

Leseprobe aus *neue AKZENTE* Nr. 111 - 3/2018

Die Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. – eine spannende Geschichte!



Dr. Klaus Skrodzki

Um zu verstehen, welchen Sinn eine Arbeitsgemeinschaft ADHS hat, muss man in der Geschichte etwas zurückgehen.

Kinder, die Probleme mit der Aufmerksamkeit und Verhaltenssteuerung hatten, gab es schon immer. Auch Beschreibungen des Störungsbildes ADHS existieren schon lange, wenn auch unter sehr unterschiedlichen Namen: 1775 beschrieb Melchior Adam Weikard „Die un-aufmerksame Person“, 1902 berichtete Still über „Children with Defects in Moral Control“, 1917 nannte Czerny sie: „Schwer erziehbare Kinder mit neuropathischer Konstitution“ und 1932 veröffentlichten Kramer & Pollnow eine

wissenschaftliche Abhandlung mit dem Titel „Hyperkinetische Erkrankung“. Ende der 70er Jahre kam der Begriff „Minimale cerebrale Dysfunktion“ auf. Ab 1987 wird in DSM III-R die Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitätsstörung“ verwendet und heute spricht man von einer „ADHS“ oder bei der Kombination mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens von einer „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“.

Auch die Vorschläge zu möglichen Therapien haben sich gewandelt, von Prügel „Leg mir den Jungen über, hau ihn durch“ bei Herondas 250 v. Chr., über die „Verabreichung von Mineralwasser, sportlicher Aktivität wie Pferde-

reiten und gymnastischen Übungen“ bei Weikard 1775 sowie „Behandlung mit Bromiden, ausgewogener Ernährung, frischer Luft und geeigneter Unterhaltung, Begleitung und Beschäftigung“ bei Clouston 1899, bis zu Charles Bradley 1937 (Psychiater und Pädagoge) mit den ersten medikamentösen Behandlungsversuchen mit Benzedrin. Panizzon synthetisierte 1944 Methylphenidat, das als „Ritalin“ 1954 in den Handel gebracht wurde. Bis zur heutigen Empfehlung der Kombination aus psychoedukativen Maßnahmen und verschiedenen pharmakologischen Präparaten war es ein weiter Weg.

Obwohl es bereits vor dem 2. Weltkrieg Beschreibungen einer medizinischen Therapie gab, dauerte es bis in die 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts, bis in den USA eine nennenswerte Zahl von Kindern behandelt wurde. In Deutschland wurde über „Hyperaktive Kinder“, deren Diagnose und eine mögliche Behandlung erst Ende der 60er Jahre gesprochen. Einige wenige Kinder- und Jugendpsychiater (beispielsweise Prof. Nissen) und einige Kinderärzte (z. B. Walter Eichseder und Joram Padan), die das Krankheitsbild in Amerika kennengelernt hatten, trauten sich, die Diagnose ADHS bei Kindern zu stellen

und zu behandeln. Sie wurden in der Öffentlichkeit, den Medien und von den eigenen Kollegen häufig heftig angegriffen und als „Vergifter der Kinder“ dargestellt. Eltern merkten allerdings schon bald, dass ihren Kindern und damit auch ihrer Familie mit der Diagnose, dem Verständnis für die Ursachen der Probleme und den Therapien geholfen wurde. Und diese Erfolge sprachen sich auch unter den kinderärztlichen Kollegen herum. Gleichzeitig wurden in München und in Berlin erste Selbsthilfegruppen gegründet. Die Arbeit der Selbsthilfe und die Weitergabe der Erfahrungen innerhalb der Pädiatrie führten zu vermehrter Thematisierung von ADHS in Öffentlichkeit und Medien.

