



Forschungsgruppe ImLeiV:

Implementierung leitlinienorientierter Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – Barrieren und Effekte

Mitglieder der Forschungsgruppe

Julia Plück, Dr., Dipl.-Psych. (Koordination, KLINIK, BMG)

Manfred Döpfner, Prof. Dr., Dipl.-Psych. (Leitung; KLINIK, AKiP, CDS)

Kristina Mücke, M.A. Rehabilitationswissenschaften (BMG)

Kristin-Katharina Scholz, Dipl.-Psych. (BMG)

Astrid Sonneck, Dipl.-Psych. (BMG)

Lisa Winkler, M.Sc. (BMG)

Tobias Banaschewski, Prof., Dr., Dr. (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim)

Holger Pfaff, Prof., Dr. (IMVR, Uni Köln)

Finanzierung

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln

Allgemeine Projektbeschreibung

Ergebnisse der mittlerweile jahrzehntelangen Forschung zu Diagnostik und Behandlung der ADHS mündeten national wie international in den verschiedenen, verantwortlich an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in der Formulierung von Leitlinien für diesen Prozess. Ihre Kenntnis, die Einstellung zu diesen Leitlinien und ihre Praktikabilität dürften entscheidend dazu beitragen, in wie weit sie in der Versorgung von Patienten tatsächlich Berücksichtigung finden. Die Versorgungspraxis von ADHS-Patienten in Deutschland und Möglichkeiten ihrer Optimierung in Orientierung an den Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften sollen daher in diesem Projekt untersucht werden. Die Fragestellung soll in zwei aufeinander aufbauenden Teilstudien bearbeitet werden.

Aktuelle Teilprojekte

- ImLeiV-1: Erhebung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS
- ImLeiV-2: Implementierungs-Studie zur leitlinienorientierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Publikationen aus der Forschungsgruppe ImLeiV

Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Sonuga-Barke, E. J., & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A



- systematic review and European treatment guideline. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15(8), 476-495.
- Döpfner, M. (2015). Psychosocial and other non-pharmacological treatments. In T. Banaschewski, A. Zuddas, P. Asherson, J. Buitelaar, D. Coghill, M. Danckaerts, M. Döpfner, L. Rohde, E.J.S. Sonuga-Barke & E. Taylor (eds.), *ADHD and Hyperkinetic Disorder* (2nd ed., p. 65-74). Oxford: Oxford University Press.
- Döpfner, M., Frölich, J., & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1.* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Breuer, D., & Rothenberger, A. (2011). An observational study of once-daily modified-release methylphenidate in ADHD: effectiveness on symptoms and impairment, and safety. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (supplement 2), S243-S255.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Schepker, R. & Frölich, J. (2007). Hyperkinetische Störungen (F90). In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 239–254). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J. et al. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – First upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 1), 17–30.
- Zentrales adhs-netz (Hrsg.). (2012). *Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll.* Göttingen: Hogrefe.



Teilprojekt ImLeiV-1:

Erhebung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Forschungs-Team:

Kristina Mücke, Kristin-Katharina Scholz, Astrid Sonneck, Julia Plück (koordinierend) und Manfred Döpfner (Leitung)

Laufzeit:

Voraussichtlich bis 2016

Zielsetzung:

Erhebung der gegenwärtigen Praxis in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in

- kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikambulanzen,
- kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen,
- sozialpädiatrischen Zentren,
- kinder- und jugendärztlichen Praxen,
- kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen.

