

KBV

Kassenärztliche
Bundesvereinigung



QUALITÄTSBERICHT 2011

Vertrag zur qualitätsgesicherten
Versorgung für Patienten mit AD(H)S



Alles Gute.

KVBW



INHALTSVERZEICHNIS

1	Vorwort.....	Seite 1
2	Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S	Seite 2
3	Der Vertrag in Baden-Württemberg.....	Seite 3
4	Ziel des Vertrages.....	Seite 5
5	Entwicklung von vertragsbezogenen Zahlen	Seite 6
	5.1 Teilnehmende Versicherte.....	Seite 6
	5.2 Teilnehmende Ärzte und Therapeuten	Seite 8
6	Darstellung der AD(H)S Teams.....	Seite 10
7	Medikamentöse Therapie	Seite 12
8	Fazit und Ausblick.....	Seite 18

VORWORT

Der Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S (Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom) ist zum 1. April 2009 in Baden-Württemberg in Kraft getreten. Vertragspartner sind die der Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen (BKK-VAG) angehörenden BKK, die Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg (KVBW) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Zielsetzung des Versorgungsvertrages nach § 73c SGB V ist es, die Versorgung, das heißt die Standards für Diagnostik und Therapie, mit der Vertragssystematik breiter zugänglich zu machen und das Versorgungsangebot für die Patienten mit Verdacht auf AD(H)S sowie mit einer gesicherten Diagnose auch in struktureller Hinsicht zu verbessern. Das interdisziplinäre AD(H)S-Team stellt hierfür die Grundlage dar: Alle Patienten mit Diagnosen werden dokumentiert, die interdisziplinäre Abstimmung unter den beteiligten Fachgruppen ist möglich, definierte Fälle werden im Rahmen von Fallkonferenzen besprochen.

Der Versorgungsbericht soll einen Eindruck des Versorgungsgeschehens vermitteln und stellt dazu die Rahmenbedingungen – die Ausgangssituation und die Vertragsziele – sowie die Entwicklung der Versorgungsstrukturen dar. Schließlich entsteht im Rahmen einer Stichprobe ein Eindruck vom medikamentösen Verordnungsgeschehen des ersten Vertragsjahres.

Der Berichtszeitraum umfasst die ersten vier Quartale der Vertragslaufzeit, das heißt vom zweiten Quartal 2009 bis zum ersten Quartal 2010. Für die Betrachtung der Stichprobe im Bereich der Arzneimitteltherapie wurde teilweise auch der Vorjahreszeitraum, das heißt vom zweiten Quartal 2008 bis zum ersten Quartal 2009, hinzugezogen. Hierfür haben

vier teilnehmende BKKen pseudonymisierte Daten zur Verfügung gestellt. Der vorliegende Bericht dient der Orientierung der Vertragspartner. Er stellt gleichzeitig den vertragsgemäßen Qualitätsbericht laut § 9 Abs. 8 dar und unterstützt die Arbeit des Vertragsausschusses laut § 14 des Vertrages.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse des ersten Vertragsjahres ist zu berücksichtigen, dass insbesondere ein struktureller Aufbau des Versorgungsangebotes ebenso wie die Einschreibung der Patienten sukzessive erfolgt ist. Für die Weiterentwicklung des Vertrages stellen die Ergebnisse des ersten Vertragsjahres eine gute Grundlage dar.

Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse wird schließlich die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte wissenschaftliche Evaluation des Versorgungsvertrages, die ab 2011 beginnt, ergeben.

2 VERSORGUNGSSITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT AD(H)S

Die Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (im Folgenden AD(H)S abgekürzt) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Abhängig von Erhebungsmethode und Diagnosekriterien gelten in Deutschland circa zwei bis sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von sechs bis 18 Jahren als betroffen. Die Fallzahlen sowie die Behandlungskosten steigen kontinuierlich.

AD(H)S ist die weitaus häufigste Ursache für Lern- und Leistungsstörungen und Störungen im Sozialverhalten. Das soziale Umfeld in Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte ist vielfach stark in Mitleidenschaft gezogen. Un- oder fehlbehandelt erreichen viele dieser Kinder und Jugendlichen keine ihrer jeweiligen Begabung entsprechenden Schul- und Berufsausbildungsabschlüsse, können keine beständigen sozialen Bindungen aufbauen und erhalten.

Mit der AD(H)S-Erkrankung ist häufig eine Reihe von Komorbiditäten verbunden, deren Diagnose und Therapie ebenfalls von Bedeutung für den Therapieerfolg sind. Darüber hinaus ist AD(H)S mit einem stark erhöhten Risiko für Unfälle verbunden.

