

Eckpunkte
der Ergebnisse der interdisziplinären Konsensuskonferenz
zur Verbesserung der Versorgung von
Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

1. Aktuelle Prävalenzschätzungen zur ADHS gehen von 2 bis 6 % betroffenen Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren aus. ADHS ist damit eines der häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Die bedarfsgerechte Versorgung dieser Patienten – die durch unterschiedliche Berufsgruppen getragen wird – ist derzeit nicht flächendeckend gewährleistet. Es besteht noch oft eine ungenügende Verzahnung kooperativer Diagnostik. Es fehlt häufig an verlaufsbegleitenden Überprüfungen der Diagnostik nach dem Einsetzen therapeutischer Maßnahmen.
2. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Betroffenen dauern die Symptome bis ins Erwachsenenalter an. ADHS stellt somit auch für Erwachsene eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar. Es fehlen hier verbindliche diagnostische Kriterien und angemessenen Versorgungsstrukturen. Die Behandlung mit Methylphenidat erfolgt derzeit im Erwachsenenalter „off label“, da dieses Medikament für die Behandlung von Erwachsenen bei dieser Indikation nicht zugelassen ist.
3. In der Öffentlichkeit besteht noch weitgehende Unkenntnis und Fehlinformation über das Krankheitsbild. Schulen, Tageseinrichtungen und andere Erziehungsinstitutionen sowie an der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beteiligte Verwaltungen (Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt, Strafvollzug und Polizei) müssen verstärkt über ADHS informiert werden. Die Konsensuskonferenz erhebt die Forderung nach einem Awareness-Programm als gemeinsame Aktion.
4. Für eine korrekte Diagnosestellung ist eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik anhand anerkannter Klassifikationsschemata erforderlich. ADHS ist nach den Kriterien der ICD-10 oder DSM-IV zu diagnostizieren. Grundlage der Diagnosestellung sind Exploration und klinische Untersuchung mit Verhaltensbeobachtung. Die störungsspezifische Anamnese soll Familie und weiteres Umfeld (z. B. Schule) einbeziehen und aggravierende sowie entlastende

Umgebungsfaktoren berücksichtigen. Fremdbeurteilungen durch Lehrer und Erzieher sollen einbezogen werden. Die Benutzung von Fragebögen als diagnostische Hilfen ist sinnvoll. Intelligenzdiagnostik und Untersuchung von Teilleistungsschwächen sollen das diagnostische Mosaik ergänzen. Die differenzialdiagnostische Abklärung zu anderen Erkrankungen mit ähnlichen (Teil-) Symptomen und die Erfassung von Komorbiditäten bildet einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Eine solche multimodale Diagnostik bildet die Grundlage der multimodalen Behandlung. Die Diagnostik der ADHS ebenso wie die Therapie orientieren sich an den evidenzbasierten Leitlinien der beteiligten Fachverbände. Derzeit scheitert diese Diagnostik noch in einigen Regionen Deutschlands an der Versorgungsrealität. Um eine Verbesserung der Versorgungsstrukturqualität zu erreichen, ist Unterstützung der Politik erforderlich.

5. Eine qualitätsgesicherte Versorgung von ADHS ist unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen notwendig. Die Therapie der ADHS ist als multimodales Behandlungsangebot definiert. Nur ein Teil der Kinder bedarf der medikamentösen Therapie. Nach ausführlicher Diagnostik und erst wenn psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen nach angemessener Zeit keine ausreichende Wirkung entfaltet haben, besteht die Indikation zu einer medikamentösen Therapie. Stimulanzien wie Methylphenidat stellen empirisch gesicherte Medikamente zur Behandlung der ADHS dar, wobei der langfristige Einfluss dieser Medikation auf die Entwicklung des Kindes verstärkt erforscht werden muss. Auch andere Medikamente haben ihre Wirksamkeit bewiesen. Im Vorschulalter soll erst nach Ausschöpfung aller Maßnahmen eine medikamentöse Behandlung in Erwägung gezogen werden. Für die Behandlung sind spezielle Kenntnisse der Entwicklung des Kindes auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene Voraussetzung.
6. Die spezielle Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung mit Stimulanzien ist im Einzelfall ebenso wie die Entscheidung über Zeitpunkt, Dauer und Dosis sorgfältig und entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Auf altersspezifische Besonderheiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter ist zu achten. Jede medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien ist in ein umfassendes Therapiekonzept im Sinne einer multimodalen Behandlung eingebunden. Jede medikamentöse Behandlung bedarf als Mindeststandard einer intensiven ärztlichen Begleitung und ausführlichen Beratung. Die alleinige Verabreichung von Stimulanzien ist keine ausreichende Behandlungsmethode. Der Ausbau von

