

Sinzig, Judith / Blanz, Susanne / Schmidt, Martin H. und Lehmkuhl, Gerd
**Welche Kinder und Jugendlichen erfahren eine kombinierte
Verhaltens- und Pharmakotherapie?**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 2, S. 85-97

urn:nbn:de:bsz-psydok-47969

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Welche Kinder und Jugendlichen erfahren eine kombinierte Verhaltens- und Pharmakotherapie?

Judith Sinzig¹, Susanne Blanz², Martin H. Schmidt² und Gerd Lehmkuhl¹

Summary

How many children and adolescents do receive a combined behavioral and psychopharmacological therapy?

So far in German literature no empirical data are present concerning parallel medications of behavioral therapy. Also the international research does not treat this topic sufficiently. For this reason this work examines on the basis from reports of requests for behavioral therapy, which medications or groups of substances were used for which child and adolescent psychiatric disorders treated by behavioral therapy. It examines additionally whether correlations of such combinations exist to specific socio-demographic or school-characteristics. Out of 1021 first and subsequent requests for behavioral therapy from the years 2001 variables were retrospectively evaluated regarding inter alia diagnosis, sociodemographic data, school situation, somatic comorbidities or therapies and therapy indication. Results reveal out of five children or adolescents one has an behavioral therapy plus an additional psychopharmacological treatment. 80 % of these medications are psychostimulants. Half of the children and adolescents suffering from ADHD or conduct disorders are treated with such, while diagnosis of other domains contribute to combined therapies only with a small percentage. Differences between non-treated and psychopharmacologically treated children and adolescents with ADHD or conduct disorders are presented.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 85-97

Keywords

ADHD – Behavioral Therapy – Children and Adolescents – Pharmacotherapy – Treatment epidemiology

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und -psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität zu Köln.

² Klinik für Psychiatrie und -psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim.

Zusammenfassung

Bisher liegen für den deutschen Sprachraum keine empirischen Daten über die Kombination einer Verhaltenstherapie mit einer psychopharmakologischen Begleitmedikation vor. Auch in der internationalen Versorgungsforschung finden sich zu dieser epidemiologischen Fragestellung nur wenige Informationen. Die vorliegende Untersuchung überprüft anhand von Anträgen auf Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung welche Medikamente oder Substanzgruppen begleitend für bestimmte Störungen im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingesetzt bzw. für indiziert gehalten wurden. Bei insgesamt 1021 Verhaltenstherapieanträgen aus dem Jahrgang 2001 konnte retrospektiv eine Vielzahl von Variablen, u. a. zur Diagnosestellung, zum soziodemographischen Status, zur schulischen Situation und zum Leistungsniveau, zu somatischer Symptomatik, Therapieindikation, Störungsentwicklung und beabsichtigten Interventionen ausgewertet und Zusammenhänge mit einer begleitenden Pharmakotherapie hergestellt werden. Es zeigt sich, dass jede fünfte Verhaltenstherapie psychopharmakologisch ergänzt wird und dass dabei 80 % dieser Begleitmedikation auf Psychostimulanzien entfallen. Entsprechend erhält die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer einfachen oder kombinierten hyperkinetischen Störung eine medikamentöse Unterstützung. Patienten mit anderen Diagnosen werden hingegen nur zu einem sehr geringen Anteil auf Psychopharmaka eingestellt. Auf die Unterschiede und speziellen Merkmale zwischen der psychopharmakologisch behandelten bzw. unbehandelten ICD-10 Gruppe F 90 bzw. F 90.1 wird speziell eingegangen. Es wird diskutiert, inwieweit das beschriebene Vorgehen mit den vorhandenen Leitlinien konform ist.

Schlagwörter

ADHS – Behandlungsepidemiologie – Kinder und Jugendliche – Pharmakotherapie – Verhaltenstherapie

Im Kindes- und Jugendalter stehen unterschiedliche psychopharmakologische Substanzgruppen zur Behandlung psychischer Symptome zur Verfügung. Sie können sowohl im Rahmen von psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch fundierten als auch verhaltenstherapeutischen Behandlungen therapiebegleitend eingesetzt werden.

Jüngste Übersichten zu psychopharmakologischen Indikationen bei Kindern und Jugendlichen finden sich bei Bandelow et al. (2006) und Warnke (2004). Über Indikationen zu Kombinationen berichteten aus verhaltenstherapeutischer Sicht Köhler (2002), zu formalen Aspekten der Kombination von Psychopharmakologie und Psychotherapie Riba und Balon (1999). Zur Hierarchie pharmakotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlungsmodule informieren die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (2006). Wie weit derartigen Empfehlungen in der Praxis gefolgt wird, ist allerdings kaum untersucht. Sorensen (1998) verweist darauf, dass die Verordnungshäufigkeiten von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen unterhalb denen des Bevölkerungsdurchschnitts liegen.

