

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Belastungsintensive Monate liegen hinter den meisten Kinder- und Jugendarztpraxen. Corona Pandemie bedingte Auflagen erschwerten die arbeitsintensive Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS und deren Eltern zusätzlich. Noch höhere Aufmerksamkeit, Kreativität und Geduld bei der Versorgung der Patienten waren nötig. Andererseits kam es durch das „Homeschooling“ zu neuen und interessanten Erfahrungen. Sie werden auf die zukünftige Betreuung des Patienten Einfluss haben.

Die für viele begonnenen und für andere kommenden Sommerferien sind Gelegenheit, Tempo aus dem Alltag zu nehmen, einen oder mehrere Gänge zurückzuschalten, sich lästigen Verpflichtungen zu entziehen, für sich selbst und mit oder ohne Familie vergessene oder neue Ressourcen zu entdecken. Erholung entsteht aus der Entlastung, Kreativität aus der damit verbundenen Ruhe.

Der Vorstand AG ADHS und die Redaktion wünschen Ihnen gesunde und fröhliche Ferien!

Aus der Arbeit der AG

Mit Unterstützung des BVKJ wurde der Vorstand der AG ADHS erneut zu einem Treffen im BGM eingeladen. Gerhard Broer konnte die Interessen der Mitglieder der AG ADHS vertreten, soweit es um die Verbesserung der Versorgung von Patienten mit ADHS in Zukunft geht.

Hier sein Bericht:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV erstellt zurzeit ein Versorgungskonzept mit dem Ziel **Kompetenzverbünde zur Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen** aufzubauen, um eine möglichst gut auf die Lebenswirklichkeit der betroffenen Familien abgestimmte differenzierte und spezifische Behandlung anbieten zu können. Ziel soll es sein, Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern bei Bedarf einen rechtzeitigen Zugang zu einer koordinierten Versorgung mit neuen Versorgungsangeboten zu ermöglichen, durch Koordinierung die bestehenden Angebote optimal zu vernetzen und durch Kompetenzbündelung die Behandlungsqualität weiter zu verbessern.

Kern des Versorgungsauftrages ist eine integrierte und vernetzte Versorgung der Patienten durch Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zusammengeschlossen im regionalen Kompetenz-

verbund, der mit Kinder- und Jugendärzten, Hausärzten, Kliniken und anderen Heilmittelerbringern zusammenarbeiten soll.

Dieser neue Vertragsentwurf wurde aus dem beratenden Psycho-Fachausschuss der KBV entwickelt. Daraus folgt, dass wesentliche Versorgergruppen nicht adäquat bedacht sind und dass im Sinne der PT-Richtlinie die Psychotherapie als Kernkompetenz Einschlusskriterium für den Vertrag ist.

Aus Sicht der AG ADHS ist dies inakzeptabel!

Dies haben Kirsten Stollhoff, Klaus Skrodzki und Gerhard Broer in mehreren Sitzungen deutlich zum Ausdruck gebracht.

Nun liegt die Beschlussvorlage dieses Vertrages vor, und wir als AG ADHS konnten Anfang Juni 2021 noch einmal im Rahmen des Anhörungsverfahrens eine abschließende, mündliche Stellungnahme abgeben. Diese Chance haben wir mit folgender Stellungnahme genutzt:

Wir möchten als AG ADHS die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine bestmögliche Versorgung der von ADHS betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und ihrer Familien verbessern.

So freuen wir uns über den bevorstehenden Abschluss des Projekts strukturierter und koordinierter Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf und bedanken uns für das Recht auf Anhörung.

In diesem Projekt gibt es aus unserer Sicht zwei Punkte, die nicht fehlen dürfen:

1. *Die Diagnose ADHS ist nicht mit aufgenommen worden.*

ADHS ist mit einer Prävalenz von 5-6% im Kindes- und Jugendalter die häufigste kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose, weit vor im Vertrag mitaufgenommenen Diagnosen. Auch im Erwachsenenalter beträgt die Prävalenz in Deutschland 3,1%.

2. *Kinder- und Jugendärzte sind in diesem Vertrag nicht vorgesehen.*

ADHS ist eine syndromale Erkrankung, die bereits im Kindesalter beginnt und bis ins Erwachsenenalter hinein andauern kann. Sie tritt also nicht erst im Erwachsenenalter neu auf.

3. *Kinder- und Jugendärzte versorgen zurzeit schwerpunktmäßig ADHS-Patienten kompetent und gut und tun dies als Therapeuten bei Patienten mit Entwicklungsstörungen über das 18. Lebensjahr hinaus. Soll diesen Patienten etwas*

vorenthalten werden? Mit welcher Diagnose sollen wir diese dann ins Erwachsenenalter abgeben. Transition ist offensichtlich für diese Patienten nicht vorgesehen!

4. Bei 20 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland sind statistisch rund 1 Millionen von ADHS betroffen. Diese Vielzahl an Patienten kann nicht allein durch Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versorgt werden. Kinder und Jugendärzte müssen als Grundversorger und oft erster Ansprechpartner betroffener Familien mit ins Boot.

Als AG fordern wir deshalb:

- 1. Aufnahme der Diagnose ADHS (F90.0 und F90.1)**
- 2. Mitaufnahme unserer ärztlichen ADHS-Versorger zumindest als Bezugsarzt in diesem System**
- 3. Einbindung von Patienten in den Vertrag zumindest ab Beginn Jugendalter, auch um die Transition zu vereinfachen**

Bei allen Meetings hatten wir als AG den Eindruck, zwar angehört, aber mit unserem Anliegen nicht berücksichtigt zu werden. Dabei half auch die Unterstützung durch die Vertreter des BVKJ R. Ulmer und H. Tegtmeyer wenig.