Versorgungsstrukturen für begleitende psychosoziale und andere therapeutische Maßnahmen soll von der Politik intensiv unterstützt werden.

7. Die bedarfsgerechte Versorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit der Ärzte untereinander (Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Allgemeinmediziner) und mit Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen, Heilmittelerbringern (z.B. Ergotherapeuten) und Selbsthilfeverbänden. Die enge Zusammenarbeit mit weiteren an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist notwendig. Erziehungsberatungsstellen sollen unter einer pädagogischen Zielsetzung im Rahmen kooperativer Netzwerke tätig werden. Auch Kindergärten, Tagesstätten und Schulen sowie weitere psychosoziale Bereiche sollen unter Einschluss der Jugendhilfe in das Behandlungsnetzwerk als Kompetenzpartner einbezogen werden, um einer schädlichen Desintegration der Kinder vorzubeugen.
8. Je nach Fachgruppe und therapeutischer Ausbildung besteht eine unterschiedliche Qualifikation zur Behandlung von ADHS. Die Verbesserung der Qualifikation muss daher differenziell erfolgen. Angestrebt wird ein modulares Fortbildungskonzept mit unterschiedlicher Gewichtung der Inhalte. Grundlage dieses Konzeptes soll empirisches Tatsachenwissen über Entstehung, Verlauf und Therapie von ADHS sein. Die Grundlage für interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet ein allen Berufsgruppen zugängliches Basiswissen, dessen Vermittlung eine gezielte Fortbildung der unterschiedlichen Beteiligten erfordert. Eine fachübergreifende gemeinsame Fortbildung im Sinne einer wechselseitigen Erkenntniserweiterung ist anzustreben und ermöglicht eine qualifizierte Kooperation.
9. Interdisziplinäre Zusammenarbeit beruht auf der Fachkompetenz und dem wechselseitigen Respekt der beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortung für die Koordination der interdisziplinären Behandlung liegt in der Hand des zuständigen Arztes. Ziel ist ein multimodales störungsspezifisches Vorgehen zur Behandlung der Kernsymptomatik und der Begleitstörungen auf Evidenzbasis.
10. Aus berufspolitischer Sicht der beteiligten Verbände besteht Klärungsbedarf im Hinblick auf Leistungsanreize und eine leistungsgerechte Honorierung bzw. Finanzierung der Versorgungstätigkeit. Unter Einbezug von Leistungsträgern und Leistungserbringern müssen solidarische Finanzierungsmodelle im Rahmen der Leistungen der SGB V, VIII und IX gewährleistet sein. Die Politik soll ihren Einfluss im Rahmen der Zuständigkeiten geltend machen.

11. Regionale und überregionale Netzwerke sollen gebildet und die vorhandenen Netzwerke ausgebaut werden. Von der Politik wird eine Hilfestellung bei der Bestandaunahme bestehender regionaler Netzwerke gewünscht. Diese regionalen Netzwerke sollen die Umsetzung der Leitlinien in die Praxis unterstützen. Die Politik soll die Bildung qualifizierter interdisziplinär orientierter Arbeitsgruppen zum Thema ADHS unter Einbezug von Betroffenenvertretern begleiten und unterstützen.

