

Anhang

1.	Satzung	
	a) Satzung 1. Fassung	02
	b) Änderung Satzung	11
2.	Interdisziplinärer Beirat	
	a) Liste kontaktierter Verbände/ Vereine/ Organisationen	21
	b) Protokoll 1. (konstituierende) Sitzung 25.11.2006	22
	c) Liste Mitgliedschaften Stand 31.12.2006	29
3.	Beirat regionaler Netze	
	a) Liste kontaktierter Netze / Netze im Aufbau	30
	b) Protokoll 1. (konstituierende) Sitzung 24.09.2006	32
	c) Liste Mitgliedschaften Stand 31.12.2006	38
4.	Arbeitsgruppen	
	a) Protokoll 1. Treffen AG Kinder 19.09.2006	39
	b) Protokoll 1. Treffen AG Erwachsene 29.09.2006	43
6.	Präsentationen des zentralen adhs-netzes	
	a) Artikel im ADHS-Report Nr. 25	46
	b) Liste der Veranstaltungen	48
7.	Materialien	
	a) Flyer	50
	b) Website unter www.zentrales-adhs-netz.de	

Satzung des zentralen adhs-netzes

1 Präambel

(1) Das zentrale adhs-netz ist ein bundesweites interdisziplinäres Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Das Netzwerk richtet sich sowohl an Fachleute als auch an Betroffene, ihre Angehörigen und Bezugspersonen. Es informiert außerdem die Öffentlichkeit über ADHS. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit möchte das zentrale adhs-netz ein umfassendes Gesundheitsmanagement für Menschen mit ADHS fördern.

(2) Grundlage der Arbeit des zentralen adhs-netzes sind die Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung vom 28. und 29. Oktober 2002 (Eckpunktepapier, siehe Anlage 1).

(3) Die hohe Prävalenz von ADHS im Kindes- und Jugendalter, ihre erhebliche Stabilität bis ins Erwachsenenalter und die deutlichen lebenslangen Funktionseinschränkungen, die mit dieser Störung verbunden sind, tragen zu dem hohen Stellenwert dieser Problematik bei. In den auf Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Jahr 2002 durchgeführten Konferenzen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen sowie von Erwachsenen mit der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung wurde ein Konsens über verbindliche Standards in der Diagnose und Behandlung der ADHS erzielt. Das zentrale adhs-netz soll die im Konsenspapier benannte Forderung nach Bildung überregionaler Netzwerke erfüllen.

2 Ziele

Das Gesamtziel des zentralen adhs-netzes ist die Unterstützung eines umfassenden Gesundheitsmanagements für Menschen mit ADHS. Dies bedeutet

vor allem die Förderung, Bestimmung und Optimierung der Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS durch die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur ADHS auf nationaler und internationaler Ebene.

Im einzelnen verfolgt das zentrale adhs-netz folgende Ziele:

(1) Informationen für Fachleute: Durch den Aufbau eines internetbasierten Experten- Informationssystems sollen Ärzten, Psychologen, Pädagogen und andere Berufsgruppen, die an der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit ADHS beteiligt sind, Informationen und Materialien zu Prävention, Diagnostik und Therapie von ADHS zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus wird über Fortbildungsmöglichkeiten informiert, und Fortbildungsveranstaltungen werden organisiert. Auf diese Weise sollen Fachleute darin unterstützt werden, Patienten mit ADHS leitlinienkonform zu versorgen.

(2) Informationen für Betroffene und Angehörige: Durch den Aufbau eines internetbasierten Patienten- und Angehörigen- Informationssystems sollen Patienten, ihren Angehörigen und Bezugspersonen Informationen zu ADHS, zu Ursachen, Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Weise erhalten Betroffene, Angehörige und ihre Bezugspersonen Informationen, die sich auf die aktuellen Erkenntnisse aus Forschung und Praxis stützen.

(3) Unterstützung der Arbeit regionaler Versorgungsnetze: Durch eine enge Kooperation mit regionalen ADHS-Netzen werden die Anliegen und Bedürfnisse der regionalen Netze aufgenommen. Es wird eine Plattform gebildet, auf der regionale ADHS-Netze miteinander in Verbindung treten können. Die Gründung neuer regionaler ADHS-Netze wird unterstützt.

(4) Kooperation und Informationsvernetzung: Ziel ist eine Kooperation und Informationsvernetzung der am zentralen adhs-netz beteiligten medizinischen und nicht-medizinischen Fach- und Berufsverbände sowie Selbsthilfe- und Betroffenenverbände. Das zentrale adhs-netz stellt auch eine Plattform für Veröffentlichungen und Stellungnahmen der beteiligten Fachverbände zur Verfügung.

(5) Öffentlichkeitsarbeit: In Form von Veröffentlichungen wird zu aktuellen und allgemeinen Fragen zum Thema ADHS wissenschaftlich fundiert Stellung genommen. Damit sollen Arbeitsergebnisse vertreten und in der Öffentlichkeit durchgesetzt werden.

(6) Unterstützung von Fortbildung: Ziel ist die Unterstützung von Fortbildungsprogrammen in Kooperation mit Institutionen, deren Ziel eine evidenzbasierte, umfassende und interessensunabhängige Fortbildung für Laien und Fachleute zur ADHS ist.

(7) Unterstützung der Forschung: Durch eine Kooperation mit Forschungseinrichtungen soll vor allem die anwendungsbezogene Forschung unterstützt werden. Dies beinhaltet neben neurobiologischen Forschungsergebnissen auch die Untersuchung und Beschreibung der gesellschaftlichen und natürlichen Lebensumstände von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS mit dem Ziel ihrer Optimierung.

3 Organe

Das zentrale adhs-netz besteht aus folgenden Organen:

- (1) Die *Leitungsgruppe* ist interdisziplinär besetzt und leitet das zentrale adhs-netz.
- (2) Der *interdisziplinäre Beirat* setzt sich aus Vertretern medizinischer und nicht-medizinischer Fachverbände, Selbsthilfe- und Betroffenenverbände und überregionaler Organisationen zusammen, die in die Versorgung von Menschen mit ADHS eingebunden sind. Er berät und beurteilt die Leitungsgruppe.
- (3) Der *Beirat regionaler Netze* setzt sich aus Vertretern regionaler Versorgungsnetze zur ADHS zusammen. Er formuliert die Bedürfnisse der regionalen Netze und berät die Leitungsgruppe.
- (4) *Arbeitsgruppen* setzen sich aus Personen mit besonderer Expertise zusammen und erarbeiten inhaltliche Konzepte und Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes.
- (5) Die *Administration* setzt die Aufträge der Leitungsgruppe um und koordiniert die Tätigkeit der Leitungsgruppe, des interdisziplinären Beirats, des Beirats der regionalen Netze und der Arbeitsgruppen. Sie

hat ihren Sitz am Klinikum der Universität zu Köln.

3.1 Leitungsgruppe

(1) Die Aufgaben der Leitungsgruppe sind:

- (a) die Formulierung und Änderung der Satzung des zentralen adhs-netzes
- (b) die Benennung der Mitglieder für den interdisziplinären Beirat
- (c) die Festlegung von Kriterien für die Aufnahme regionaler ADHS-Netze in den Beirat
- (d) die Festlegung der Aufgaben der Arbeitsgruppen und Ernennung ihrer Mitglieder
- (e) die Erstellung eines Jahresberichtes an den interdisziplinären Beirat
- (f) die Organisation und Durchführung von Treffen des interdisziplinären Beirates und des Beirates regionaler Netze
- (g) die Verabschiedung der Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes sowie die Verabschiedung der Inhalte und der Struktur der Internet-Plattform
- (h) die Sicherung der Finanzierung des zentralen adhs-netzes und die Entscheidung über Investitionen

(2) Die Leitungsgruppe ist interdisziplinär besetzt und besteht aus vier Mitgliedern aus den Fachbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Kinder- und Jugendmedizin, der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Mitglieder stammen aus universitären und außeruniversitären Institutionen zur ambulanten und stationären Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sowie aus Einrichtungen, die sich der ADHS-Forschung widmen.

(3) Mitglieder der Leitungsgruppe bei Gründung des zentralen adhs-netzes sind:

- (a) Prof. Dr. Manfred Döpfner (Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischen Psychotherapeut, Universität Köln)
- (b) Dr. Johanna Krause (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Fachärztin für Neurologie, Ottobrunn)
- (c) Prof. Dr. Franz Resch (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiat-

rie, Universität Heidelberg)

(d) Dr. Klaus Skrodzki (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologe, Forchheim)

(4) Tritt ein Mitglied der Leitungsgruppe zurück, wird ein Nachfolger durch die übrigen Mitglieder der Leitungsgruppe bestimmt.

(5) Die Leitungsgruppe wählt einen geschäftsführenden Leiter für zwei Jahre aus ihrer Mitte.

(6) Entscheidungen der Leitungsgruppe bezüglich der Aufgaben des zentralen adhs-netzes und der Besetzungen der Organe des zentralen adhs-netzes sind nur als Mehrheitsentscheidungen - also mit mindestens drei Stimmen - möglich.

3.2 Interdisziplinärer Beirat

(1) Der interdisziplinäre Beirat des zentralen adhs-netzes formuliert Empfehlungen an die Leitungsgruppe bezüglich der Arbeit des zentralen adhs-netzes und bewertet die Arbeit des zentralen adhs-netzes, wobei diese Bewertung in die, von der Leitungsgruppe zu erstellenden, jährlichen Berichte an das Bundesministerium für Gesundheit eingeht.

(2) Mitglieder des interdisziplinären Beirats sind medizinische und nicht-medizinische Fach- und Berufsverbände, Selbsthilfe- und Betroffenenverbände sowie überregionale Organisationen, die an der Versorgung von Menschen mit ADHS beteiligt sind und keine direkten Geschäftsinteressen verfolgen. Voraussetzung der Mitgliedschaft eines Verbandes / einer Institution ist die Anerkennung des Eckpunktepapiers der interdisziplinären Konsensuskonferenz (siehe Anlage 1).

(3) Die Mitgliedsverbände und -organisationen werden von der Leitungsgruppe aufgenommen. Der interdisziplinäre Beirat hat ein Vorschlagsrecht. Ein Vertreter des Mitgliedsverbandes / der Mitgliedsorganisation wird von dem entsprechenden Verband / der entsprechenden Organisation ernannt.

(4) Die Mitgliedschaft eines Verbandes/ einer Organisation kann durch Entscheidung des Verbandes / der Organisation oder durch Entscheidung der Leitungsgruppe beendet werden.

(5) Der interdisziplinäre Beirat wählt mit einfacher Mehrheit einen Vorsitzenden für die Dauer von 2 Jahren.

(6) Die Mitglieder des interdisziplinären Beirats werden von der Leitungsgruppe regelmäßig über die Arbeit des zentralen adhs-netzes informiert. Der interdisziplinäre Beirat tagt mindestens einmal jährlich, bewertet die Arbeit des zentralen adhs-netzes und gibt Anregungen zur Weiterentwicklung des zentralen adhs-netzes.