Erfassung der Einschätzungen der in diesen Einrichtungen tätigen Ärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Diese Berufsgruppen unterscheiden sich in Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen und wählen daher in Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen auch unterschiedliche Ansätze. In einer wahlweise online oder telefonisch angebotenen Befragung einer bundesweiten Zufallsstichprobe aus den oben genannten Versorgungstypen wurden

1) der Umfang, in dem auf Diagnostik und Behandlung bezogene Aussagen aus aktuellen Leitlinien und den Fachinformationen für die in der ADHS-Pharmakotherapie eingesetzten Medikamente in der gegenwärtigen Praxis umgesetzt werden (z.B. Häufigkeit der Empfehlung und der Umsetzung) und

2) die Einstellungen zu diesen Empfehlungen sowie die Barrieren bei ihrer Umsetzung (z.B. Bewertung von Notwendigkeit, Praktikabilität, Wirtschaftlichkeit) erhoben.

Methode:

Die Zielstichprobe sollte zur Abbildung möglicher Unterschiede zwischen den verschiedenen Fachgruppen aus jeweils N=50 Vertretern dieser Gruppen zusammengesetzt sein: Kinder- und jugendpsychiatrische Praxen, Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen, Kinder- und jugendärztliche Praxen, Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Praxen. Damit



sollten insgesamt 100 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 100 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und 50 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befragt werden. Die Zufallsauswahl dieser **n= 250 Praxen und Einrichtungen** wurde im Falle der Einzelversorger über das Register der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach unter Berücksichtigung regionaler (Bundesgebiet-Nord, -Ost, -Süd und -West) und bevölkerungsstatistischer Parameter (regionale Dichte der 6-18-jährigen Zielpopulation) vorgenommen. In einer ersten Erhebungswelle wurde die dreifache Anzahl der Zielstichprobe angeschrieben. Bei einer zweiten Welle wurden die spezifischen Rücklaufquoten der Fachgruppen berücksichtigt. Da die Anzahl an Gruppenversorgern (SPZs und Klinik-Ambulanzen) bundesweit jeweils nicht über 150 hinausgeht, wurden hier alle in den öffentlich zugänglichen Registern erfassten Einrichtungen direkt vom Studienzentrum angeschrieben. Meldungen der Freiwilligen dieser Zugänge werden nach Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden N=1381 Einzelversorger und N= 351 Gruppenversorger (Vollerhebung) angeschrieben. Der Rücklauf von N=275 Teilnehmern am Interview entspricht damit einer Quote von ca. 16%. Die Berufsgruppen waren mit 37 % Kinder- und Jugendmedizinern, 28% Kinder- und Jugendpsychiatern und 25 % Kinder- und Jugendpsychotherapeuten einigermaßen entsprechend dem Ziel vertreten. Die Erfahrung mit ADHS reichte bei den Beteiligten von einem bis zu 46 Jahren zurück. Die Verteilung der versorgten Patientengruppen liegt mit 51% Grundschulern, 32% Jugendlichen und 17% Kindern im Vorschulalter im Bereich dessen, was die klinische Inanspruchnahme erwarten ließ. Die erreichte Stichprobe der Einzelversorger konnte mit Verteilungsdaten der KBV hinsichtlich Anzahl, Geschlecht, regionaler Verteilung, Leben-, Approbations- und Niederlassungsalter, hinsichtlich der Gruppenversorger hinsichtlich Anzahl, Geschlecht und regionaler Verteilung in der Grundgesamtheit abgeglichen werden. Der Anteil der KJ-Psychiater liegt (wie geplant) höher als in der Grundgesamtheit. Versorger der Region West beteiligten sich in erhöhtem Maße. Weitere Unterschiede wurden nicht festgestellt.

Eine erste deskriptive Sichtung der Interviewdaten kann für die verschiedenen inhaltlichen Abschnitte des Versorgungsprozesses formuliert werden: In der Diagnostik werden die Standards häufig einhalten. Am ehesten eingeschränkt ist der Einbezug der Lehrer. Am häufigsten wurde eine Indikation primärer Psychotherapie angegeben, seltener primäre Pharmakotherapie, überraschend selten eine Kombination beider Behandlungselemente. Die Akzeptanz der Leitlinien fiel bei den Studienteilnehmern generell eher hoch aus. Als Barrieren für die Durchführung verschiedener Maßnahmen wurden am häufigsten finanzielle und zeitliche Gründe genannt, daneben spielten auch eingeschränkte Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Versorgern eine Rolle.



