

Medikamentöse Therapie bei psychischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter

Das aktuelle Wissen zum Einsatz von Psychopharmaka bei psychischen Erkrankungen basiert überwiegend auf Studien bei Erwachsenen. Für Kinder und Jugendliche liegen vergleichsweise wenig Studien über Nutzen und Risiko von Psychopharmaka vor, sodass etwa 40-70% der in der Praxis eingesetzten Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen nicht für den Einsatz bei Minderjährigen zugelassen ist bzw. trotz unsicherer Datenlage teilweise eine Zunahme der Verordnungen zu beobachten ist (z.B. Neuroleptika). Daher sollen nachfolgend wichtige Aspekte zur Psychopharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen im Verlauf einer indizierten medikamentösen Therapie berücksichtigt werden. Eine verstärkte interdisziplinäre Abstimmung, insbesondere im Kontext der Entscheidungsfindung zur Diagnosestellung und medikamentösen Therapie wie auch zu möglichen Auslassversuchen usw. ist anzustreben.

- Resorption und Verstoffwechslung unterscheiden sich teilweise erheblich von denen bei Erwachsenen („poor metabolizer“, „extensive metabolizer“ und „ultra rapid metabolizer“, andere Fett- und Wasseranteile als Erwachsene, sich noch entwickelnde Blut-Hirn-Schranke).
- Nebenwirkungen sind ggf. altersabhängig.
- Hohe Non-Compliance-Rate bei Kindern- und Jugendlichen, sodass eine sorgfältige Überwachung erfolgen muss, v.a. auch bei Konsum von Alkohol, Nikotin, Drogen, unregelmäßigem Essverhalten sowie der Einnahme von Kontrazeptiva. Darüber hinaus sind altersspezifische Gründe zu berücksichtigen, wie Führen eines PKW, Wunsch einen Führerschein zu erwerben, Einfluss der Peergroup, Beeinträchtigung der Sexualität sowie eine mögliche Gewichtszu- bzw. abnahme.
- Aufklärung: Vor Medikation muss eine mündliche und schriftliche altersangemessene Aufklärung der Kinder/Jugendlichen und der Sorgeberechtigten erfolgen. Ggf. ist der Einbezug von weiteren Bezugspersonen sinnvoll.
- Eine eingeschränkte Zulassung vieler Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen führt im Rahmen eines individuellen Heilversuches durch den Arzt oftmals zur „off label“ oder „unlicensed“ – Verordnung. Hierbei ist eine sorgfältige Risiko-Nutzenabwägung durch den Arzt und daraus abgeleitet eine ausführliche Beratung der Betroffenen (Kinder, Jugendliche, Sorgeberechtigte) erforderlich. Eine mündliche und schriftliche Aufklärung der Minderjährigen und der Sorgeberechtigten ist verpflichtend. Ebenso eine sorgfältige Verlaufskontrolle bzw. Nutzen- und Wirksamkeitsprüfung.

Quellen:

1. Lehmkuhl G. u. Schubert I. 2014: Psychopharmaka-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen, Dt. Ärztebl. Int. 2014; 111(3): 23-4
2. Vorderholzer U und Hohagen F 2015: Therapie psychischer Erkrankungen – State of the art. 10. Auflage, S. 462-464, München.
3. Rabady S und Sönnichsen A (Herausgeber): EbM-Guidelines Kapitel 34 Psychiatrie des Jugendalters, Deutscher Ärzteverlag, 7. Auflage 2018

Medikamentöse Versorgung der ADHS

Indikation:

Die Behandlung der ADHS soll ausschließlich im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes (Behandlungsplan) erfolgen, in dem entsprechend der individuellen Symptomatik, des Funktionsniveaus, der Teilhabe sowie der Präferenzen des Patienten/der Patientin und seines Umfeldes psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) und pharmakologische sowie ergänzende Interventionen kombiniert werden.

Eine verstärkte interdisziplinäre Abstimmung, insbesondere im Kontext der Entscheidungsfindung zur Diagnosestellung und medikamentösen Therapie wie auch zu möglichen Auslassversuchen usw. ist anzustreben.

