



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.



# **Probleme in der Umsetzung von Diagnostik und Therapie im Alltag aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Dr. Christa Schaff, Dr. Maik Herberhold

## Herausforderungen in der ambulanten Versorgung von ADHS-Betroffenen

- **2-6% Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten sind betroffen, d.h. ca. 500.000 Kinder und Jugendliche**
- **Regional unterschiedliche Versorgungsangebote; Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen**
- **Mängel in der Diagnostik und Differenzialdiagnostik**
- **Nicht immer leitliniengerechte Behandlung**
- **Lange Wartezeiten auf Therapieplätze**
- **Aufwändige Behandlung im Regelleistungsbudget nicht ausreichend finanziert**
- **Wenig Vernetzung zwischen behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten**
- **Nicht immer fortwährende Kontrolle des Medikamenteneinsatzes**

## Erwartungen der Politik (2002):

- dass den betroffenen Familien und der Öffentlichkeit ein gemeinsames **Verständnis über das Krankheitsbild** und die Behandlung vermittelt wird,
- die **Verschreibung von Methylphenidat** auf der Grundlage **wissenschaftlicher Standards** im Rahmen einer abgestimmten Diagnosestellung und multimodalen Therapie erfolgt,
- **eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen** über den **Aufbau von regionalen und überregionalen Netzwerken** unter Beteiligung der Elternverbände verbessert werden soll sowie
- die Fachkompetenz der jeweiligen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen über den Aufbau eines **fachübergreifenden modularen Fortbildungsangebotes** zur ADHS sichergestellt wird.

Eckpunkte der vom BMGS durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Bonn, 28. und 29. Oktober 2002

# Rahmenbedingungen des KBV-Muster-Vertrages

## Ziel des Konzeptes:

- **Flächendeckende** Verbesserung der **Versorgungssicherheit** für Kinder und Jugendliche mit ADHS/ADS im Sinne des Konsensuspapiers

## Teilnahmeberechtigte Patienten:

- Patienten im Alter von 4 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, **bei denen die Verdachtsdiagnose gestellt wurde**

## Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychotherapeuten:

- Kinder- und Jugendärzte
- Kinder- und Jugendpsychiater und –psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen

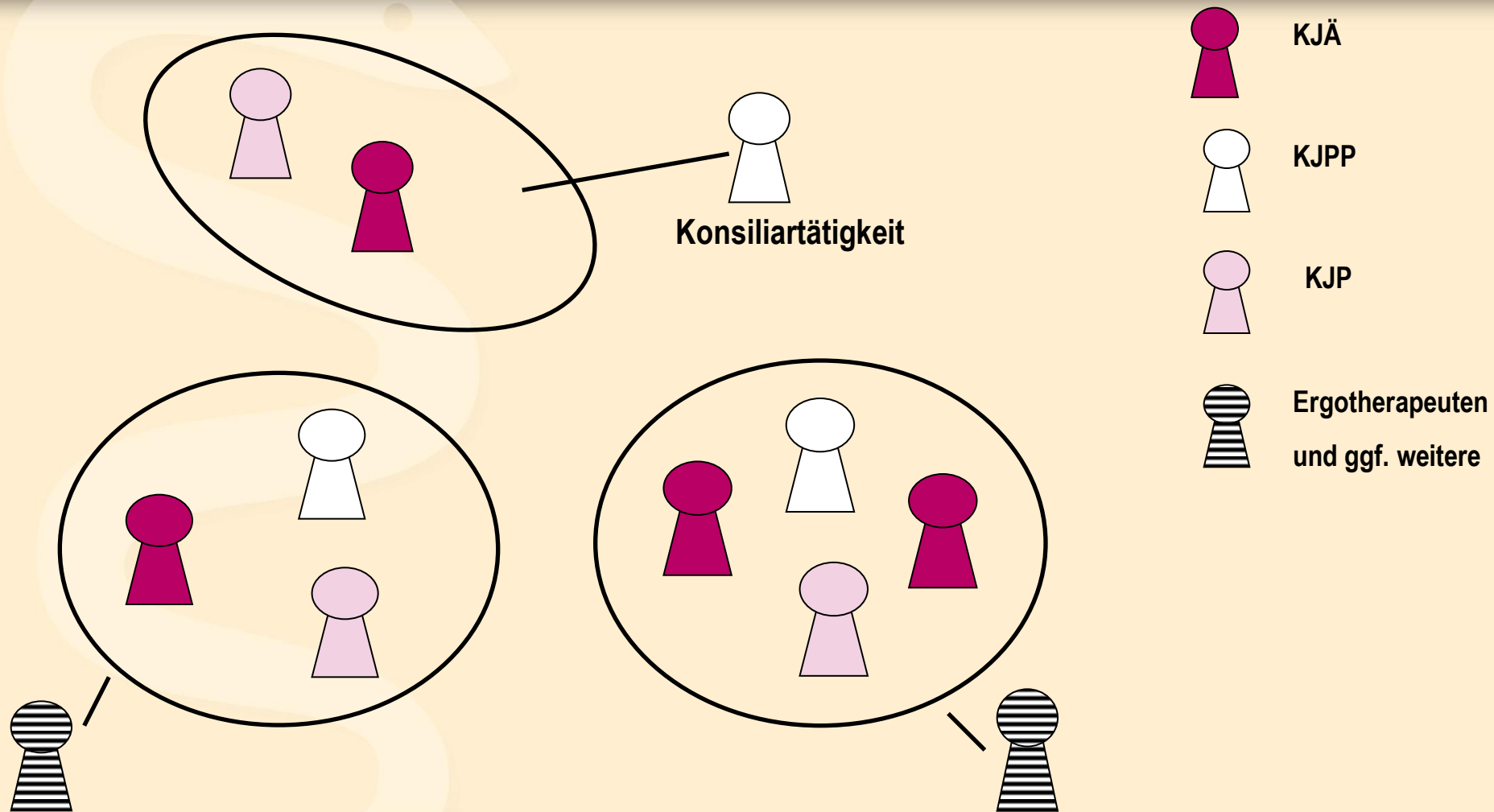
## Kernelemente zur Zielerreichung im KBV-Muster-Vertrag:

- Leitlinienorientierung
- **Patientenorientierung**
  - Umfassende **Aufklärung** über Krankheit, Therapiemöglichkeiten, Inhalte des Vertrages
  - Fester Ansprechpartner/**Fall-Koordinator** für die Familie
  - **Zeitnahe** und kontinuierliche Behandlung
  - Festlegen des Behandlungsplanes
  - Halbjährliche Überprüfung des Behandlungsverlaufes
  - **Hilfe bei Vermittlung von Elterntrainingsseminaren**
  - **Elterntaining wird finanziert!**
- Differenzierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Multimodale Therapie - am individuellen Fall orientiert, gezielter Medikamenteneinsatz
- **Kooperationsvertrag: verpflichtende Zusammenarbeit der Ärzte und Psychotherapeuten -> Bildung von ADHS-Teams, Qualitätszirkel**
- Kontinuierliche Fortbildung

## Therapie im KBV-Muster-Vertrag:

- Multimodal **am individuellen Fall** orientiert und leitliniengemäß
- mögliche Module:
  - Psychoedukation,
  - Einbindung von Kindergarten, Schule etc.,
  - psychotherapeutische Einzel- oder Gruppentherapie,
  - Behandlung komorbider Störungen,
  - **Elterntaining,**
  - Medikamente  
(nur in Verbindung mit psychoedukativen Maßnahmen, mindestens halbjährliche Überprüfung und Anpassung des Medikamenteneinsatzes)
- **Halbjährliche Überprüfungen des Therapiekonzeptes**