Die Verhandlungen wurden klar durch Vertreter der psychiatrisch tätigen Kolleginnen und Kollegen und durch Psychotherapeuten bestimmt. Diese werden sich auch in dem neuen Konstrukt den Hut aufsetzen und allenfalls dulden, dass ärztliche Kolleginnen und Kollegen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie teilnehmen dürfen. Offen blieb auch, inwieweit Institutsambulanzen miteinbezogen werden.

Meiner Meinung nach ergibt sich keinerlei Verbesserung in der Versorgung von ADHS-Patienten. Wir Mitglieder der AG ADHS versorgen unsere Patienten seit Jahren kompetent auf einem sehr hohen Niveau und haben regional eigene eng zusammenarbeitende Netzwerke gebildet. Wir brauchen deshalb den neuen Versorgungsvertrag ohne uns in dieser Form nicht.

Gerhard Broer

Für die Aufklärung und Diskussion um unerwünschte oder behauptete Effekte einer Methylphenidattherapie der ADHS kann die folgende **Rezension** einer Studie hilfreich sein, die von Frau Dr. Stollhoff gesichtet und gewertet wurde.

Methylphenidat and mortality in children with ADHD

Vincent Chin Hung Chen et al
The british journal of psychiatry, 2020, 1-9,
doi :10.1192/bjp.2020.129

Die Autoren gehen in ihrer Studie der Frage nach, ob die Therapie mit Methylphenidat bei Patienten mit ADHS einen Einfluss auf deren Mortalität hat.

Sie werten die Datensätze der NHIRD (National health insurance research database) von insgesamt 68096 Kindern und Jugendlichen im Alter von 4-17 Jahren, die im Zeitraum von 2000 bis 2010 die Diagnose ADHS erhalten haben. Dabei wird jährlich kontrolliert, ob eine Therapie mit Methylphenidat besteht.

Die Todesursachen werden differenziert in natürliche Todesursache und unnatürliche: Suizid, Unfall, Homizid. Der Zeitpunkt des Beginns der medikamentösen Therapie sowie die Dauer der Therapie werden miterfasst.

Als Vergleichsgruppe dienen 68096 Kinder und Jugendliche mit ADHS, die im gleichen Zeitraum die Diagnose ADHS erhalten haben, jedoch nicht medikamentös therapiert wurden.

Ergebnisse:

- Die mit Methylphenidat therapierte Gruppe zeigte eine signifikant niedrigere Mortalität als die unmedizierte und zwar sowohl was die natürliche als auch was die unnatürlichen Todesursachen betraf (AHR=0,81,95%CL0.67-0.98)
- Je länger der Zeitraum der medikamentösen Therapie desto niedriger war die Mortalität
- Je früher der medikamentöse Therapiebeginn desto niedriger war die Mortalität.
- Der die Mortalität senkende Effekt fiel bei den medizierten Mädchen geringer aus als bei den medizierten Jungen.

Kommentar

Diese Studie bestätigt die 2015 von Dalsgaard* in Lancet veröffentlichten Ergebnisse der dänischen Kohortenstudie. Es handelt sich also bei den Ergebnissen nicht um einen kulturellen Effekt (in der vorliegenden Studie werden überwiegend chinesische Patienten erfasst). Eine Stärke der Studie sind die hohen Fallzahlen, eine Schwäche, dass die Diagnose ADHS wie in allen Kohortenstudien nicht wissenschaftlich kontrolliert ist, sondern auf klinischen Daten beruht.

Die Senkung der Mortalität ist bei den unnatürlichen Ursachen nicht weiter verwunderlich. Die erhöhte Risikobereitschaft bei Patienten mit ADHS sowie die erhöhte Unaufmerksamkeit geht mit einer höheren Unfallgefährdung einher. Diese wird durch eine Methylphenidattherapie gemindert, was sich auf die Mortalitätsrate auswirkt.

Erstaunlich ist die niedrigere Mortalitätsrate durch eine medikamentöse Therapie bei den natürlichen Todesursachen. Hier wird nicht differenziert, um welche Todesursachen es sich handelt. Vorstellbar wäre, dass sich die im Jugendalter oft beobachtete, teilweise extreme Adipositas bedingt durch die Impulskontrollstörungen bereits negativ auf die Lebenszeit auswirkt.

Trotz einer medikamentösen Therapie ist bei den Mädchen zwar eine Absenkung der Todesrate mit unnatürlichen Ursachen zu beobachten, diese ist aber geringer ausgeprägt als bei den Jungen. Vor allem die Suizidrate bleibt erhöht. Dies ist möglicherweise der zu kleinen Fallzahl geschuldet, wie die Autoren meinen. Hier wären mehr Informationen wünschenswert, ob die Suizidrate vor allem bei den älteren Mädchen erhöht bleibt, ob bei diesen evtl. der Therapiebeginn später ist und ob es sich hier um Auswirkungen von in der Zeit vor Therapiebeginn erlittenen psychischen Kränkungen handelt.

Wichtig ist auch festzuhalten, dass es wie auch schon in vorherigen Studien keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass, wie gerne in Laienkreisen behauptet, durch eine medikamentöse Therapie die Mortalität steigt.

Zusammenfassend plädieren die Ergebnisse für die Notwendigkeit einer frühzeitigen medikamentösen Therapie bei Kindern mit ADHS.

*Dalsgaard S. et al, Lancet 2015, 385:2190-6

Kirsten Stollhoff