Die regional unterschiedlichen Versorgungsangebote werden von den betroffenen Familien oft unkoordiniert in Anspruch genommen. Wohnortnahe Versorgungsangebote sind oftmals nicht mit spezialisierten fachärztlichen Angeboten verknüpft. Familien betroffener Kinder finden den Zugang zu den geeigneten Versorgungsangeboten oder -strukturen häufig erst spät. Die Diagnostik und Therapie erfolgen nicht durchgängig auf der Basis geltender Standards.

Die Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg haben ermittelt, dass bei rund 16.000 BKK-versicherten Kindern in Baden-Württemberg der Verdacht auf eine AD(H)S-Erkrankung besteht.

3 DER VERTRAG IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Der AD(H)S-Vertrag wurde von der KBV-Vertragswerkstatt zusammen mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung entwickelt. Beratend standen zudem die Selbsthilfeverbände AD(H)S Deutschland, der Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung und der Bundesverband Selbstständigkeitshilfe bei Teilleistungsschwächen sowie Eltern betroffener Kinder zur Seite.

Die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft und die Kassenärztliche Vereinigungen Baden-Württemberg (KVBW) griffen im Jahr 2008 dieses Vertragskonzept auf. Letzte Abstimmungen wurden gemeinsam vorgenommen und der Vertrag zum 1. Quartal 2009 unterzeichnet.

Ab dem 1. April 2009 konnten sich interessierte Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten in den Vertrag einschreiben. Eine Informationsveranstaltung der KVBW und der beteiligten Berufsverbände am 16. Mai 2009 diente der Vorstellung des Vertrages sowie zur Beantwortung offener Fragen seitens der Ärzteschaft.

Im Rückblick auf ein Jahr Vertragslaufzeit lässt sich feststellen, dass sich das Versorgungsangebot kontinuierlich entwickelt hat. Die Zahl der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten ist seit Vertragsbeginn beständig gestiegen. Dies gilt ebenso für die Einschreibungen der Patienten.

Erfreulich ist die Entwicklung bei der Beteiligung der unterschiedlichen Fachgruppen: Zeigten sich im ersten Vertragsquartal noch hauptsächlich die Kinder- und Jugendärzte und ab dem zweiten Vertragsquartal auch die Kinder- und Jugendpsychiater aktiv, waren im dritten und vierten Vertragsquartal die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zunehmend präsent. Dies spricht für die im Vertrag angestrebte Form der Versorgung durch die so genannten AD(H)S-Teams, durch welche die Versorgung anhand besserer Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Spezialisten optimiert werden soll.

Die bereits vor Vertragsbeginn zum Teil schon bestehenden Kooperationen zwischen den Fachgruppen werden durch die vertragsgemäßen Standards systematisiert, ausgebaut und weiter gefestigt. Dies gewährleistet den Patienten und ihren Familien eine optimierte, standardisierte und fachübergreifende Behandlung, welche durch einen festen Ansprechpartner koordiniert wird.

4 ZIEL DES VERTRAGES

Der Vertrag verfolgt insbesondere prozessuale und strukturelle Ziele und strebt damit hinsichtlich Zugang zu, Erreichbarkeit und Verlauf von Diagnostik und Therapie auch ein deutlich höheres Maß an Patientenorientierung an.

Insgesamt fördert der Vertrag eine koordinierte Behandlung und stellt im ambulanten Bereich eine qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS-Symptomen sicher. Ziel ist eine flächendeckende Versorgung der Betroffenen.

Zusammengefasst stehen folgende Aspekte im Mittelpunkt:

- niederschwelliger Zugang der betroffenen Familien: klare Behandlungswege und feste Ansprechpartner;
- Reduzierung der Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze durch koordinierten Einsatz der Ressourcen;
- Verbesserte Kommunikation und Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten durch Koordination;
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen;
- Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen;
- kontrollierter Medikamenteneinsatz, eine arzneimittelfreie Therapie erfolgt vorrangig;
- Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf (auch bei den Sorgeberechtigten).

Der Vertrag knüpft an die Eckpunkte der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2002 durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AD(H)S an und setzt diese so weit es möglich ist in die Praxis um.