# Regionale ADHS-Teams





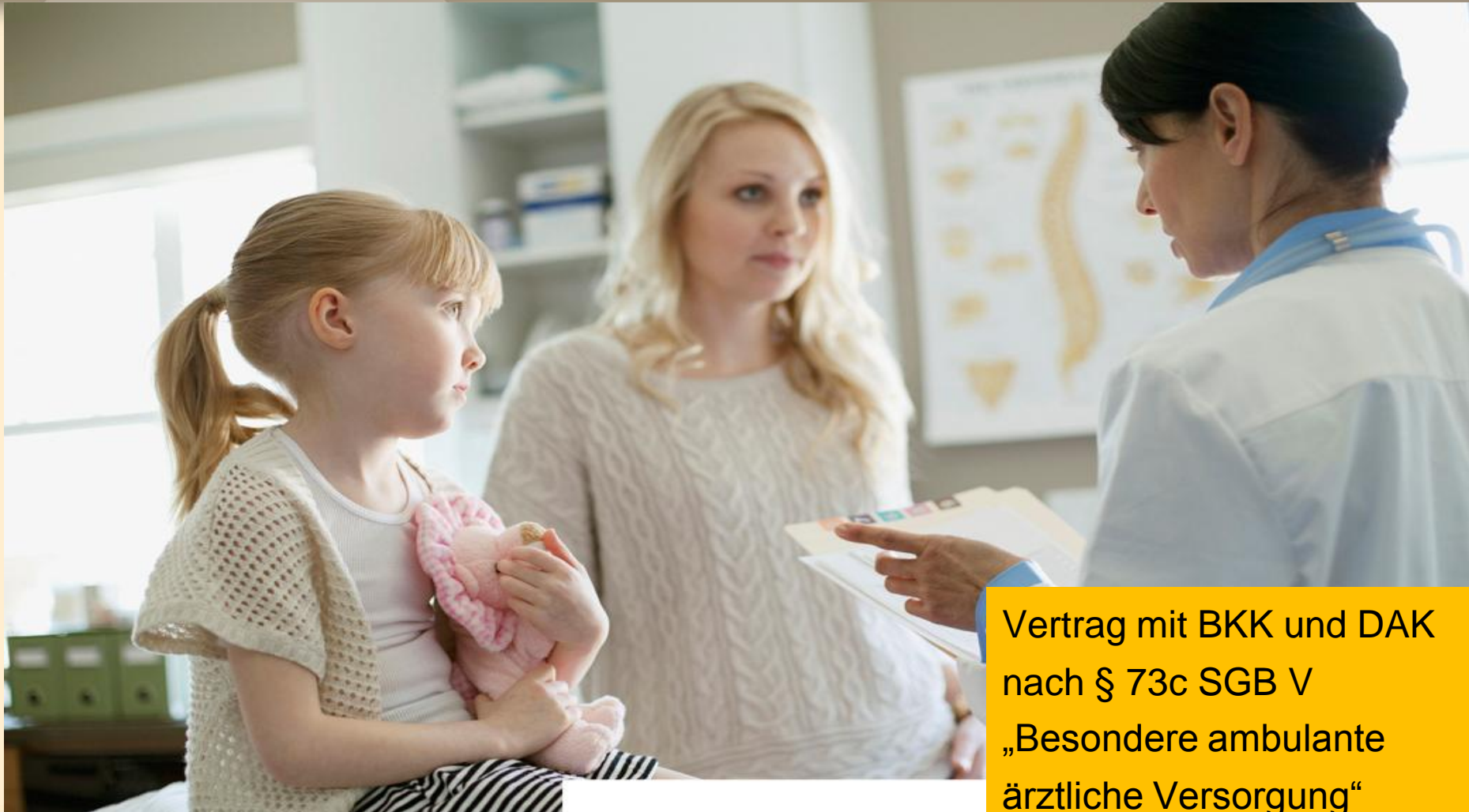
## Umsetzung von ADHS-Verträgen



## Rechtliche Grundlagen existierender ADHS-Verträge

- *Verträge nach § 73c SGB V „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“:*
  - Baden-Württemberg (BKK und DAK) seit 01.04.2009  
(seit 01.01.2012 „Add-on-Vertrag außerhalb der Gesamtvergütung)
  - Bremerhaven (AOK) seit 01.01.2011
- *Vertrag gemäß § 136 Abs. 4 SGB V „Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen“*
  - Nordrhein (AOK) seit 01.10.2010
- *Vertrag als Anlage L zum Gesamtvertrag mit der AOK nach § 83 SGB V:*
  - Hamburg (AOK) seit 01.07.2011

# ADHS-Vertrag Baden-Württemberg



Vertrag mit BKK und DAK  
nach § 73c SGB V  
„Besondere ambulante  
ärztliche Versorgung“

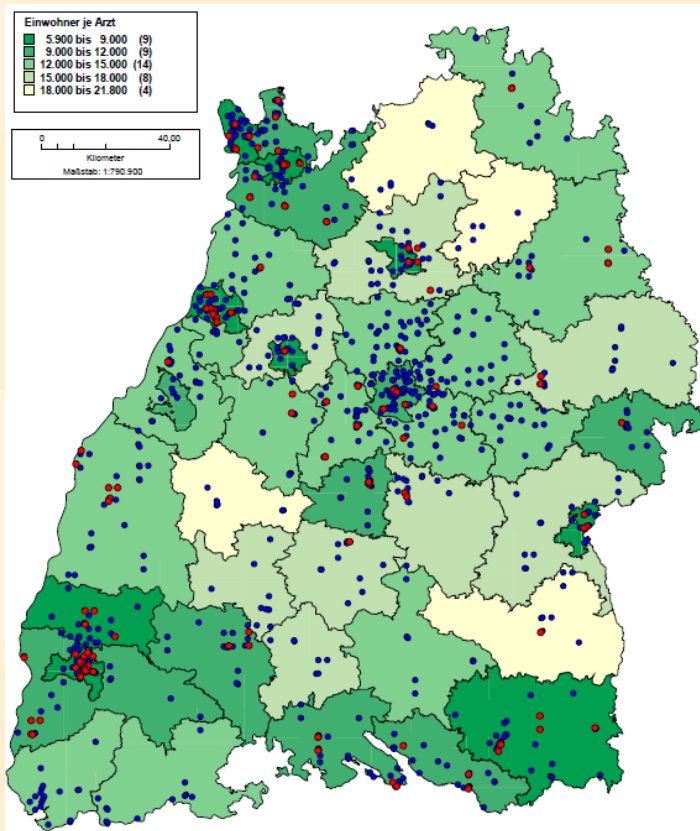
## ADHS-Prävalenz in Baden-Württemberg

- In den ADHS-Vertrag sind (Stand 2012)  
ca. **210 Ärzte und Therapeuten** eingeschrieben
  - **136 Kinder- und Jugendärzte,**
  - **35 Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten**
  - **28 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**
  - **13 Psychotherapeuten**