**UNIKLINIK
KÖLN**

**Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), www.akip.de**



Publikationen zu diesem Teilprojekt:

Noch keine Publikationen



Teilprojekt ImLeiV-2:

Implementierungs-Studie zur leitlinienorientierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Forschungs-Team:

Kristina Mücke, Kristin-Katharina Scholz, Astrid Sonneck, Lisa Winkler, Julia Plück (koordinierend) und Manfred Döpfner (Leitung)

Laufzeit:

Voraussichtlich bis 2017

Zielsetzung:

Für dieses Teilprojekt können mehrere Teilziele definiert werden:

1. *Erfassung der gegenwärtigen Praxis (Prozessqualität)* in der Versorgung (Routineversorgung) von Kindern und Jugendlichen in kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikambulanzen, Praxen, sozialpädiatrischen Zentren, kinder- und jugendärztlichen Praxen, kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen anhand der Erfassung durchgeführter diagnostischer Maßnahmen und therapeutischer Interventionen bei Patienten dieser Einrichtungen.
2. *Erfassung des Verlaufs der ADHS-Symptomatik, der komorbiden Symptomatik, des Funktionsniveaus und der Lebensqualität des Patienten sowie der familiären Belastung* während der Routineversorgung und Erfassung der Compliance der Patienten / ihrer Eltern und Zufriedenheit der Patienten / ihrer Eltern und der Ärzte/ Psychotherapeuten mit der Routineversorgung (Ergebnisqualität).
3. *Implementierung einer leitlinienorientierten Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie* durch Trainingsmaßnahmen und Kooperationsvereinbarungen und Überprüfung der damit erreichten Effekte in der praktischen Arbeit der Versorger sowie in den Ergebnissen der Behandlungen hinsichtlich *ADHS-Symptomatik, komorbider Symptomatik, des Funktionsniveaus und der Lebensqualität des Patienten sowie der familiären Belastung*, der Compliance der Patienten/ ihrer Eltern und Zufriedenheit der Patienten / ihrer Eltern und der Ärzte/ Psychotherapeuten mit der Routineversorgung (Ergebnisqualität).

Methode:

1. Bei einer Stichprobe freiwilliger Versorger (der Teilstudie 1 und zur Erreichung der Zielstichprobe auch Neurekrutierung über die KBV s.o.) werden für jeweils maximal 10 konsekutiv innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten mit Verdacht auf ADHS vorgestellte Patienten die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Interventionen über einen Zeitraum von 6 Monaten dokumentiert (2 Messungen nach 3 bzw. 6 Monaten).



Diese Daten können mit den globalen Angaben der Ärzte /Psychotherapeuten zur gegenwärtigen Praxis in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (siehe Teilstudie 1) in Beziehung gesetzt werden. Neu rekrutierte Teilnehmer dieser Teilstudie (Fallführende Versorger aus bereits beteiligten Versorgungspunkten oder neu gewonnene Einzelversorger) nehmen daher zusätzlich am Interview aus Teilstudie 1 teil.

2. Bei diesen Patienten werden vom Zentrum postalisch bei der Anmeldung der Patienten und 6 Monate später die ADHS-Symptomatik, die komorbide Symptomatik, das Funktionsniveaus und der Lebensqualität des Patienten sowie die familiäre Belastung per Fragebogen erhoben. Beim Versorger werden Compliance der Patienten / ihrer Eltern und Zufriedenheit der Patienten / ihrer Eltern und der Ärzte/ Psychotherapeuten mit der Routineversorgung (Ergebnisqualität) erfasst.