Trotz jahrelanger Erfahrung in Diagnostik und Therapie wurden die Fachkompetenz und die Bedeutung als Behandler der Kinder- und Jugendärzte für die Versorgung der Betroffenen mit ADHS in der Öffentlichkeit zu wenig wahrgenommen und wenn, dann oft in Frage gestellt. Deswegen sahen wir Pädiater es für notwendig an, unsere jahrzehntelange Kompetenz auch nach außen darzustellen, gleichzeitig die Versorgung der Patienten durch Kooperation und Vereinheitlichung der Vorgehensweise zu verbessern. Auch wollten wir eine Stelle schaffen, die Ansprech- und Gesprächspartner in der Pädiatrie für ADHS sein konnte. Da es im mittelfränkischen Ballungszentrum Erlangen/Nürnberg eine Gruppe von Pädiatern gab, die sich schon länger intensiv mit ADHS beschäftigt hatten, fassten

wir den Entschluss zur Gründung einer **Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte**. Eigentlich sollte das eine regionale Arbeitsgruppe werden, aber unser damaliger Berufsverbandspräsident Klaus Gritz, der selbst auch schon lange Kinder mit ADHS behandelte, bot uns Hilfe und Unterstützung an, um diese AG bundesweit zu etablieren. Am 29.11.2000 fand die **Gründungsversammlung** mit 40 Kinder- und Jugendärzten in Nürnberg statt. Zum Vorsitzenden wurde ich gewählt, als stellvertretender Vorsitzender Klaus-Peter Große und als Schatzmeister Walter Kunz.

Als satzungsgemäße Ziele der AG ADHS wurden festgelegt, Ansprechpartner für Kollegen, Medien, Politik und Pädagogen und gleichzeitig Werkzeug und Klammer zu sein für die Vertretung aller pädiatrischer Anliegen beim Thema ADHS. Als Mitglied der AG ADHS verpflichtete und verpflichtet man sich auch heute noch, leitlinienkon-

form zu arbeiten und für die Belange der Betroffenen und deren Betreuer einzutreten. Eine Internetseite www.agadhs.de wurde eingerichtet, wo Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, regionale ADHS-Netze und Links zur Selbsthilfe und anderen wichtigen Stellen zu finden waren,

ebenso Hinweise auf Aktuelles, Arbeitshilfen, Foren, Literatur und ein Veranstaltungskalender.

Die erste Gelegenheit, unsere AG vorzustellen, erhielten wir 2001 für einen Auftritt beim Kinder- und Jugendärztetag in Karlsruhe. Mutig boten wir an, diesen Kongress – anders als bisher – selbst zu gestalten „aus der Praxis – für die Praxis“. Inhalt und Referenten – alle mit viel praktischer Erfahrung in der Behandlung von ADHS – wurden von der AG bestimmt. Diese Entscheidung, die uns allen im Vorfeld viel Bauchschmerzen bereitete, wurde ein voller Erfolg: Es kamen 1200 Teilnehmer – mehr als je zuvor und danach bei einer Jahrestagung des Berufsverbandes. Schnell wuchs daraufhin die Mitgliederzahl der AG auf über 600!

Bis zu dieser Zeit gab es eine Leitlinie der Kinder- und Jugendpsychiater zu ADHS, die aber aus der Klinik kam und in vielen Bereichen der Arbeit im niedergelassenen Bereich nicht entsprach. Um eine gemeinsame Basis für die Arbeit zu haben, wurde eine Leitlinie zu Diagnostik und Therapie bei ADHS erarbeitet und auf unserer Webseite am 14.2.2001 und später, nach einem Konsensustreffen der pädiatrischen Verbände, auch auf den Seiten der Sozialpädiatrie veröffentlicht.

Bundesweit gab es allerdings auch starke Kontroversen, die vor allem berufspolitische Hintergründe hatten: Kinder- und Jugendpsychiater, die bis dahin überwiegend ana-



lytisch arbeiteten und eine Medikation ablehnten, reklamierten die Kompetenz für Diagnostik und Therapie der ADHS für sich allein. So kam es zu einem ersten **Treffen in der Bundesärztekammer in Köln** 21. 2. 2002, das zu einer **Interdisziplinären Konsensus-Konferenz in Bonn** (Ende Oktober 2002) führte. Dieses Treffen (Leitung Prof. Resch und ich) wurde mit einem Eckpunktepapier zu ADHS erfolgreich abgeschlossen, das dann in einer **Pressemitteilung des BMGS** am 27. 12. 2002 veröffentlicht wurde. Dabei wurde dokumentiert, dass eine „bedarfsgerechte Versorgung eine enge Zusammenarbeit der Ärzte untereinander und ... mit allen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und der Selbsthilfe notwendig macht“. „Interdisziplinäre Zusammenarbeit beruht auf der Fachkompetenz und dem wechselseitigen Respekt der beteiligten Fachgruppen“. 2016 wurde eine Überarbeitung des Eckpunktepapieres veröffentlicht – ebenfalls wieder unter Mitarbeit der Selbsthilfe und der AG ADHS.