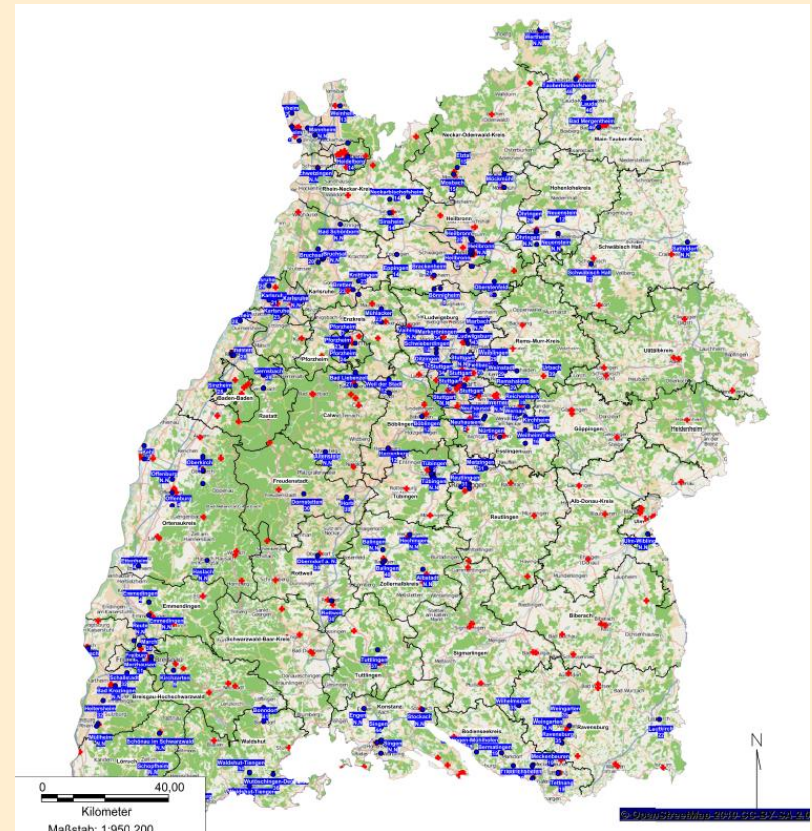


# Reale Versorgungssituation mit Ärzten und ADS-Teams

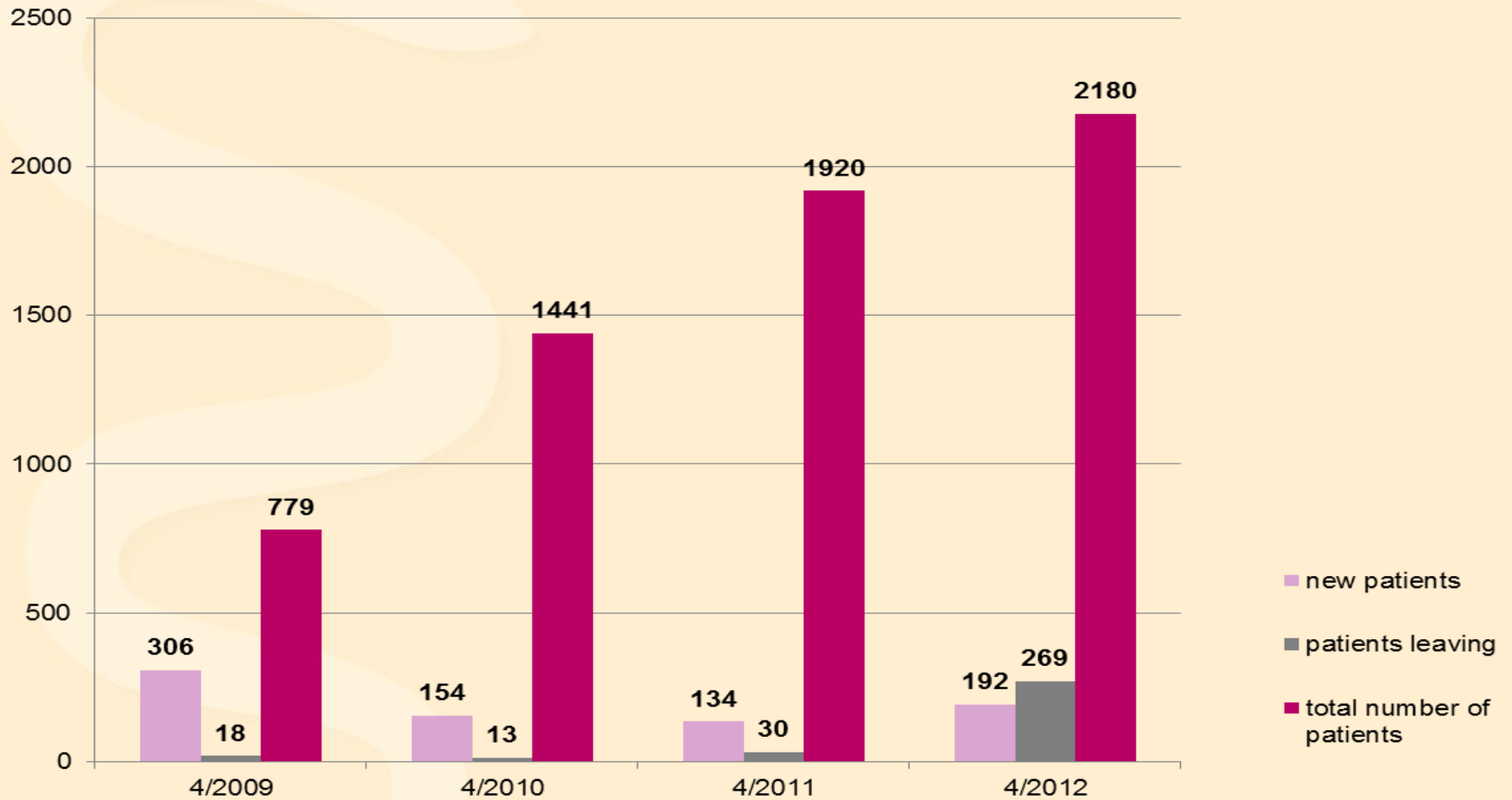
## Niedergelassene KJPP und Kinderärzte in Baden-Württemberg 2012



