

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



1/2005



Aus der AG ADHS

Den Dialog suchen und nutzen

Der Dialog mit unseren Patienten und ihren Bezugspersonen ist für uns selbstverständlich – nur so können wir Hilfe leisten. Um diese Hilfe zeit- und ressourcensparend zu optimieren, sollte darüber hinaus der Dialog in Qualitätszirkeln und regionalen Netzen gesucht werden. Nutzen Sie dazu auch die Listen der ADHS-Qualitätszirkel und regionalen ADHS-Netze auf der Internetseite der AG ADHS (Mitgliederteil). Dort finden Sie auch die Liste unserer Arbeitsgruppen, mit denen Sie den Dialog suchen und nutzen sollten (neu: Arbeitsgruppen Regionale ADHS-Netze und ÖGD).

Die Themen dieser Beilage: ADHS-Monitoring, neue Therapieoption Atomoxetin, Forschung aus der Praxis fordern ebenfalls zum Dialog heraus. Bringen Sie Ihre Meinungen und Erfahrungen ein und schicken Sie Diskussionsbeiträge an die Redaktion der Beilage!

Vielfältige Möglichkeiten zum Dialog mit Eltern und weiteren Betreuern bietet das „Laien“-Fortbildungsprogramm zu ADHS, ein Kooperationsprojekt von AG ADHS und AOK-Bundesverband. Unsere Referenten (bislang etwa 120) können mit dem an der Leitlinie orientierten Foliensatz (bzw. CD) ihre Vorträge beginnen, sobald die einzelnen Landes-AOKs dem Vertrag beigetreten sind. Wir sind sehr gespannt auf den Dialog mit den Referenten über ihre Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge. Wir suchen noch weitere Mitglieder der AG ADHS, die sich als Referenten bei diesem Projekt beteiligen. Bitte beim Sekretariat der AG ADHS melden!

Der innerpädiatrische Dialog zu ADHS, für den bereits 2002 mit dem Konsensus der Pädiatrie zu ADHS eine solide Basis geschaffen wurde, geht weiter: mit gegenseitiger Information, der Abstimmung über die Kooperationsmodalitäten zwischen pädiatrischen Praxen und SPZ, der Beteiligung von Sozialpädiatrie und Neuropädiatrie an der Überarbeitung der pädiatrischen Leitlinie zu ADHS. AG ADHS und BVKJ stehen im Dialog bei der Vorbereitung der anstehenden gemeinsamen Gespräche mit Krankenkassen über den längst fälligen Honorarausgleich bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS.

Im interdisziplinären Dialog stehen Kinder- und Jugendärzte mit Kinder- und Jugendpsychiatern als Autoren und Referenten der Fortbildungsprogramme ALADIN und INAQ und – mit noch weiteren Fachgruppen – auch im Arbeitskreis ADHS des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer und bei der Antragstellung an das BMGS für ein interdisziplinäres, alle Altersgruppen einbeziehendes zentrales Kompetenznetz ADHS. Dies und die erfolgreiche Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern bei ADHS in Qualitätszirkeln und regionalen Netzen lassen uns hoffen, dass

das vor Ort gut funktionierende Prinzip der am individuellen Bedarf orientierten kooperativen Versorgung auch im Dialog auf Berufsverbandsebene bald konsensfähig wird. Die AG ADHS wird weiterhin den Dialog mit allen an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS Beteiligten suchen und zur Optimierung nutzen.

Machen Sie mit!

Dr. Klaus Skrodzki PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse
Vorstand der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.



Aus der Redaktion

Forschung aus der Praxis

In pädiatrischen Praxen wird bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS eine Fülle von Erfahrungen gesammelt und eine große Menge von Daten erhoben. Andererseits entstehen daraus auch Fragen zur Optimierung der Befunderhebung, zur Erklärung von Zusammenhängen mit möglicherweise assoziierten Problemen, zur Verfeinerung von Diagnostik und Therapie.

Die Arbeitsgruppe Forschung der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte will diesen Fundus nutzbar machen im Sinne der satzungsgemäßen Ziele der AG ADHS („Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS“) und ruft daher alle Kinder- und Jugendärzte auf, die eigene Forschungsarbeiten zu ADHS einbringen möchten, diese in konkrete und realisierbare Vorschläge zu fassen.