(7) Entscheidungen des interdisziplinären Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen.

3.3 Beirat regionaler ADHS-Netze

(1) Der Beirat regionaler ADHS-Netze formuliert die Interessen und Bedürfnisse der regionalen Netze und berät die Leitungsgruppe.

(2) Mitglieder des Beirats regionaler ADHS-Netze sind regionale, interdisziplinär organisierte Versorgungsnetze für Menschen mit ADHS. Voraussetzung der Mitgliedschaft eines regionalen Netzes ist die Anerkennung des Eckpunktepapiers der interdisziplinären Konsensus-Konferenz (siehe Anlage 1) sowie weiterer Kriterien, die durch die Leitungsgruppe festgelegt werden.

(3) Die Mitgliedsnetzwerke werden von der Leitungsgruppe in den Beirat regionaler Netze aufgenommen. Der Beirat regionaler Netze hat ein Vorschlagsrecht. Der Vertreter des Mitgliedsnetzwerkes wird von dem entsprechenden Netzwerk ernannt.

(4) Die Mitgliedschaft eines regionalen Netzwerkes kann durch Entscheidung des Netzwerkes oder durch Entscheidung der Leitungsgruppe beendet werden.

(5) Der Beirat regionaler Netze wählt mit einfacher Mehrheit einen Vorsitzenden für die Dauer von 2 Jahren.

(6) Die Mitglieder des Beirats regionaler ADHS-Netze werden von der Leitungsgruppe regelmäßig über die Arbeit des zentralen adhs-netzes informiert. Der Beirat regionaler Netze tagt mindestens einmal jährlich und gibt Anregungen zur Weiterentwicklung des zentralen adhs-netzes.

(7) Entscheidungen des Beirats regionaler Netze werden mit einfacher Mehrheit getroffen.

3.4 Arbeitsgruppen

(1) Die Arbeitsgruppen des zentralen adhs-netzes erarbeiten im Auftrag der Leitungsgruppe Konzepte und Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes.

(2) Mitglieder der Arbeitsgruppen sind Personen mit besonderer Expertise und werden von der Leitungsgruppe auf Zeit ernannt.

(3) Die Aufgaben der Arbeitsgruppen werden von der Leitungsgruppe möglichst in Abstimmung mit dem interdisziplinären Beirat und dem Beirat regionaler Netze definiert. Die Arbeitsgruppen berichten der Leitungsgruppe und dem interdisziplinären Beirat.

3.5 Administration

(1) Die Administration setzt die Aufträge der Leitungsgruppe um und koordiniert die Tätigkeit der Leitungsgruppe, des interdisziplinären Beirats, des Beirats regionaler Netze und der Arbeitsgruppen. Sie hat ihren Sitz am Klinikum der Universität zu Köln.

4 Finanzierung

(1) Die Grundfinanzierung für den Aufbau des zentralen adhs-netzes erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Grundausstattung der Administration wird durch das Klinikum der Universität zu Köln finanziert.

(2) Die Leitungsgruppe entwickelt Möglichkeiten zur ergänzenden Finanzierung und Anschlussfinanzierung durch öffentliche Mittel und durch unabhängige und nicht zweckgebundene Industriemittel und Zuwendungen.

5 Kostenerstattung

(1) Die Tätigkeit der Leitungsgruppe, der Arbeitsgruppen und der Beiräte ist ehrenamtlich.

(2) Mitgliedern der Leitungsgruppe werden Reisekosten erstattet. Darüber hinaus erhalten sie eine Aufwandsentschädigungen für Dienstausfall.

(3) Den Mitgliedern des interdisziplinären Beirates, des Beirates regionaler Netze sowie den Mitgliedern der Arbeitsgruppen werden Reisekosten erstattet. Sie erhalten keine Aufwandsentschädigungen für Dienstausfall.

6 Kooperationspartner

(1) Wissenschaftliche Institutionen und Fortbildungsorganisationen, die sich dem Thema ADHS widmen, können als Kooperationspartner des zentralen adhs-netzes ernannt werden, wenn deren Tätigkeit mit dem Eckpunktepapier in Einklang steht und die Kooperation für die Erreichung der Ziele des zentralen adhs-netzes hilfreich ist.

Die Satzung tritt mit Beschluss der Leitungsgruppe vom 05.04.2006 in Kraft.

Prof. Dr. Manfred Döpfner
Krause

Dr. Johanna

Prof. Dr. Franz Resch
Skrodzki

Dr. Klaus

Anlage 1

Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Bonn, 28. und 29. Oktober 2002

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 bei Erwachsenen eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar. Es fehlen hier verbindliche diagnostische Kriterien und angemessene 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) sollten verstärkt über ADHS informiert werden. Die Konsensuskonferenz erhebt die Forderung nach einem Awareness-Programm als gemeinsame Aktion.

4. Für eine korrekte Diagnosestellung der ADHS ist eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik anhand anerkannter Klassifikations-schemata (ICD 10 oder DSM IV) erforderlich. Grundlage der Diagnosestellung sind Exploration und klinische Untersuchung mit Verhaltensbeobachtung. Die störungsspezifische Anamnese soll Familie und weiteres Umfeld (z.B. Schule) einbeziehen und zusätzlich erschwerende 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 Begleiterkrankungen bildet einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Eine solche mehrdimensionale Diagnostik bildet die Grundlage der multimodalen Behandlung. Die Diagnostik der ADHS ebenso wie die Therapie, auch die psychotherapeutische Behandlung, orientieren sich an den evidenzbasierten Leitlinien der beteiligten Fachverbände. Derzeit scheitert die multimodale Diagnostik noch in einigen Regionen Deutschlands an der Versorgungsrealität. Um die Versorgungsstruktur zu verbessern, 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 im Einzelfall in Erwägung gezogen werden. Für die Behandlung sind spezielle Kenntnisse der biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes 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 einzubinden. 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 abgestimmtes 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 Bestandsaufnahme 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.

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

Satzung des zentralen adhs-netzes

1 Präambel

(1) Das zentrale adhs-netz ist ein bundesweites interdisziplinäres Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Das Netzwerk richtet sich sowohl an Fachleute als auch an Betroffene, ihre Angehörigen und Bezugspersonen. Es informiert außerdem die Öffentlichkeit über ADHS. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit möchte das zentrale adhs-netz ein umfassendes Gesundheitsmanagement für Menschen mit ADHS fördern.

(2) Grundlage der Arbeit des zentralen adhs-netzes sind die Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung vom 28. und 29. Oktober 2002 (Eckpunktepapier, siehe Anlage 1).

(3) Die hohe Prävalenz von ADHS im Kindes- und Jugendalter, ihre erhebliche Stabilität bis ins Erwachsenenalter und die deutlichen lebenslangen Funktionseinschränkungen, die mit dieser Störung verbunden sind, tragen zu dem hohen Stellenwert dieser Problematik bei. In den auf Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Jahr 2002 durchgeführten Konferenzen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen sowie von Erwachsenen mit der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung wurde ein Konsens über verbindliche Standards in der Diagnose und Behandlung der ADHS erzielt. Das zentrale adhs-netz soll die im Konsenspapier benannte Forderung nach Bildung überregionaler Netzwerke erfüllen.

2 Ziele

Das Gesamtziel des zentralen adhs-netzes ist die Unterstützung eines

umfassenden Gesundheitsmanagements für Menschen mit ADHS. Dies bedeutet vor allem die Förderung, Bestimmung und Optimierung der Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS durch die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur ADHS auf nationaler und internationaler Ebene.

Im einzelnen verfolgt das zentrale adhs-netz folgende Ziele:

(1) Informationen für Fachleute: Durch den Aufbau eines internetbasierten Experten- Informationssystems sollen Ärzten, Psychologen, Pädagogen und andere Berufsgruppen, die an der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit ADHS beteiligt sind, Informationen und Materialien zu Prävention, Diagnostik und Therapie von ADHS zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus wird über Fortbildungsmöglichkeiten informiert, und Fortbildungsveranstaltungen werden organisiert. Auf diese Weise sollen Fachleute darin unterstützt werden, Patienten mit ADHS leitlinienkonform zu versorgen.

(2) Informationen für Betroffene und Angehörige: Durch den Aufbau eines internetbasierten Patienten- und Angehörigen- Informationssystems sollen Patienten, ihren Angehörigen und Bezugspersonen Informationen zu ADHS, zu Ursachen, Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Weise erhalten Betroffene, Angehörige und ihre Bezugspersonen Informationen, die sich auf die aktuellen Erkenntnisse aus Forschung und Praxis stützen.

(3) Unterstützung der Arbeit regionaler Versorgungsnetze: Durch eine enge Kooperation mit regionalen ADHS-Netzen werden die Anliegen und Bedürfnisse der regionalen Netze aufgenommen. Es wird eine Plattform gebildet, auf der regionale ADHS-Netze miteinander in Verbindung treten können. Die Gründung neuer regionaler ADHS-Netze wird unterstützt.

(4) Kooperation und Informationsvernetzung: Ziel ist eine Kooperation und Informationsvernetzung der am zentralen adhs-netz beteiligten medizinischen und nicht-medizinischen Fach- und Berufsverbände sowie

Selbsthilfe- und Betroffenenverbände. Das zentrale adhs-netz stellt auch eine Plattform für Veröffentlichungen und Stellungnahmen der beteiligten Fachverbände zur Verfügung.

(5) Öffentlichkeitsarbeit: In Form von Veröffentlichungen wird zu aktuellen und allgemeinen Fragen zum Thema ADHS wissenschaftlich fundiert Stellung genommen. Damit sollen Arbeitsergebnisse vertreten und in der Öffentlichkeit durchgesetzt werden.

(6) Unterstützung von Fortbildung: Ziel ist die Unterstützung von Fortbildungsprogrammen in Kooperation mit Institutionen, deren Ziel eine evidenzbasierte, umfassende und interessensunabhängige Fortbildung für Laien und Fachleute zur ADHS ist.

(7) Unterstützung der Forschung: Durch eine Kooperation mit Forschungseinrichtungen soll vor allem die anwendungsbezogene Forschung unterstützt werden. Dies beinhaltet neben neurobiologischen Forschungsergebnissen auch die Untersuchung und Beschreibung der gesellschaftlichen und natürlichen Lebensumstände von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS mit dem Ziel ihrer Optimierung.

3 Organe

Das zentrale adhs-netz besteht aus folgenden Organen:

(6) Die *Leitungsgruppe* ist interdisziplinär besetzt und leitet das zentrale adhs-netz.

(7) Der *interdisziplinäre Beirat* setzt sich aus Vertretern medizinischer und nicht-medizinischer Fachverbände, Selbsthilfe- und Betroffenenverbände und überregionaler Organisationen zusammen, die in die Versorgung von Menschen mit ADHS eingebunden sind. Er berät und beurteilt die Leitungsgruppe.

(8) Der *Beirat regionaler Netze* setzt sich aus Vertretern regionaler Versorgungsnetze zur ADHS zusammen. Er formuliert die Bedürfnisse der regionalen Netze und berät die Leitungsgruppe.