Baving et al. (2001 a, b) beschreiben die relativ schmale Evidenzbasis für solche Kombinationstherapien. Die Arbeiten des Sonderhefts Child and Adolescent Psychopharmacology zur Pharmakotherapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter geben nur für hyperkinetische und Essstörungen Hinweise zur Wirkung von Kombinationsbehandlungen (Gillberg, 2000). Über die Kombinationsbehandlung hyperkinetischer Störungen orientieren außerdem die Ergebnisse der MTA-Arbeitsgruppe (2004) und Döpfner et al. (2004). Die Datenlage hat sich seitdem nur wenig verändert, beispielsweise durch die negativen Ergebnisse von Fluoxetine bei Anorexia nervosa (Walsh, 2006).

Für den deutschsprachigen Raum beschreiben Remschmidt und Walter (1989), dass 9 % (davon 3,5 % Antikonvulsiva, 2,4 % Neuroleptika und nur 1,1 % Stimulanzien) der Kinder und Jugendlichen, die in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik von 1983-1990 behandelt wurden, eine medikamentöse Behandlung erhielten, 37 % wurden psychotherapeutisch behandelt. Allerdings geht aus der Arbeit nicht hervor, wieviele Kombinationsbehandlungen vorlagen.

Bisher liegen für den deutschen Sprachraum keine empirischen Daten zu Begleitmedikationen von Verhaltenstherapie vor. Auch die internationale aktuelle Versorgungsforschung behandelt die Versorgungsepidemiologie stiefmütterlich, wenn man beispielsweise das Programm des letzten Kongresses der Internationalen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und verwandte Berufe (IACAPAP) durchsieht. Das Programm des 36sten Kongresses der European Association of Behavioral Therapy (2006, Paris) beinhaltet von insgesamt 566 Beiträgen weniger als 10, die Kombinationstherapien von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei ADHS und emotionalen Störungen betreffen.

Aus diesem Grund untersucht diese Arbeit anhand von Berichten zu Anträgen auf Verhaltenstherapie, welche Medikamente oder Substanzgruppen für welche Störungen im Rahmen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingesetzt bzw. für indiziert gehalten wurden. Sie überprüft des Weiteren, ob Zusammenhänge solcher Kombinationen zu Adressatenmerkmalen bestehen.

1 Methodik

1021 konsekutive Berichte zu Anträgen auf Verhaltenstherapie (Erst- und Folgeanträge) von gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahrgang 2001 wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Es wurde nur der erste Antrag berücksichtigt, wenn von einer Person im gleichen Jahr mehrere Anträge vorlagen. Die Berichte stammen aus allen Regionen der Bundesrepublik Deutschland, gemäß der Verteilung von Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Das durchschnittliche Alter der Kinder und Jugendlichen, die die Stichprobe bildeten, betrug 11,1 Jahre. Sie setzte sich zusammen aus 607 Jungen (59,5 %) und 414 Mädchen (40,5 %). Es konnten pro Antrag 47 Variablen zu soziodemographischem Status, schulischer Situation

und Leistungsniveau, somatischen Begleitstörungen und -therapien, Therapieindikation, Störungsentwicklung und beabsichtigter Behandlung entnommen werden. Sinzig et al. (2006) beschrieben anhand der vorliegenden Stichprobe Zusammenhänge von ausgewählten Merkmalen mit Diagnosengruppen. Unter anderem wurde erfasst, welche Substanzgruppe zur Behandlung welcher Diagnosen, ab wann und unter welchen Bedingungen (Empfehlung, Eigenmedikation etc.) verschrieben bzw. empfohlen worden waren.

