

Probleme in der Umsetzung von Diagnostik u. Therapie im Alltag - Sicht der Kinder- u. Jugendmedizin

Harald Tegtmeyer-Metzdorf

Fort- u. Weiterbildungsvoraussetzungen

- Kinder- und Jugendärzte mit Spezialisierung wie dem Schwerpunkt Neuropädiatrie oder dem Zusatz Psychotherapie (zusammen ca. 1.000)
- Kinder und Jugendärzte mit Psychosomatischer Grundversorgung (> 3.000)
- Kinder- und Jugendärzte ohne Spezialisierung (ca. 4000)

Vielzahl der Betreuungsformen für AD(H)S-Patienten in pädiatr. Praxen

- Beschränkung auf Vermittlungsfunktion für spezialisierte Leistungserbringer
- Teilweise Übernahme von Beratungsfunktion und Screening; Fortführung der Medikation
- Komplette Behandlung in Form von Diagnostik und Therapie und fortlaufender Betreuung; Arbeit in individueller Vernetzung
- Teilnahme an ADHS-Vertrag (wenn verfügbar)

Behandlungsziele

- Frühzeitige Diagnosestellung
- Sorgfältige Erwägung von Differentialdiagnosen
- Erfassung von Komorbiditäten
- Leitliniengerechte Behandlung mit angemessener Berücksichtigung relevanter Komorbiditäten
- Multimodale Therapie, ausreichende Gesprächszeit für die Eltern, Zurückhaltung in der Medikation
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Konkrete Formen der Bearbeitung von ADHS

- Nutzung von zeitökonomischen Instrumenten in Diagnostik u. Therapiebegleitungsinstrumenten wie Fragebögen
- Psychoedukation, Verlaufskontrollen
- Offenes Gespräch mit Option für Thematisierung von bedrängenden Erfahrungen
- Kontinuierliche psychotherapeutische Betreuung