3. Aufgrund der zeitlichen Struktur der Erhebung erfolgt die Implementierung von Strategien der leitlinienorientierten Versorgung über den Einsatz eines Datenträgers mit didaktisch aufbereitetem Material und Experteninterviews sowie die Bereitstellung von diagnostischem (ADHS-Kidis-Diagnostik-Modul) und didaktischem Material für die Elternschulung (Elternhefte der angeleiteten Selbsthilfe, ADHS-Team, Kinder und Jugendliche). Bei den entsprechend geschulten Versorgern werden in einer erneuten Überprüfungsphase für jeweils maximal 10 konsekutiv innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten mit Verdacht auf ADHS vorgestellte Patienten die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Interventionen über einen Zeitraum von 6 Monaten dokumentiert. Der Mehraufwand für die Anwendung dieser Maßnahmen soll vergütet werden. Wie in Schritt 1 werden bei diesen Patienten vom Zentrum postalisch bei der Anmeldung der Patienten und 6 Monate später die ADHS-Symptomatik, die komorbide Symptomatik, das Funktionsniveaus und der Lebensqualität des Patienten sowie die familiäre Belastung per Fragebogen erhoben. Beim Versorger werden Compliance der Patienten / ihrer Eltern und Zufriedenheit der Patienten / ihrer Eltern und der Ärzte/ Psychotherapeuten mit der Routineversorgung (Ergebnisqualität) erfasst. Die Daten dieser Phase werden mit den Veränderungen in der vorangegangenen Routinephase auf den genannten Parametern (Eigenkontrollgruppen-Analyse) in Beziehung gesetzt.

Ergebnisse:

Aus den verschiedenen Rekrutierungsphasen liegen bis 9/2015 von insgesamt N=362 Versorgern allgemeine Versorgungsangeben vor. Über diese Ausgangsgruppe konnten in Phase 1 des zweiten Studienabschnitts bisher N=167 Familien von Patienten mit einer gesicherten ADHS-Diagnose bei insgesamt N=75 Versorgern in die Studie eingeschlossen werden. Unter den beteiligten Versorgern sind die Berufsgruppen für Vergleiche ausreichend stark vertreten. Unterschiede hinsichtlich der regionalen



Verteilung sowie des Lebens- bzw. Approbationsalters bestehen nicht. Die Patienten sind zu 70% männlich und leben mehrheitlich (74%) bei beiden Eltern bzw. einem Elternteil und dessen neuem Partner, während 22% bei einem allein-erziehenden Elternteil leben (4% andere Wohnsituation). Das durchschnittliche Alter liegt bei 8; 6 Jahren (SD=2;1 Jahre). Die Mehrheit der Patienten ist im Grundschulalter. Bei über 80% der eingeschlossenen Patienten, die die Diagnosekriterien erfüllten, ist die ADHS-Symptomatik zu Beginn des beobachteten Versorgungsabschnitts nach Angaben der Eltern mindestens als „auffällig“ einzuschätzen. Für über 60% der Patienten trifft dies auch für oppositionelles Verhalten zu. Nach 6 Monaten beschreiben nur noch 62% der Eltern mindestens „auffällig“ ausgeprägte ADHS-Symptome bei ihren Kindern, mindestens „auffälliges“ oppositionelles Verhalten etwa die Hälfte aller Eltern. Dieser Rückgang wird jedoch nicht nur in der hier dargestellten kategorialen Betrachtung sichtbar, sondern korrespondiert für beide Dimensionen auch mit einem signifikanten Symptomrückgang in der zentralen Tendenz der Stichprobe (Mittelwertvergleiche zwischen beiden Messzeitpunkten; t-Test: $p \leq .001$). Differenzierte Analysen der Effekte werden der Tatsache Rechnung tragen müssen, dass es sich bei den einzelnen Patienten per definitionem um verbundene Messungen handelt, da es den Versorgern freistand, bis zu 10 Patienten in die Studie einzuschließen.

Publikationen zu diesem Teilprojekt:

Noch keine Publikationen