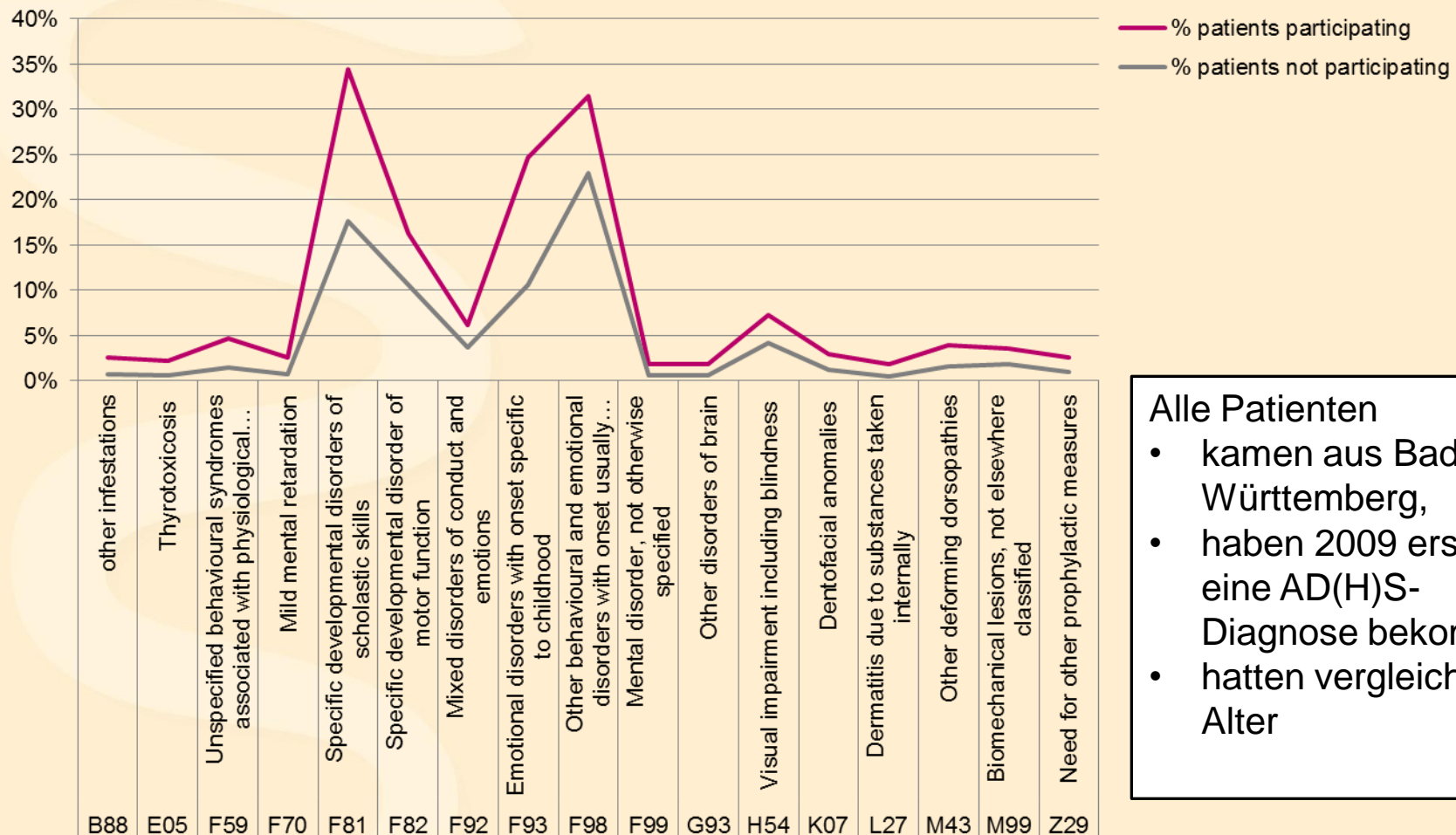
## Position der ADHS-Teams in Baden-Württemberg 2012



# Patientenzahlen



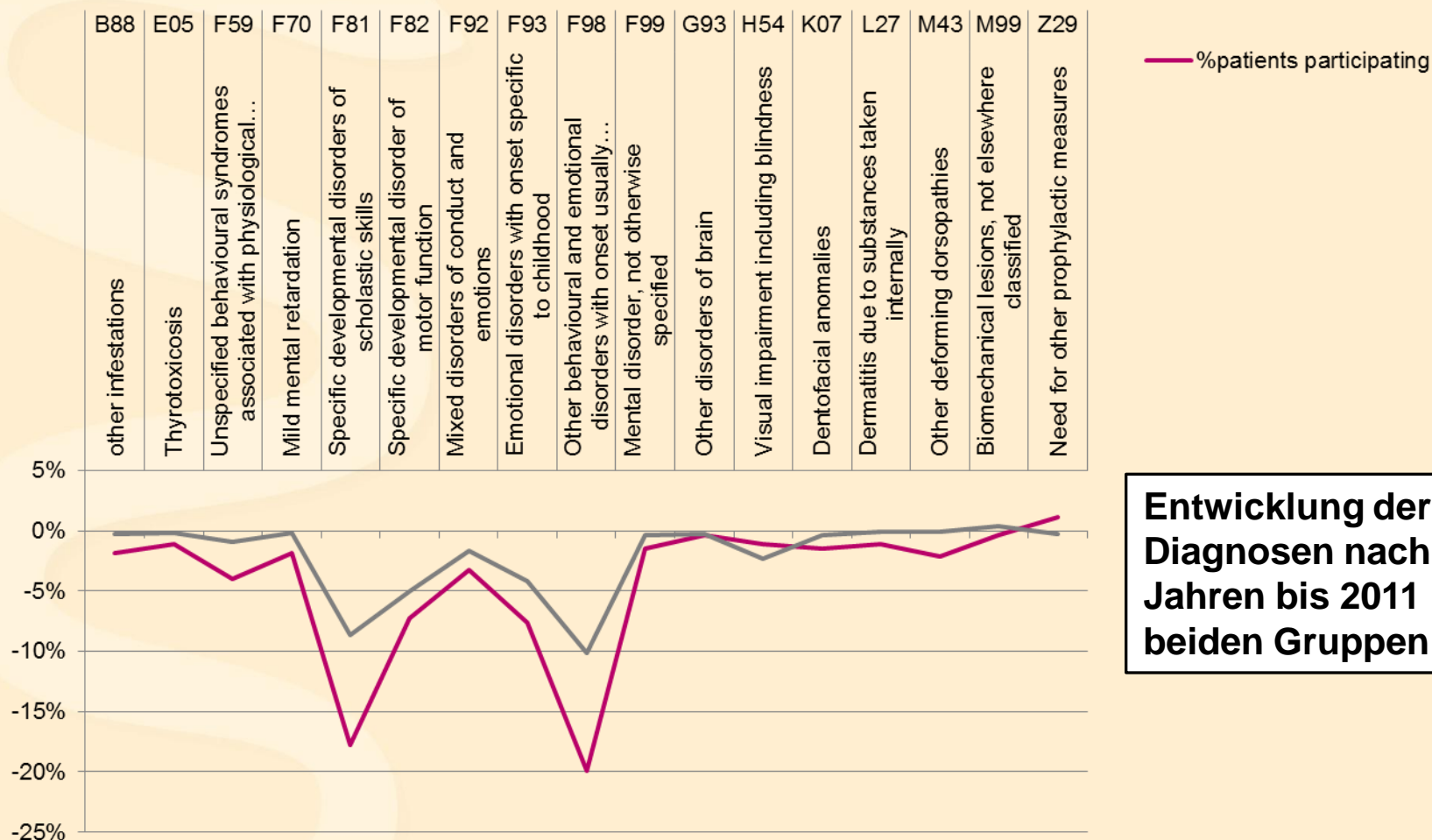
# Bei am Vertrag teilnehmenden Patienten wurden zu Beginn mehr komorbide Diagnosen gestellt als bei nicht-vertragseingeschriebenen Patienten