Ärzte und Eltern bewerten Angebot für Diagnostik u. Therapie unterschiedlich

Quelle: ADHD 360°, WFMH 2008

Deutschland

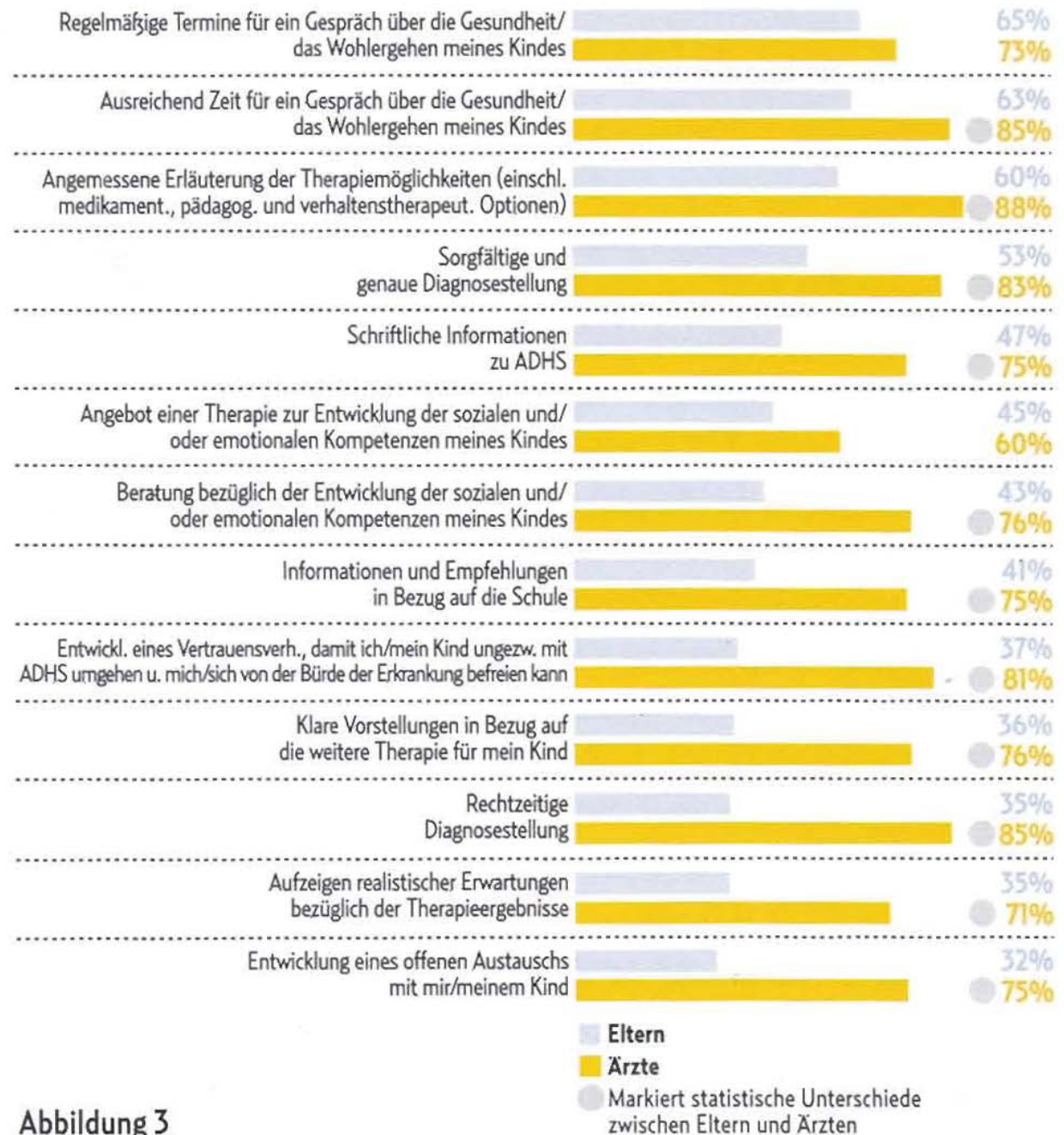


Abbildung 3

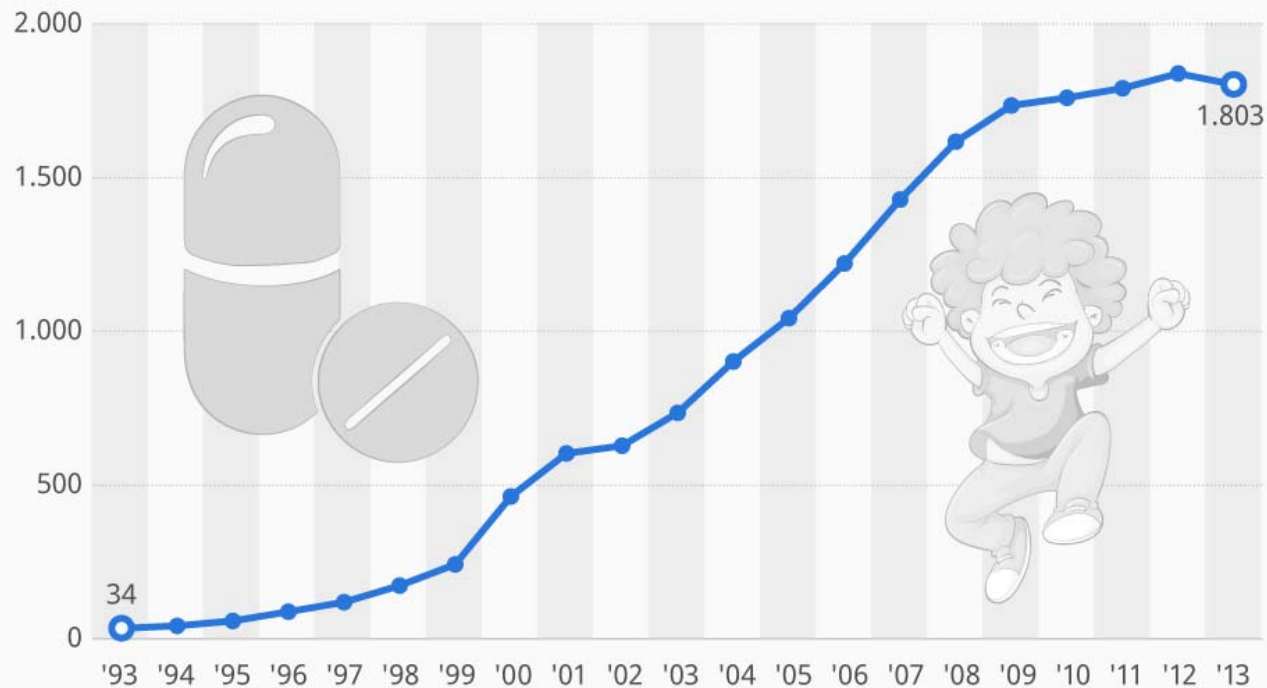
Allgemeinpädiatrie im Spannungsfeld

- Termindruck auf die Praxis durch die Vielzahl von Vorstellungsanlässen wie Infekten, Vorsorgen und Impfungen bei Überalterung der Fachgruppe und drohendem Abbau von Pädiatersitzen (GKV-VSG)
- Kostendruck auf den Pädiater bei unzureichender Honorierung von Gesprächsleistungen
- Einschränkungen bei fehlenden Möglichkeiten zur Arbeit im Team wie im SPV-Vertrag oder zur Abrechnung von Elternkursen im GKV-Bereich
- Ausbleiben einer Ausweitung des ADHS-Vertrages der KBV-Vertragswerkstatt bei anhaltenden Vorwürfen von Seiten der Krankenkassen über eine angeblich übermäßige

2007 wurden >1% der Kinder und Jugendlichen mindestens 1x mit MPH behandelt.