(9) *Arbeitsgruppen* setzen sich aus Personen mit besonderer Expertise zu-

sammen und erarbeiten inhaltliche Konzepte und Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes.

- (10) Die *Koordination* setzt die Aufträge der Leitungsgruppe um und koordiniert die Tätigkeit der Leitungsgruppe, des interdisziplinären Beirats, des Beirats der regionalen Netze und der Arbeitsgruppen. Sie hat ihren Sitz am Klinikum der Universität zu Köln.

3.1 Leitungsgruppe

(1) Die Aufgaben der Leitungsgruppe sind:

- (i) die Formulierung und Änderung der Satzung des zentralen adhs-netzes
- (j) die Benennung der Mitglieder für den interdisziplinären Beirat
- (k) die Festlegung von Kriterien für die Aufnahme regionaler ADHS-Netze in den Beirat
- (l) die Festlegung der Aufgaben der Arbeitsgruppen und Ernennung ihrer Mitglieder
- (m) die Erstellung eines Jahresberichtes an den interdisziplinären Beirat
- (n) die Organisation und Durchführung von Treffen des interdisziplinären Beirates und des Beirates regionaler Netze
- (o) die Verabschiedung der Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes sowie die Verabschiedung der Inhalte und der Struktur der Internet-Plattform
- (p) die Sicherung der Finanzierung des zentralen adhs-netzes und die Entscheidung über Investitionen

(2) Die Leitungsgruppe ist interdisziplinär besetzt und besteht aus vier Mitgliedern aus den Fachbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Kinder- und Jugendmedizin, der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Mitglieder stammen aus universitären und außeruniversitären Institutionen zur ambulanten und stationären Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sowie aus Einrichtungen, die sich der ADHS-Forschung widmen.

(3) Mitglieder der Leitungsgruppe bei Gründung des zentralen adhs-

netzes sind:

- (a) Prof. Dr. Manfred Döpfner (Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischen Psychotherapeut, Universität Köln)
- (b) Dr. Johanna Krause (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Fachärztin für Neurologie, Ottobrunn)
- (c) Prof. Dr. Franz Resch (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Heidelberg)
- (d) Dr. Klaus Skrodzki (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologe, Forchheim)

(4) Tritt ein Mitglied der Leitungsgruppe zurück, wird ein Nachfolger durch die übrigen Mitglieder der Leitungsgruppe bestimmt.

(5) Die Leitungsgruppe wählt einen geschäftsführenden Leiter für zwei Jahre aus ihrer Mitte.

(6) Entscheidungen der Leitungsgruppe bezüglich der Aufgaben des zentralen adhs-netzes und der Besetzungen der Organe des zentralen adhs-netzes sind nur als Mehrheitsentscheidungen - also mit mindestens drei Stimmen - möglich.

3.2 Interdisziplinärer Beirat

(1) Der interdisziplinäre Beirat des zentralen adhs-netzes formuliert Empfehlungen an die Leitungsgruppe bezüglich der Arbeit des zentralen adhs-netzes und bewertet die Arbeit des zentralen adhs-netzes, wobei diese Bewertung in die, von der Leitungsgruppe zu erstellenden, jährlichen Berichte an das Bundesministerium für Gesundheit eingeht.

(2) Mitglieder des interdisziplinären Beirats sind medizinische und nicht-medizinische Fach- und Berufsverbände, Selbsthilfe- und Betroffenenverbände sowie überregionale Organisationen, die an der Versorgung von Menschen mit ADHS beteiligt sind und keine direkten Geschäftsinteressen verfolgen. Voraussetzung der Mitgliedschaft eines Verbandes /

einer Institution ist die Anerkennung des Eckpunktepapiers der interdisziplinären Konsensuskonferenz (siehe Anlage 1).

(3) Die Mitgliedsverbände und -organisationen werden von der Leitungsgruppe aufgenommen. Der interdisziplinäre Beirat hat ein Vorschlagsrecht. Ein Vertreter des Mitgliedsverbandes / der Mitgliedsorganisation wird von dem entsprechenden Verband / der entsprechenden Organisation ernannt.

(4) Die Mitgliedschaft eines Verbandes/ einer Organisation kann durch Entscheidung des Verbandes / der Organisation oder durch Entscheidung der Leitungsgruppe beendet werden.

(5) Die Mitglieder des interdisziplinären Beirats werden von der Leitungsgruppe regelmäßig über die Arbeit des zentralen adhs-netzes informiert. Der interdisziplinäre Beirat tagt mindestens einmal jährlich, bewertet die Arbeit des zentralen adhs-netzes und gibt Anregungen zur Weiterentwicklung des zentralen adhs-netzes.

(7) Die Äußerungen der Verbände zu Tätigkeiten des zentralen adhs-netzes werden veröffentlicht. Die Verantwortung und Entscheidung über die Veröffentlichung liegt bei der Leitungsgruppe.

3.3 Beirat regionaler ADHS-Netze

(1) Der Beirat regionaler ADHS-Netze formuliert die Interessen und Bedürfnisse der regionalen Netze und berät die Leitungsgruppe.

(2) Mitglieder des Beirats regionaler ADHS-Netze sind regionale, interdisziplinär organisierte Versorgungsnetze für Menschen mit ADHS. Voraussetzung der Mitgliedschaft eines regionalen Netzes ist die Anerkennung des Eckpunktepapiers der interdisziplinären Konsensus-Konferenz (siehe Anlage 1) sowie weiterer Kriterien, die durch die Leitungsgruppe festgelegt werden.

(3) Die Mitgliedsnetzwerke werden von der Leitungsgruppe in den Beirat regionaler Netze aufgenommen. Der Beirat regionaler Netze hat ein Vorschlagsrecht. Der Vertreter des Mitgliedsnetzwerkes wird von dem entsprechenden Netzwerk ernannt.

(4) Die Mitgliedschaft eines regionalen Netzwerkes kann durch Entscheidung des Netzwerkes oder durch Entscheidung der Leitungsgruppe beendet werden.

(5) Der Beirat regionaler Netze wählt mit einfacher Mehrheit einen Vorsitzenden für die Dauer von 2 Jahren.

(6) Die Mitglieder des Beirats regionaler ADHS-Netze werden von der Leitungsgruppe regelmäßig über die Arbeit des zentralen adhs-netzes informiert. Der Beirat regionaler Netze tagt mindestens einmal jährlich und gibt Anregungen zur Weiterentwicklung des zentralen adhs-netzes.

(7) Entscheidungen des Beirats regionaler Netze werden mit einfacher Mehrheit getroffen.

3.4 Arbeitsgruppen

(1) Die Arbeitsgruppen des zentralen adhs-netzes erarbeiten im Auftrag der Leitungsgruppe Konzepte und Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes.

(2) Mitglieder der Arbeitsgruppen sind Personen mit besonderer Expertise und werden von der Leitungsgruppe auf Zeit ernannt.

(3) Die Aufgaben der Arbeitsgruppen werden von der Leitungsgruppe möglichst in Abstimmung mit dem interdisziplinären Beirat und dem Beirat regionaler Netze definiert. Die Arbeitsgruppen berichten der Leitungsgruppe und dem interdisziplinären Beirat.

3.5 Koordination

(1) Die Koordination setzt die Aufträge der Leitungsgruppe um und koordiniert die Tätigkeit der Leitungsgruppe, des interdisziplinären Beirats, des Beirats regionaler Netze und der Arbeitsgruppen. Sie hat ihren Sitz am Klinikum der Universität zu Köln.

4 Finanzierung

(3) Die Grundfinanzierung für den Aufbau des zentralen adhs-netzes erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Grundausrüstung der Administration wird durch das Klinikum der Universität zu Köln finanziert.

(4) Die Leitungsgruppe entwickelt Möglichkeiten zur ergänzenden Finanzierung und Anschlussfinanzierung durch öffentliche Mittel und durch unabhängige und nicht zweckgebundene Industriemittel und Zuwendungen.

5 Kostenerstattung

(1) Die Tätigkeit der Leitungsgruppe, der Arbeitsgruppen und der Beiräte ist ehrenamtlich.

(2) Mitgliedern der Leitungsgruppe werden Reisekosten erstattet. Darüber hinaus erhalten sie eine Aufwandsentschädigungen für Dienstausfall.

(3) Den Mitgliedern des interdisziplinären Beirates, des Beirates regionaler Netze sowie den Mitgliedern der Arbeitsgruppen werden Reisekosten erstattet. Sie erhalten keine Aufwandsentschädigungen für Dienstausfall.

6 Kooperationspartner

(1) Wissenschaftliche Institutionen und Fortbildungsorganisationen, die sich dem Thema ADHS widmen, können als Kooperationspartner des zentralen adhs-netzes ernannt werden, wenn deren Tätigkeit mit dem Eckpunktepapier in Einklang steht und die Kooperation für die Erreichung der Ziele des zentralen adhs-netzes hilfreich ist.

Die geänderte Satzung tritt mit Beschluss der Leitungsgruppe vom 25.11.2006 in Kraft.

Prof. Dr. Manfred Döpfner
Krause

Dr. Johanna

Prof. Dr. Franz Resch
Skrodzki

Dr. Klaus

Anlage 1

Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Bonn, 28. und 29. Oktober 2002

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 verlaufs begleitenden 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 bei Erwachsenen eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar. Es fehlen hier verbindliche diagnostische Kriterien und angemessene 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) sollten verstärkt über ADHS informiert werden. Die Konsensuskonferenz erhebt die Forderung nach einem Awareness-Programm als gemeinsame Aktion.

4. Für eine korrekte Diagnosestellung der ADHS ist eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik anhand anerkannter Klassifikations-schemata (ICD 10 oder DSM IV) erforderlich. Grundlage der Diagnosestellung sind Exploration und klinische Untersuchung mit Verhaltensbeobachtung. Die störungsspezifische Anamnese soll Familie und weiteres Umfeld (z.B. Schule) einbeziehen und zusätzlich erschwerende 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 Begleiterkrankungen bildet einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Eine solche mehrdimensionale Diagnostik bildet die Grundlage der multimodalen Behandlung. Die Diagnostik der ADHS ebenso wie die Therapie, auch die psychotherapeutische Behandlung, orientieren sich an den evidenzbasierten Leitlinien der beteiligten Fachverbände. Derzeit scheitert die multimodale Diagnostik noch in einigen Regionen Deutschlands an der Versorgungsrealität. Um die Versorgungsstruktur zu verbessern, 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 im Einzelfall in Erwägung gezogen werden. Für die Behandlung sind spezielle Kenntnisse der biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes 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 einzubinden. 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 abgestimmtes 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 Bestandsaufnahme 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.