Zunächst wurden Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen für die Patienten- und Diagnosengruppen gemäß ICD-10 und für sonstige Merkmale berechnet. Anschließend wurden die Häufigkeiten medikamentöser Therapien, aufgeteilt nach Substanzgruppen (Stimulanzien, weitere Psychopharmaka, pflanzliche Psychopharmaka und Somatika) berechnet sowie deren Zusammenhang mit Diagnosengruppen betrachtet. Dabei werden Psychopharmaka jenseits der Stimulanzien wegen ihrer seltenen Verwendung (27 von 1021) zusammengefasst dargestellt. Ebenfalls mithilfe deskriptiver Statistik wurden die Unterschiede zwischen der mit Stimulanzien behandelten Gruppe bzw. der unbehandelten Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit hyperkinetischen und hyperkinetischen Störungen des Sozialverhaltens betrachtet. Abschließend wurde auf Verteilungsunterschiede mittels Chi-Quadrat Verfahrens zweiseitig getestet, ob sich die genannten Gruppen hinsichtlich bestimmter Merkmale unterscheiden. Dazu wurden folgende 19 Merkmale herangezogen:

- Berufsausbildungsniveau des Vaters bzw. der Mutter
- Alter des Vaters bzw. der Mutter
- Psychische Störung/Auffälligkeit eines Elternteils
- Chronische Erkrankungen/Behinderungen eines Elternteils
- Beziehungsstatus Eltern
- Alter des Kindes bei evtl. Trennung der Eltern
- Wohnsituation des Patienten
- Zahl der Geschwisterzahl
- Auffälligkeiten in der frühen Entwicklung
- Art der besuchten Schule
- Adäquatheit der Schulwahl
- Wiederholung von Klassen
- Gefährdete Versetzung
- Gefährdete Schullaufbahn
- Leistungsschwierigkeiten in der Schule
- Intelligenzniveau
- Anzahl etwaiger Vorbehandlungen

Bei einem Signifikanzniveau von 5 % wurde dabei eine Alphaadjustierung über sämtliche 19 Tests durchgeführt. Für die mit anderen Pharmaka behandelten Patientengruppen verbot sich ein solcher Vergleich aufgrund der seltenen Verwendung.

2 Ergebnisse

2.1 Patientengruppen mit Kombinationstherapien

Insgesamt erhielten 233 (22,8 %) der insgesamt 1021 ambulant verhaltenstherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen eine begleitende medikamentöse Therapie bzw. waren für eine solche vorgesehen. Tabelle 1 zeigt unter anderem, dass aber 80 % davon auf Kinder und Jugendliche mit alleinigen oder kombinierten Hyperkinetischen Störungen entfallen (ICD-10 Diagnosen: F 90.0, F 90.8, F 90.9, F 98.8 bzw. F 90.1). Diese wurden fast ausschließlich mit Psychostimulanzien behandelt. Nur zwei dieser 188 Kinder mit einfachen bzw. kombinierten hyperkinetischen Störungen erhielten eine neuroleptische bzw. antiepileptische Medikation. Eine detaillierte Übersicht gibt Abbildung 1. An zweiter und dritter Stelle standen Antidepressiva und Neuroleptika mit 5,2 (n = 12) bzw. 3,4 % (n = 8), auf die jeweils 1,2 bzw. 0,8 % der Gesamtstichprobe entfielen. Weitere Medikamente, die mit einer Häufigkeit von weniger als 2,5 % eingenommen wurden sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Häufigkeit der zur pharmakologischen Behandlung eingesetzten Psychopharmakagruppen und prozentualer Anteil an der Gesamtstichprobe von N = 1022

Psychopharmakagruppen	N (%)	Anteil an kombiniert Behandelten (in%)
Stimulanzien	186 (18,2)	79,8
Andere Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika, Mood-stabilizer, Tranquilizer, ADH-Analoga)	27 (2,6)	11,6
Phytotherapeutika (Sedativa, Antidepressiva)	9 (0,9)	3,9
Nicht-Psychopharmaka (Antiepileptika, Broncholytika, Insulin, Schmerzmittel)	11 (1,1)	4,7
Gesamt	233 (22,8)	100,0

Betrachtet man welche Medikamente zur Behandlung welcher Störungen eingesetzt wurden, ergibt sich, dass Psychostimulanzien fast ausschließlich bei expansiven Störungen (Einfachen und kombinierten hyperkinetischen Störungen; Einfache und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens), sonstige Psychopharmaka, wie Antidepressiva und Neuroleptika, insbesondere bei Angststörungen (Angst- und Zwangsstörungen) eingesetzt werden. Allerdings wurden Psychostimulanzien nicht nur im Zusammenhang mit Hyperkinetischen Störungen bzw. solchen kombiniert mit einer Störung des Sozialverhaltens begleitend zu einer Verhaltenstherapie eingesetzt, sondern auch zur Behandlung von Emotionalen Störungen und Anpassungsstörungen.