5 ENTWICKLUNG VERTRAGSBEZOGENER ZAHLEN

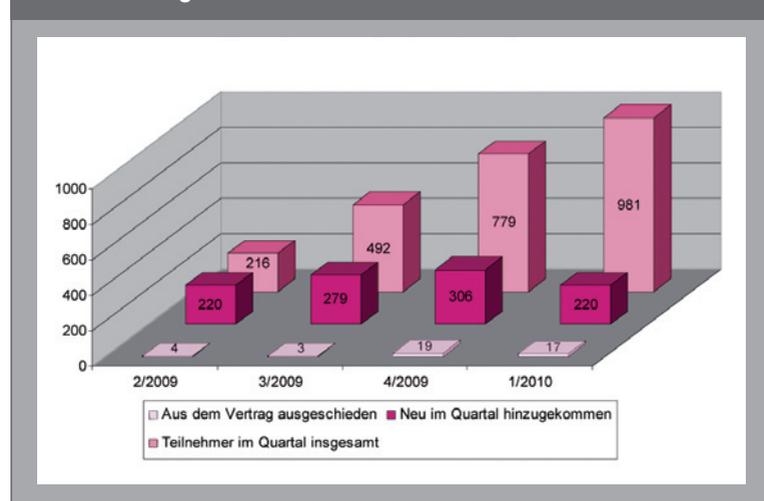
5.1 Teilnehmende Versicherte

Am Vertrag teilnehmen können Patienten im Alter von vier bis 17 Jahren, die bei einer am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind, ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg haben und bei denen bereits AD(H)S diagnostiziert wurde oder der Verdacht auf AD(H)S besteht.

Nach Erhebungen der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft waren im Jahr 2009 über 16.000 bei Betriebskrankenkassen versicherte Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg an AD(H)S erkrankt.

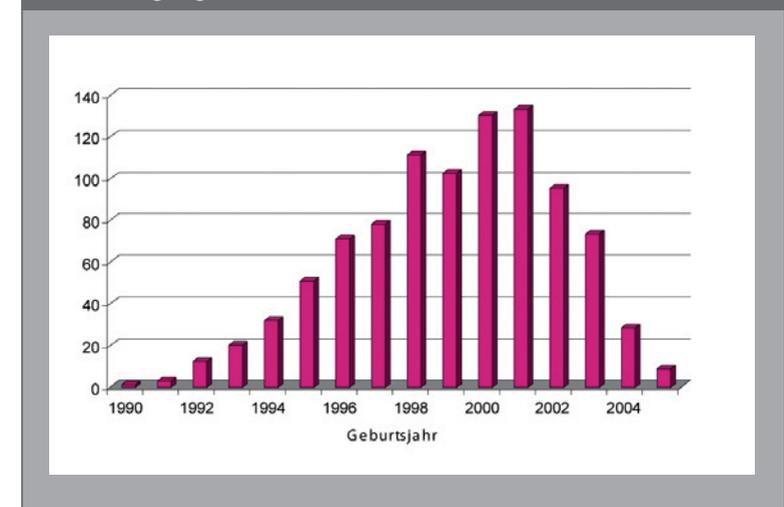
Um das Ziel des Vertrages zu erreichen, allen von AD(H)S betroffenen Kindern und Jugendlichen Versorgungsstrukturen anzubieten, die eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen und somit einer Fehl- oder Unterversorgung entgegenwirken, wird

Übersicht eingeschriebene Versicherte



im Vertrag besonderer Wert auf die Sicherung der Diagnose gelegt. Diese steht am Beginn der Teilnahme am Vertrag: Zunächst stellt der Arzt oder Psychotherapeut die Verdachtsdiagnose nach den vertraglich vorgeschriebenen Kriterien. Kann die Diagnose AD(H)S ausgeschlossen werden, muss der Patient wieder aus dem Vertrag ausgeschrieben werden. Bei positiver Verdachtsdiagnose wird die Diagnose durch sorgfältige diagnostische und differenzialdiagnostische Untersuchungen gesichert. Ist die Enddiagnose gesichert, wird die Therapie leitliniengemäß durchgeführt.

Anzahl der am AD(H)S-Vertrag teilnehmenden Versicherten – nach Jahrgang – Stand 1/2010



Nach drei bis spätestens sechs Monaten bewertet der Koordinator den bisherigen Therapieverlauf, überprüft die Diagnose und korrigiert gegebenenfalls den Behandlungsplan. Insbesondere wird entschieden, ob eine medikamentöse Therapie angezeigt ist. Kommt der Koordinator gegebenenfalls in Absprache mit dem AD(H)S-Team zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsziele stabil erreicht sind, endet die Behandlung im Rahmen dieses Vertrages.

Das Alter der in den Vertrag eingeschriebenen Versicherten liegt zwischen fünf und 20 Jahren. Rund 50 Prozent der Patienten sind zwischen neun und zwölf Jahre alt.

