

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Herr Professor Banaschewski
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Postfach 122 120
68072 Mannheim

01.06.2018

Sehr geehrter Herr Professor Banaschewski,

vielen Dank für die Umbenennung der Kapitelüberschrift 1.3 und die Einarbeitung von psychotherapeutischen Interventionen.

Vielen Dank auch für Ihre Antwort, die wir nunmehr differenzierter diskutieren konnten. Hierzu möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

Die Hinweise in der Langfassung zu den Sondervoten im Methodenreport haben eine falsche Nummerierung. Es muss statt 15.5.2 jeweils heißen: 11.5.2. Außerdem sollte zumindest eine Seitenangabe des Methodenreports zum erleichterten Auffinden jeweils angegeben werden.

- Ihr Hinweis darauf, dass ADHS eher ein dimensionales Konstrukt als eine kategoriale Einheit anzusehen ist, verweist aus unserer Sicht noch einmal auf die Problematik einer zweifelsfreien diagnostischen Klärung und auf die Problematik der individuell zu indizierenden adäquaten Therapie. Wir haben zudem auch keine valide Evidenz dafür gefunden, warum bei welchem Schweregrad welche Intervention wirksamer sein soll als eine andere Intervention und wo es welche Unterscheidungen gibt.
- Da ADHS als dimensionales Konstrukt anzusehen ist, erscheint uns die Gabe von Medikamenten bei leichter Ausprägung besonders problematisch, zumal wenn es kaum Funktionseinschränkungen gibt. Hier ist die Abgrenzung zu komorbid aufgetretenen ADHS-Symptomen im Zusammenhang mit anderen seelischen Störungen oder mit Traumatisierungen bzw. psychosozialen Belastungssituationen besonders schwierig.
- Bei moderater Ausprägung erscheint die medikamentöse Therapie hauptsächlich die ADHS-Symptome zu verbessern, aber nicht sicher die Funktionseinschränkungen, jedenfalls nicht sicherer als eine VT oder auch (noch nicht hinreichend durch Studien abgesichert) eine psychodynamische Psychotherapie.
- Bei den RCT-geprüften Psychotherapien haben wir das Problem, dass für RCTs in der Regel Therapielängen gewählt werden, die einer Unterdosierung bezüglich der psychotherapeutischen Möglichkeiten darstellen. Auch dadurch kommt es zu einer Verzerrung der Unter-

VORSTAND

VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
Psychologischer Psychotherapeut

1.STELLV. VORSITZENDE

Angelika Haun, Fachärztin für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

2.STELLV. VORSITZENDER

Martin Klett, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut

Dr. Michael Brandt
Ariadne Sartorius
Tilo Silwedel
Dr. Elisabeth Störmann-Gaede

Norbert Bowe
Ulrike Böker,
Rainer Cebulla
Dr. Frank Roland Deister
Jürgen Doebert
Dr. Roland Hartmann
Yvo Kühn
Eva-Maria Schweitzer-Köhn

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Beya Stichel
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

bzw. Überlegenheit anderer Behandlungsmethoden, z.B. der medikamentösen Therapie. Letztere wird über 1 bis mehrere Jahre fortgesetzt, auch ohne Nachweis eines längerfristigen Nutzens.

- Sie heben auf den mindestens doppelt so hohen Effekt von Pharmakotherapie auf die ADHS-Symptomatik ab. Nur sollte es nicht nur um Effekte gehen, sondern auch um längerfristigen Nutzen. Solange der nicht vergleichend untersucht worden ist, sollten Empfehlungen, die sich auf Effekte stützen, zurückhaltend formuliert sein. Dies gilt in besonderem Maße im Kindes- und Jugendalter, in dem die Identifikation mit dem Kranksein und die Gewöhnung an den Gebrauch von Medikamenten auch deaktivierend wirken können. In einer Psychotherapie kann demgegenüber die Erfahrung eigener Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten zu einer Stärkung der Selbststeuerung und des Selbstgefühls beitragen.
- Das von Ihnen zitierte Ergebnis der MTA-Studie, dass die Medikation weniger auf das psychosoziale Funktionsniveau einwirkt, weist nach unserer Auffassung darauf hin, dass die Medikation am ehesten zur Symptomsubpression verwendet werden sollte. Diese erscheint am ehesten indiziert, wenn die ADHS-Symptome besonders stark ausgeprägt sind. Daher sollte die Pharmakotherapie weitgehend der starken Ausprägung vorbehalten sein. Dafür spricht auch die höhere Wirksamkeit der Medikation bei stärker ausgeprägter Symptomatik, insbesondere der Hypermotorik.
- Bei einer mittleren Ausprägung mit geringen oder keinen Funktionseinschränkungen erscheint uns eine Dauermedikation überdimensioniert und die Gefahr des Überwiegens des Schadens zu groß.

Wir möchten daher bitten,

- die uns besonders wichtig erscheinenden Sondervoten (Nrn. 1, 2, 9 und 11) sowohl in den Text der Kurzfassung als auch in den der Langfassung bei den entsprechenden Empfehlungen (ggf. ohne Begründungstext) aufzunehmen. , wie Sie das auch beim Votum des BVDN, BVDP getan haben,
- die Sondervoten der Nrn. 3,8 und 10 im Text der Langfassung zu berücksichtigen und
- bei Inhaltsangabe und Überschrift 1.3, Seite 49 die Psychotherapie in der Klammer gesondert zu erwähnen, da psychotherapeutische Interventionen im üblichen Sprachgebrauch nicht unter psychosozialen Interventionen subsummiert werden.

Ohne die Aufnahme der uns besonders wichtig erscheinenden Sondervoten in den Text der Lang- und Kurzfassung (Voten 1,2,9 und 11) sehen wir uns nicht in der Lage, dem Gesamttext in der vorliegenden Form zuzustimmen. Unsere Bedenken sind von der von uns so aufgefassten Verantwortung wie auch von dem Respekt vor den in der Leitlinie mehrheitlich vertretenen Auffassungen geleitet. Wir bitten daher um Ihr Verständnis und hoffen auf eine Lösung, die uns eine Zustimmung ermöglicht.

Mit freundlichen Grüßen



Benedikt Waldherr
Bundesvorsitzender



Ariadne Sartorius
Beisitzerin