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

Interdisziplinärer Beirat

Liste kontaktierter Verbände/ Vereine/ Organisationen

- Elterninitiative zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AdS mit/ohne Hyperaktivität e.V.
- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e.V.
- Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke
- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter
- Berufsverband Deutscher Neurologen
- Berufsverband Dt. Psychologinnen und Psychologen e.V./ Sektion Klinische Psychologie
- Berufsverband der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen Fachverband für Heilpädagogik e.V.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung
- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- Bund Niedergelassener Neurologen, Nervenärzte, Psychiater und Ärztlicher Psychotherapeuten e.V.
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V.
- Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.
- Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung / Hyperaktivität e.V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V.
- Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.
- Gesellschaft für Neuropädiatrie
- Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der BRD/ Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e.V.
- Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e.V.

Protokoll

Konstituierende Sitzung des interdisziplinären Beirates des zentralen adhs-netzes

25.11.2006, 12.30 Uhr – 14.30 Uhr

Berlin, ICC, Salon 21 (im Rahmen des DGPPN Kongresses)

Anhang: Teilnehmerliste

Slides

geänderte Satzung

- ad 1 Vorstellung der Leitungsgruppe
- ad 2 Vorstellung der anwesenden Vertreter der Verbände/ Organisationen
- ad 3 Vorstellung des zentralen adhs-netzes (zan) durch die Leitungsgruppe
- ad 4 Diskussion: Punkt 9, Eckpunktepapier BMGS
Beantragung Mitgliedschaft im interdisziplinären Beirat (IB)
- ad 5 Diskussion: Interne Struktur des interdisziplinären Beirates
- ad 6 Diskussion: Aufgabe und Funktion des IB innerhalb des zan
- ad 7 Wünsche des IB an die Arbeit des zan
- ad 8 Diskussion: Nachhaltigkeit des zan
- ad 9 nächstes Treffen des IB

Im Rahmen der Veranstaltung erhielten die Teilnehmer folgende Unterlagen:

Tagesordnung, Formular Kontaktdaten, Formular Beantragung Mitgliedschaft im interdisziplinären Beirat, Formular Reisekostenabrechnung, Satzung zentrales adhs-netz, Flyer zentrales adhs-netz

ad 1 Vorstellung der Leitungsgruppe und Koordination des zan

(Angaben s. Teilnehmerliste im Anhang)

ad 2 Vorstellung der anwesenden Vertreter der Verbände/ Organisationen

(Angaben s. Teilnehmerliste im Anhang)

ad 3 Vorstellung des zan durch die Leitungsgruppe

(s. Slides im Anhang)

ad 4 Diskussion: Punkt 9, Eckpunktepapier BMGS

Wortmeldung D. Best (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung): Problem der Psychotherapeutenverbände auf der Grundlage des Eckpunktepapiers des BMGS, Punkt 9, eine Mitgliedschaft im zan zu beantragen

anschließende offene Diskussion

Ergebnisse:

- Einverständnis aller Anwesenden zu folgender Veränderung des diesbezüglichen Passus in der Beantragung der Mitgliedschaft (Hinzufügung kursiv gedruckt):

Wir versichern hiermit, dass unser Verband das folgende Aufnahmekriterium erfüllt:

- Evidenzbasierte Arbeit: Der Verband erkennt das Eckpunktepapier der interdisziplinären Konsensus-Konferenz beim BMGS *als Arbeitsgrundlage* an (siehe Satzung) und orientiert sich in seiner Arbeit an Leitlinien der entsprechenden Fachgruppen.

- Die Leitungsgruppe sichert eine Weiterentwicklung des Eckpunktepapiers des BMGS zu, in dem auch die Kooperation der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen neu gefasst werden soll und wird für die nächste Sitzung des Beirates in 2007 ein überarbeitetes Grundsatzpapier zur Diskussion stellen.
- Rücklauf der Beantragungen der Mitgliedschaft zum interdisziplinären Beirat werden erbeten bis 31.12.2006 (Formulare s. ausgegebene Unterlagen)

ad 5 Diskussion: Interne Struktur des IB

Diskussion der internen Struktur des IB; v.a. Diskussion folgender Punkte der Satzung des zan vom 05.04.2006:

3.2 (5) Der interdisziplinäre Beirat wählt mit einfacher Mehrheit einen Vorsitzenden für die Dauer von 2 Jahren.

3.2 (7) Entscheidungen des interdisziplinären Beirats werden mit einfacher Mehrheit getrof-

fen.

Entscheidungen:

- Aufgrund der geringen Größe des Beirates soll kein Vorsitzender für den Beirat gewählt werden.
- Der IB soll keine Mehrheitsentscheidungen treffen. Aussagen und Statements des IB sollen als Meinungsbilder in die Arbeit des zan eingehen und als solche veröffentlicht werden. Die Verantwortung für die Veröffentlichung der Meinungsbilder des IB liegt bei der Leitungsgruppe.

s. a. geänderte Satzung vom 25.11.2006

ad 6 Diskussion: Aufgabe und Funktion des IB innerhalb des zan

- Wunsch nach klarerer Definition des Störungskonzeptes ADHS, wichtig vor allem im Umgang mit Berufsgruppen aus dem nicht-medizinisch, - therapeutischen Bereich
- Wunsch nach Verbesserung der Versorgung durch die Arbeit des zan, darin auch den Schwerpunkt der Aufgabe des IB sehen
- Wunsch nach einheitlicher Sprachregelung im Bereich ADHS, wichtig v. a. im Umgang mit Berufsgruppen aus dem nicht-medizinisch, - therapeutischen Bereich

ad 7 Wünsche des IB an die Arbeit des zan

- Erstellung eines Themenkataloges für ADHS, Problem begegnen, dass das Konzept multimodaler Therapie Ansprüche hervorruft, jede mögliche Hilfe abzurufen
- Bearbeitung des Themas ADHS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beim Eintritt in das Berufsleben
Kooperation mit Einrichtungen der Arbeitswelt (z.B. Pädagogen des 2. Bildungsweges, Agentur für Arbeit, Arbeitgeber etc.)
- Standards für Weiterbildung im Bereich ADHS definieren, i. S. von Zertifizierung

ad 8 Diskussion: Nachhaltigkeit des zan

Vertreter der Verbände äußern Problematik der Nachhaltigkeitssicherung die nur auf Förderung von Pharmafirmen beruht

Leitungsgruppe informiert über:

- Gespräch mit BMG zur Sicherung einer Kernfinanzierung über aktuellen Förderungszeitraum hinweg
- Sicherung der Nachhaltigkeit auch über themenferne Firmen geplant

Vorschläge zur Nachhaltigkeitssicherung:

- Verbandsvertreter: Übernahme der Unkosten für Sitzungen aus eigenem Budget, falls

vorhanden

- Verbandsvertreter: Kontaktaufnahme zu Familienministerium, Arbeitsministerium, Gewerkschaften (z.B. Polizei)
- Leitungsgruppe: Beteiligung von Verbänden durch kleinere Budgets, dadurch Verteilung der Verantwortung auf mehr Gruppen

ad 9 nächstes Treffen des IB

- Vorschlag, das nächste Treffen erneut im Rahmen des DGPPN Kongresses (21. – 24.11.2007, Berlin) auszurichten

Köln, 20.12.2006

für die Richtigkeit: Prof. Dr. Manfred Döpfner (für die Leitungsgruppe)

Protokollantin: Kristina Wulf (Koordination)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Wulf', is centered on a light-colored rectangular background.

Anhang 1

Teilnehmerliste konstituierende Sitzung des interdisziplinären Beirates des zentralen adhs-netzes

25.11.2006, 12.30 Uhr – 14.30 Uhr

Berlin, ICC, Salon 21 (im Rahmen des DGPPN Kongresses)

Vertreter zentrales adhs-netz

- Prof. Dr. Manfred Döpfner, Sprecher der Leitungsgruppe zan
Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut, Universität Köln
- Dr. Johanna Krause, Leitungsgruppe zan
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Fachärztin für Neurologie, Ottobrunn
- Prof. Dr. Franz Resch, Leitungsgruppe zan
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Heidelberg
- Dr. Klaus Skrodzki, Leitungsgruppe zan
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologe, Forchheim
- Kristina Wulf, Koordination zan
Diplom-Psychologin, Universität Köln

Vertreter Verbände/ Organisationen

- Doris Albert, Fachreferentin
BHP, Berufs- und Fachverband verband der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen Berlin e.V.
- Petra Baumann-Frankenberger, Vorstand
DVT, Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.
- Dieter Best, Geschäftsführer
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
- Jürgen Detering, Vorsitzender
bke, Bundeskonferenz für Erziehungsberatung
- A. Matthias Fink, Vorstand Landesverband NRW
bkj, Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.
- PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse, stellv. Vorsitzender

AG ADHS, Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. und beauftragter
Verbandsvertreter für den BVKJ, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

- Dr. Maik Herberhold, stellv. Vorsitzender
BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie e.V. (s. a. Dr. Christa Schaff)
- Prof. Dr. Nina Heinrichs, Vorstand/ Sprechergruppenmitglied
Klips in der DGPS, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen
Gesellschaft für Psychologie
- Dr. Ulrich Hutschenreuter, Vorstandsmitglied Landesverband Saarland, Sprecher des Re-
ferates Sucht
BVDN/ BVDP, Berufsverband Deutscher Nervenärzte/ Psychiater e.V. (s. a. Dr. Rolf Pe-
ters)
- Xaver Kienle, unbekannt
Gesellschaft für Neuropädiatrie
- Karin Knudsen, 2. Vorsitzende
BV AÜK, Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.
- Dr. Andreas Kordon, Mitglied/ Medienexperte f. ADHS bei Erwachsenen
DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Georges Krug, Fachberatung Eingliederungshilfe
BAGLJÄ, Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter
- Arnd Longrée, Vorsitzender
DVE, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Myriam Menter, Geschäftsführerin
BV-AH, Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung / Hyperaktivität e.V.
- Bernhard Otto
BVDP, Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.
- Dr. Rolf Peters, Vorstand BVDN Nordrhein, BVDN-Referat Suchtmedizin,
BVDN/ BVDP, Berufsverband Deutscher Nervenärzte/ Psychiater e.V. (s. a. Dr. Ulrich
Hutschenreuter)
- Helga Planz, Vorstandsbeauftragte
bvvp, Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
- Dr. Eveline Reich-Schulze, kooptiertes Mitglied im Geschäftsführerausschuss Reha-
Fachdienst
ARGE BFW, Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke
- Dr. Claudia Ruff, Fachgruppe Kinder- und Jugendliche, Aus- und Weiterbildungskommis-
sion
dgvvt, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

- Dr. Christa Schaff, Vorsitzende,
BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (s. a. Dr. Maik Herberhold)
- Dr. Ingo Spitzcok v. Brisinski, Schriftführer
Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- Adelheid Staufenberg, Mitglied
VAKJP, Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
- Dr. Harald Tegtmeyer, Vorsitzender
AG NNP, Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e.V.