Die Entscheidung für eine medikamentöse Therapie soll nur nach gesicherter Diagnosestellung (auf der Basis einer sorgfältigen Anamnese und Untersuchung) unter Berücksichtigung u.a. folgender Faktoren erfolgen:

- Alter des Patienten/der Patientin
- Schweregrad der Symptomatik und der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (Leidensdruck, Teilhabe)
- ggf. koexistierende Störungen
- Präferenzen des Patienten/der Patientin und seines Umfeldes nach Aufklärung über individuelle Vor- und Nachteile der Therapieoptionen (shared decision making = SDM)
- Wirksamkeit bisheriger Interventionen (nichtmedikamentös, medikamentös)

Kriterien zur Auswahl des Präparates (Wirkstoff, Darreichungsform) patientenindividuell unter Berücksichtigung des Risiko-Nutzen-Verhältnisses:

- Zulassungsstatus
- Schweregrad der Symptomatik und/oder Leidensdruck
- Koexistierende Störungen (z.B. Störung des Sozialverhaltens, Substanzkonsum und Autismusspektrumstörung, Angststörung oder Depression, umschriebenen Entwicklungsstörungen)
- Wirkungsweise und pharmakokinetisches Wirkprofil
- Nebenwirkungsprofil
- Wechselwirkungen und Kontraindikationen
- Erwartungen des Patienten/der Patientin und dessen Bezugspersonen
- Abbau von Vorurteilen und Ängsten
- Gefahr des Missbrauchs durch den Patienten/die Patientin und Dritte

Die Entscheidungsfindung sollte gemeinsam (SDM) mit dem Patienten und dessen Bezugspersonen zur Förderung der Compliance und Adhärenz anhand individueller Vor- und Nachteile stattfinden.

Rationale Pharmakotherapie:

Nach Auswahl eines geeigneten Therapieansatzes für den individuellen Patienten/die individuelle Patientin ist zu prüfen, ob rabattierte Präparate mit dem entsprechenden Wirkstoff und ggf. der Darreichungsform vorliegen. Rabattierte Präparate sind bevorzugt zu verordnen, um eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten. Hinweise zur Wirtschaftlichkeit können der Vertragssoftware entnommen werden. Rabattierte Präparate sind in der Vertragssoftware „grün“ bzw. „blau“ dargestellt.

Kontrollen vor Therapiebeginn:

- Überprüfung des kardiovaskulären Status (Puls und Blutdruck)
- Frühere und aktuelle Begleiterkrankungen (v.a. psychiatrisch, kardio-/zerebrovaskulär und neurologisch)
- Familienanamnese (kardiovaskuläre Risiken und Ereignisse, Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, psychiatrische und neurologische Störungen)
 - ➔ Bei Hinweisen auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder bei familiärer Vorbelastung sollte ein pädiatrischer Kardiologe oder Kardiologe hinzugezogen werden und ggf. ein EKG erfolgen
- Körpergröße und Gewicht in entsprechenden Altersperzentilen
- Weitere Medikation des Patienten/der Patientin, auch OTC-Präparate (Interaktionen)
- Mögliches Missbrauchsrisiko durch den Patienten/die Patientin und Dritte
- Labor- und apparative Untersuchungen im Vorfeld einer geplanten Pharmakotherapie oder zur Abklärung möglicher zugrundeliegender somatischer Erkrankungen bzw. zur differentialdiagnostischen Abklärung. Diese sind eine gemeinsame Aufgabe in enger Absprache zwischen den behandelnden Kollegen.

Verlaufskontrollen während der Pharmakotherapie:

Bei Behandlungsbeginn sollte eine sorgfältige Dosistitration bis zum Erreichen der wirksamen Erhaltungsdosis durchgeführt werden.

Durch engmaschige Befragungen des Patienten/der Patientin und/oder einer Betreuungsperson soll das Auftreten unerwünschter Wirkungen erfasst und dokumentiert werden. Der Patient/die Patientin und dessen Bezugspersonen sollen über häufige Nebenwirkungen aufgeklärt und ggf. Maßnahmen zu deren Verminderung aufgezeigt werden. In regelmäßigen Abständen sowie bei jeder Dosisanpassung soll die Indikation zur Fortsetzung der Therapie (u.a. auch unter Berücksichtigung möglicher Nebenwirkungen z.B. wie oben genannt) kontrolliert werden.

Ein Auslass-Versuch kann vom Hausarzt oder/und Facharzt/Psychotherapeuten angeregt werden und sollte möglichst gemeinsam in der Durchführung abgestimmt und umgesetzt werden, dies insbesondere auch sorgfältig psychosozial abgestimmt mit dem Kind bzw. dem/der Heranwachsenden und seinen/ihren Bezugspersonen und nach Rücksprache mit ihnen auch dem weiteren Umfeld, z.B. der Schule, dem Ausbildungsplatz.

Insbesondere bei Behandlungsbeginn bzw. im Rahmen einer Dosisänderung, bzw. eines Auslassversuchs ist der wechselseitige Austausch und die Kooperation zwischen FACHARZT und HAUSARZT wichtig und soll im Arztbericht entsprechend dokumentiert werden.

