

Methylphenidat vielen Patienten mit ADHS hilft, gibt es dennoch auch Nicht-Responder. Außerdem ist seine Wirkung nicht anhaltend. Sobald das Medikament abgesetzt wird, kommen auch die Symptome wieder. Eine tatsächlich kurative Behandlung, die die Hirnreifungsstörung und somit die Netzwerkstörung beseitigt, ist momentan noch nicht in Sicht. Die Hoffnung der Wissenschaftler liegt hier auf einem besseren Verständnis der zugrundeliegenden molekularen Mechanismen und deren Auswirkungen auf der Netzwerkebene. Mit der konstant wachsenden Werkzeugkiste der Neurowissenschaften – von Genetik über Zellmodelle bis hin zur multimodalen Bildgebung – sind hier in den kommenden Jahren zumindest auf grundlegender Ebene erhebliche Fortschritte in der Aufklärung der Krankheitsmechanismen zu erhoffen.

Dessen ungeachtet ist es auch jetzt schon möglich, den Patienten individuell sehr gut zu helfen. Hierfür ist jedoch

spezialisiertes Wissen um Diagnostik und Therapie des Krankheitsbildes über verschiedene Lebensphasen wichtig, das leider allzu oft noch nicht in der Fläche verfügbar ist, weshalb viele Patienten gerade im Erwachsenenalter eine wahre Odyssee hinter sich haben. Hier ließe sich bereits jetzt relativ einfach eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität für zahlreiche Betroffene erreichen.

AUTOR | Professor Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt, <http://www.psychiatrie.uni-frankfurt.de/62326922/reif>

Quelle: „Der Artikel ist zuerst im Rahmen der Reihe „Hirnerkrankungen – wo stehen wir?“ – einer Kooperation zwischen der FAZ und der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung – erschienen.“ Wir bedanken uns beim Autor und den Herausgebern für die freundliche Genehmigung zur Veröffentlichung des Artikels.

Medizinische Leitlinien



Dr. Klaus Skrodzki

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen.

Leitlinien unterscheiden sich von anderen Quellen aufbereiteten Wissens (Evidenzberichte, Systematic Reviews, Health Technology Assessments mit oder ohne Metaanalysen) durch die Formulierung von klaren Handlungsempfehlungen, in die auch eine klinische Wertung der Aussagekraft und Anwendbarkeit von Studienergebnissen eingeht.

Leitlinien sind wichtige und effektive Instrumente der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Ihr vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die Vermittlung von aktuellem Wissen.

Idealerweise unterliegen medizinische Leitlinien einem systematischen und transparenten Entwicklungsprozess; sie sind wissenschaftlich fundierte, praxisorientierte Handlungsempfehlungen und damit als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ zu verstehen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Abweichungen von der Leitlinie verlangen aber immer eine Dokumentation der Gründe für die Abweichung. Die An-

wendbarkeit einer Leitlinie oder einzelner Leitlinienempfehlungen muss in der individuellen Situation geprüft werden nach dem Prinzip der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzermittlung und partizipativen Entscheidungsfindung; so dass im Einzelfall auch die Präferenzen der Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen sind.

Bei einer *evidenz- und konsensbasierten Leitlinie* handelt es sich um den Konsens multidisziplinärer Expertengruppen zu bestimmten Vorgehensweisen in der Medizin unter Berücksichtigung der besten verfügbaren Evidenz. Der Konsens wird durch ein definiertes transparent gemachtes Vorgehen erzielt. Er basiert auf systematischen Recherchen und der Analyse der wissenschaftlichen Evidenz aus Klinik und Praxis sowie deren Einteilung in Evidenzklassen.

In Deutschland werden medizinische Leitlinien in erster Linie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt und verbreitet.

Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik ist.

S1: Die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet.

S2k: Eine formale Konsensfindung hat stattgefunden.

S2e: Eine systematische Evidenz-Recherche hat stattgefunden.

S3: Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung).

Die methodische Qualität einer S3-Leitlinie ist dementsprechend höher als die einer S2- oder S1-Leitlinie.

Evidenzklasse

Die in eine medizinische Leitlinie einbezogene Evidenz wird nach einer Klasseneinteilung differenziert.

GRADE – Graduierung der Evidenz

Hohe Qualität: Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird.

Moderate Qualität: Weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern.

Geringe Qualität: Weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern.

Sehr geringe Qualität: Es herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der Schätzung.

Kritikpunkte:

- Betrachtet man die Dauer der Erstellung von Leitlinien, so kann ein Minimum von zwei Jahren angenommen werden. Daraus resultiert beim bekannten Fortschritt der Wissenschaft, insbesondere auch in der Medizin, die Frage der Aktualität.
- Ein zu hohes wissenschaftliches Niveau vermindert die Akzeptanz im klinischen Alltag. Es geht deshalb darum, das Wünschenswerte mit dem Machbaren auszugleichen.
- Leitlinien sind immer eine relative Momentaufnahme des medizinischen Wissens.
- Leitlinien sind nicht geeignet auf Fragen zu antworten, die sich bei der Einführung von Innovationen ergeben. Hierzu ist der Erstellungsprozess zu aufwendig und damit zu langwierig.
- Leitlinien finden dort ihre Grenzen, wo der Patient keine Zustimmung zu einer leitlinienkonformen Behandlung erteilt.
- Leitlinien können rein theoretische Vorgaben bleiben, wenn wegen des Wirtschaftlichkeitsgebots oder der wirtschaftlichen Grenzen des Patienten eine Umsetzung aus finanziellen Gründen nicht möglich ist.