Interdisziplinärer Beirat

Mitgliedschaften Stand 31.12.2006

- AG ADHS, Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- ARGE BFW, Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke
- BAG, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- BHP, Berufsverband der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen Fachverband für Heilpädagogik e.V.
- bke, Bundeskonferenz für Erziehungsberatung
- bkj, Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.
- BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- BV AÜK, Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.
- BV-AH, Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung / Hyperaktivität e.V.
- BVDN, Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V.
- BVVP, Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
- DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- DGPS (Klips in der DGPS), Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie
- DGVT, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- DVE, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- DVT, Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.
- Gesellschaft f. Neuropädiatrie
- VAKJP, Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e.V.

Beirat regionaler Netze

Liste kontaktierter Netze / Netze im Aufbau

- Aachen und Region, ADHS-Netzwerk Region Aachen
- Ansbach, ADHS-Netz Ansbach Stadt/Land und Gunzenhausen
- Berlin, ADHS-Netz "Östliches Berlin"
- Berlin, ADHS-Arbeitskreis Berlin
- Berlin, Therapieforum ADHS e.V. (TFB ADS e.V.)
- Berlin, Qualitätszirkel "ADHS im Kindes- und Jugendalter"
- Bielefeld, ADHS-Netz
- Bochum, Bochumer ADHS-Kompetenznetz
- Bodensee, Interdisziplinäres Netz ADHS
- Böblingen, Arbeitskreis ADHS des Kreises Böblingen
- Bremerhaven, ADHS-Netz und Qualitätszirkel Bremerhaven
- Calw, ADHS-Netz Kreis Calw (in Planung)
- Chemnitz, ADHS-Netzwerk Chemnitz (im Aufbau)
- Dortmund, AK ADHS Lebenshilfe Dortmund - Netz im Aufbau
- Dresden, ADHS-Netz
- Düsseldorf, Regionales ADHS-Netz Düsseldorf und Umgebung (RADU)
- Ebersberg, Reg. Netzwerk/ADS-Initiative Landkreis Ebersberg
- Emmendingen (Landkreis), Reg. ADHS-Netz (im Aufbau)
- Erlangen, ADHS Netz Erlangen
- Erzgebirge, AD(H)S-Netzwerk Erzgebirge e.G.
- Euskirchen, ADHS-Netz
- Freiburg, Interdisziplinärer Qualitätszirkel Freiburg
- Fürstenwalde, ADHS-Netz
- Fürth, ADS-Therapie- und Beratungsnetzwerk Fürth
- Gelsenkirchen, Gelsenkirchener ADHS-Netzwerk
- Gotha, ADHS Netzwerk Gotha
- Gronau-Epe, kein Netz
- Halberstadt, ADHS-Netz
- Hamburg, Hamburger Arbeitskreis ADHS/ADS
- Hamburg, Kompetenznetzwerk Hamburg ADS/ASDHS bei Erwachsenen, KNW HH ADS/ADHS
- Hannover, ADHS-Netz
- Harz, ADS-Netzwerk Harz
- Herborn, ADHS-Netz
- Landsberg, Netzwerk LEBHAFT (Landsberger Experten zur Beratung und Hilfe bei Aufmerksamkeitsstörungen, Fehlhörigkeit und Teilleistungsstörungen)
- Köln, Kompetenznetzwerk ADHS Köln
- Koblenz/Neuwied, Qualitätszirkel ADHS Koblenz/Neuwied
- Lauenburg, Qualinet-Nord ADHS
- Leipzig, ADS/ADHS Netzwerk Leipzig
- Lübeck, ADHS-Netz Lübeck
- Ludwigsburg, ADS-Gesprächskreis Ludwigsburg
- Lüneburger Heide/Soltau, ADHS-Netz Soltau und Umgebung
- Mecklenburg-Vorpommern, Kompetenznetzwerk ADHS-M/V e.V.
- München und Oberbayern, Kompetenznetzwerk ADHS München/Oberbayern
- Neckar Odenwald Kreis, Netzwerk ADHS im Neckar Odenwald Kreis

- Nordhorn, Netz im Aufbau
- Nürnberg, evtl. ADHS-Netz
- Oberhausen, Kompetenznetzwerk ADHS Oberhausen und Umgebung, KOOB ADHS
- Osnabrück, ADHS-Netz Osnabrück
- Plettenberg, ADHS-Netz Plettenberg
- Heinsberg, Arbeitskreis ADS/ADHS
- Regensburg, ADHS-Netz Regensburg
- Rheinisch-Bergischer-Kreis, VIA-Vernetzungsinitiative AD(H)S im Rheinisch-Bergischen Kreis
- Rhein-Sieg-Kreis, ADHS-Netz Rhein-Sieg-Kreis
- Rösraath, evtl. ADHS-Netz
- Rostock, Regionales adhs-netz Rostock
- Saarland, ADHS-Qualitätszirkel
- Schwarzwald-Baar-Kreis, Arbeitskreis ADHS Schwarzwald-Baar-Kreis
- Südbaden, ADHS-Netz Südbaden (gepl.) / Interdisziplinärer Gesprächskreis
- Stuttgart, Interdisziplinärer AK ADHS
- Südhessen, ADHS-Netz Bergstraße (im Aufbau)
- Südwestfalen, ADHS Kompetenznetzwerk Südwestfalen
- Tübingen, ADHS-Netz Tübingen (in Planung)
- Ulm, Regionales Netz Ulm/Neuulm
- Viersen, Kindertherapeuten-Netzwerk Viersen
- Vorderpfalz (Landau), adhs-Netz Vorderpfalz (Rheinland-Pfalz/Landau)
- Waiblingen, Arbeitskreis ADS Waiblingen
- Weinstadt, ADHS-Netz

Gäste

- Bezirksregierung Köln (als Initiatoren von Netzen im Rheinland)
- Thüringer Kultusministerium (als Initiatoren von Netzen in Thüringen (bisher Gotha))

Protokoll Treffen regionaler ADHS-Netze (korr.), Kassel 24.09.2006

Termin: 24.9.2006, 10-16 Uhr

Ort: Best Western Queens Hotel Kassel

Leitung: Herr Dr. Skrodzki
Herr Prof. Döpfner

Moderation: Herr Dr. Grosse
Herr Dr. Herberhold

Mitarbeiter zentrales adhs-netz: Frau Kebbekus

Anwesende: Herr Dr. Schydlo, Düsseldorf
(von li n. re) Herr Dr. Kling, Bochum
Herr Dr. Buck (in Vertr. f. Dr. Oberle), Stuttgart
Herr Dr. Bayat und Herr Dr. Kern, Südbaden
Herr Dr. Gromball, Nürnberg
Herr Dr. Schneider, Berlin (Qualitätszirkel)
Herr Dr. Greven, Berlin (Netzwerk)
Frau Dr. Eich, Hamburg Harburg
Herr Dr. Leppik, Erlangen
Herr Dr. Heeren, Fürth
Frau Dr. Fischer, Mecklenburg-Vorpommern
Frau Dr. Davids, Viersen
Frau Schillo, Waiblingen
Herr Dr. Mangold, Ansbach
Herr Dr. Warrlich, Schwarzwald-Baar-Kreis
Herr Dr. Meusers, Südwestfalen (auch Herr Dr. Wolff)
Herr Dr. Heuschen und Herr Dr. Alfred, München und Oberbayern
Herr Dr. Wolff, Südwestfalen (auch Herr Dr. Meusers)
Herr Dr. Schulze und Frau Dr. Reich-Schulze, Hamburg (Erwachsene)
Herr Dr. Förster, Gronau
Herr Dr. Räder, Nordhorn
Herr Dr. Le Lam, Vorderpfalz
Herr Dr. Adis-Dutschmann, Ulm
Frau Dr. Uzelli-Schwarz, Gelsenkirchen
Herr Dr. Einig, Südhessen

Frau Dr. Kamrath, Berlin (Therapieforum)
Frau Dr. Kühnöl, Dresden und Umgebung
Frau Dr. Heinze, Leipzig (auch Fr. Dr. Amm)
Herr Fink, Frau de Buhr, Rhein-Berg.Kreis
Frau Wolff Metternich, Köln
Frau Dr. Amm, Leipzig (auch Fr. Dr. Heinze)
Herr Dr. Prager, Erzgebirge
Frau Silz, Gotha
Frau Dr. Staneva, Rostock
Herr und Frau Schäfer, Neckar-Odenwald-Kreis
Frau Moll, Bez-Reg. Köln
Herr Dr. Kühle, Lauenburg
Herr Dr. Ziegler-Kierbach, Bremerhaven

ad 1 Eigen-Vorstellung der anwesenden regionalen Netze

ad 2 Vorstellung der Zielsetzungen und Organisationsstruktur des zentralen adhs-netzes

ad 3 Kooperation zwischen regionalen ADHS-Netzen und zentralem adhs-netz

ad 4 Konstituierung des „Beirates regionaler Netze“ des zentralen adhs-netzes

ad 5 Aufträge des Beirates, Terminierung des nächsten Treffens

zu 2. Vorstellung der Zielsetzungen und Organisationsstruktur des zentralen adhs-netzes

Erläuterung der Ziele, Struktur und Schnittstellen zu den regionalen ADHS-Netzen sowie dem komplementären Nutzen durch die Herren Dr. Skrodzki (Forchheim) und Prof. Döpfner (Köln).

1. Das zentrale adhs-netz als bundesweit interdisziplinäres Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von ADHS-Patienten. Informationen für Experten, Betroffene und Angehörige. Kooperation mit Fachverbänden
2. Unterstützung der regionalen Netze
3. Fortbildungen und anwendungsbezogene Forschung

Bisherige Ziele, die in den ersten Monaten durch das zentrale adhs-netz umgesetzt wurden: Bildung der Leitungsgruppe und Struktur des zentralen adhs-netzes, Erstellung von Satzung, „Corporate design“ und Arbeitsmaterialien (Logo, Briefpapier u.ä.), Entwicklung des Internet-

Auftritts (künftig mit geschlossener Plattform für Mitglieder des Beirats sowie separatem Bereich für Fachleute), Bildung von Ar

beitsgruppen, Präsentation bei ersten Kongressen, Mithilfe beim heutigen Treffen, Vorbereitung der Bildung des interdisziplinären Beirats, Sicherung der Finanzierung für 2 Jahre.

zu 3. Kooperation zwischen regionalen ADHS-Netzen und zentralem adhs-netz

Vorschläge für die Zusammenarbeit und Diskussion.