In der Folge entstanden in fast allen Bundesländern **regionale, interdisziplinäre Qualitätszirkel ADHS**. Die AG ADHS wurde zur Mitarbeit in entsprechenden bundesweiten Gremien eingeladen: so zum **Arbeitskreis ADHS des Wissenschaftlichen Beirates der BÄK**. Dort wurde unter unserer Mitarbeit eine **Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft zu ADHS**, zu Ursachen, Diagnostik und Therapie erarbeitet „... auch um die z. T. politisch verfremdete Diskussion zu versachlichen“ und am 26. 8. 2005 in Kurz- und Langfassung veröffentlicht.

Ein weiteres Ziel der AG ADHS war es, für die Kinderärzte, die ADHS sorgfältig diagnostizieren und dauerhaft betreuen, bessere Honorare zu erzielen. Leider waren wir auf diesem Gebiet nicht erfolgreich. Noch immer ist der Zeitaufwand für eine umfassende Diagnostik nicht adäquat honoriert.

Mitglieder der AG ADHS, insbesondere der Vorstand, führten zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen durch, sowohl für Kollegen als auch für Lehrer, Eltern und unterschiedliche Berufsgruppen, wie Heilpädagogen, Erzieher, Ergotherapeuten.

Eine beispielhafte Veranstaltung fand am 8. Februar 2003 in Nürnberg statt, wo Betroffene und Betreuer aus ganz Mittelfranken sowohl im Forum als auch in Arbeitsgruppen nach neuen Wegen suchten, um eine gemeinsame bessere Versorgung der Betroffenen und ihrer Familien zu erreichen.

Auf Betreiben und mit anfänglicher Unterstützung des BMGS (später sollte das Netz eigenständig für seine Finanzierung sorgen) wurde ein Zentrales ADHS Netz etabliert (<https://www.zentrales-adhs-netz.de/>). **Mitglieder der Leitungsgruppe:** M. Döpfner für die Kinder- u. Jugendlichenpsychologen und -psychotherapeuten, T. Banaschewski für die Kinder- und Jugendpsychiater, anfangs Frau J.

Krause, später M. Rösler für die Psychiater und ich für die Kinder- und Jugendärzte.)

Trotz der jahrzehntelangen Aufklärung, dass ADHS keine Kinderkrankheit ist und nicht mit dem 18. Geburtstag plötzlich verschwindet, fehlen noch immer Ärzte für junge Erwachsene, da Kinder- und Jugendärzte nur in Ausnahmefällen Patienten nach dem 18. Geburtstag noch behandeln dürfen. Da es früher keine zugelassenen Medikamente für ADHS im Erwachsenenalter gab und ADHS auch in den Lehrbüchern für Psychiater nicht existierte, fanden sich auch nur wenige Ärzte bereit, diese Patienten zu behandeln. Erst mit der Zulassung von MPH-adult 2011 und Fortbildungen, insbesondere auf den Kongressen der DGPPN, nahm die Zahl der Behandler langsam zu. Gleichzeitig entwickelte die AG ADHS eine Empfehlung, wie diese **Transition** sinnvoll und effektiv durchgeführt werden könnte. Derzeit sind einige Programme von unterschiedlichen Anbietern in Entwicklung, mit denen eine sichere und effektive Transition ermöglicht werden soll.

Seit 2007 wurde auf Empfehlung der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften) an einer **gemeinsamen S3 Leitlinie** gearbeitet, die mit unserer Beteiligung und nach umfangreicher Arbeit und mehreren Konsensuskonferenzen im Juni 2018 veröffentlicht wurde (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf).

Neu ist in dieser Leitlinie, die den höchsten Anforderungen entspricht, dass damit erstmals in Deutschland eine gemeinsame Leitlinie für ADHS im Konsens aller wesentlich an der Versorgung beteiligten Fachgruppen (33) erstellt wurde und dies für Patienten in jedem Lebensalter.