12. Zum Thema ADHS besteht weiterhin erheblicher Forschungsbedarf. Dies betrifft sowohl den langfristigen Einfluss medikamentöser Therapien, besonders des Methylphenidats auf die Entwicklung des Kindes, als auch empirische Untersuchungen zur Wirkungsweise weiterer Behandlungsmaßnahmen bei ADHS. Auch die Intensivierung der Forschung zur Evaluation der Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisqualität in Bezug auf diese unterschiedlichen Therapieverfahren und der bedarfsgerechten Versorgung ist notwendig und erwünscht.

Bonn, 28. und 29. Oktober 2002

Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Frau Caspers-Merk

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Prof. Dr. Resch

Für die Gesellschaften der Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Dr. Skrodzki

Teilnehmer der 2. Konsensuskonferenz ADHD am 28./29.10.2002 in Bonn

PD Dr. Dr. Lioba Baving, Komm.Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Magdeburg

Prof. Dr. Harald Bode, Universitätskinderklinik Ulm, Sozialpädiatrisches Zentrum

Dr. Anna Brockmann, Bundesministerium für Gesundheit, Referat Neurologische und Psychiatrische Erkrankungen, Bonn

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters der Universität zu Köln

Dr. Justina Engelbrecht, Bundesärztekammer, Geschäftsführung, Ausschuss Sucht und Drogen

Reinhild Ferber, Dt. Verband der Ergotherapeuten e.V., Karlsbad

Prof. Dr. J. Fritze, Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie u. Nervenheilkunde, Pulheim

Gertraude Fydrich, Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V., Forchheim

Dr.med. Dipl.Psych. H. Tegtmeyer, Lindau

Dr. Klaus Gritz, Berufsverband der Kinder- u. Jugendärzte e.V., Köln

Dr. Lutz Goldbeck, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie

PD Dr. Klaus-Peter Grosse, Höchstadt

Prof. Dr. B. Herpertz-Dahlmann, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters der RWTH Aachen

Barbara Högl, 1. Vorsitzende Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V., Sprecherin der Interessengemeinschaft ADHD, Berlin

Dipl. Päd. Renate Höhfeld, Vereinigung Analyt. Kinder- u. Jugendlichen-psychotherapeuten in Deutschland e.V., Berlin

Dr. Dipl. Psych. Michael Huss, Klinik f. Psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters der Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin

Dr. med. Jungmann, Vors. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ltd. Klinikärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie, Weinsberg

Prof. Dr. med. Dieter Ebert, Klinik f. Psychiatrie u. Psychosomatik der Universität Freiburg, Psychiatrische Poliklinik

Prof. Dr. med. Markus Gastpar, Rheinische Kliniken, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Essen

Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité Virchow Klinikum, Berlin

Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters, Universität Köln

Ebba Labbé, JUVEMUS e.V., Koblenz

Elisabeth Müller-Heck, Senatsverwaltung für Schule, Jugend u. Sport, Berlin

Prof. Krista Mertens, Inst. für Rehabilitationswissenschaften, Abteilung Behindertenpädagogik, Humboldt-Universität Berlin

Dipl. Psych. Dipl. Heilpädagogin Cordula Neuhaus, Esslingen

Dr. Monika von dem Knesebeck, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Christine Poethko-Müller, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn

Susanne Bettge, Robert-Koch-Institut, NG -3, Berlin

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, 1. Vorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Psychiater, Ref. Amb. Versorgung der DGPPN, Andernach

Prof. Dr. Franz Resch, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Heidelberg

Prof. Dr. Aribert Rothenberger, Klinik u. Poliklinik für Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen

Dr. Christa Schaff, Vors. des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie, Weil der Stadt

Dr. med. Klaus Skrodzki, Vors. der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte, Forchheim

Dr. Andreas Schoppa, Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Dr. Gerhard Schulze, DEGAM, Hamburg

Prof. Dr. Andreas Warnke, Klinik u. Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg

Dr. phil. Georg Wolff, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. H.-U. Gleim, Bundesministerium für Gesundheit, Ref. Betäubungsmittelverkehr und Arzneimittelmissbrauch