Der wichtigen Frage, welcher Anteil der Patienten mit bestimmten Störungen jeweils psychopharmakologisch mitbehandelt wurde bzw. ohne eine solche begleitende Therapie blieb, widmet sich Tabelle 2. Sie muss insbesondere im Licht der Indikationsempfehlungen für die Kombination von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie betrachtet werden. Leider verbot sich wegen der geringen Anzahl eine weitere Aufschlüsselung. Interessant ist, dass immerhin ¼ der Nicht-Stimulanzien Phytotherapeutika waren. Die Verteilung der Indikationen auf zusammengefasste Diagnosen ist Abbildung 1 zu entnehmen.

Tabelle 2: Rate der Begleitmedikationen für spezifische Patientengruppen (ohne Somatika)

ICD-10- Diagnosen	Häufigkeit insgesamt (n)	Psychopharmakotherapeutisch mitbehandelt	Psychopharmakotherapeutisch nicht mitbehandelt
F 90/ F 98.8	172	48,3 %	51,7 %
F 93/94	155	10,3 %	89,7 %
F 90.1	128	53,9 %	46,1 %
F 43	109	8,3 %	91,7 %
F 40-42	92	9,8 %	90,2 %
F 91	78	8,9 %	91,0 %
F 92	78	12,8 %	87,2 %
F 50	48	6,3 %	93,7 %
F 98 (ausg. 98.8)	46	6,5 %	93,5 %
F 30-34	31	9,4 %	90,6 %
Sonstige (u.a. F 20)	84	12,0 %	88,0 %

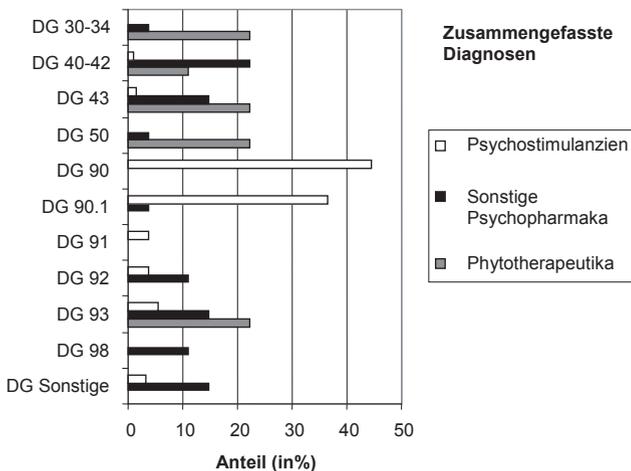


Abbildung 1: Verteilung der unterschiedlichen Medikationsgruppen bezogen auf zusammengefasste Diagnosen (n/%). DG = Diagnosengruppe; DG Sonstige = u.a. F 20

2.2 Zur Kombination von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie assoziierte Merkmale

Angesichts der sehr unterschiedlichen Verteilung medikamentöser Mitbehandlung auf einzelne Patientengruppen ist von Interesse, ob sich Kinder und Jugendliche mit und ohne kombinierte Behandlungen anhand bestimmter Merkmale unterscheiden lassen. Dieser Thematik konnte aufgrund der erstaunlich geringen Fallzahlen für andere Indikationen nur für Patienten mit hyperkinetischen Störungen (F90.0 und F 90.1), die mit Stimulanzien behandelt wurden, nachgegangen werden.

Geschlecht und Alter: Bei Kindern mit einer Störung gemäß F 90.0 und F 90.1 die mit Psychostimulanzien behandelt werden, zeigt sich bezüglich der Geschlechterverteilung und des Alters bei Beginn der Einnahme von Psychostimulanzien, dass es sich insbesondere um Jungen im Alter von 6-12 Jahren handelt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen für die Gruppe der allein mit Verhaltenstherapie behandelten Kinder.

Alter bei Symptom- bzw. Behandlungsbeginn: Bei Untersuchung des Alters am Beginn der Symptomatik und bei Beginn der Behandlung ergab sich, dass 3,6 % der mit Psychostimulanzien behandelten Kinder bereits vor dem 4. Lebensjahr Symptome gezeigt hatten, am häufigsten (73,6 %) jedoch erstmals im späten Kindergartenalter, während eine Behandlung bei fast 90 % im Alter zwischen 6 und 13 Jahren – mit gleichen Häufigkeiten für die Altersbereiche 6 bis 9 bzw. 10 bis 13 Jahre, beginnt. In der Gruppe der nicht-psychopharmakologisch mitbehandelten Kinder begann die für das Störungsbild typische Symptomatik im Unterschied dazu bei fast 10 % bereits vor dem Alter von drei Jahren, jedoch auch bei 66 % im Kindergartenalter. Der Zeitpunkt des Beginns der Verhaltenstherapie liegt in dieser Gruppe ebenfalls früher (10,7 % vor dem 5. Lebensjahr), jedoch zu 75 % zwischen dem 6. und 13. Lebensjahr wiederum ohne Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Hälfte dieses Altersabschnitts.