Seit 2017 ist der **Vorstand der AG ADHS** verjüngt und mit Frau K. Stollhoff und Herrn G. Broer für die Zukunft gut aufgestellt. Die Zusammenarbeit der verschiedenen ärztlichen Fachgruppen und das Wissen über ADHS haben sich deutlich verbessert. Um die Betreuung über die Fachgruppen und die Landesgrenzen und Altersgrenze von 18 hinweg besser zu gestalten und auch den nicht-pädiatrischen medizinischen Fachgruppen die Zusammenarbeit in einer auf ADHS ausgerichteten Gemeinschaft zu ermöglichen, hat die **AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.** einstimmig ihre Satzung geändert.

Neu:

Seit diesem Jahr heißt die Arbeitsgemeinschaft nur noch **AG ADHS e. V.** und ist offen für die Mitgliedschaft aller Ärzte, die sich mit ADHS beschäftigen. Da wir auch über die Grenzen unserer Nachbarländer hinweg Patienten betreuen und mit den dortigen Kollegen zusammenarbeiten, die in diesen deutschsprachigen Ländern noch Bedarf für Veränderungen und breiteres Wissen sehen, wollen wir

unseren **ersten Kongress der neuen AG ADHS e. V. in Lörrach vom 13. bis 15.9.2019** (<https://www.ag-adhs.de/>) abhalten und Kollegen aus der Schweiz, Österreich, Lichtenstein und Luxemburg einladen. Auch die Referenten werden aus unterschiedlichen deutschsprachigen Ländern kommen und eine große Spannweite an Themen abdecken. Neben Vorträgen im Forum werden auch Workshops abgehalten. Der Kongress ist offen für alle Interessierten und die Kongressgebühr ist für Mitglieder von ADHS Deutschland e. V. genauso reduziert wie für

Mitglieder der AG ADHS e. V.!

Wir hoffen damit, auch im Sinne der europäischen Zusammenarbeit eine deutliche Verbesserung der Versorgung aller Patienten aller Altersgruppen über die Landesgrenzen hinweg zu erreichen.

AUTOR | Dr. Klaus Skrodzki

ALLGEMEINES

Projektarbeit „Angeln als Therapie“

1. Einleitung

Liebe Leser,

ich heiße Sixten Yanick Wilhelm und besuche die neunte Klasse der Gemeinschaftsschule Auenland in Bad Bramstedt.

Ich habe mich im Rahmen einer Projektarbeit an meiner Schule für das Thema „Angeln“ und „Angeln als Therapie“ entschieden, weil ich in meiner Freizeit gerne zum Angeln gehe.

Da ich an Rheuma und ADHS erkrankt bin und häufig zum Angeln gehe, um mich abzulenken und um die Ruhe zu genießen, möchte ich deswegen auch meine eigenen Erfahrungen mit einbringen.

Beim Angeln treffe ich Freunde und lache mit ihnen am Wasser sehr viel und da ich, wie bereits erwähnt, an Rheuma und ADHS erkrankt bin, kam mir die Frage auf: „Wie kann man das Hobby Angeln als Therapie nutzen?“ bzw. „Was kann man beim Angeln auch als Therapie ansehen?“.

Also verfolge ich das Ziel, ob Angeln nur ein Hobby ist oder auch als Therapie verwendet werden kann.

In meiner Projektarbeit schreibe ich zu dem Thema „Angeln als Therapie“ und erkläre erst einmal, was Therapie im Allgemeinen ist und welche Therapieformen es gibt sowie welche für Rheuma und AD(H)S eingesetzt werden. Dabei achte ich darauf, welche therapeutischen Formen und Übungen beim Angeln als Hobby zu finden sind.

Ebenfalls berichte ich über den Gedanken, was aus meiner Sicht in Zukunft mit dem Angeln in therapeutischer Hinsicht passieren könnte und wie Tagestherapiepläne aussehen könnten.

Ich hoffe, dass Ihnen das Lesen meiner Arbeit Freude bereitet und Sie neue Erkenntnisse zu diesem Thema erhalten können.

Petri Heil!