## Alle Patienten

- kamen aus Baden-Württemberg,
- haben 2009 erstmals eine AD(H)S-Diagnose bekommen
- hatten vergleichbares Alter

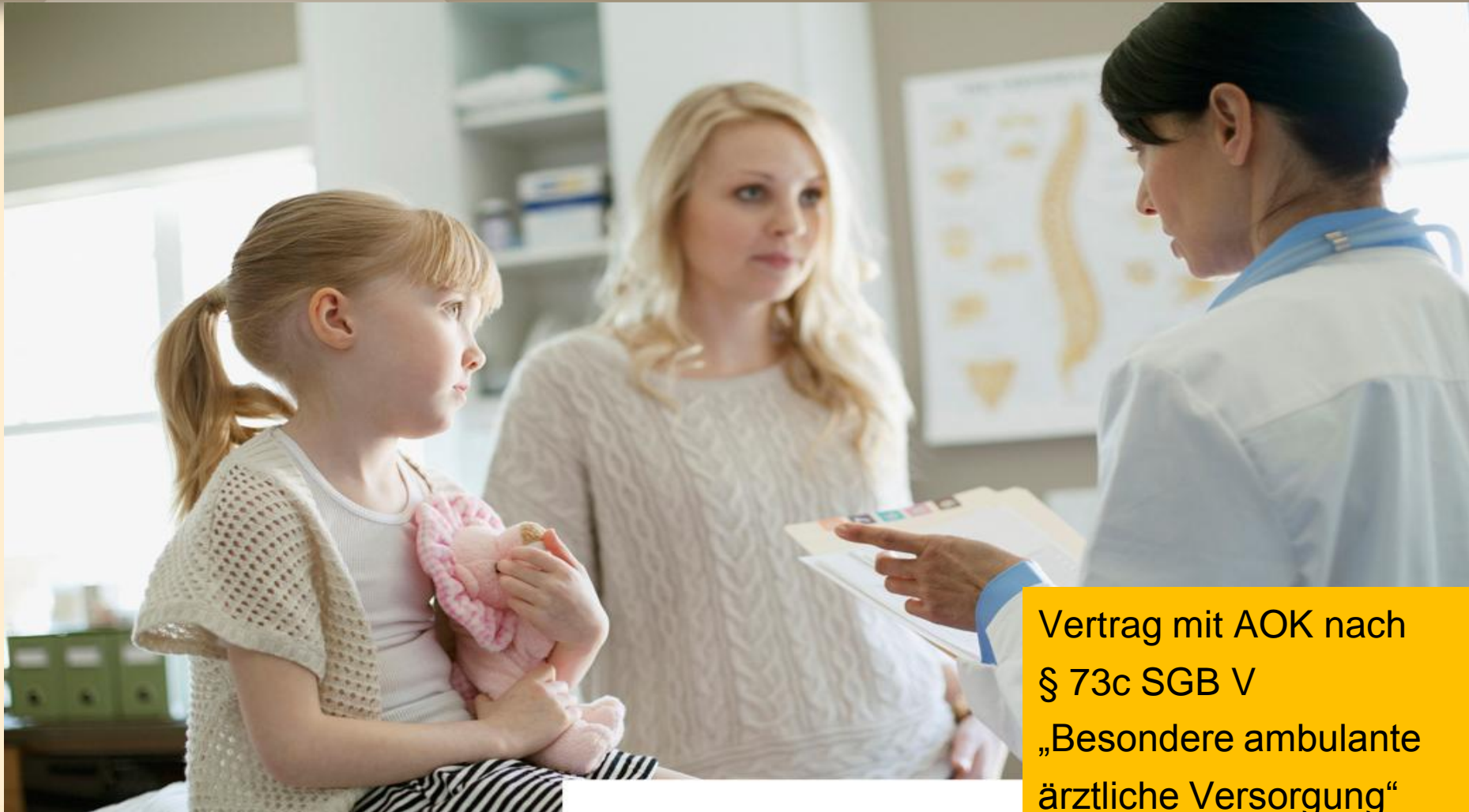
# Rückgang von komorbiden Diagnosen nach 2 Jahren Behandlung bei Patienten im Vertrag und außerhalb:



**Entwicklung der Diagnosen nach 2 Jahren bis 2011 in beiden Gruppen**



## ADHS-Vertrag Bremerhaven



Vertrag mit AOK nach  
§ 73c SGB V  
„Besondere ambulante  
ärztliche Versorgung“

## ADHS-Vertrag Bremerhaven

- 1 Kinder- und Jugendarzt,
- 2 Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten
- 2 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 119 Patienten

## Evaluationen der ADHS-Verträge in Bremerhaven und Baden-Württemberg



# Evaluation Bremerhaven

(Leibniz-Institut für Präventionsforschung BIPS Bremen, Präsentation in KBV-Vertragswerkstatt am 4.3. 2013 Berlin von Christine Kersting, M.A.)