Beginn der medikamentösen Behandlung: Die medikamentöse Behandlung wurde in 63 % (n = 49) zwischen dem 6. und 9. Lebensjahr begonnen, bei 4 % aber vorher.

Empfehlungen bzw. Nicht-Empfehlungen durch Therapeuten: Eine Mitbehandlung durch Psychostimulanzien war im Rahmen der Verhaltenstherapie bei 35 (39 %) der unbehandelten Kinder und Jugendlichen durch den behandelnden Psychotherapeuten empfohlen, aber noch nicht begonnen worden. Ausdrücklich nicht empfohlen wurde die medikamentöse Mitbehandlung seitens der Therapeuten bei 43 % der Nichtbehandelten, obwohl Langzeittherapie, d. h. Verhaltenstherapie, für mehr als ein Jahr beantragt wurde; bei 30 weiteren Patienten (20 %) der Nichtbehandelten auch nicht im Umwandlungs- oder Verlängerungsantrag. Die Situation gestaltet sich noch ungünstiger, falls das Nicht-Erwähnen einer Empfehlung/Nicht-Empfehlung als unausgesprochene Nicht-Empfehlung aufgefasst werden müsste.

Behandlungsabbrüche: Nur 4 % der medikamentösen Behandlungen mit Psychostimulanzien wurden auf ärztlichen Rat hin beendet, 5 % von den Eltern abgebrochen.

Letztere Zahl zeigt, da man von einer Koinzidenz von Wirkung und Akzeptanz ausgehen kann, den erlebten Nutzen dieser medikamentösen Begleittherapie. Eine Übersicht dazu gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Häufigkeit von Geschlecht und Alter bei Einnahmebeginn, Alter bei Beginn der Symptomatik und Beginn der Behandlung (n /%) von mit Stimulanzen und Verhaltenstherapie kombiniert behandelten im Vergleich zu nur verhaltenstherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen mit den Diagnosen F 90.0 und F 90.1

	Unbehandelt	Behandelt
Alter bei Einnahmebeginn	-	n = 78
3-5 Jahre		4 / 3,8
6-12 Jahre		80 / 92,4
13-18 Jahre		8 / 3,8
Geschlecht	n = 149	n = 151
männlich	128 / 85,9	151 / 82,1
weiblich	21 / 14,1	35 / 17,9
Alter bei Beginn der Symptomatik	n = 112	n = 110
0-2 Jahre	11 / 9,8	4 / 3,6
3-5 Jahre	74 / 66,1	95 / 73,6
6-9 Jahre	24 / 21,4	30 / 22,8
10-18 Jahre	3 / 2,7	-
Alter bei Beginn einer VT-Behandlung	n = 149	n = 186
0-2 Jahre	1 / 0,7	-
3-5 Jahre	16 / 10,7	3 / 1,3
6-12 Jahre	113 / 75,9	147 / 78,5
13-18 Jahre	19 / 12,7	36 / 20,2
Zeit bis zum Beginn einer Verhaltenstherapie (in Jahren)	n = 149 3,1 (1-7,0)	n = 151 3,8 (0-7,0)
Medikamentöse Mitbehandlung empfohlen	n = 89	-
nein	54 / 60,7	-
ja	35 / 39,3	-
Medikamentöse Mitbehandlung abgesetzt gg. ärztlichen Rat	-	n = 240 13 / 5,5
auf ärztlichen Rat hin	-	10 / 4,2

VT = Verhaltenstherapie

Weitere Assoziationen: Die unter 2. genannten Merkmale wurden statistisch auf Zusammenhänge mit begleitender Stimulanzientherapie geprüft; (wegen der geringen Fallzahl war eine solche Prüfung für andere Substanzgruppen nicht möglich). In den Tabellen 4-6 werden nur die Merkmale berücksichtigt, deren Verteilungen überzufällig häufig von den Erwartungswerten abweichen: Berufsausbildungsniveau Vater ($p = .03$), Art der besuchten Schule ($p = .01$) und Leistungsschwierigkeiten in der Schule ($p = .03$). Nach Alpha-Adjustierung lagen die p-Werte jedoch auch bei diesen Merkmalen unterhalb des bei 5 % festgelegten Signifikanzniveaus.

