

Transition von jungen Erwachsenen mit AD(H)S

Helmut Peters

Transition planvolle Begleitung / Überleitung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher von der pädiatrischen Versorgung in die Weiterbehandlung der Strukturen der medizinischen Versorgung von Erwachsenen

https://www.dgspj.de/



Deutsche Gesellschaft für
Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

A A A

Login Kontakt Impressum & Datenschutz



<https://www.dgspj.de/qualitaetssicherung/papiere-der-qualitaetszirkel/>

HOME

ÜBER UNS

INSTITUTIONEN

FORSCHUNG

QUALITÄTSSICHERUNG

SERVICE

TAGUNGEN

ISSOP 2018

Zentraler Qualitätsarbeitskreis

Altöttinger Papier / IVAN

Qualitätsmessung / Qualitätsindikatoren

Papiere der Qualitätszirkel

ICF-CY

Leitlinien

Papiere der Qualitätszirkel

Die Qualitätspapiere sind teilweise in Buchform erschienen und können zusätzlich einzeln heruntergeladen werden. Die Bände 1 – 3 der Serie „Qualität in der Sozialpädiatrie“ sind über den Buchhandel erhältlich (Band 1: ISBN 978-3-922917-08-3; Band 2: ISBN 978-3-922917-07-6; Band 3: ISBN 978-3-922917-12-0). Mit Fragen zur Bestellung wenden Sie sich bitte an das Zentrum für Kinder und Jugendliche in Altötting (Fr. Reis), Tel. 08671/509 965.

Verabschiedete Papiere

- Qualitätspapier zur Wahrnehmung und zentralen Verarbeitung von Sinnesreizen (einschließlich der Wahrnehmungsstörungen) (Oktober 2017)
- Einführung in die Ökonomie für das SPZ (Oktober 2017)
- Transition in Sozialpädiatrischen Zentren (Oktober 2017)
- Kultursensible Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (April 2015)
- Das Glossar: „MBS: Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik und Behandlung in der Sozialpädiatrie – Einführung und Glossar“ (März 2015)
- Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung (November 2013)
- Heilpädagogik in der Sozialpädiatrie (November 2013)
- Behandlung nichtorganischer Ausscheidungsstörung – Enkopresis – Inkontinenz – Enuresis (November 2013)
- Kinder- und Jugendpsychosomatik in der Sozialpädiatrie (Oktober 2012)
- Gesprächsführung in der Sozialpädiatrie (Oktober 2012)

Transition planvolle Begleitung / Überleitung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher von der pädiatrischen Versorgung in die Weiterbehandlung der Strukturen der medizinischen Versorgung von Erwachsenen

Die ursprüngliche Annahme, ADHS sei eine Erkrankung des Kindesalters, hat sich als falsch erwiesen, obwohl die Erstbeschreibung des klinischen Bildes 1775 durch Adam Melchior Weikard ausschließlich an Erwachsenen erfolgte. Damals gab es noch keine Pädiatrie.

Transition planvolle Begleitung / Überleitung
von Kindlicher von der pädiatrischen
Weiterbehandlung der Strukturen der m
Erwachsenen

Die ursprüngliche Annahme, ADHS sei ein
Kindesalter, hat sich als falsch erwiesen.
Erstbeschreibung des klinischen Bildes 1
Erwachsenen erfolgte. Damals gab es noch

Drittes Hauptstück.

Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio*
volubilis.

I.

Beschreibung der Krankheit. Jene, bey
welchen ein Mangel der Aufmerksamkeit ist,
werden gemeinlich unachtsam, leichtsinnig, flüchtig
und ausschweifend genennet.

Ein Aufmerksamter muß sich länger und nachdrücklicher, als andere, bey dem nämlichen Gegenstande verweilen. Es gehöret aber eine gewisse Festigkeit und Stärke der Fasern dazu, wenn sie eine anhaltende Wirkung an dem nämlichen Gegenstande ausdauern sollen. Denn die nämlichen Fasern müssen alsdenn länger, als gewöhnlich, die nämliche Stimmung oder Spannung aushalten. Ein schlaffer Faser nicht so leicht von einem Lärm

Transition planvolle Begleitung / Überleitung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher von der pädiatrischen Versorgung in die Weiterbehandlung der Strukturen der medizinischen Versorgung von Erwachsenen

Die ursprüngliche Annahme, ADHS sei eine Erkrankung des Kindesalters*, hat sich als falsch erwiesen. ADHS ist eine genetische verursachte, das Milieubedingungen akzentuierte lebenslange Erkrankung.