Für die **Erstellung von Leitlinien** gibt es das AWMF-Regelwerk. Es dient zum einen der Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien und zum zweiten der Qualität des AWMF-Leitlinienregisters und besteht online auf der Website daher aus folgenden Teilen:

Leitlinien-Entwicklung: Ziel dieses Teils ist es, die Leitlinien der Fachgesellschaften nach einem reproduzierbaren Verfahren mit einem bestmöglichen wissenschaftlichen Anspruch zu erstellen und den Erstellungsprozess transparent zu machen. Dazu gehören u.a. die Regelung der Verantwortung für die Leitlinienentwicklung, die Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die Durchführung der Evidenzbasierung und der strukturierten Konsensfindung und die Erhebung und der Umgang mit Interessenkonflikten. Er soll auch die Erfüllung der Qualitätskriterien erleichtern, die im Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) abgebildet sind. Er dient damit der Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien im AWMF-Register.

Dazu gehören:

- **Konstituierende Treffen**
- **Systematische Evidenzbasierung**
- **Recherche, Auswahl und methodische Bewertung bereits vorhandener Leitlinien und deren Aufbereitung**
- **Recherche, Auswahl und methodische Bewertung von Literatur und deren Aufbereitung**

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbolik
A	Starke Empfehlung	soll/soll nicht	↑↑
B	Empfehlung	sollte/sollte nicht	↑
0	Empfehlung offen	kann erwogen werden/ kann verzichtet werden	↔
KKP*	Gute klinische Praxis		

- **Strukturierte Konsensfindung**
- **Graduierung der Empfehlungen**

Leitlinien-Register: Es beschreibt die Verfahren, die von der AWMF angewandt werden, um das AWMF-Leitlinienregister aktuell und auf einem hohen Qualitätsniveau zu halten. Dazu gehört u.a. die Überprüfung angemeldeter Leitlinienprojekte in Zusammenhang mit bereits publizierten Leitlinien sowie der S-Klassen-Einstufung, des Umgangs mit Interessenkonflikten und der Aktualität jeder einzelnen Leitlinie. Er dient damit der Sicherstellung der Qualität des Leitlinienregisters.

Aktuelle S3 Leitlinie ADHS

Ziel dieser Leitlinie ADHS war es, ein S3 LL zu schaffen für ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter unter Einbezug aller betreuenden Fachleute und auch der Selbsthilfe als Vertreter der Patienten.

Ablauf:

Ein interdisziplinäres Expertenteam (Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Psychiater) sucht vorhandene internationale Leitlinien zum Thema ADHS, bewertet diese und wählt dann Quellleitlinien aus. Gleichzeitig läuft eine Literaturrecherche. Eine Liste von Fachgesellschaften und Vereinen, die bei diesem Thema involviert sind, wird erstellt. Für alle Beteiligten müssen mögliche Interessenkonflikte dargelegt werden. Schlüsselfragen werden formuliert und Antworten und Empfehlungen entwickelt. Die von der Steuerungsgruppe in der Diskussion erarbeiteten Texte werden den beteiligten Fachgruppen und Vereinen vorgelegt und deren Kommentare bzw. Ergänzungen eingearbeitet. Bei der nachfolgenden Konsensuskonferenz wird über einzelne Formulierungen der Empfehlungen diskutiert und schließlich abgestimmt. Verbände können zusätzliche Sondervoten einbringen. Die Endfassung wird nochmal allen Beteiligten vorgelegt, eventuelle Änderungsvorschläge eingearbeitet und das gesamte Werk einem Reviewer vorgelegt. Erst danach kann die Leitlinie im AWMF Verzeichnis veröffentlicht werden.

Als Endergebnis gibt es z. B. in der aktuellen S3 Leitlinie ADHS eine **Kurzfassung** mit Schlüsselfragen, Empfehlungen und einer Bewertung. Außerdem werden die Abstimmungsergebnisse der Konsensuskonferenz gezeigt.

Es gibt eine **Langfassung**, in der das Störungsbild, seine Geschichte und Ursachen erläutert und Umgang und mögliche Therapieformen dargestellt, Kommentare zu den Empfehlungen gegeben werden und ein Literaturverzeichnis. Und es gibt den **Methodenreport**, in dem Ablauf, Vorgehensweise und verwendete Instrumente beschrieben werden.