Bitte schicken Sie Ihre Vorschläge an den Leiter der Arbeitsgruppe Forschung der AG ADHS, Dr. med. Hans-Jürgen Kühle, Hermann-Löns-Str. 45, 35398 Gießen, am besten als e-mail an: hans.kuehle@t-online.de.

Zusammen mit Vorstand und Vorstandschaft der AG ADHS wird dann entschieden, wie und welche Projekte unter wissenschaftlichen Kriterien umsetzbar erscheinen.

So weit für diese Projekte eine finanzielle Unterstützung notwendig ist, kann diese in begrenztem Umfang über die AG ADHS aus einem Fond der Fa. Medice zur Forschungsförderung bei ADHS erfolgen, der ab 2005 zur Verfügung steht. Über die Verteilung der Fördermittel entscheidet der Vorstand der AG ADHS zusammen mit dem Leiter der Arbeitsgruppe Forschung selbstständig und unabhängig, firmen- und produktneutral.

Bevorzugt werden zunächst Projekte, die innerhalb von 4 Wochen nach Erscheinen dieser Beilage eingesandt werden und deren Realisation kurzfristig möglich erscheint. Langfristig zu planende Projekte, z.B. Multizenterstudien, können für die Folgejahre konzipiert werden.

Hans-Jürgen Kühle



Tipps aus der Praxis - zur Diskussion gestellt

ADS/ADHS Monitoring – eine Herausforderung in der Praxis

Walter Hultzsch

Wer in seiner Praxis viele ADHS Patienten betreut, benötigt ein System, um einen Überblick über Medikation und Therapieerfolg zu bekommen. Gleichzeitig sollte die Mitarbeit der Eltern zur eigenen Verhaltenssteuerung und zur Interaktion bei der chronischen Erkrankung ihres Kindes stetig und anhaltend gefördert werden. Im Praxisalltag bedeutet dies: viele Rückmeldungen, oft nach uneinheitlichen Kriterien, mit viel Dokumentationsaufwand, und die Ergebnisse sind meist nicht schnell greifbar: Eine oft unbefriedigende Situation. Wir haben deshalb ein neuartiges Dokumentationssystem entwickelt, das umfassend viele notwendige Informationen zusammenstellt und übersichtlich und einfach zu handhaben ist. Es sollte auch den ADHS-Eltern Spaß machen und für sie auch Ordnung schaffen. Viele Eltern von ADHS-Kindern und Jugendlichen sind gut im Internet bewandert.

ADHS-Monitoring.de – ein neuartiges ADS/ADHS-Dokumentationskonzept:

In unserer Praxis bekommen Eltern von ADHS-Patienten (auch schon bei Verdacht auf ADHS) Zugang zum Mitgliederbereich der ADHS-Monitoring Datenbank im Internet. Dort geben sie regelmäßig die Antworten zu einem Verlaufsfragebogen ein. Der Fragebogen ist altersentsprechend angepasst (Vorschulkinder, Schulkinder und Jugendliche) und enthält Fragen zur Medikation, zum Verhalten des Kindes in der Vor-/Schule, in der Familie und im Freundeskreis, zu Nebenwirkungen, zum Parenting und zur Stressbewältigung der Eltern. Insgesamt 10 Bereiche (Konzentration, Hyperaktivität, Hausaufgaben, Schule ...) mit jeweils 4 Fragen. Ein Lehrerfragebogen wurde ebenfalls integriert. Jede Frage muss mit einem Score zwischen 1 = trifft nicht zu, ... und 5 = ständig beantwortet werden. Außerdem werden Mutter oder Vater als Eingebende registriert.

Nach der Eingabe werden die Daten automatisch ausgewertet und graphisch im Wochenverlauf dargestellt. Jeweils 4 Fragen aus einer Gruppe werden im Score-Verlauf und als Mittelwert in einem Liniendiagramm zusammen mit der Medikation am Monitor angezeigt (s. Abb. 1).