5.2 Teilnehmende Ärzte und Therapeuten

Am AD(H)S-Vertrag können Ärzte und Psychotherapeuten folgender Berufsgruppen teilnehmen, die in Baden-Württemberg zugelassen sind und die die im AD(H)S-Vertrag unter § 7 benannten Voraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte/Psychotherapeuten erfüllen:

- Kinder- und Jugendpsychiater
- Kinder- und Jugendärzte
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen

In Baden-Württemberg waren diese Fachgruppen im Jahr 2009 wie folgt vertreten:

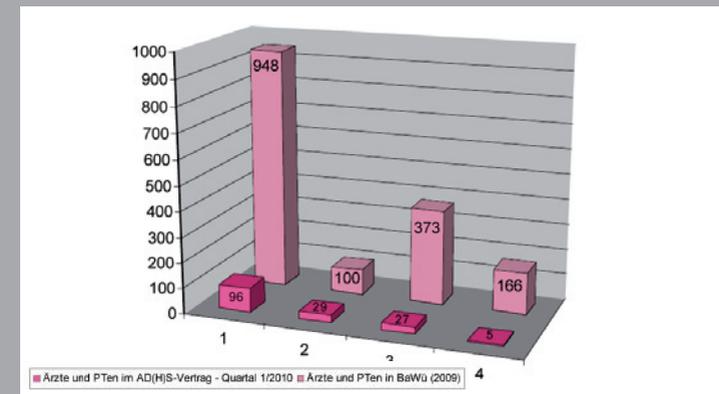
- Kinder- und Jugendpsychiater: 100 Vertreter
- Kinder- und Jugendärzte: 849 Vertreter
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: 373 Vertreter
- Psychologische Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen: 166 Vertreter

Am AD(H)S-Vertrag hatten sich – Stand erstes Quartal 2010 – Ärzte und Psychotherapeuten wie folgt in den AD(H)S-Vertrag eingeschrieben:

- Kinder- und Jugendpsychiater: 29 (dies entspricht circa 30 Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe.)
- Kinder- und Jugendärzte: 96 (dies entspricht circa zehn Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe.)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: 27 (dies entspricht etwa zehn Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe.)

- Psychologische Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen: 5 (dies entspricht circa drei Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe)

Potenzial teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten



- 1 = Kinder- und Jugendärzte 2 = Kinder- und Jugendpsychiater
 3 = Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 4 = Psychologische Psychotherapeuten (PT) mit Zusatzqualifikation

40 der Kinder- und Jugendärzte, ein Psychiater, drei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie zwei Psychologische Psychotherapeuten haben befristete Genehmigungen erhalten.

Rund zehn Prozent der Kinder- und Jugendärzte und rund ein Viertel der Kinder- und Jugendpsychiater hat sich eingeschrieben, von diesen waren wiederum im ersten Quartal 2010 jeweils rund die Hälfte aktiv, das heißt sie haben Leistungen erbracht und abgerechnet.

Diese Zahlen sind einerseits im Verhältnis zu den Patientenfallzahlen insgesamt und in den einzelnen Praxen zu sehen. Andererseits sind die vertraglichen Anforderungen an Ärzte und Psychotherapeuten anspruchsvoll und richten sich an entsprechend qualifizierte Ärzte.

Die Verortung der Teams auf der nachfolgenden Landkarte macht jedoch auch deutlich, dass dennoch eine Flächendeckung gegeben ist, auch wenn der jeweils lokale Marktanteil der teilnehmenden BKK – oder spezifischer, die sich daraus lokal ergebenden Fallzahlen – ebenfalls eine Rolle bei der Entscheidung über eine Einschreibung seitens der Ärzte und Psychotherapeuten spielt.