- **Zeitraum 1.3.2011 bis 31.10.2012**
- **Vollerhebung** aller Vertragsteilnehmer (max. 100)
- Keine Randomisierung oder Kontrollgruppe
- Vorher-Nachher-Vergleich
  - T0 individueller Therapiebeginn
  - T1 Neun Monate nach T0

## Evaluation Bremerhaven

- **119 Pat.** in Vertrag eingeschrieben
- **111 Pat.** Diagnose gesichert und Behandlung eingeleitet
- 14 Therapieabbrüche (1x durch Arzt)
- 3-18 Jahre, im Durchschnitt 9 Jahre
- 80% Jungen und 20% Mädchen
- **26% mit Migrationshintergrund**
- 29% alleinerziehend
- 41% Arbeiterschicht und 36% Mittelschicht





## Einige Ergebnisse der Evaluation in Bremerhaven

- Hauptbezugspersonen haben zu 91,5% das **Behandlungsprogramm positiv** beurteilt
- Sie gaben an, dass sich bei 72,4% die **bestehenden Probleme** innerhalb von 9 Monaten verbessert haben, 20,7% sahen sie gleichbleibend und 6,9% verschlechtert
- Bezugspersonen und Kinder und Jugendliche sahen die **Therapieziele** nach 9 Monaten schon zu 33-50% erreicht, **Ärzte und Therapeuten erst zu 30%**
- **Mit Einbezug von Teilzielen haben 75-80% der Familien eine Zielerreichung gesehen**

# Evaluation Baden-Württemberg

(Kurzbericht Prof. Matthejat, Prof. Becker an das BMG 2013)

- **Kontrollierte naturalistische Versorgungs-Längsschnittstudie**
- **Zwei Behandlungsarme:** Versorgung im ADHS-Vertrag versus Regelversorgung
- **25 Praxen:** 11 KJPP, 9 Pädiatrie, 5 KJP
- Erhebungszeitraum: T0 zu Beginn der Behandlung, T1 nach drei Monaten und T2 nach 12 Monaten
- **Telefonische/schriftliche Befragungen** der Studienzentrale der Universität in Marburg mit Eltern und Behandlern: ILK, MSR (Marburger Symptomrating), soziodemografische Fragen, Behandlungsvorgeschichte, Vorstellungsanlass, SDQ, FBB-ADHS, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit der Bezugspersonen, FBB zur Behandlungszufriedenheit; Einschätzungen der Behandler, Veränderungen im Praxisaufbau

## Evaluation Baden-Württemberg

- **228 Patienten**
- 22,8% weiblich und 77,2% männlich
- Alter 4-18
- Fast 60% Grundschulkinder, 10,5% Kindergarten/Vorschule
- **118** Kinder und Jugendliche im **Studienarm ADHS-Vertrag** und **110** Kinder und Jugendliche in der **Regelversorgung**
- 157 Kinder und Familien mit vollständigen Daten von allen drei Messzeitpunkten
- Keine systematischen Unterschiede zwischen den Gruppen
- **Hauptziel war die in §1 aufgeführten Ziele und Kernaufgaben zu prüfen**





## Erreichte Teilziele nach Evaluation in Baden-Württemberg

- **Verbesserte Kommunikation und Koordination durch koordinierte Zusammenarbeit** (Aussagen der Behandler und der Bezugspersonen in telefonischen Interviews)
- **Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner** (Aussagen von Eltern in Interviews)
- **Verbesserte Eingliederung der Kinder und Jugendlichen in das soziale Umfeld** (ILK: Familie, **Schule (0,6)**, Freunde) und SDQ (Verhalten mit Gleichaltrigen)
- **Minderung der Kernsymptome** (FBB-ADHS, bes. für **Konzentration (0,6-0,7)**, Hyperaktivität (0,4) und Impulsivität (0,2-0,3), **Gesamt 0,6**)
- **Besserung der komorbiden Störungen** (Problemskalen des SDQ ohne Hyperaktivität) –Tendenz zu besseren Ergebnissen bei Vertragspatienten
- **Kontrollierter Medikamenteneinsatz**

# Kontrollierter Medikamenteneinsatz

- Beim letzten Erhebungszeitpunkt (123 Pat.) erhielten **49,6%** Stimulanzen
- **7,4% vorübergehend** im Studienzeitraum und wieder abgesetzt
- **43%** wurden im gesamten Studienverlauf **nicht medikamentös** behandelt
- **6%** der Pat. mit medikamentöser Behandlung erhielten **keine weiteren Therapiemodule** (4% im Vertrag, 8% in Regelversorgung)
- Die Art der Kontrolle der Medikation konnte nicht genauer analysiert werden

## ADHS-Vertrag Nordrhein



Vertrag mit AOK gemäß  
§ 136 Abs. 4 SGB V  
„Förderung der Qualität durch die  
Kassenärztlichen Vereinigungen“