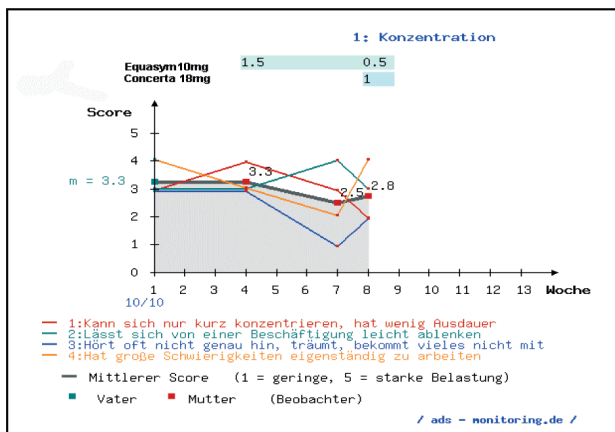


Abbildung 1

Die Medikamente werden zusammen mit der jeweiligen Tagesdosis angegeben. Die eingebende Person wird als Mutter bzw. Vater gekennzeichnet (Beobachter).

Eine weitere Graphik fasst die Änderungen aller Mittelwerte zusammen (s. Abb. 2). Die Prozentangaben beziehen sich auf Score Änderungen.

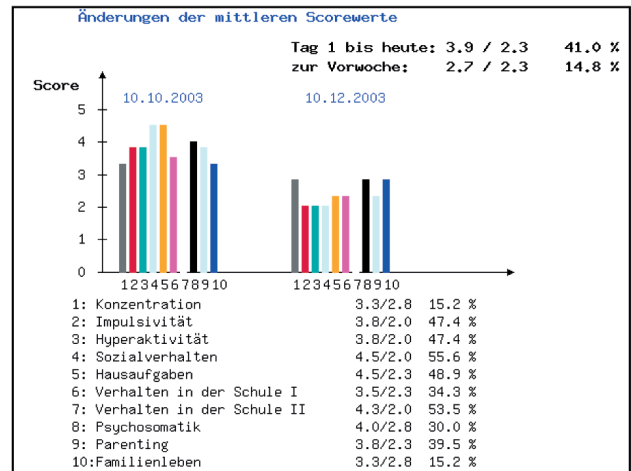


Abbildung 2

Die Eltern können die Graphiken direkt ausdrucken, sie abspeichern und uns als Link zukommen lassen. Die ausgedruckten Diagramme bringen sie dann mit in unsere Sprechstunde oder legen sie ihrem Therapeuten vor. Wir rufen die Graphiken zur Kontrolle einmal die Woche ab, um vor allem problematische Verläufe herauszufiltern.

Die Vorteile unseres Monitoringkonzepts:

- Durch das regelmäßige Eingeben von Beobachtungsdaten (das System erinnert die Eltern daran), kommt es zu kontinuierlichen Verhaltensbeobachtungen durch die Eltern. Dies schult die Eltern im Beobachten und Beurteilen auch kleiner Veränderungen im Verhalten ihres Kindes.
- Das Monitoring erhöht die Compliance bei Therapie, Medikation und familiären Maßnahmen (Parenting).
- Durch die aktuellen Informationen ist eine kompetente Betreuung im Praxisalltag immer gewährleistet.
- Unterschiedliche Standpunkte in der Beurteilung durch Vater oder Mutter werden deutlich.
- Da wir schon sehr frühzeitig die Eltern auf ADHS aufmerksam machen und bei Verdacht in das Programm mit aufnehmen, profitieren vor allem auch die Eltern von Vorschulkindern davon und haben die Möglichkeit, schon vor Schuleintritt notwendiges Management einzuführen.
- Das Programm dokumentiert den Verlauf und verbessert die Kooperation zwischen Familie, Schule und Ärzten (vor allen auch bei einem Arztwechsel).
- Die Daten können anonym unter einem Kürzel in die Datenbank eingetragen werden. Es bestehen damit nur die Sicherheitsrisiken einer E-Mail Verbindung.

Wir haben unser Konzept inzwischen dahingehend erweitert, dass auch andere Praxen oder Kliniken das System mit ihren Patienten nutzen können. Jeder Arzt kann seine eigenen Fragen zusammenstellen (oder unsere übernehmen). Es sind auf keiner Seite Programminstallationen notwendig und die Handhabung ist für alle Beteiligten äußerst einfach und praxisnah. Zudem haben wir für die teilnehmenden Eltern eine online Elternschulung geplant, die präventiv ausgerichtet sein soll und damit vor allem Vorschulkindern helfen soll.

Die Kosten für den Service und für die Pflege der Datenbank werden allein von den Patienten getragen (19 € im halben Jahr), wir verzichten damit auf eine Unterstützung durch die Pharmaindustrie.