Auf Facharzt/Hausarztbene betrifft dies (gemäß vereinbartem Vorgehen) die Überprüfung von Folgendem:

- Wirksamkeit auf die ADHS-Symptomatik und die Verträglichkeit
- Blutdruck und Puls und evtl. kardiovaskulärer Symptome
 - ➔ Bei Patienten mit neuen kardiovaskulären Symptomen im Rahmen der medikamentösen Behandlung sollte eine umgehende Untersuchung durch einen pädiatrischen Kardiologen oder Kardiologen erfolgen.
- Körpergröße, Gewicht und Appetit anhand eines Wachstumsdiagramms
 - ➔ Bei Auftreten einer signifikanten Beeinträchtigung des Längenwachstums sollte in Abstimmung mit dem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. gemäß dessen Empfehlungen eine Unterbrechung der Behandlung (z.B. während der Schulferien) erfolgen, wenn keine wichtigeren klinischen Gesichtspunkte dagegensprechen.
- Adhärenz und Compliance

- Indikation für die Fortführung der medikamentösen Behandlung im Rahmen einer behandlungsfreien Zeit unter sorgfältiger Überwachung (dokumentierter Auslassversuch) mindestens alle 12 Monate.

Im Verantwortungsbereich des Kinder- und Jugendpsychiaters betrifft dies die nachfolgenden Punkte:

- Entwicklung neuer bzw. Verschlechterung vorbestehender psychiatrischer Störungen oder neuer neurologischer Symptome
 - ➔ Bei Auftreten psychiatrischer Symptome bzw. deren Verschlimmerung oder neuer neurologischer Symptome ist das Absetzen der Medikation zu prüfen.
- Adhärenz und Compliance
 - ➔ Bei Hinweisen auf eine mangelnde Adhärenz sollten die Ursachen individuell eruiert und abgebaut werden, u.a. mit psychoedukativen Interventionen.
- Substanzmissbrauch.

Therapie koexistierender Störungen:

Bei erfolgreicher medikamentöser oder nicht medikamentöser oder multimodaler Therapie der ADHS-Kernsymptomatik soll gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin und seinen Bezugspersonen überprüft werden, ob koexistierende Störungen oder residual assoziierte Symptome weiterhin bestehen und entsprechende Maßnahmen in den Behandlungsplan integriert werden.

Vorgehensweise bei Nichtansprechen:

- Überprüfung der Adhärenz des Patienten/der Patientin im Bezug auf die Regelmäßigkeit der Einnahme und aufgetretene unerwünschte Wirkungen.
 - ➔ Ergeben sich Hinweise auf eine mangelnde Adhärenz, sollten die Ursachen (z.B. Ablehnung der Therapieform) individuell eruiert und abgebaut werden. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung (SDM) sollten mögliche Lösungen entwickelt werden.
- Überprüfung der Dosierung und der Verteilung über den Tag
 - ➔ Tritt keine Verbesserung der Symptome nach angemessener Therapieanpassung ein, ist ein Absetzen zu erwägen.
- ggf. sollen weitergehende Interventionen bedacht werden.

Literatur

1. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. Stand 02. Mai 2017. AWMF-Registernummer 028-045
2. Register Schulungsmaterial BfArM:
Methylphenidat, Dexamfetamin, Lisdexamfetamin, Guanfacin
https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Schulungsmaterial/Wirkstoff/node_Wirkstoff.html Stand: 23.03.2017
3. Fachinformationen Methylphenidat-, Atomoxetin-, Lisdexamfetamin-, Dexamfetaminhaltiger Fertigarzneimittel:
<https://www.fachinfo.de/>; Abruf 20.09.2018
4. Gemeinsamer Bundesausschuss, Arzneimittel-Richtlinie Anlage III:
https://www.g-ba.de/downloads/83-691-466/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2017-11-04.pdf; Stand: 04.11.2017
5. Rote-Hand-Brief:
Strattera® (Atomoxetin): Risiko eines Blutdruck- und Herzfrequenzanstiegs; 13.12.2011
6. Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg:
<https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/adhs-therapie/>; Abruf 20.09.2018
7. KBV Wirkstoff AKTUELL:
4/2005 Atomoxetin (Strattera® Hartkapseln)
5/2015 Lisdexamfetamin
2/2016 Guanfacin
8. arznei-telegramm® Arzneimitteldatenbank:
Abruf 20.09.2018
Methylphenidat-HCl
Atomoxetin
Dexamfetaminhemisulfat
Guanfacin
Lisdexamfetamindimesilat
9. arznei-telegramm®:
a-t 2017; 48: 55-6
a-t 2016; 47: 27-9
a-t 2014; 45: 16
a-t 2013; 44: 75-6
e-a-t 01/2012
a-t 2005; 36: 102
a-t 2005; 36: 33-5
10. Rabady S und Sönnichsen A (Herausgeber): EbM-Guidelines Kapitel 34 Psychiatrie des Jugendalters, Deutscher Ärzteverlag, 7. Auflage 2018