*fatalerweise wurden deshalb die ersten für ADHS geeigneten Medikamente lediglich für das Kindesalter zugelassen.

Damit ist ADHS transitionsbedürftig

Betreuung von Patienten mit ADHS häufig durch
Kinder- und Jugendärzte (bis zum 18 LJ)
Kinder- und Jugendpsychiater (bis zum 21. LJ)
Sozialpädiatrische Zentren (bis zum 18 LJ)
KJP Ambulanzen (bis zum 21. LJ)

Anteil der Patienten mit ADHS >50 % der SPZ Patienten
SPZ \Rightarrow MZEB keine Transition möglich

(ca. 10 % Patienten im SPZ mit geistiger und/oder schwerer
Mehrfachbehinderung: Transition gesichert)

Transitionsmöglichkeiten für Patienten mit ADHS

Psychiater

Neurologen

(Allgemeinmediziner)

PIAs

Transitionsalter für Patienten mit ADHS ohnehin Risikophase

Auftreten von Komorbiditäten 80 % (Depressionen...)
insbesondere, wenn keine konsequente Pharmakotherapie erfolgt

Ende der Schulzeit

Ablösung vom Elternhaus

Transitionsschwierigkeiten I

„Erwachsenenmediziner“ fühlen sich nicht kompetent in der Behandlung, lehnen Übernahme ab. (zT halten keine BTM-Rezepte vor)

„ich übernehme die Weiterbehandlung, wenn ich gesagt bekomme, was ich verschreiben muss.

Das Thema des ADHS wird von den „Erwachsenenmediziner“ erfreulicherweise zunehmend zur Kenntnis genommen, insbesondere die Tatsache, dass Patienten mit Depression häufig durch ein ADHS „befeuert werden.

Kein Argument: lange Wartezeit

Transition kommt genauso „überraschend“ wie Weihnachten

Transitionsschwierigkeiten II

Eingeschränkte Auswahl an Präparaten

Für das Erwachsenenalter zugelassen

Medikinet adult® und **Ritalin** adult®

Elvanse (seit Mai 1919)

Atomoxetin (Strattera®, Agakalin®,...) („Erw. muss bestätigt werden, d. ADHS-Sympt. in d. Kindh. vorh. waren. STRATTERA-Behandl. darf nicht begonnen werden, wenn nicht sicher ist, d. ADHS-Sympt. in d. Kindh. vorh. waren.“ Fachinformation gem Roter Liste