Tabelle 4: Beziehungen zwischen kombinierter Behandlung mit Psychostimulanzien bei F 90.0 und F 90.1 und Berufsausbildungsniveau des Vaters

Psycho- stimulanzien	Ausbildung	Schulausbildung Vater			N/%
		Lehre/ Fach-/ Berufsschul- abschluss	Meister- prüfung	Fachhochschul-/ Universitäts- studium	
Ja	2 (2,5%)	48 (57,8%)	17 (20,4%)	16 (19,3%)	83/100
Nein	2 (1,9%)	66 (68,8)	6 (6,4%)	22 (22,9%)	96/100

Tabelle 5: Beziehungen zwischen kombinierter Behandlung mit Psychostimulanzien bei F 90.0 und F 90.1 und Art der besuchten (Vor-)Schule

Psycho- stimulanzien	Kindergarten	(Vor-) Schulart			N/%
		Grundschule	Weiterführende Schule	Sonderschule	
Ja	7 (4,9%)	75 (51,3%)	50 (34,3%)	14 (9,5%)	146/100
Nein	26 (18,1%)	67 (46,5%)	40 (27,7%)	11 (7,7%)	144/100

Tabelle 6: Beziehungen zwischen kombinierter Behandlung mit Psychostimulanzien bei F 90.0 und F 90.1 und Leistungsschwierigkeiten in der Schule

Psychostimulanzien	Leistungsschwierigkeiten		N /%
	Ja	Nein	
Ja	89 (58,9%)	62 (41,1%)	151 / 100
Nein	70 (46,9%)	79 (53,1%)	149/ 100

3 Diskussion

Hinsichtlich der Interpretation der Daten sind vier Einschränkungen zu beachten. Die Stichprobe umfasst kaum (0,2 %) in privaten Krankenkassen versicherte Kinder und Jugendliche. Da deren Anteil einkommensabhängig ist, zeigt er teilweise Zusammenhänge mit der sozialen Schicht. Das könnte – wenn auch geringe – Verzerrungen der hier vorliegenden Daten bedeuten. Wesentlicher ist, dass in der hier vorliegenden Stichprobe nur mit Verhaltenstherapie behandelte Störungen erfasst sind. Soweit sich differentielle Indikationen ergeben, fehlt daher die Vergleichbarkeit mit dem Störungsspektrum, das mittels analytischer oder tiefenpsychologisch begründeter Psychotherapie behandelt wird. Die Befunde beziehen sich auf unterschiedliche Stadien der Therapie: Gut 70 % der analysierten Anträge sind Erstanträge, so dass im weiteren Verlauf der Behandlung noch Indikationen zur begleitenden Pharmakotherapie gestellt werden konnten. Schließlich spiegeln die Daten die Versorgungsrealität des Jahres 2001 wieder. Eine günstigere Entwicklung bezüglich kombinierter Behandlungen kann seitdem stattgefunden haben.

Mit diesen Einschränkungen sind folgende Aussagen zulässig: Die Ergebnisse machen deutlich, dass mindestens jeder Fünfte, der im Kindes- und Jugendalter verhaltenstherapeutisch behandelt wird, zusätzlich Psychopharmaka erhält. 84 % dieser medikamentösen Begleitbehandlungen erfolgen durch Stimulanzien. Diese werden fast überwiegend zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit expansiven Störungen eingesetzt, die wiederum fast ausschließlich reine oder mit Störungen des Sozialverhaltens kombinierte Hyperkinetische Syndrome (nach ICD-10: F 90.0 bzw. F 90.1) beinhalten (die Alternative Atomoxetin für die Behandlung dieser Patientengruppe stand 2001 noch nicht in Deutschland zur Verfügung). Insgesamt wurden ca. 40 % der Kinder und Jugendlichen bei Beantragung einer Verhaltenstherapie eine Diagnosengruppe F 90 bzw. F 90.1 nach ICD-10 zugeschrieben. Auch unter Berücksichtigung der Überrepräsentation von Kindern im Grundschulalter in der Stichprobe sind diese Störungen damit stärker vertreten als es dem Vorkommen in der Bevölkerung entspricht, das mit etwa 6 % angenommen werden kann, wenn man die von Pitzer und Schmidt (1999, S.144), Ford, Goodman und Meltzer (2003) und die von Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort und Warnke (2003, S. 331) mitgeteilten Übersichten, die sich teilweise überschneiden, heranzieht. Das bedeutet, dass hyperkinetische Störungen häufiger als andere Syndrome Behandlungsanlass sind, vermutlich wegen damit oft verbundenen Schulschwierigkeiten. Wenn 62 % dieser Patienten eine begleitende Stimulanzientherapie zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Behandlung erhalten, liegt dieser Wert nur leicht unter dem von Döpfner et al. (2004) in einer Langzeitstudie ermittelten Wert bei an die Bedürfnisse des Patienten angepasster multimodaler Behandlung.