Federführend beteiligte Fachgesellschaften sind:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Des Weiteren werden alle **beteiligten Fachgesellschaften und Verbände** (in alphabetischer Reihenfolge) angegeben, nachfolgend die **Namen der Beteiligten in den jeweiligen Arbeitsgebieten:**

- Koordination und Redaktion
- Steuerungsgruppe
- Experten und weitere Autoren
- Moderation des Konsensusprozesses

Hierbei wird bei der Abstimmung über die Empfehlungen auf mögliche Interessenkonflikte geachtet und bei entsprechenden Konflikten 2 getrennte Abstimmungen durchgeführt

- Abstimmung ohne Personen mit möglichen Interessenkonflikten (COI)
- Alle am Konsensusprozess beteiligten Personen

Vor den Empfehlungen werden noch Schlüsselwörter für die Internetsuche angegeben: ADHS, Hyperkinetische Störung, Leitlinie, Diagnostik, Behandlung

Als Beispiel für die Empfehlungen sollen die folgenden Auszüge aus der Kurzfassung dienen:

Empfehlungen aus der vorläufigen Kurzfassung mit Kommentaren

1.1 Diagnostik

Um eine ADHS Diagnose vergeben zu können, müssen die Symptome von Hyperaktivität, Impulsivität und /oder Unaufmerksamkeit die Kriterien von ICD-10 oder DSM-5 erfüllen. Diese beinhalten zumindest moderate Beeinträchtigungen der Beziehungen, der Leistungsfähigkeit, der Aktivitäten oder der Teilhabe. Die Symptome und die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen müssen in mehreren Lebensbereichen auftreten. Wenn die Symptomatik nur in einem Lebensbereich auftritt (z.B. nur in der Schule / bei der Arbeit, nur in der Familie), kann dies ein Hinweis auf andere psychische Störungen sein, die es dann differenzialdiagnostisch abzuklären gilt.

Für kassenärztliche / kassenpsychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist eine Codierung der Diagnose

nach ICD-10 notwendig. Im Gegensatz zu ICD-10 (F90.0) unterscheidet DSM-5 verschiedene Subtypen. Vermutlich wird ICD-11 diese Subklassifikation übernehmen. Diese DSM-5-Klassifikation lässt sich allerdings auch im ICD-10 abbilden. Daher können auch gegenwärtig DSM-5-Diagnosekriterien als Grundlage für eine Diagnose nach ICD-10 herangezogen werden.

1.1.1 Bei welchen Personen sollte eine ADHS-Diagnostik durchgeführt werden?

Bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs-, Lern- / Leistungs- oder Verhaltensproblemen oder anderen psychischen Störungen und Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentration oder auf erhöhte Unruhe oder Impulsivität sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass eine ADHS vorliegt und eine entsprechende Abklärung veranlasst werden.

Qualität der Evidenz: Mäßig

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.1.2 Wer sollte eine ADHS-Diagnostik durchführen?

Bei **Kindern und Jugendlichen** sollte die Diagnose einer ADHS durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, mit Erfahrung und Fachwissen in der Diagnostik von ADHS durchgeführt werden.

Bei **Erwachsenen** sollte die diagnostische Abklärung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für psychosomatische Medizin oder durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten vorgenommen werden.

Bestehen Hinweise auf koexistierende psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen oder erscheint die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen oder gegenüber somatischen Erkrankungen erforderlich, sollte eine Überweisung zu einem Spezialisten aus dem entsprechenden Fachgebiet erfolgen, falls die eigenen Möglichkeiten zur Abklärung und Behandlung nicht ausreichen.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 96,3% (nur eine Abstimmungsrunde)

Bei Diagnosestellung durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch einen psychologischen Psychotherapeuten sollte die obligate körperliche Untersuchung zusätzlich durch einen Arzt erfolgen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 93,3% – alle 92,6%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

Nach den Empfehlungen gibt es folgende **Anhänge**:

1. einen diagnostischen Entscheidungsbaum nach ICD-10 und DSM-5
2. einen differenzialdiagnostischen Entscheidungsbaum zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS
3. einen differenzialdiagnostischen Entscheidungsbaum zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS
4. Liste deutschsprachiger psychometrisch untersuchter Verfahren zur Erfassung von ADHS- Symptomatik im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter
5. Liste deutschsprachiger Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von ADHS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen
6. Literatur

Aktueller Stand:

Derzeit liegt der Leitlinientext bei den beteiligten Verbänden; deren Kommentare werden abgewartet. Danach werden eventuelle Korrekturen eingearbeitet und dann das Gesamtpaket an einen Reviewer übergeben. Erst danach kann die Veröffentlichung im AWMF – Register erfolgen.

AUTOR | Dr. Klaus Skrodzki, Februar 2018

Quellen: Auszüge aus AWMF, Wikipedia, der Leitlinie und anderen

Polizeibeamte mit Aufmerksamkeitsdefizit

Eine Erkrankung an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) steht nach Ansicht des Verwaltungsgerichts Berlin einer Einstellung in den Polizeivollzugsdienst nicht immer entgegen.



In dem hier vom Verwaltungsgericht Berlin entschiedenen Fall bewarb sich der 1993 geborene Kläger 2014 für den gehobenen Dienst der Schutzpolizei im Land Berlin. Diese lehnte seine Bewerbung unter Berufung auf dessen Erkrankung an ADHS ab. Der Bewerber könne daher Aufgaben und