Nicht zugelassen: unverzögerte MPH-Medikamente, Intuniv®

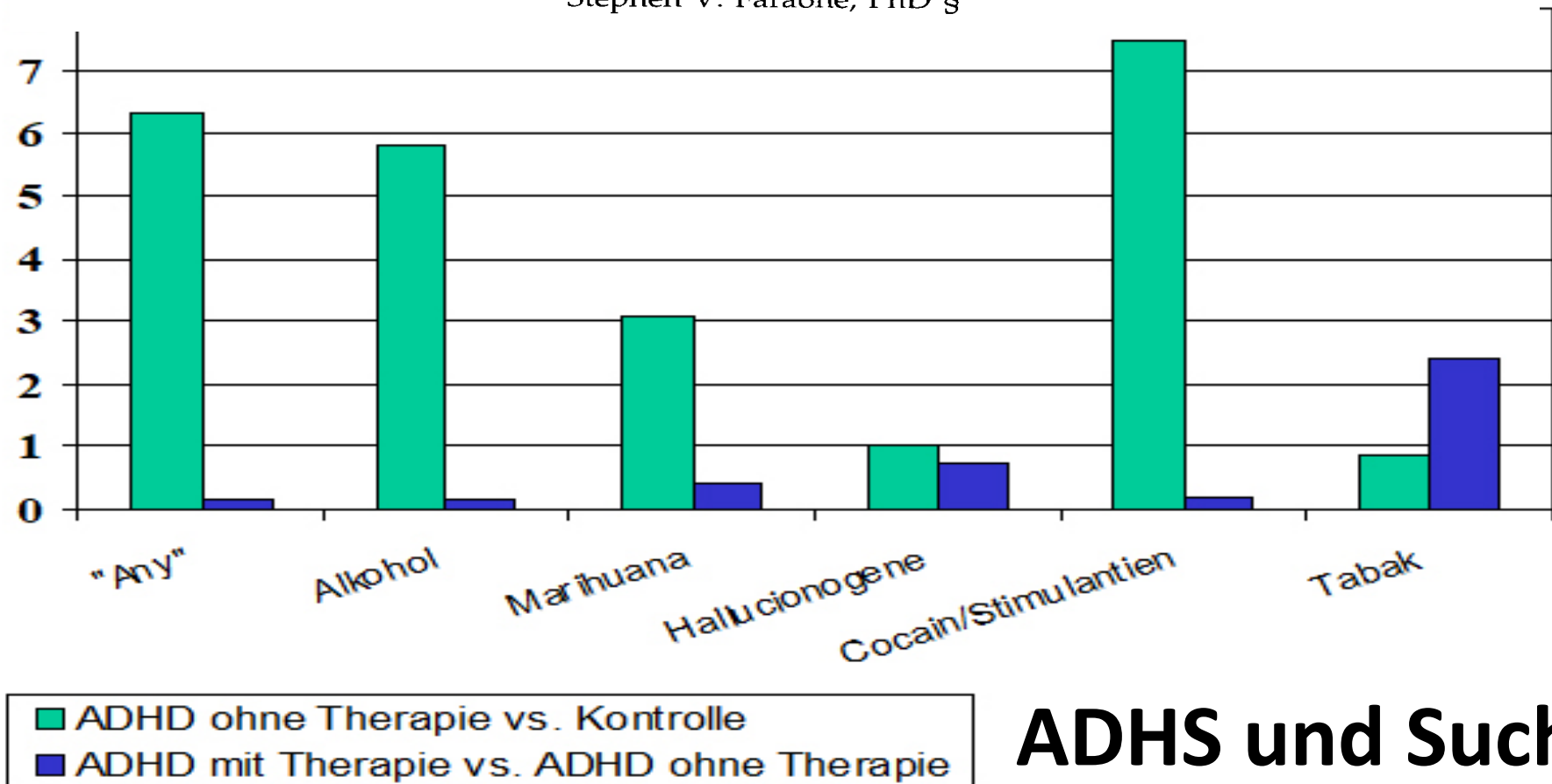
HINWEISE ZUR MED. BEHANDLUNG KOMORBIDE STÖRUNGEN BEI ADHS (NACH KRAUSE, MODIFIZIERT)

- Depression mit Konzentrations-und Antriebsstörung Nortrilen, Bupropion 150 – 300 mg (auch bei Sucht)
- Komorbide Borderline-PS Venlafaxin ret. 37.5 – 75 mg
- Autistische Züge Fluoxetin 10 – 20 mg
- Bipolare St./starke Affektschwankung Lamotrigin
- Schlafstörungen Trazodon 25 – 100 mg abends
- Psychotische Symptome Quetiapin, Amisulprid (auch unterhalb üblicher Dosis)
- Hinweis: Bei Psychosen und schwerer Depression keine Medikation mit MPH (siehe Kontraindikationen der Zulassung)

G. Endrass

Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder

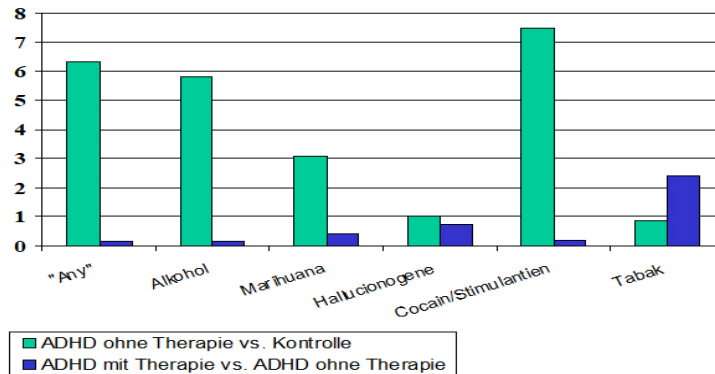
Joseph Biederman, MD*§; Timothy Wilens, MD*; Eric Mick, ScDv*‡; Thomas Spencer, MD*; and Stephen V. Faraone, PhD*§