Auffallend ist, dass nur bei 9 % (7,4 % aller mit Psychostimulanzien behandelten Kinder und Jugendlichen) aller Kinder und Jugendlichen mit reinen bzw. kombinierten Störungen des Sozialverhaltens eine Behandlung mit Psychostimulanzien zur Reduktion von Impulsivität durchgeführt wird, obwohl empirisch belegt wurde, dass Aggression im Kindesalter und jugendliche Delinquenz Prädiktoren für in späteren Lebensabschnitten bestehende Gewalttätigkeit sind (Pulkkinen, 1987; Reiss u. Farrington, 1991). Die Wirksamkeit von beispielsweise Methylphenidat ist zur Behandlung von Aggressivität und Impulsivität im Rahmen der genannten Störungen von mehreren Autoren beschrieben worden (siehe Gerardin et al., 2002). Wagner et al. (2004) konnten in diesem Zusammenhang belegen, dass eine zusätzliche Medikation mit Psychostimulanzien sowohl bei einer Stichprobe mit hyperkinetischen Störungen des Sozialverhaltens als auch bei Störungen des Sozialverhaltens mit vorhandenen Bindungen und emotionaler Komorbidität im ambulanten und auch im stationären Setting eine Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen ergab. Eine solche Behandlung als Therapiebaustein entspricht darüber hinaus, den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP, 2007).

Aufgrund der häufigen bestehenden Vorbehalte gegen die Indikation zur medikamentösen Begleitbehandlungen von hyperkinetischen Störungen war es von besonderem Interesse in dieser Untersuchung, Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen, die mit Psychostimulanzien behandelt wurden, zu untersuchen. Dass in der

vorliegenden Inanspruchnahmepopulation sowohl mit Stimulanzien behandelte als auch unbehandelte Jungen viermal häufiger als Mädchen an einer hyperkinetischen Störung leiden, entspricht Angaben der aktuellen Literatur zur Geschlechterverteilung aus Feldstichproben (vgl. Döpfner et al., 2000). Es wird deutlich, dass die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie insoweit eingehalten werden, als von den Pharmakotherapien nur 4 % auf Kinder im Vorschulalter entfallen.

Allerdings vergehen von der Registrierung der Symptomatik bis zur Verhaltenstherapie 3; 8 Jahre, d. h. die Behandlungsindikation wird häufig im Schulalter gestellt. Eine Besonderheit besteht insofern als 50 % der Betroffenen bei Beginn der Verhaltenstherapie bereits eine Stimulanzientherapie erhalten. Eine primäre psychopharmakologische Behandlung ist, gemäß der Leitlinien, jedoch nur indiziert, „wenn eine stark ausgeprägte, situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Patienten oder seines Umfeldes (z. B. drohende Umschulung in Sonderschule, massive Belastung der Eltern-Kind-Beziehung) vorliegt“ (2003). Diese Besonderheiten lassen sich gemäß vorliegender Daten allerdings nicht ableiten. Lediglich das Merkmal Leistungsschwierigkeiten zeigt schwache statistische Zusammenhänge mit einer Medikation. Dies kann bedeuten, dass die Hälfte der von hyperkinetischen Störungen betroffenen Kinder und Jugendlichen bereits bei Anmeldung zur Verhaltenstherapie eine ausgeprägtere Symptomatik aufweisen, also eine schwerer betroffene Teilpopulation darstellen. Es kann auch bedeuten, dass im Verhältnis zur Verhaltenstherapie zu viele Patienten zu früh medikamentös behandelt werden, da nicht genügend Psychotherapieplätze für Verhaltenstherapie zur Verfügung stehen. Einschränkend muss man dazu bemerken, dass das Zutreffen der Diagnose anhand der Anträge nicht vollständig überprüft werden konnte.

Schließlich kann das Ergebnis dieser repräsentativen Untersuchung auch vorsichtig dahingehend interpretiert werden, dass psychosoziale Umstände weniger ausschlaggebend für die Intensität der Behandlungsbedürftigkeit sind als bisher angenommen bzw. dass biologische Merkmale und physiologische Parameter, die bislang nicht spezifischer im Zusammenhang mit einer medikamentösen Therapie beschrieben worden sind, noch stärker in den Blickwinkel der Versorgungsforschung treten sollten. In diesem Zusammenhang beschreiben Rhode et al. (2003) pharmakogenetische Aspekte bei HKS. Van der Wee et al. (2000) geben eine Übersicht zu Pharmakogenetik im Zusammenhang mit dem serotonergen System. Die bereits zitierte Arbeit von Wagner et al. (2004) unterstreicht diesen biologischen Ansatz, da sie zeigt, dass insbesondere hinsichtlich expansiver Störungen eine ambulante Therapie einer stationären Behandlung mit zusätzlicher psychopharmakologischer Behandlung deutlich unterlegen ist.