Weitere Informationen und Anmeldung unter <http://www.speak-to-doc.de/arzt/info.php> oder direkt beim Verfasser:

Dr. Walter Hultzsch

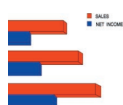
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Ingolstädter Str. 166 80939 München

Tel.: 089 3165301 E-Mail: in-form@ads-monitoring.de

<http://www.ads-monitoring.de>

Kommentar der Redaktion: Herr Kollege Hultzsch hat für diese Innovation des Monitoring den Förderpreis der Fa. Celltech erhalten. Alle Fragebogenverfahren können die Verhaltensbeobachtung und das persönliche Gespräch aber nicht ersetzen, sie sollen diese ja auch nur ergänzen. Bitte schicken Sie Ihre Erfahrungen und Kommentare zu diesem System an die Redaktion!



Aus der Wissenschaft

Early television exposure and subsequent attentional problems in children

Dimitri Christakis et al., Pediatrics 113, 4/2004, 708-713

1278 Kinder wurden in einer prospektiven Längsschnittstudie mit 1 Jahr, 3 Jahren und 7 Jahren daraufhin untersucht, ob früher Fernsehkonsum Einfluss auf späteres Verhalten hat. Dafür wurde registriert, wie viele Stunden diese Kinder mit 1 Jahr, mit 3 Jahren vor dem Fernseher saßen. Im Alter von 7 Jahren wurde ihr Verhalten mit Hilfe der Hyperaktivitäts-Subscala des Behaviour Problems-Index (BPI) gemessen. Es zeigte sich, dass Fernsehen im Kleinkindalter korrelierte mit hyperaktivem Verhalten im Alter von 7 Jahren. Je mehr Stunden die Kinder vor dem Fernseher verbrachten, desto ausgeprägter war die Hyperaktivität im Alter von 7 Jahren. Als Covarianten wurden zahlreiche soziodemographische Daten miterfasst, die auch die Ausbildung der Mutter, wie sie sich selbst einschätzte und ob sie an Depressionen litt, einschlossen.

Kommentar:

Die Ergebnisse bestätigen den in der Praxis gewonnenen Eindruck, dass vermehrter Fernsehkonsum mit erhöhter Unruhe des Kindes einhergeht. Interessant und beunruhigend ist die Vorstellung, dass der Einfluss des Fernsehens auf das sich entwickelnde Gehirn zu evtl. dauerhaften funktionellen Veränderungen führen kann.

Auch wenn zahlreiche Umweltfaktoren mitberücksichtigt wurden, so ist die Kausalität aber nicht gesichert. Andere, nicht erhobene Faktoren im Umfeld des Kindes könnten beides – frühzeitigen vermehrten Fernsehkonsum und Hyperaktivität des Kindes – nach sich ziehen. So ging aus der Studie nicht hervor, ob die Mutter Drogen incl. Alkohol zu sich nahm, wie viele Stunden sie sich mit dem Kind beschäftigte, wie die Beziehung Mutter-Kind aussah. Vom Vater wurden keine Daten erhoben bis auf den Vermerk, ob vorhanden oder nicht. Auch wurde nicht nachgefragt, warum die Kinder so viel Zeit vor dem Fernseher verbrachten. Eine Hypothese wäre, dass bei bereits primär unruhigen Kindern das Fernsehen als „Beruhigungsmittel“ eingesetzt wurde.

Es bleiben auch sonst noch Fragen offen, die von der Studie nicht beantwortet wurden, aber für Folgestudien interessant wären:

- spielt das, was im Fernsehen gesehen wird, eine Rolle
- weisen diese Kinder neben der motorischen Unruhe auch eine erhöhte Ablenkbarkeit und Minderung der Aufmerksamkeitsspanne auf
- ist durch das frühzeitige Fernsehen die psychosoziale Entwicklung incl. Lernfähigkeit gefährdet
- ist auch der Aggressivitätslevel erhöht?

Kirsten Stollhoff



Fragen und Antworten

Neue Möglichkeit in der Pharmakotherapie der ADHS?