ADHS und Sucht

Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder

Joseph Biederman, MD[§]; Timothy Wilens, MD^{*}; Eric Mick, ScD^{*†}; Thomas Spencer, MD^{*}; and Stephen V. Faraone, PhD^{*§}



Alkohol, Marihuana, Kokain

Suchtprävalenz 15-25%

Bei ADHS mit Störung des Sozialverhaltens oder antisozialer Persönlichkeitsstörung 4 fach erhöht beginnend ab dem 12./13. LJ

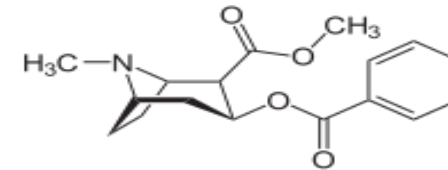
Begünstigt durch

- Probleme in Schule, Familie, Arbeitsplatz
- Anschluß an problematische Peergruppen
(aus elterlicher Sicht „schlechte Gesellschaft“)
- fehlende ärztliche ADHS-Behandlung

Problem:

Erstvorstellung von Patienten mit ADHS und bestehendem Drogenkonsum

Kokain



Wiederaufnahmehemmer für Dopamin, Noradrenalin,
Serotonin

Leistungssteigerung, Aufheiterung, Euphorie

Cognitive Enhancement

Meine Seele löst sich, fliegt
dahin. Kokain, Kokain./Will nicht
bleiben, will nicht fliehn. Kokain,
Kokain.“

Kokain von K. Wecker, Uferlos
(1993)

Methamphetamin

(*N*-methyl- α -Methylphenethylamin)

Crystal Meth

1893 Nagayoshi Nagai

Hiropon " (*hirō*=Müdigkeit; *pon*= Schlag)

1938-2015 **Pervitin** von Temmler:

Hausfrauenschokolade: Pralinen mit Pervitin

Erstvorstellung von Patienten mit ADHS und bestehendem Drogenkonsum:

(wiederholtes Drogenscreening)

Engmaschige Patientenführung, Einbinden von Betreuern

Beginn mit Atomoxetin

Transitionssetting

Vernetzung : Pädiater/KJP/SPZ ◀ ▶ Psychiater

Gleichzeitige Psychotherapien gemäß der multimodalen Behandlung können in der Regel weiterlaufen (zeitlicher Rahmen in eigenem Genehmigungsverfahren mit den Kassen geregelt)

Qualitätszirkel (persönlich, Skype)

Gemeinsame Fortbildungen

Transitionsbogen

Ansprechen und Regelung der Transition ab dem 17. LJ

Thematische Vorbereiten der Transition ab dem 12 LJ

via vermehrter Beteiligung des Patienten (wiederholte Information über das Störungsbild, Wirkweise der Medikamente...)

Transitionsbogen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

zur reibungslosen Überleitung meiner adolescenten Patientin/ meines adolescenten Patienten möchte ich folgende wichtige Informationen weitergeben:

Name, Vorname des Patienten/in:.....

Geburtsdatum des Patienten /in:.....

Diagnosen:

1.).....

2.).....

Wann gestellt:..... Durch wen:.....

Komorbiditäten/Risikofaktoren:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Teilleistungsstörung:..... |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Essstörung:..... |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung |
| <input type="checkbox"/> Zwänge | <input type="checkbox"/> Tics/Tourette-Störung |
| <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Substanzmissbrauch/Sucht | <input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung:..... |
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Risikoreiches Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Spiel | <input type="checkbox"/> Delinquenz:..... |
| <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... |
| <input type="checkbox"/> Medien | |

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Medikation:

1.).....Dosierung:..... Seit wann:.....