Folgende Wünsche hinsichtlich der Zusammenarbeit mit und Unterstützung durch das zentrale adhs-netz wurden von den regionalen Netzen formuliert (Stimmungsbild):

- Hauptunterstützung von Fachleuten
- Kriterienkatalog entwickeln für Anbieter
- Netz-Atlas entwickeln
- Unterstützung der regionalen Netze bei Aufbau/Pflege v. Internetauftritten
- Vernetzung der regionalen Netze
- Fortbildungsmaterialien zur Verfügung stellen
- Unterstützung im Hinblick auf Evidenzbasis anerkannter Verfahren
- Unterstützung bei Einladungen
- Solide Finanzierung schaffen (sowohl des zentralen adhs-netzes als auch der regionalen Arbeit)
- Krankenkassen einbeziehen
- Überregionale Referenten zur Verfügung stellen (Diskussion zu Finanzierung via Pool)
- Interessenkonflikte offen benennen
- Support der regionalen Netze statt Überwachung
- Grundlagen-Entwicklung für Veranstaltungen der regionalen Netze
- Unterstützung von Forschung der ambulanten Praxen:
 - Beratende Manpower zur Verfügung stellen
 - Operationalisierung von Fragestellungen
 - Beratung im Hinblick auf Erreichung von Signifikanz (bspw. Nutzung von Promotionen)
- Qualitätssicherung
- Sponsoring-Berater für regionale Netze
- Unterstützung / Beratung bei Offlabel-Use (gute Ansprechpartnerin: Frau Dr. Krause, Ottobrunn)
- Vorbereitung politischer Schritte (in Vorbereitung)
- Umgang mit der Personengruppe vor Schule / Vorschule

- Internet-Auftritt:
 1. Darstellung regionaler Netze auf der Homepage des zentralen Netzes
 2. Unterstützung der Websites regionaler Netze
 3. Entwicklung und Pflege (bspw. durch Beauftragung eines Administrators)
- Info-Material für regionale Netze zur Verfügung stellen
(200 seitige Broschüre für Münchener Raum. Kontakt: Hr. Dr. Heuschen)
- Material für Präsentationen via Internet anbieten
- CDs produzieren und verteilen (möglichst komplett ohne Beteiligung von Pharmafirmen)
- Abfragung und Zusammenstellung bereits existierender Materialien
- Organisationsberatung der regionalen Netze
Anregung: die Gründung eines gemeinnützigen Vereins ist, bspw. um Spenden annehmen zu können, ausreichend und schneller umzusetzen als die Gründung eines „e.V.“.
- Beratung / Unterstützung bei Pharmakotherapie / Wirkungsspiegel etc.
- Bereitstellung / Benennung eines Fachberaters für Pharmakotherapie
- Entwicklung eines geschlossenen Expertenbereichs / Frageforums (FAQs)
- Entwicklung politischer Forderungen (z.B. im Eckpunktepapier) / Stoßrichtung durch das zentrale netz
- Mitmischung durch interdisziplinären Beirat
- Veröffentlichung von Neuerungen an Schule / Schulpolitik
- Evidenzbasierte Statements entwickeln und zur Verfügung stellen
- Leitlinien entwickeln – Modalitäten der Kooperation beschreiben
- Das zentrale adhs-netz als Moderator für Fachverbände
- Infos zu Pharmafirmen (u.a. zu Anwendung, Dosen-Bestimmung, Serum-Spiegel, Missbrauch)
- Regulatorische Hindernisse minimieren (bspw. zw. Kinder-Ärzten und –Psychiatern)
- Weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit entwickeln
- Mehr Einbeziehung und Definition der Rolle der KJP
- ADHS-Diagnostik bei Gehörlosen / Blinden
- ADHS-Unterstützung im beruflichen Alltag (analog zu Legasthenie)

Kritische Diskussion von Vor- und Nachteilen der Beteiligung der Industrie.

zu 4 . Konstituierung des „Beirates regionaler Netze“ des zentralen adhs-netzes

Nach längerer Diskussion wurde festgestellt: der regionale Beirat hat sich mit 24 Mitgliedern konstituiert. Jedes Mitglied - nachgewiesen durch beantragte Mitgliedschaft -, erhielt je eine Stimme (18 Stimmen dafür, eine gegen, keine Enthaltungen). Es wurde keine geheime Wahl gewünscht.

Stimmberechtigt: Therapieforum Berlin ADHS e.V., ADHS-Netzwerk Region Aachen, Kompetenznetzwerk ADHS München/Oberbayern, Bochumer ADHS-Kompetenznetz, Kompetenznetzwerk ADHS Oberhausen und Umgebung KOOB ADHS, Kompetenznetzwerk HH ADS/ADHS bei Erwachsenen (Hamburg), Kompetenznetzwerk ADHS Köln, Netzwerk ADHS Gotha, Netzwerk ADHS Neckar-Odenwald-Kreis, ADHS-Netz Südbaden, ADS-Therapie- und Beratungsnetzwerk Fürth, ADHS-Netz Erzgebirge, Kompetenznetzwerk ADHS-MV e.V. (Mecklenburg-Vorpommern), adhs-Netz Vorderpfalz, Arbeitskreis ADHS Schwarzwald-Baar-Kreis, ADS-Netz Südwestfalen, VIA-Vernetzungsinitiative AD(H)S im Rheinisch-Bergischen Kreis, Gelsenkirchener ADHS-Netzwerk, Qualinet-Nord ADHS (Lauenburg), Kindertherapeuten-Netzwerk Viersen, Interdisziplinärer Arbeitskreis ADHS Stuttgart; ADHS-Netz Bergstraße (Süd Hessen); ADHS-Netz „Östl. Berlin“; Qualitätszirkel „QZ 148-ADHS-Kinder-Rostock“

Nach ausführlicher Diskussion über die Wahl eines Vorsitzenden wurde der Antrag auf Wahl einer Vorbereitungsgruppe für das erste Treffen des neukonstituierten Beirates zur Abstimmung gestellt.

zu 5. Aufträge des Beirates, Terminierung des nächsten Treffens

Zur Wahl der Vorbereitungsgruppe wurden vorgeschlagen:

Frau Dr. Eveline Reich-Schulze, Berufsförderungswerk Hamburg

Herr Dr. M. Meusers, Herdecke;

Frau Dr. Tanja Wolff Metternich, Köln

Es wurde keine geheime Wahl und Gruppenwahl gewünscht. Dieses Gremium wurde gewählt mit

15 Stimmen dafür, keine gegen, vier Enthaltungen. Die Wahl wurde angenommen.

Auf Antrag wurde darüber abgestimmt, ob ein neuer Termin für das erste Treffen des neukonstituierten Beirates des zentralen adhs-netzes - unabhängig vom AG-Treffen Ende Januar 2007 - gesucht werden soll (16 Stimmen dafür, eine dagegen, eine Enthaltung). Es wurde einstimmig darüber abgestimmt, dass der Termin und Ort von der Vorbereitungsgruppe rund gegeben wird.

Folgende Termine schlägt die Vorbereitungsgruppe vor: 13.01.2007, 11.00h – 17.00 Uhr, oder 10.02.2007, 11.00h – 17.00 Uhr.

Tagungsort wird Frankfurt Flughafen (Airport Conference-Zentrum oder Airport-Hotel).

Die Teilnehmer der Tagung wurden wie vereinbart nach Ihrem Terminwunsch befragt.
Das nächste Treffen des Regionalen Beirats wird am 13.01.2007 stattfinden.

Köln, 30.10.2006

Für die Richtigkeit: Prof. M. Döpfner

Protokollantin: M. Kebbekus

Beirat regionaler Netze

Mitgliedschaften Stand 31.12.2006

- Aachen und Region, ADHS-Netzwerk Region Aachen
- Berlin, ADHS-Netz „östliches Berlin“
- Berlin, Therapieforum ADHS e.V. (TFB ADS e.V.)
- Bochum, Bochumer ADHS-Kompetenznetz
- Düsseldorf, Reg. Kompetenznetzwerk ADHS Düsseldorf und Umgebung (RADU)
- Erlangen, ADHS Netz Erlangen
- Erzgebirge, AD(H)S-Netzwerk Erzgebirge e.G.
- Fürth, ADS-Therapie- und Beratungsnetzwerk Fürth
- Gelsenkirchen, Gelsenkirchener ADHS-Netzwerk
- Gotha, Netzwerk ADHS Gotha
- Hamburg, Hamburger Arbeitskreis ADHS/ADS
- Hamburg, Kompetenznetzwerk Hamburg ADS/ASDHS bei Erwachsenen, KNW HH ADS/ADHS
- Harz, ADS-Netzwerk Harz
- Heinsberg, Arbeitskreis ADS/ADHS
- Köln, Kompetenznetzwerk ADHS Köln
- Lauenburg, Qualinet-Nord ADHS
- Mecklenburg-Vorpommern, Kompetenznetzwerk ADHS-M/V e.V.
- München und Oberbayern, Kompetenznetzwerk ADHS München/Oberbayern
- Neckar Odenwald Kreis, Netzwerk ADHS im Neckar Odenwald Kreis
- Oberhausen, Kompetenznetzwerk ADHS Oberhausen und Umgebung
- Rostock, Qualitätszirkel "QZ 148 - ADHS-Kinder-Rostock"
- Schwarzwald-Baar-Kreis, Arbeitskreis ADHS Schwarzwald-Baar-Kreis
- Stuttgart, Interdisziplinärer AK ADHS
- Südbaden, ADHS-Netz Südbaden
- Südhessen, ADHS-Netz Bergstraße
- Südwestfalen, ADHS Kompetenznetz Südwestfalen
- Ulm, Regionales Netz Ulm/Neu-Ulm
- Viersen, Kindertherapeuten-Netzwerk Viersen
- Vorderpfalz, adhs-Netz Vorderpfalz

Protokoll Treffen Arbeitsgruppe

Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS

19.09. 2006

10-15 Uhr, Airport Congress Center Frankfurt

Anwesende: T. Banaschewski

M. Döpfner

K.-P. Grosse

K. Wulf

Entschuldigt: M. Huss

ad 1 Formale Strukturen Arbeit der Arbeitsgruppe

- 1.1 Struktur Arbeitsgruppe
- 1.2 Formale Struktur Expertisen
- 1.3 Veröffentlichung Expertisen
- 1.4 Abfassung Expertisen

ad 2 Inhalte Expertisen

- 2.1 Häufigkeit von ADHS bei Kindern und Jugendlichen
- 2.2 Evidenzbasierte therapeutische Verfahren bei ADHS im Kindes- und Jugendalter
- 2.3 Wirksamkeit von Homöopathie
- 2.4 Wirksamkeit von Fettsäuren
- 2.5 Vorschläge für mögliche weitere Expertisen: Nebenwirkungen, Schule

1. Formale Strukturen Arbeit der Arbeitsgruppe

1.1 Struktur Arbeitsgruppe

Ausarbeitung Expertisen ggf. durch Hinzuziehung von Experten zu spez. Themen
Kernarbeitsgruppe bleibt erhalten
zunächst keine Gründung neuer AGs für spez. Themen

1.2 Formale Struktur Expertisen

- > Langfassung bis ca. 10 Seiten - Expertise
- > Kurzfassung einseitig (abstract)
- > Pressestellungnahme

1.3 Veröffentlichung Expertisen

- Internet
 - > Veröffentlichung über Website zentrales adhs-netz
 - > Verlinkung auf anderen Websites
- Fachpublikationen
- Öffentliche Medien

Entscheidung über Art/ Reihenfolge/ Adressat der Veröffentlichung der Expertisen abhängig von Dringlichkeit des Themas

Firmierung:

- Internet, öffentliche Medien: Veröffentlichung des zentralen adhs-netzes (Fußnote/ Unterzeile: „Arbeitsgruppe Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS“, Nennung der Mitglieder)
- Fachpublikationen: Veröffentlichungen unter Autorenschaft Mitglieder der Arbeitsgruppe, alphabetische Reihenfolge bzw. Voranstellung des Federführenden

1.4 Abfassung Expertisen

Angabe von Evidenzgraden der Aussagen, auf denen Expertisen beruhen

2. Inhalte Expertisen

Reihenfolge Expertisen: Epidemiologie, Evidenzbasierte therapeutische Verfahren, Homöopathie, Fettsäuren

2.1 Häufigkeit von ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Diskussion und inhaltl. Überarbeitung Entwurf Döpfner 09/ 2006,

weitere Schritte: Überarbeitung, überarbeitete Version per Mail an Mitglieder der AG mailen, Überarbeitungen durch Mitglieder der AG

Planung Veröffentlichung: Langfassung: Website, Monatsschrift

Kurzfassung + Link Website: Zeitschrift Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugend-
arzt

2.2 Evidenzbasierte therapeutische Verfahren bei ADHS im Kindes- und Jugendalter

Beschreibung und Bewertung evidenzbasierte Therapieverfahren

Sammlung Arbeiten

Beschreibung Gemeinsamkeiten und Unterschiede Leitlinien

2.3 Wirksamkeit von Homöopathie

Homöopathie: Grundlage Artikel ADHS-Report Döpfner, in Expertise fassen

Weiterleitung/ Abstimmung Döpfner/ Grosse

Weiterleitung/ Abstimmung Banaschewski/ Huss

2.4 Wirksamkeit von Fettsäuren

mögliche Grundlagen Artikel Grosse, Artikel Döpfner

zur Zeit noch wenig Evidenz; Frage, ob abgesicherte Stellungnahme

daher zur Zeit möglich, rel. Sicherheit zu Ausschluss Indikation, offen

Aussagen zu pos. Indikation

2.5 Vorschläge für mögliche weitere Expertisen: Nebenwirkungen, Schule

ADHS im Erwachsenenalter

Expertentreffen am 29.9.06 im ZI für seelische Gesundheit Mannheim

Teilnehmer: Frau Dr. Krause, Frau Dr. Alm, Frau Dr. Sobanski, Prof. Ebert, Prof. Krause

Vorstellung der Ziele des zentralen Netzwerks

Entwicklung von Fragebogen für Erwachsene unter Federführung von Prof. Engel; deutscher Fragebogen aufgrund anderer soziologischer und schulischer Gegebenheiten im Vergleich zu den USA sinnvoll

Betonung der Notwendigkeit von Diagnostik und Therapie durch Psychiater

Off-Label-Use

Nur durch seriöse Diagnosestellung Vermeidung einer ausufernden Verordnung

Wesentliche Bedeutung einer medikamentösen Behandlung unter sozioökonomischen Gesichtspunkten, Vermeidung von massiven sekundären Kosten, die bei unzureichender oder fehlender Behandlung entstehen

Aufgrund der Marktsituation sind keine Studien bei unretardiertem Methylphenidat zu erwarten

Offizielle Zulassung von retardiertem MPH wahrscheinlich frühestens 2007 zu erwarten

Da Phase 3-Studien für retardiertes MPH gelaufen sind, Begründung für Off-Label-Use eindeutig vorhanden; Urteil des Bundes-Sozial-Gerichtes wird sicher nicht revidiert, Prozesse über alle Instanzen dauern aber zu lange

Vorherige Beantragung einer Kostenübernahme bei Kassen zwecklos

Frage, ob aus gesundheitspolitischer Notwendigkeit beim Bfarm ein Zulassungsverfahren aus Bedarfsgründen eingeleitet werden kann, dies sollte beim geplanten Gespräch im BMG als wesentlicher Punkt besprochen werden; Argumentation hierbei:

1. Situation bei Erwachsenen mit ADHS muß sich ändern, da effektivste Therapie nicht von der GKV bezahlt wird
2. Möglichkeit von Datenlage her, dieses Problem kurzfristig zu lösen, da Phase 3-Studien durchgeführt wurden

Prof. Schmidt wegen Off-Label-Ausschuß ansprechen

Erhebliches versicherungsrechtliches Risiko der Haftung bei Privatverordnung von MPH kann Versorgung der Patienten ernstlich gefährden

Mögliches Problem bei Beantragung einer Zulassung aus Bedarfsgründen, daß

ADHS keine seltene Erkrankung ist

Diagnostik

CAARS und Brown ADD Scales sollten für wissenschaftliche Zwecke in Deutschland validiert werden; für Regelversorgung nicht entscheidend

Vor Kurz-Screening gemäß den 6 Fragen der WHO eher warnen

Entscheidend für Definition der Behandlungsbedürftigkeit funktionelle Auswirkungen; hier bisher keine geeignete Skala vorhanden; Modifikation der **ICF ("Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit")** der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ; dies wäre bei Auswahl bestimmter Kapitel für eine Objektivierung des Therapiebedarfs und -erfolgs sinnvoll. Da diese Klassifikation veränderungssensitiv ist, lassen sich Veränderungen im Rahmen einer Therapie als Behandlungsergebnisse erfassen.

Versorgung

Allgemeiner Mangel an Therapieplätzen nach erfolgter Diagnose, mehr erfahrene Psychiater, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter (Integration ins Arbeitsleben) nötig

Aufklärung über ADHS speziell in Berufsförderungswerken dringend erforderlich, der Zugang zum Reha-Bereich muß für ADHS-Betroffene in gleicher Form möglich sein wie für andere psychisch Kranke; es muß bei der Eingliederung auf die besondere Notwendigkeiten anders gearteter Maßnahmen wegen anderer Symptomatik geachtet werden.

Auch bei Firmen Aufklärung über die besonderen Fähigkeiten und Arbeitsplatzanforderungen Betroffener mit ADHS

Gleichstellung mit anderen psychiatrischen Erkrankungen sollte nur bei besonders Betroffenen erfolgen, in diesen Fällen Zugang zu Fördermöglichkeiten mit Schwerpunkt Ausbildung und Eingliederung ins Berufsleben

Job-Coaching für Betroffene sehr wichtig, erste Erfahrungen in MA

In Mannheim Dissertation zur Frage des Nutzens eines Job-Coachings geplant (25-25-Design); Förderungsmöglichkeit durch Netzwerk?

Psychotherapie

Nicht nur eine Therapieform bevorzugen, Freiburger Programm als Basis mit hohem Strukturierungsgrad nützlich, Ergänzung durch kognitive VT and andere Therapieformen sinnvoll.

Hauptproblem Unkenntnis des Krankheitsbildes ADHS bei Psychotherapeuten; ADHS sollte in den Indikationsbereich für alle anerkannten psychotherapeutischen Verfahren aufgenommen werden und entsprechend als Pflichtfortbildungsbestandteil in den Ausbildungsplänen der jeweiligen Ausbildungsinstitute enthalten sein

Das zentrale ADHS-Netz sollte mit dieser Forderung bei den Psychotherapeutenkammern vorstellig werden

Netzwerke

Vernetzung des zentralen Netzes mit bestehenden lokalen Netzen, z.B. Ma, Ka, F, Pfalz

Vernetzung von Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Erwachsenenpsychiatern in Bezug auf eine verbesserte Versorgung betroffener Familien auf lokaler Ebene anzustreben

Zu sozioökonomischen und epidemiologischen Aspekten Kontakte mit Prof. Schlander und Prof. Wittchen wünschenswert, Vorschlag von Prof Wittchen die ADHS beim nächsten Gesundheitssurvey zu integrieren, Auswahl geeigneter Befragungsinstrumente durch das Expertengremium

Berücksichtigung der Bedürfnisse inhaftierter Betroffener durch Versorgungsnetze

Dieses Beispiel zeigt, dass mit Hilfe der Tagesprofilbögen ADHS die adaptive Pharmakotherapie erleichtert wird und eine an das individuelle Tagesprofil von Kindern und Jugendlichen adaptierte medikamentöse Therapie erleichtert wird.

Vernetzung

25C

Das zentrale adhs-netz kommt!
www.zentrales-adhs-netz.de

*Manfred Döpfner, Johanna Krause,
 Franz Resch und Klaus Skrodzki*



zentrales adhs-netz

Grundlagen

Über die Bedeutung regionaler Kompetenznetze für ein umfassendes Gesundheitsmanagement haben wir bereits in *ADHS-Report 17* berichtet. Im Jahr 2002 wurden beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zwei Konferenzen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen unter Einschluss aller beteiligten Fachgruppen durchgeführt. Dabei wurde ein Konsens über verbindliche Standards in der Diagnose und Behandlung der ADHS erzielt und in einem Konsenspapier festgehalten. Das *zentrale adhs-netz* soll die in diesem Konsenspapier benannte Forderung nach Bildung überregionaler Netzwerke erfüllen.

Das *zentrale adhs-netz* ist ein bundesweites interdisziplinäres Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Das Netzwerk richtet sich sowohl an Experten als auch an Betroffene, ihre Angehörigen und Bezugspersonen. Es informiert außerdem die Öffentlichkeit über ADHS. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit möchte das *zentrale adhs-netz* ein umfassendes Gesundheitsmanagement für Menschen mit ADHS fördern.

Grundlage der Arbeit des *zentralen adhs-netzes* sind die Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung vom 28. und 29. Oktober 2002.

Ziele

Das Gesamtziel des *zentralen adhs-netzes* ist die Unterstützung eines umfassenden Gesundheitsmanagements für Menschen mit ADHS. Dies bedeutet vor allem die Förderung, Bestimmung und Optimierung der Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versor-

gung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS durch die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur ADHS auf nationaler und internationaler Ebene. Im Einzelnen verfolgt das *zentrale adhs-netz* folgende Ziele:

- (1) *Informationen für Experten:* Durch den Aufbau eines internetbasierten Experten-Informationssystems sollen Ärzten, Psychologen, Pädagogen und andere Berufsgruppen, die an der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit ADHS beteiligt sind, Informationen und Materialien zu Prävention, Diagnostik und Therapie von ADHS zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus wird über Fortbildungsmöglichkeiten informiert und Fortbildungsveranstaltungen werden organisiert. Auf diese Weise sollen die Experten darin unterstützt werden, Patienten mit ADHS leitlinienkonform zu versorgen.
- (2) *Informationen für Betroffene und Angehörige:* Durch den Aufbau eines internetbasierten Patienten- und Angehörigen-Informationssystems sollen Patienten, ihren Angehörigen und Bezugspersonen Informationen zu ADHS, zu Ursachen, Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Weise erhalten Betroffene, Angehörige und ihre Bezugspersonen Informationen, die sich auf die aktuellen Erkenntnisse aus Forschung und Praxis stützen.
- (3) *Unterstützung der Arbeit regionaler Versorgungsnetze:* Durch eine enge Kooperation mit regionalen ADHS-Netzen werden die Anliegen und Bedürfnisse der regionalen Netze aufgenommen. Es wird eine Plattform gebildet, auf der regionale ADHS-Netze miteinander in Verbindung treten können. Die Gründung neuer regionaler ADHS-Netze wird unterstützt.
- (4) *Öffentlichkeitsarbeit:* In Form von Veröffentlichungen wird zu aktuellen und allgemeinen Fragen zum Thema ADHS wissenschaftlich fundiert Stellung genommen.