Ritalin-Verbrauch erstmals seit 1993 rückläufig

Erwerb von Methylphenidat* (z.B. Ritalin) durch Apotheken (in Kilogramm)



Abrechnungsrealitäten

Behandlungsform	Umsatz (gerundet auf €)	Zielverfehlung (%)
10 Kinder/Jgl. mit Infekt à 6 min Behandlung	171	0
3 Vorsorgeuntersuchungen à 19 min Arztzeit	145	15
3 Kinder/Jgl. mit je 20 min Beratung	106	38
50 min Biograph. Anamnese + Nachbereitung	52	69
50 min Probator. Psychotherapie + NB	65	62
50 min Antrags-Psychotherapie + NB	85	50
Notwendiger Umsatz pädiatrische Praxis / h	170	

Sozial benachteiligte Kinder und Jgl.

sprachliche, motorische und Verhaltensstörungen
3x > als in den oberen Bevölkerungsschichten

KIGGS-Studie

- Damit Unterversorgung in städtischen Gebieten mit wenig Privatpatienten auch im Bereich der pädiatrischen Versorgung und
- Unterversorgung von den dort erheblich überrepräsentierten entwicklungsgestörten Kindern

Meilensteine für die AD(H)S-Behandlung

- 2009: ADHS-Vertrag in Baden-Württemberg mit interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Therapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern
- 2011: MPH-Zulassung für Patienten > 18 Jahren
- 2012: Pädiatrische Betreuung über 18 bis 21 Jahre
- 2013: Umsetzung von Transitionsprojekten aus der AG ADHS

AD(H)S-Vertrag Baden-Württemberg

- Vertragsbasis:
KBV-Vertragswerkstatt, Beginn 01.04.2009
- Partner: KVBW und KBV alleinig mit der Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen (BKK-VAG) und DAK Gesundheit – Erweiterung um andere Kassen derzeit nicht in Sicht! Damit nur ein begrenzter Teil der AD(H)S-Patienten in diesem Vertrag behandelbar trotz beinahe flächendeckender Verbreitung der Versorgungsstrukturen in BW.
- Essenz: interdisziplinärer Qualitätszirkel einschl. KJÄ, KJPP, KJP und Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten (PP / ÄP) für Kinder und Jugendliche

AD(H)S-Vertrag Baden-Württemberg

Vorteile 1

Bessere **Patientenversorgung** durch

- interdisziplinäre Sicht im QZ auf den Patienten, bessere Koordination der Behandler und Nutzung von Netzbehandlungsressourcen
- bessere finanzielle Würdigung der Diagnostik
- breitere Therapie und Grundsatz: Sozial-/Psychotherapie vor Medikation
- Ermöglichung von Neurofeedback u. Elterngruppen für Psychoedukation und Coaching
- Zusammenarbeit der Behandler statt Konkurrenz

AD(H)S-Vertrag Baden-Württemberg

Vorteile 2

Bessere **Honorierung** durch

- Diagnostik und Therapie mit 25 €/15 min; Budget von 1200 € /eingeschriebenem Patient/a extrabudgetär
- Abrechnung über die KV
- zusätzliche GKV-Honorierung bei Komorbidität oder anderer somatischer Erkrankung möglich

AD(H)S-Vertrag Baden-Württemberg

Nachteile 1

- Bürokratischer Aufwand hoch, insbesondere für Casemanager.
- Keine nennenswerte Honorierung vom Treffen im Qualitätszirkel sowie für Dokumentation
- Kein besonderer finanzieller Anreiz für Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten

AD(H)S-Vertrag Baden-Württemberg

Nachteile 2

- Verfehlung der notwendigen Gruppenstärke durch geringe Beteiligung von Krankenkassen
- Stark beschränkter finanzieller Gesamtrahmen für die Behandlung eines Patienten
- auf 2 Jahre begrenzte Zeit für die Einschreibung in dem Vertrag

ADHS-Vertrag Nordrhein und Hamburg

- Essenz: Vertrag ohne KJPP und nur mit AOK
- Schlechtere Honorierung
- In Hamburg keine Resonanz

ADHS-Vertrag Bremerhafen

- Minivertrag mit AOK
- 1 Qualitätszirkel mit engagierter Zusammenarbeit und Vorteil durch überschaubare Größe des Umfeldes

ADHS-Vertrag Hessen

- Vertrag auf KBV-Basis mit BKK Landesverband Süd und ähnlich dem von Baden-Württemberg
- Hier auch Vergütung des Beauftragten für die Dokumentation
- Vorarbeiten H.-P. Grosse und M. Ruh
- Beginn 2015

Zusammenfassung

- Heterogene Kompetenz- u. Arbeitsstrukturen
- Im Gegensatz zum Kinder- und Jugendpsychiater mehr Versorgung in der Fläche
- Viel Engagement in Fortbildung und Netzwerke
- Gesprächsleistungen unwirtschaftlich
- ADHS-Vertrag guter Ansatz, jedoch zu wenig unterstützt von den gesetzlichen Krankenkassen