversuche und eine bessere soziale Integration hatten. Längere Behandlungsdauer korrelierte positiv mit dem IQ (HAWIK) und Performance im Rechnen und Lesen.

Ackerman et al. verglichen 23 Kinder mit ADHS und 14 Kinder mit ADS mit einer Kontrollgruppe mit einer Lernschwäche. Er fand keinen positiven Einfluss der medikamentösen Therapie auf die Schulausbildung dieser 3 Gruppen.

Auch Riddle et al., Blouin et al., Charles et al., Satterfield et al. fanden keinen positiven Langzeiteffekt einer medikamentösen Therapie. Satterfield fand jedoch, dass die Therapiedauer einen positiven Einfluss auf die soziale Entwicklung hatte. Lambert et al. hingegen fand, dass die Kinder mit längerer Therapiedauer eine schlechtere soziale Integration hatten.

Gittelmann et al. untersuchten Kinder mit ADHS mit 18 und 26 Jahren. Persistieren der ADHS korrelierte mit antisozialem Verhalten, Drogenkonsum, schlechterer Berufsausbildung und Arbeitssituation.

Barkley et al. und Fischer et al. untersuchten 147 mit MP behandelte Kinder mit ADHS mit 15 und 21 Jahren. Im Vergleich zur Norm-Kontrollgruppe zeigten sie mehr antisoziales Verhalten, die akademische Ausbildung und Arbeitssituation waren schlechter, der Drogenkonsum höher. Die behandelte Gruppe schnitt aber besser ab als die unbehandelte.

Weiss et al. und Hechtman et al. untersuchten 104 unbehandelte Kinder mit ADHS im Alter von 5, 10 und 15 Jahren und 22 Jahren und verglichen sie mit 20 Erwachsenen, die in der Kindheit 3 J. behandelt wurden. Verhaltensstörungen, akademische Ausbildung und Arbeitsniveau waren in beiden Gruppen gleich und deutlich schlechter als in einer Norm-Kontrollgruppe. Lediglich in der Anzahl der Autounfälle, in Delinquenz, Selbstvertrauen und sozialem Verhalten schnitt die behandelte Gruppe besser ab. Drogenkonsum war in allen drei Gruppen identisch.

Langzeit- Nebenwirkungen der Stimulantientherapie:

Ein negativer Einfluss auf die Endgröße wurde nicht gefunden, wohl aber eine temporäre Wachstumsverzögerung.

Keine Zunahme der Drogenabhängigkeit; die meisten Studien finden eine protektive Wirkung der medikamentösen Therapie gegen Drogenmissbrauch (Biedermann et al., Loney et al., Huss et al.), einige keinen Einfluss (Burke et al., Barkley et al., Hechtman et al.) und 1 Studie (Lambert et al.) eine Zunahme.

Kommentar:

Die Ergebnisse der Therapiestudien bis 2 Jahren entsprechen unseren klinischen Erfahrungen.

Beruhigend sind die Ergebnisse, dass keine Langzeitnebenwirkungen vor allem keine Suchtgefahr in den Langzeitstudien beobachtet wurden.

Erstaunlich ist jedoch, dass eine medikamentöse Therapie keinen deutlichen positiven Langzeiteffekt für die soziale Integration hat. Dies entspricht nicht meinen klinischen Beobachtungen, die allerdings selten über das 19. LJ hinausgehen und nicht studienmäßig evaluiert sind. Möglicherweise liegt die fehlende Langzeitwirkung einer Therapie jedoch daran, dass die Studien mit negativem Bias laufen, die Therapiedauer zu kurz und die Dosis zu niedrig ist. Außerdem sind Komorbiditäten nicht ausreichend miterfasst und deren Auswirkung beurteilt.

K. Stollhoff



[Homepage AG ADHS](http://www.agadhs.de)

Passwort verloren?

Sollten Sie Ihr Passwort zum Mitgliederbereich von www.agadhs.de verloren haben, genügt eine kurze e-Mail an „support@agadhs.de“.

Erste Schritte im Forum

Mitgliedern der AG ADHS bieten wir auf unseren Seiten ein Diskussionsforum für alle Fragen zum Thema ADHS. Eine kurze Anleitung für Ihre ersten

Schritte im Forum finden Sie unter http://www.agadhs.de/mitglieder/forum_help.html.

PDF-Dokumente lassen sich mit einem kleinen Trick öffnen.

Wenn nach einem Klick auf ein PDF Dokument nur die Fehlermeldung „Dokument beginnt nicht mit %PDF-“ erscheint :

Klicken Sie den Link einfach mit der RECHTEN Maustaste an und wählen Sie in dem erscheinenden Kontextmenü „Ziel speichern unter“. Nun können Sie das Dokument lokal auf Ihrer Festplatte speichern und dann von dort aus öffnen.



Aktuelle Termine

Qualitätszirkel

Termine für Qualitätszirkel in Nähe Ihres Wohnortes finden Sie auf der Internetseite www.agadhs.de

Aktuelle Fortbildungsmöglichkeiten unter Mitwirkung von Mitgliedern der AG ADHS:

Fortbildungsseminare der INAQ – Interdisziplinäres Netzwerk ADHS Qualitätssicherung (Mitglieder: Döpfner, Rothenberger, Steinhausen, Frölich, Kohns):

30. Oktober Hamburg,
6. November Düsseldorf,
27. November Nürnberg

Anmeldungen: Frau Hablitzel/Thomson Physicians World
e-mail: kai.hablitzel@pwgmbh.thomson.com

Tel. 0621/7184 880

Impressum

Mitteilungen der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Redaktionsteam:

Dr. Kirsten Stollhoff, Dr. Ulrich Kohns, Dr. Hans Kühle

Herausgeber:

AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Postfach 228
91292 Forchheim
Tel. 09191-970369 Fax 09191-970375
e-mail info@agadhs.de
Internet www.agadhs.de

Konto der AG ADHS:

Konto 302 BLZ 76991000 Volksbank Forchheim

Für die Unterstützung bei der Veröffentlichung
Dank an