2.).....Dosierung:..... Seit wann:.....

Wenn keine aktuelle Medikation:

Wann und was war die letzte, gut wirksame Medikation?

Weitere frühere Medikation (Welche? Wann?):

Bemerkungen:.....

Letzter Auslassversuch mit welchem Ergebnis:

Vitalwerte: Datum:.....

Blutdruck (mmHg): Puls (bpm):

Größe (cm): Gewicht (kg):

Sonstiges:.....

Weitere Behandlungen:

Psychotherapie: (Einzel / Gruppe):.....

Sozialpsychiatrische Begleitung:

Jugendhilfemaßnahme:.....

Stationäre/Teilstationäre Behandlungen:.....

Schulischer / beruflicher Werdegang:

Zuletzt besuchte Schule:.....

Schulabschluss:

Ausbildungsweg (mit Maßnahmen des Arbeitsamtes):
.....

Psychiatrische / psychosomatische Erkrankungen in der Familie:
.....

Prognostische Einschätzung der Ablösung, Verselbständigung und Compliance:

To do:

Angemessene Berücksichtigung des
Transitionsaufwandes in den
Gebührenordnungen EBM/GÄ

Abbildung der Transitionserfordernis in den
Weiterbildungsordnungen

(Transition in dem WBO noch nicht einmal
erwähnt, obwohl bereits 2012 von der
Bundesärztekammer thematisiert



To do:

Angemessen

Transitionsa

Gebührenor

Abbildung d

Weiterbildur

(Transition a

erwähnt, ob

Bundesärzte



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

Ärztetags-Drucksache Nr.

VI - 144

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tagesordnungspunkt "Transition" für den nächsten Deutschen Ärztetag

Beschlussantrag

Von: Dr. Helmut Peters als Delegierter der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Dr. Thomas Fischbach als Delegierter der Ärztekammer Nordrhein

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE BESCHLIESSEN:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, den vielfältigen Aspekten der Transition einen eigenen Tagungsordnungspunkt zu widmen.

Begründung:

Über ein Drittel aller Jugendlichen weisen eine chronische Erkrankung auf (Allergien, rheumatische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Organfehlbildungen, ADHS ...). Für sie besteht oft ein lebenslanger medizinischer Versorgungsbedarf. Sie werden im Kindes- und Jugendalter oft zusätzlich durch erfahrene pädiatrische Spezialisten behandelt, die diese in der Regel nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr versorgen dürfen. Es droht ohne Transition ein Abbruch in einer für die Patienten oft hochsensiblen Lebensphase. Dieses Thema betrifft neben den Pädiatern und Allgemeinmedizinern zahlreiche weitere Gebiete (Kardiologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Psychiatrie ...). Der Tagesordnungspunkt Transition soll dazu dienen, eine Bestandsaufnahme der bisherigen Aktivitäten vorzunehmen und die noch erforderlichen Entwicklungen aufzuzeigen.

Angenommen: ☒ Abgelehnt: ☐ Vorstandsüberweisung: ☐ Entfallen: ☐ Zurückgezogen: ☐ Nichtbefassung: ☐

Scriba (Reihen-Hrsg.)
gsforschung

sorgung

beim Übergang vom
zum Erwachsenenalter



Im Falle einer nicht gelungenen / erfolgten Transition

Infolge

schlechtem Zeitmanagement,
ungenügender Selbstorganisation,
Ausdauerproblemen

erhöhtes Risiko für:

Studienabbrüche

Häufige Arbeitsplatzwechsel

Erhöhtes Burn out Risiko

Partnerschaftsprobleme, erhöhte Scheidungsrate

Überschuldung

Suchtanfälligkeit

Erhöhte Wahrscheinlichkeit für tödliche (Verkehrs)unfälle

Verkürzte Lebenserwartung

Gastbeitrag



Russel A. Barkley

ADHS wirkt sich auch auf die Lebenserwartung aus

In über 40 Jahren Forschung über ADHS und die damit ver- Im Verbund mit den
wandten Störungen habe ich beobachtet, wie sich ein die gungen, ein Auto zu
Kindheit einschränkendes und relativ autartiges Problem des Aaaressionen und G

Ergo: Transition tut not

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