- (5) *Kooperation und Informationsvernetzung der am zentralen adhs-netz* beteiligten medizinischen und nicht-medizinischen Fach- und Berufsverbände sowie Selbsthilfe- und Betroffenenverbände. Das *zentrale adhs-netz* stellt auch eine Plattform für Veröffentlichungen und Stellungnahmen der beteiligten Fachverbände zur Verfügung.
- (6) *Unterstützung der Forschung*: Durch eine Kooperation mit Forschungseinrichtungen soll vor allem die anwendungsbezogene Forschung unterstützt werden. Dies beinhaltet neben neurobiologischen Forschungsergebnissen auch die Untersuchung und Beschreibung der gesellschaftlichen und natürlichen Lebensumstände von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS mit dem Ziel ihrer Optimierung.
- (7) *Unterstützung von Fortbildungsprogrammen* in Kooperation mit Institutionen, deren Ziel eine evidenzbasierte, umfassende und interessensunabhängige Fortbildung für Laien und Fachleute zur ADHS ist.
- (3) Der *Beirat regionaler Netze* setzt sich aus Vertretern regionaler Versorgungsnetze zur ADHS zusammen. Er formuliert die Bedürfnisse der regionalen Netze und berät die Leitungsgruppe.
- (4) *Arbeitsgruppen* setzen sich aus Personen mit besonderer Expertise zusammen und erarbeiten inhaltliche Konzepte und Stellungnahmen des *zentralen adhs-netzes*.
- (5) Die *Administration* setzt die Aufträge der Leitungsgruppe um und koordiniert die Tätigkeit der Leitungsgruppe, des interdisziplinären Beirates, des Beirates der regionalen Netze und der Arbeitsgruppen. Sie hat ihren Sitz am Klinikum der Universität zu Köln. Die Administration wird geleitet von Frau Dipl.-Psych. Kristina Wulf.

Organe

Das *zentrale adhs-netz* besteht aus folgenden Organen:

- (1) Die Leitungsgruppe ist interdisziplinär besetzt und besteht aus vier Mitgliedern aus den Fachbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Kinder- und Jugendmedizin, der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Mitglieder stammen aus universitären und außeruniversitären Institutionen zur ambulanten und stationären Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sowie aus Einrichtungen, die sich der ADHS-Forschung widmen. Mitglieder der Leitungsgruppe bei Gründung des *zentralen adhs-netzes* sind:
- Prof. Dr. Manfred Döpfner (Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut, Universität Köln),
 - Dr. Johanna Krause (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Fachärztin für Neurologie, Ottobrunn),
 - Prof. Dr. Franz Resch (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Heidelberg),
 - Dr. Klaus Skrodzki (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Forchheim)
- Sprecher der Leitungsgruppe ist Prof. Dr. Manfred Döpfner.
- (2) Der *interdisziplinäre Beirat* setzt sich aus Vertretern medizinischer und nicht-medizinischer Fachverbände, Selbsthilfe- und Betroffenenverbände und überregionaler Organisationen zusammen, die in die Versorgung von Menschen mit ADHS eingebunden sind. Er berät und beurteilt die Leitungsgruppe.

Stand der Dinge

Das *zentrale adhs-netz* befindet sich mitten im Aufbau. Eine Satzung wurde verabschiedet. Zu potentiellen Mitgliedern des interdisziplinären Beirates und des Beirates regionaler Netze wurden erste Kontakte aufgenommen. Erste Arbeitsgruppen wurden eingerichtet. Eine Internet-Präsenz wird in der ersten Ausbaustufe bis Ende August 2006 vorliegen unter:

www.zentrales-adhs-netz.de



Auftrag

Wir sind interessiert, zu bereits existierenden und im Aufbau befindlichen regionalen ADHS-Netzen Kontakt aufzunehmen. Falls Sie Interesse an der Arbeit des *zentralen adhs-netzes* haben und regelmäßig über die Arbeit des *zentralen adhs-netzes* informiert werden wollen, geben Sie uns eine Rückmeldung über den Fax-Abwurf oder mailen Sie uns:

zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de

Wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit.

Präsentationen zentrales adhs-netz

Liste Veranstaltungen

- Internationale Konferenz „Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“
Akademische Akademie Bad Boll
17.02. – 19.02.2006, Bad Boll

Standpräsentation

- Symposium „ADHS im Jugendalter“
Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. (BV-AÜK)
25.03.2006, Königswinter

Auslage Flyer, Interessenlisten

- ADHS-Messe
ADHS-Selbsthilfenetzwerk Mecklenburg-Vorpommern und Kompetenznetz ADHS
Mecklenburg-Vorpommern e.V.
29.04. – 30.04.2006, Stadthalle Neubrandenburg

Auslage Flyer

- 4. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters
Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen
05.06. – 09.06.2006

Auslage Flyer, Infotafeln

- Drittes Kölner Kinderpsychotherapie- & -psychiatrie-Kolleg „Multimodale Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Klinikum der Universität zu Köln (AkiP)
11.11. – 12.11.2006, Köln

Auslage Flyer, Infotafeln

- 102. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
14.09. – 17.09.2006, Mainz

Standpräsentation

- 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
17.09. – 21.09.2006, Nürnberg

Auslage Flyer

- 17. Bundeskonferenz für Schulpsychologie
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V./Sektion Schulpsychologie
18.09. – 22.09.2006, Köln

Auslage Flyer, Infotafeln

- 2. Jahreskongress Psychotherapie
Hochschulverbund Psychotherapie NRW und Psychotherapeutenkammer NRW
21.10. – 22.10.2006, Bochum

Auslage Flyer, Infotafeln

- 10. Symposium „ADHS – ein Weg zieht Kreise“
Juvemus, Vereinigung zur Förderung von Kindern und Erwachsenen mit Teilleistungsschwächen
03.11. – 04.11.2006, Koblenz

Auslage Flyer

- Viertes Kölner Kinderpsychotherapie- & -psychiatrie-Kolleg „Multimodale Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Klinikum der Universität zu Köln (AkiP)
11.11. – 12.11.2006, Köln

Auslage Flyer, Infotafeln

- DGPPN Kongress 2006
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
22.11. – 25.11.2006, Berlin

Standpräsentation



<h3>Aufbau</h3> <p>Leitungsgruppe Prof. Dr. Manfred Döpfner (Psychologe, Köln) Dr. Johanna Krause (Psychiaterin, Ottobrunn) Dr. Klaus Skrodzki (Kinder- u. Jugendarzt, Forchheim) Prof. Dr. Franz Resch (Kinder u. Jugendpsychiater, Heidelberg)</p> <p>Koordination Kristina Wulf (Psychologin, Köln)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Interdisziplinärer Beirat - Vertreter von Fach- und Selbsthilfverbänden - Beratung und Beurteilung der Arbeit des zentralen adhs-netzes</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Beirat regionaler Netze - Vertreter regionaler Versorgungsnetze für ADHS - Formulierung von Bedürfnissen der regionalen ADHS-Netze</p> </div> </div> <p>Arbeitsgruppen - Experten für spezifische Themen - Erarbeiten Statements und Kommentare zu ADHS</p>	<h3>Kontakt</h3> <p>Leitung</p> <p>Prof. Dr. M. Döpfner (Köln) Dr. J. Krause (Ottobrunn) Dr. K. Skrodzki (Forchheim) Prof. Dr. F. Resch (Heidelberg)</p> <p>Koordination</p> <p>Kristina Wulf, Dipl.-Psych. (Leitung) Mitarbeiter</p> <p>zentrales adhs-netz Klinikum der Universität zu Köln Robert-Koch-Straße 10 50931 Köln</p> <p>T (0221) 478-61 08 F (0221) 478-39 62</p> <p>zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de www.zentrales-adhs-netz.de</p> <p>Gefördert durch das</p>	<p>Informationen zum zentralen adhs-netz</p>
--	---	---



<h3>zentrales adhs-netz</h3> <p>Was ist das?</p> <p>Ein bundesweites interdisziplinäres Netzwerk für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)</p> <p>Warum?</p> <p>Förderung eines umfassenden Gesundheitsmanagements und Verbesserung der Versorgung für Menschen mit ADHS</p> <p>Für wen?</p> <p>Betroffene, Angehörige, Bezugspersonen Fachleute (z.B. Ärzte, Therapeuten) Regionale Versorgungsnetze für ADHS</p> <p>Wie?</p> <p>Internet-Plattform Symposien und Kongressbeiträge Veröffentlichungen</p> <p>Was ist ADHS?</p> <p>Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung ist gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, eine geringe Impulskontrolle sowie eine erhöhte Aktivität.</p>	<p>Information</p> <p>Für Fachleute</p> <p>Internetbasiertes Experten- Informationssystem mit Informationen und Materialien zu Prävention, Diagnostik, Therapie, Weiterbildungsmöglichkeiten</p> <p>- Unterstützung bei der leitlinienkonformen Versorgung von ADHS-Patienten</p> <p>Für Betroffene</p> <p>Internetbasiertes Patienten- und Angehörigen-Informationssystem mit Informationen und Materialien zu Ursachen von ADHS, Behandlungsmöglichkeiten, Selbsthilfemöglichkeiten</p> <p>- Informationen über aktuelle Erkenntnisse aus Forschung und Praxis</p> <p>Für die Öffentlichkeit</p> <p>Wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen zu aktuellen und allgemeinen Fragen zum Thema ADHS</p> <p>- Information der Öffentlichkeit über ADHS</p> <p>Informationsvernetzung</p> <p>Kooperation mit Fach- und Selbsthilfverbänden</p> <p>- Informationsvernetzung und Plattform für Veröffentlichungen der beteiligten Fachverbände</p>	<p>Unterstützung...</p> <p>...regionaler Versorgungsnetze</p> <p>Information über andere regionale Netze und Zusammenarbeit mit dem zentralen adhs-netz</p> <p>- Unterstützung im Bemühen um die Verbesserung der regionalen Versorgung - Erleichterung der Bildung neuer Netze - Aktive Gestaltung des zentralen adhs-netzes im Sinne eigener Bedürfnisse und Interessen</p> <p>...von Fortbildung</p> <p>Unterstützung von Fortbildungsprogrammen in Kooperation mit anderen Institutionen</p> <p>- Evidenzbasierte, umfassende und interessens-unabhängige Fortbildung für Laien und Fachleute</p> <p>...von Forschung</p> <p>Unterstützung von anwendungsbezogener Forschung durch Kooperation mit Forschungseinrichtungen</p> <p>- Erweiterung des Wissens über neurobiologische Zusammenhänge und über gesellschaftliche Lebensumstände von Menschen mit ADHS</p>
--	--	--