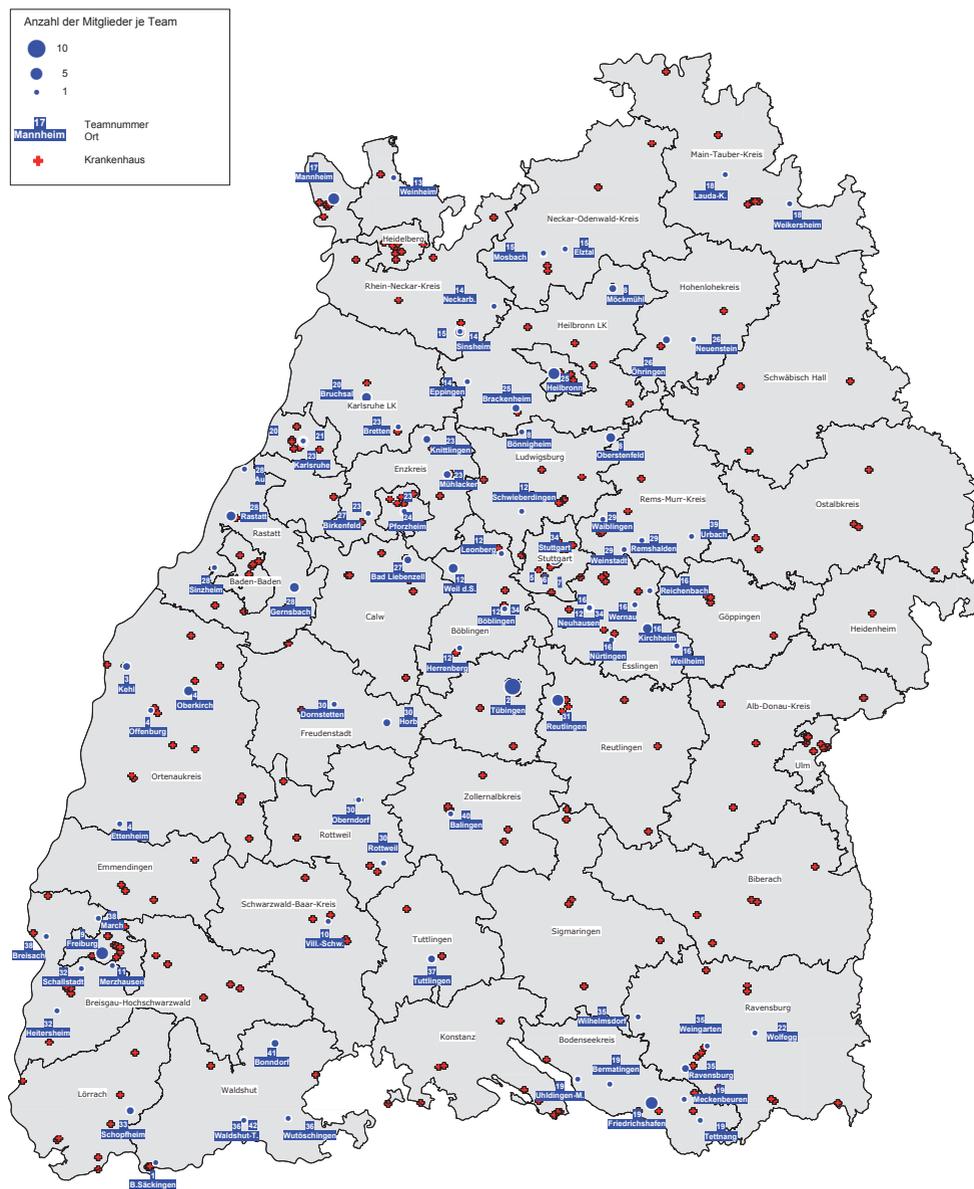
6 DARSTELLUNG DER AD(H)S-TEAMS

Jeder am Vertrag teilnehmende Arzt oder Psychotherapeut ist Teil eines regionalen AD(H)S-Teams, welches je nach Vorhandensein und Verfügbarkeit der Berufsgruppen vor Ort zu bilden ist. Dem Team gehören mindestens ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und ein Psychotherapeut an. Insgesamt soll das Team aus drei bis zehn Mitgliedern bestehen. Fehlende Berufsgruppen können jeweils durch eine konsiliarische Tätigkeit aus anderen Regionen ersetzt werden.

Bis Ende August 2010 haben sich in Baden-Württemberg 42 Teams etabliert. 20 Teams konnten noch nicht durch am Vertrag teilnehmende und in örtlicher Nähe zu den Teamkollegen ansässige Ärzte und/oder Psychotherapeuten komplettiert werden. Sie arbeiten daher im Team mit nicht in den Vertrag eingeschriebenen Ärzten/Psychotherapeuten zusammen. Fünf weitere, noch unvollständige Teams bedienen sich der Konsiliarlösung und kooperieren mit eingeschriebenen Ärzten/Psychotherapeuten aus anderen Teams. 36 Ärzte und Psychotherapeuten konnten sich noch keinem Team zuordnen.

Herauszustellen ist, dass sich innerhalb von Jahresfrist vielfach eine feste Teamstruktur gebildet hat. Bei den Teams, die mit nicht eingeschriebenen Ärzten oder Psychotherapeuten kooperieren, wäre im Einzelfall zu prüfen, was die Gründe hierfür sind. Ebenso wäre zu klären, was die Ursachen dafür sind, dass sich 36 Ärzte und Psychotherapeuten noch keinem Team zuordnen konnten. Das weitere Vorgehen für diese Fragen berät der Vertragsausschuss.