Zur Überprüfung solcher Vorstellungen müssten jedoch die Interaktionsmuster innerhalb der Familien mit hyperkinetischen Kindern genauer untersucht werden. Außerdem ist es notwendig empirisch zu hinterfragen, wer Psychostimulanzien verschreibt und wer nicht und auch wer zunächst medikamentös bzw. verhaltenstherapeutisch behandelt wurde.

Bezüglich der medikamentösen Begleitbehandlungen bei anderen als hyperkinetischen Störungen, z. B. bei Zwangsstörungen und Depressionen, scheint aber trotz vorhandener Indikationen ein deutliches Defizit zu bestehen.

Literatur

- Bandelow, B., Heise, A. A., Banaschewski, T., Rothenberger, A. (2006). Handbuch Psychopharmaka für das Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- Baving, L., Schmidt, M. H. (2001a). Evaluierete Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 29, 189-205.
- Baving, L., Schmidt, M. H. (2001b). Evaluierete Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 29, 206-20.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie (4. Aufl., S. 153-189). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Metternich, T. W., Rademacher, C., Lehmkuhl, G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. European Child Adolescent Psychiatry, 13 Suppl 1, 117-29.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 1203-1211.
- Gerardin P., Cohen D., Mazet P., Flament M. F. (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. European Neuropsychopharmacology, 12, 361-370.
- Gerlach, M., Warnke, A., Wewetzer, C. (2004). Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. Wien: Springer
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (2003). Entwicklungspsychiatrie. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, A. Warnke (Hg.), Entwicklungspsychiatrie (S.315-357). Stuttgart: Schattauer.
- Köhler, T. (2002). Pharmakotherapie in der Psychotherapie. Ein Kompendium für Psychologen und psychologische Psychotherapeuten. Lengerich: Pabst.
- Köster, I., Schubert, I., Döpfner, M., Adam, C., Ihle, P., Lehmkuhl, G. (2004). Hyperkinetische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Zur Häufigkeit des Behandlungsanlasses in der ambulanten Versorgung nach den Daten der Versichertentstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (1998-2001). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 32,157-166.
- MTA-Study Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics,113, 754-761.
- Pitzer, M., Schmidt, M.H. (1999). Epidemiologie psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters. In M. Borg-Laufs (Hg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen Bd. 1 (S. 123-152). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Pulkkinen, L. (1987). Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. Aggressive behavior, 13, 197-212.

- Reiss, A. J., Farrington, D. P. (1991). Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males. *Journal of Crimes Law and Criminology*, 82, 360-395.
- Remschmidt, H., Walter, R. (1989). Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung, Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen. Stuttgart: Enke.
- Riba M. B., Balon, R. (1999). *Psychopharmacology and Psychotherapy. A Collaborative Approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rhode, L. A., Roman, T., Hutz, M. H. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder: current aspects on pharmacogenetics. *The Pharmacogenomics Journal*, 3, 11-13.
- Sinzig, J., Plück, J., Schmidt, M. H. (2006). Welche Störungen behandeln Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung? *Kindheit und Entwicklung*, 15, 146-154.
- Sorensen, L. (1998). The use of psychopharmaceuticals, psychostimulants and antidepressants in children and adolescents. *Ugeskr Laeger*, 160, 7433-7437.
- Veenstra-Vander Weele, J., Anderson, G. M., Cook, E. H. Jr. (2000). Pharmacogenetics and the serotonin system: initial studies and future directions. *European Journal of Pharmacology*, 27, 165-181.
- Wagner, A., Jennen-Steinmetz, C., Gopel, C., Schmidt, M. H. (2004). Wie effektiv sind Interventionen bei Kinder und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32, 5-16.
- Walsh B. T., Kaplan A. S., Attia, E., Olmsted, M., Parides, M., Carter, J.C., Pike, K. M., Devlin, M. J., Woodside, B., Roberto, C. A., Rockert, W. (2006). Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295, 2605-2612.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Judith Sinzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-, und Jugendalters, Universität Köln, Robert-Koch-Strasse 10, 50931 Köln. Fax: ++49221/478-6104, E-Mail: judith.sinzig@uk-koeln.de