

Übersicht der Wirkstoffziele

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Praxisberatung@kvhh.de

Stand: 01.01.2022

Leitsubstanzziele

- **Wirkstoffgruppe: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-Therapie (ATC-Code: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA14)**

Ziel 17.2: Mindestanteil Leitsubstanzpräparate am Gesamtmarkt ADHS-Therapie; Rabattvertragspräparate zählen nicht zielerreichungsfördernd!

Erläuterung

Die Arzneistoffe, die zur Behandlung von ADHS zum Einsatz kommen können, sind Dexamfetamin/Attentin®(N06BA02), Methylphenidat/Ritalin® und diverse Generika(N06BA04), Atomoxetin/Strattera® und Generika (N06BA09), Lisdexamfetamin/Elvanse®(N06BA12) und Guanfacin/Intuniv®(N06BA21).

Maßnahmen zur Umsetzung

Mittel der Wahl zur Behandlung der ADHS sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen ist das Stimulanz Methylphenidat(MPH), das deshalb als Leitsubstanz für dieses Ziel herangezogen wird.

Für die Behandlung von Erwachsenen sind bisher die Wirkstoffe MPH, Atomoxetin und Lisdexamfetamin zugelassen. Dexamfetamin darf bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren nur dann gemäß Zulassung zum Einsatz kommen, sofern sich eine zuvor durchgeführte Therapie mit MPH als unzureichend erwiesen hat. Mit MPH direkt konkurrieren in der Erstlinientherapie allenfalls Atomoxetin bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren und auch Guanfacin bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren. Entsprechend der Fachinformation ist die Indikation von Guanfacin lediglich in der Monotherapie zu sehen, d.h. nur dann, wenn MPH ausgeschlossen, unverträglich oder unzureichend ist.

Atomoxetin hat sich in der medizinischen Praxis gegenüber MPH im Ergebnis nicht durchsetzen können, mutmaßlich aufgrund seines grundsätzlich andersartigen Wirkmechanismus (selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung).

Bei der Verordnung von Stimulantien zur Behandlung von Hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADS / ADHS) ist zudem die Verordnungseinschränkung nach der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III, Nr. 44 zu beachten:

- Nur verordnungsfähig im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

- Der Einsatz von Stimulantien ist im Verlauf besonders zu dokumentieren, insbesondere die Dauertherapie über 12 Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten.
- bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen: Die Diagnose darf sich nicht allein auf das Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome stützen (Verwendung z. B. der DSM-IV Kriterien). Die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen verordnet (Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin; Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie und / oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen) und unter dessen Aufsicht angewendet werden.
- bei Erwachsenen ab einem Alter von 18 Jahren: nur verordnungsfähig, sofern die Erkrankung bereits im Kindesalter bestanden hat. Die Diagnose erfolgt angelehnt an DSM-IV Kriterien oder Richtlinien in ICD-10 und basiert auf einer vollständigen Anamnese und Untersuchung des Patienten. Diese schließen ein strukturiertes Interview mit dem Patienten zur Erfassung der aktuellen Symptome, inkl. Selbstbeurteilungsskalen ein. Die retrospektive Erfassung des Vorbestehens einer ADHS im Kindesalter muss anhand eines validierten Instrumentes (Wender-Utha-Rating-Scale-Kurzform (WURS-k)) erfolgen. Die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen verordnet (Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie und / oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeuten gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie) und unter dessen Aufsicht angewendet werden. In therapeutisch begründeten Fällen können bei fortgesetzter Behandlung in einer Übergangsphase bis maximal zur Vollendung des 21. Lebensjahres Verordnungen auch von Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen werden.
- In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärztinnen/Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt. (1)

(1) https://www.g-ba.de/downloads/83-691-714/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2022-01-18.pdf