KBV AD(H)S-Teams und Krankenhausstandorte in Baden-Württemberg 2010



7 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Vertragsgemäß kommt eine medikamentöse Therapie nur nach gesicherter Diagnose zum Einsatz. Das Modul Arzneimittel des Vertrages (vgl. Anlage 3) gibt psychoedukativen und psychosozialen Maßnahmen den Vorrang vor einer medikamentösen Therapie. Diese setzt ein, wenn nach angemessener Zeit keine ausreichenden Wirkungen erzielt werden und darüber hinaus deutliche Beeinträchtigungen im Leistungs- sowie im psychosozialen Bereich bestehen. In krisenhaften Situationen kann sofort mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden. Sie sollte jeweils individuell bedarfsangepasst und analog der jeweils aktuellen Leitlinien gegeben werden.

Die vertraglichen Therapieempfehlungen umfassen folgende Grundsätze:

- Vorrang von medikamentenfreier Therapie,
- Verordnung durch Spezialisten für Verhaltensstörungen,
- auf angemessener diagnostischer Grundlage,
- bei fortlaufender Kontrolle und
- Durchführung therapiefreier Zeiten

und enthalten damit bereits wesentliche Aspekte der erst kürzlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschlossenen Änderung der Arzneimittel-Richtlinie, die auf einem Risikobewertungsverfahren für Methylphenidathaltige Arzneimittel beruht (laut Beschluss des GBA über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 44, Stimulantien, vom 16. September 2010).

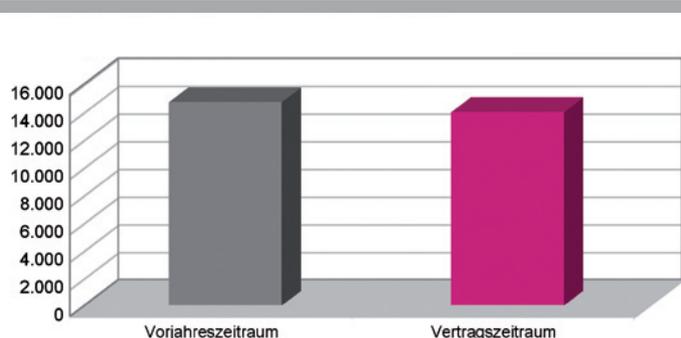
Zur Behandlung des ADHS werden die Wirkstoffe Methylphenidat (zum Beispiel Ritalin®) und Atomoxetin (Strattera®) eingesetzt.

Im Rahmen einer Stichprobe, für die vier BKKen die Datengrundlagen geliefert haben, wurde das Versorgungsgeschehen eingehender analysiert, um einen Eindruck vom ersten Vertragsjahr zu erhalten und gegebenenfalls die Bewertung der weiteren Entwicklung auf eine Grundlage zu stellen. Aus der Stichprobe ergibt sich, dass durchschnittlich 30 Prozent der eingeschriebenen Patienten eine medikamentöse Therapie bekommen haben. Näher betrachtet werden die Daten von knapp 100 Patienten mit Arzneimittelverordnungen. Dabei war für knapp 60 Patienten eine Auswertung mit einem Vorjahresvergleich möglich. Für die Gesamtbetrachtung wird die absolute Anzahl der verordneten Tabletten zugrunde gelegt. Die Größe DDD (defined daily doses), die nur die Definition einer einzigen Erhaltungsdosis vorsieht, eignet sich nicht, da die Zulassung der betreffenden Präparate empfiehlt, patientenindividuell zu dosieren.

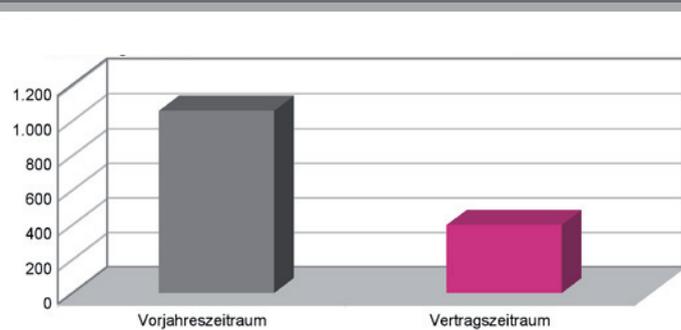
Mit Blick auf die Anzahl der verordneten Tabletten stellt sich ein leichter Rückgang bei Methylphenidat dar, bei Atomoxetin fällt dieser Rückgang sehr deutlich aus.

Weiter zeichnet sich im Rahmen der Stichprobe ab, dass es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum eine Tendenz gibt, bevorzugt retardierte Präparate zu verordnen.

Methylphenidat: Vergleich Anzahl verordneter Tabletten



Atomoxetin: Vergleich Anzahl verordneter Tabletten



Qualitative Verbesserung der medikamentösen Therapie

Vor Vertragsbeginn fallen einige Verläufe in der Arzneimitteltherapie auf, die aus pharmakologisch-therapeutischer Sicht, aber auch vor dem Hintergrund der Arzneimitteltherapiesicherheit kritisch zu hinterfragen sind.