Mit Zulassung von Strattera® und Medikinet retard® stehen zwei neue Präparate zur Therapie der ADHS zur Verfügung. Nachfolgend ein Überblick über die neuen Therapiemöglichkeiten:

Die Wirksamkeit der Psychostimulantien bei ADHS ist belegt. Mit der Einführung unterschiedlich lang wirkender, retardierter Methylphenidat(MPH)-Präparate wurde die Therapie in Hinblick auf Dauer und Gleichmäßigkeit der Wirkung verbessert und damit die Compliance bei den Patienten erhöht.

Dennoch erfüllt die Behandlung mit MPH nicht immer alle Wünsche an Symptomverbesserung und stößt an Grenzen des Machbaren. Gründe dafür können sein:

- fehlende oder unzureichende Wirksamkeit trotz gesicherter Diagnose,
- unterschiedlich lange, individuelle Wirksamkeit der MPH-Präparate,
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Schlafstörungen, Appetitstörung mit Gewichtsverlust, funktionelle Störungen im Magen-Darm-Trakt, Kopfschmerzen oder andere seltene unerwünschte Wirkungen,
- zumeist unmittelbare, abrupte Rückkehr der Kernsymptome nach Wirkzeit,
- Verschlechterung und/oder Auftreten komorbider Störungen wie Tics, depressive Verstimmung, Reizbarkeit.

Strattera® (Atomoxetin)

Mit Zulassung von Atomoxetin ATMX (Strattera®) in Deutschland steht zwei Jahre nach Zulassung in den USA nun ein „nicht MPH-Präparat“ als selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer für die Behandlung der ADHS zur Verfügung. Noradrenalin und Dopamin tragen zur Verarbeitung externer Stimuli und Steuerung der Reizantwort im Gehirn bei, da die für die Entstehung der ADHS-Kernsymptome wichtigen Hirnabschnitte sowohl dopaminerger wie auch noradrenerger Beeinflussung unterliegen.

Eine **Durchsicht der zur Verfügung stehenden Datenlage aus Zulassungsstudien und nachfolgenden Anwenderstudien in den USA** zu Atomoxetin erlaubt folgende Feststellungen:

- Die ADHS-Kernsymptome werden statistisch signifikant und ähnlich zur MPH-Therapie verbessert.
- Die Verbesserung hält bei ein- wie auch zweimaliger Gabe bis abends und zum nächsten Morgen an.
- Eine Symptomverbesserung von komorbiden Störungen wie Tics und oppositioneller Sozialverhaltensstörung bei ADHS ist in Veröffentlichungen belegt.

- Im Erwachsenenalter besteht die gleiche Wirksamkeit auf die ADHS-Kernsymptome wie bei Kindern.
- Noradrenerge Effekte der therapeutischen Dosis führen zu milder Blutdruck- und Herzfrequenzerhöhung ohne EKG-Veränderungen.
- Unerwünschte, aber gegenüber Placebo nicht signifikant häufigere Arzneimittelwirkungen bei mehr als 10% Patienten aller Behandlungsgruppen sind Kopfschmerzen, abdominale Schmerzen, Rhinitis, Pharyngitis, Erbrechen, Husten, Nervosität, Mundtrockenheit, Übelkeit.
- Appetitlosigkeit ist gegenüber Placebo signifikant häufiger. Appetitrückgang und Schlafstörungen sind gegenüber MPH statistisch signifikant seltener.
- Nach Pressemeldungen (12/04) empfiehlt die U.S. FDA, Strattera® abzusetzen, wenn Gelbsucht oder in Laborwerten Hinweise auf eine Leberschädigung vorliegen.

Über weitere seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen informiert die Fach- oder Patienteninformation.

Die Einstellung auf Strattera® erfolgt bei einem Körpergewicht unter 70 kg beginnend mit 0,5 mg/kg/Tag; Dosissteigerung nach 3–7 Tagen bis zu einer Zieldosis von 1,2 mg/kg/Tag in einer Gabe morgens oder in zwei Gaben am Tag. 1–2 Wochen nach Erreichen der Enddosis kann ein signifikanter, kontinuierlicher Therapieeffekt erwartet werden. Nach 4 Wochen ist eine weitere Dosisanpassung bis zu 1,4 mg/kg/Tag aber nicht mehr als 100 mg/Tag möglich. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind bei langsamer Dosissteigerung und anfangs zweimal täglicher Dosierung seltener.