## ADHS-Vertrag Nordrhein

- **2.936** teilnehmende **Kinder/Jugendliche** in November 2013
- durch Ausschreibung nach 3 Jahren Teilnahme **2.097** im Oktober 2014
- **Teilnahmeberechtigt sind nur Kinder- und Jugendmediziner (derzeit 175)**
- **28 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind per „Modulvertrag“ assoziiert**
  - Die Modulverträge regeln die fachübergreifende Versorgung der Versicherten. Dabei werden Schnittstellen, Behandlungspfade sowie Versorgungsaufträge in der Versorgung von Kindern in Verbindung mit der Diagnose AD(H)S beschrieben und ggf. definiert und zum Nutzen aller an der Behandlung Beteiligten ausgebaut.
- **Keine KJPP** (außer Doppelzulassungen)
- Evaluationsergebnisse voraussichtlich im Januar/Februar 2015

# ADHS-Vertrag Hamburg



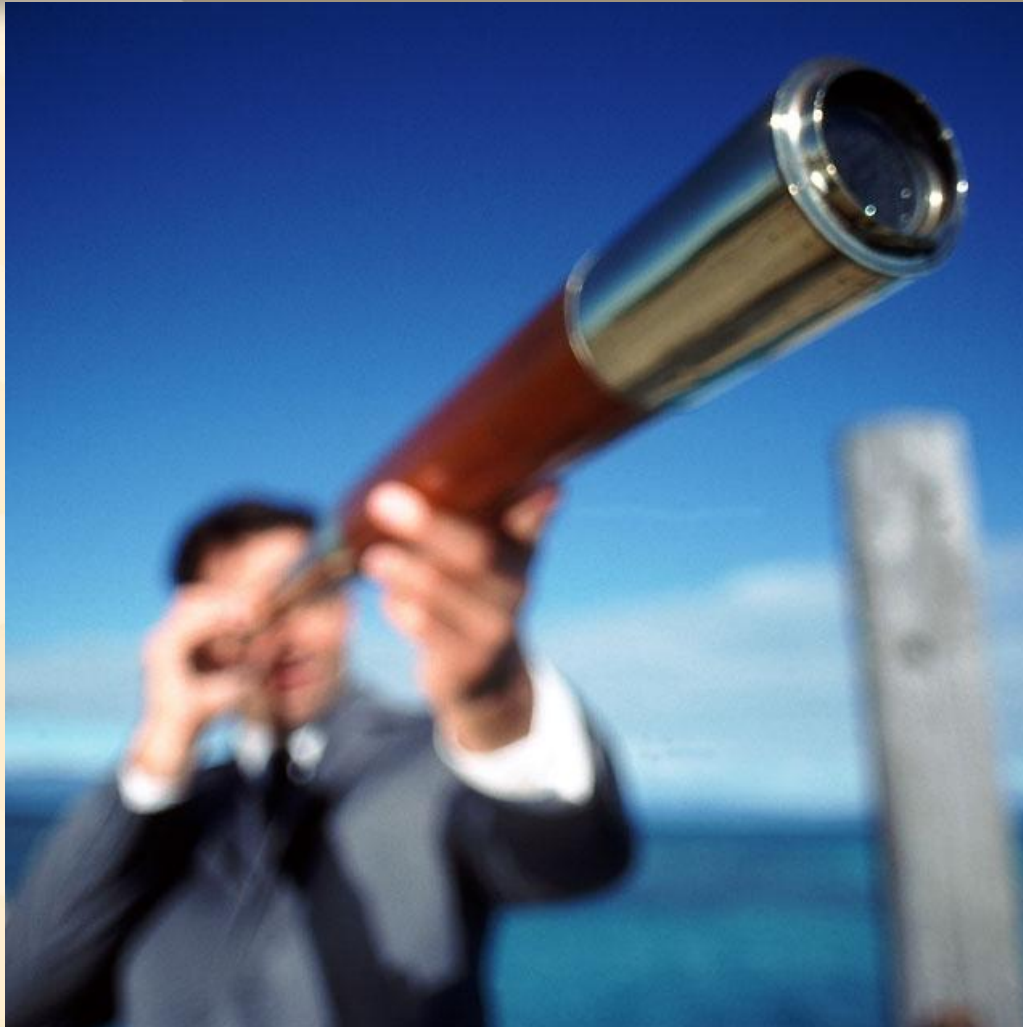
Vertrag mit AOK als  
Anlage L zum  
Gesamtvertrag nach §  
83 SGB V

## ADHS-Vertrag Hamburg

- **Nicht identisch mit Nordrhein:**  
Teilnahmeberechtigt sind **Kinder- und Jugendmediziner, Psychiater [sic!] und Psychotherapeuten (echter Kooperationsvertrag)**
- **3 Fachärzte für Kinderheilkunde**  
**1 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**



# AUSBLICK



## Wünschenswerte Verbesserungen der Versorgung

- **Flächendeckende, echte Kooperationsverträge**
- **Aufhebung des Regressrisikos bei leitliniengerechter medikamentöser ADHS-Behandlung**
- **Ermöglichung des Einsatzes innovativer Medikamente und neuer Behandlungsmethoden (zB Neurofeedback)**
- **Intensivere, vor allem auch pharmaindustrie-unabhängige, Ursachen- und Psychotherapieforschung, Entwicklung weiterer multimodaler Behandlungsansätze**





# ACHTUNG! KINDERSEELE

STIFTUNG FÜR DIE PSYCHISCHE  
GESUNDHEIT VON KINDERN

*Danke für  
Ihre Aufmerksamkeit!*