So wird einem Patienten von einem Arzt der Wirkstoff Atomoxetin verordnet, ein anderer Arzt verordnet demselben Patienten den Wirkstoff Methylphenidat.

Einem anderen Kind werden unterschiedliche Konzentrationen des Wirkstoffs Methylphenidat von zwei verschiedenen Ärzten verordnet.

Bei einem weiteren Patienten kommen retardierte (einmal täglich) und unretardierte Formen (zweimal täglich) zum Einsatz, die zudem von unterschiedlichen Ärzten verordnet wurden. Hierbei besteht das Risiko, dass die Eltern beziehungsweise das Kind die unterschiedlichen Dosierungen der Präparate verwechseln.

Die Betrachtung der oben genannten Patienten im Vertragszeitraum zeigt eine deutliche qualitative Verbesserung der medikamentösen Therapie:

- Die medikamentöse Therapie erfolgt aus einer Hand, das heißt nur ein Arzt verordnet die Medikamente.
- Es kommen dieselben Präparate mit demselben Wirkstoff, derselben Konzentration und Dosierung zum Einsatz.
- Es werden Therapiepausen eingelegt; dies sehen die Empfehlungen zur Therapie mit Methylphenidat vor.

Die AD(H)S-Teams erhalten die Stichprobenauswertungen für weitere Analysen der medikamentösen Therapie.

Exemplarisch wird im Folgenden die Arzneimitteltherapie eines Patienten vor Vertragsbeginn und deren Verlauf während des Vertragszeitraums dargestellt.

Arzneimittelverordnung und Diagnosestellung vor und nach Beginn des Vertrages am Beispiel eines Patienten:

Vorjahreszeitraum											
Arzneimittelverordnungen								Diagnosen			
Quartal/ Jahr	Verordnungsdatum	Bezeichnung	Dar- reichungs- form	Menge	ATC-Code- Bezeichnung	Generika- Kennung	Arzt	ICD	ICD-Text	Diagnose- sicherheit	Arzt
2/2008	05.04.2008	MEDIKINET RETARD 20MG	RtK	50	Methylphenidat	Generikum	Arzt 1	F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	G	Arzt 4
2/2008	03.06.2008	MEDIKINET RETARD 20MG	RtK	50	Methylphenidat	Generikum	Arzt 1	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	G	Arzt 1
3/2008	21.07.2008	STRATTERA 18MG HARTKAPSELN	Kap	28	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet	G	Arzt 4
3/2008	21.07.2008	STRATTERA 18MG HARTKAPSELN	Kap	7	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	G	Arzt 1
3/2008	21.07.2008	STRATTERA 10MG HARTKAPSELN	Kap	7	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	keine Diagnose	-	-	-
3/2008	02.09.2008	STRATTERA 18MG HARTKAPSELN	Kap	7	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 2	keine Diagnose	-	-	-
3/2008	09.09.2008	MEDIKINET 10MG TABLETTE	Tab	50	Methylphenidat	Generikum	Arzt 1	keine Diagnose	-	-	-
3/2008	09.09.2008	STRATTERA 25MG HARTKAPSELN	Kap	28	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	keine Diagnose	-	-	-
4/2008	07.10.2008	STRATTERA 25MG HARTKAPSELN	Kap	28	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	G	Arzt 3
4/2008	06.11.2008	STRATTERA 10MG HARTKAPSELN	Kap	7	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	V	Arzt 1
4/2008	24.10.2008	STRATTERA 25MG HARTKAPSELN	Kap	28	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	keine Diagnose	-	-	-
4/2008	17.11.2008	STRATTERA 10MG HARTKAPSELN	Kap	7	Atomoxetin	nicht generikafaehig	Arzt 1	keine Diagnose	-	-	-
4/2008	29.11.2008	METHYLPHENIDAT HEXAL 10MG	Tab	50	Methylphenidat	Generikum	Arzt 3	keine Diagnose	-	-	-
1/2009	16.01.2009	METHYLPHENIDAT HEXAL 10MG	Tab	50	Methylphenidat	Generikum	Arzt 3	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	G	Arzt 3
Vertragsbeginn											
Arzneimittelverordnungen								Diagnosen			
Quartal/J ahr	Verordnungsdatum	Bezeichnung	Dar- reichungs- form	Menge	ATC-Code- Bezeichnung	Generika- Kennung	Arzt	ICD	ICD-Text	Diagnose- sicherheit	Arzt
2/2009	14.04.2009	METHYLPHENIDAT HEXAL 10MG	Tab	100	Methylphenidat	Generikum	Arzt 3	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	G	Arzt 3
3/2009	14.07.2009	METHYLPHENIDAT HEXAL 10MG	Tab	100	Methylphenidat	Generikum	Arzt 3	F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	G	Arzt 4
3/2009	keine Arzneimittelverordnung	-	-	-	-	-	-	F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet	G	Arzt 4
3/2009	keine Arzneimittelverordnung	-	-	-	-	-	-	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	G	Arzt 3
4/2009	15.10.2009	METHYLPHENIDAT HEXAL 10MG	Tab	100	Methylphenidat	Generikum	Arzt 3	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	G	Arzt 3
4/2009	keine Arzneimittelverordnung	-	-	-	-	-	-	F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	G	Arzt 3

