

## 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) in den Punkten 1 bis 8 und 10 bis 12.

(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, approbierten Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen und anderen 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 leitlinien-konform 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 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 von Fach- und Berufsverbänden, Selbsthilfe- und Betroffenenverbänden und überregionalen 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 *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:
  - (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 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 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) in den Punkten 1 bis 8 und 10 bis 12.

(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**.

(6) 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) in den Punkten 1 bis 8 und 10 bis 12 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 eine Steuerungsgruppe für die Dauer von 2 Jahren. Die Steuerungsgruppe besteht aus 3 Personen, die verschiedene Berufs- und Patientengruppen sowie verschiedene regionale ADHS-Netze repräsentieren sollen.

(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

(1) 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.

(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.

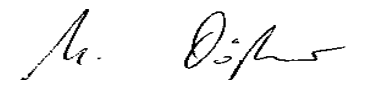
(2) Mitgliedern der Leitungsgruppe werden Reisekosten erstattet. Darüber hinaus erhalten sie eine Aufwandsentschädigungen für Dienstaussfall.

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

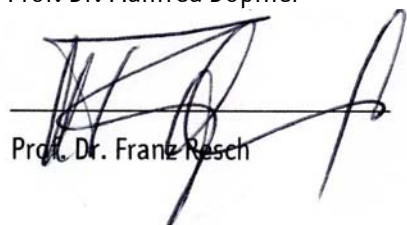
## 6 Kooperationspartner

(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.

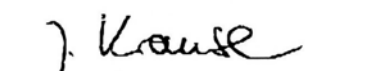
Die geänderte Satzung tritt mit Beschluss der Leitungsgruppe vom 24.11.2007 in Kraft.



Prof. Dr. Manfred Döpfner



Prof. Dr. Franz Resch



Dr. Johanna Krause



Dr. Klaus Skrodzki

## 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 Klassifikationsschemata (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 scheidet 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 Therapie-



konzept 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