Da eine signifikante Symptomreduktion bei Neubehandlung mit Strattera® nicht sofort eintritt, ist bei indizierter Umstellung von MPH auf ein Atomoxetin zunächst eine parallele Behandlung günstig: erst Aufdosierung von Strattera® und dann Absetzen von MPH. So wird eine Rückkehr der Kernsymptome in dieser Therapiephase ohne MPH und noch nicht ausreichender Wirkung von Strattera® vermieden.

Zukünftig müssen bei jedem Patienten mit ADHS Vor- und Nachteile der jeweiligen Pharmakotherapie individuell abgewogen werden. Entscheidungskriterien sind dabei:

- Dringlichkeit der Verbesserung der Kernsymptome,
- Möglichkeit zur individuellen, wenn nötig tageszeitlichen Anpassung des Medikamentenbedarfs,
- Wirksamkeit über den Tag möglichst bei einmal täglicher Medikamentengabe,
- Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkung,
- günstiger Einfluss der Therapie auf vorhandene komorbide Störungen.

Die Therapie mit Strattera® muss sich in Zukunft an der über Jahrzehnte erfolgreichen Therapie mit MPH messen lassen.

Medikinet retard® 10 mg, Medikinet retard® 20 mg

Das Präparat enthält in einer Kapsel 50% MPH in schnell freisetzenden und 50% in verzögert freisetzenden Pellets.

- Bereits eine Stunde nach Einnahme werden Serumspiegel wie beim nicht retardierten Präparat gemessen. In der dritten Stunde nach Einnahme ist der Serumspiegel am höchsten. Der Serumspiegel von Medikinet retard® fällt kontinuierlich bis 16 Stunden nach der Einnahme ab.
- Nach 6, 8 und 10 Stunden entspricht der Serumspiegel von Medikinet retard® 20 dem Serumspiegel nach zweimaliger Einnahme im Abstand von 4 Stunden eines nicht retardierten 10 mg MPH-Präparats.

- In mehreren Studien wurde die Wirksamkeit auf die Kernsymptome und in aufmerksamkeitsabhängigen Tests sowohl in klinischen Studien wie im Eltern- und Lehrerurteil belegt. Vergleichsstudien zeigen über 6–8 Stunden die gleiche Wirksamkeit wie bei zweimaliger Einnahme eines nicht retardierten Präparats.

Die Verteilung von nicht retardiertem zu retardiertem MPH in Medikinet ret.® kann die Therapie durch längere, kontinuierliche Wirksamkeit verbessern und ist so günstig für die Compliance.

Beurteilung:

Mit Strattera® und Medikinet retard® stehen neue Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, die durch die verlängerte Wirkdauer günstig für die Akzeptanz und Compliance der Therapie sein können. Außerdem öffnet sich eine Therapiemöglichkeit für all diejenigen Patienten, bei denen aus unterschiedlichen Gründen MPH nicht zu Anwendung kommen kann oder soll.

Kinder- und Jugendärzte sind aufgefordert, sich weiter über Strattera® und Medikinet retard® zu informieren, deren Therapieoptionen abzuwägen und Erfahrungen mit den Präparaten in regionalen Qualitätszirkeln, in den Mitteilungen der AG ADHS und auf der Internetseite der AG ADHS auszutauschen.

Ulrich Kohns



Aktuelle Termine

Qualitätszirkel

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

11.–13. 03. 2005 Kongress für Jugendmedizin Weimar

Skrodzki/Grosse: **Leistungs- und verhaltensauffällig – AD(H)S?**

Stollhoff: **ADHS – was noch?
– Komorbiditäten und Differenzialdiagnose**

Kohns: **ADHS Symptomatik bei Jugendlichen
– Symptomverschiebung, Outcome, Fallbeispiele**

12.03.2005 Weimar 14–17.30 Uhr

Mitgliederversammlung der AG ADHS mit Workshop

für Mitglieder („Fragen und Antworten zu ADHS“)

Impressum

**Mitteilungen der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.
– Redaktionsteam:**

Dr. K. Stollhoff, Dr. U. Kohns, Dr. H.-J. Kühle

Herausgeber:

AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Postfach 228 91292 Forchheim
Tel. 09191-970369 Fax 09191-970375
e-mail info@ag-adhs.de Internet www.agadhs.de

Konto der AG ADHS:

Konto 302 BLZ 76991000 Volksbank Forchheim

Dank für die Unterstützung
bei der Veröffentlichung an
UCB-PHARMA