8 FAZIT UND AUSBLICK

Der erste Versorgungsbericht zeigt, dass es schon innerhalb eines Jahres in weiten Teilen des Landes gelungen ist, verbindliche Kooperationsstrukturen für eine qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten mit AD(H)S aufzubauen.

Der Vertrag war und ist in mancher Hinsicht seiner Zeit voraus:

Seit dem 1. April 2009 setzt der Vertrag eine Qualität um, die optimal geeignet ist, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S entsprechend dem aktuellen diesbezüglichen G-BA-Beschluss vom 16. September 2010¹ zu gewährleisten.

Danach soll die Verordnung von Methylphenidat nur durch Spezialisten für Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen, wie den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, erfolgen. Die im AD(H)S-Vertrag geschaffenen Qualitätsanforderungen und Versorgungsstrukturen setzen dieses Qualitätserfordernisses bereits um. Auch in struktureller Hinsicht ist das Versorgungskonzept wegweisend, da interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Bedingungen des Vertrages wirksam in der Praxis umgesetzt wird: Durch die Bildung und die Aktivitäten der AD(H)S-Teams wurde eine solide Netzstruktur für die Behandlung von AD(H)S-Patienten aufgebaut. Eine Struktur, die dezentral Versorgung realisiert und eine definierte indikationsbezogene Versorgung in die Fläche trägt.

¹ Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 44, Stimulantien vom 16. September 2010

Hervorzuheben ist, dass Kooperation und Vernetzung im AD(H)S-Vertrag ohne externe Dienstleistungen erfolgt, das heißt ohne Berater oder Netzmanager.

Gegenwärtig stimmen die Vertragspartner die Umstellung des Versorgungsvertrages in seiner grundsätzlichen formalen Ausrichtung ab. Dabei geht es um die Umstellung von einem sogenannten Bereinigungsvertrag auf einen sogenannten Add-On-Vertrag.

Die beabsichtigte Umstellung reagiert auf die bisherige Vertragspraxis:

Es hat sich gezeigt, dass Kernleistungen des AD(H)S-Vertrages zwar klar über die kollektivvertragliche Versorgung hinausgehen, diese aber zum Teil mit Versicherunggrundpauschalen verbunden sind und sich weder sachlich noch kalkulatorisch ohne weiteres voneinander trennen lassen.

Die Vertragspartner beraten derzeit, die inhaltlichen und strukturellen Anteile, die bislang nicht im Rahmen bundesmantelvertraglicher Leistungen enthalten sind, im Vertrag und somit im Vergütungskonzept abzubilden und alle anderen Leistungen kollektivvertraglich zu vergüten. Neben einer adäquaten Anpassung der Dokumentationsanforderungen wäre mit dieser Umstellung mehr Transparenz für die Vertragspartner erreicht und ebenfalls ein zusätzlicher Impuls für die Weiterentwicklung der AD(H)S-Versorgung gegeben.

Ansprechpartner:**Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Dezernat 4 – Verträge und Ordnungsmanagement
Dr. Bernhard Gibis
Dr. Susanne Armbruster
Heidi Hujer / Regina Reuschenberg
Telefon: (030) 40 05-14 22
Telefax: (030) 40 05-27 14 22
E-Mail: vertragswerkstatt@kbv.de
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Geschäftsbereich Vertragswesen
Sachgebiet Versorgungsmanagement
Maja Molière
Telefon: (0711) 78 75-33 21
Telefax: (0711) 78 75-48 37 07
E-Mail: Maja.Moliere@kvbawue.de
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

**Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG)
der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg**

BKK VAG Baden-Württemberg
Michael Wagner
Telefon: (07154) 13 16-1 50
E-Mail: MWagner@bkk-bw.de
Stuttgarter Str. 105
70806 Kornwestheim

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 4 – Verträge und Ordnungsmanagement

Redaktion: Regina Reuschenberg, Imeke Holthusen

Foto: fotolia/Shilova

Gestaltung: artisan-berlin.de