



XXIV. GP.-NR

12770/AB

14. Jan. 2013

Alois Stöger
BundesministerFrau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

zu 13029 /J

GZ: BMG-11001/0275-I/A/15/2012

Wien, am 14. Jänner 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 13029/J der Abgeordneten Markowitz, Kaufmann-Bruckberger, Tadler, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 bis 3, 5 und 6:

Im Diagnosesystem der WHO, der „International Classification of Diseases“ (ICD 10), findet sich in der Diagnosegruppe der „Hyperkinetischen Störungen“ die Diagnose F90.0 „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“, wozu auch die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört. ADHS wird somit international als Störung bzw. Erkrankung klassifiziert und ist im ICD 10 wie folgt beschrieben:

„Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der

motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl“.

Die Diagnose ADHS wird von jenen Fachärzt/inn/en für Kinder- und Jugendheilkunde, die von der Störung betroffene Kinder- und Jugendliche behandeln, in der Regel nur nach persönlicher Anamnese mit Eltern, Kindern und Jugendlichen, Lehrer/inne/n und anderen Betreuungspersonen, zusätzlich auch anhand von Anamnesefragebögen (zum Beispiel Child Behavior Checklist und anderen) und nach ausführlicher neuropsychologischer Diagnostik durch klinische Psycholog/inn/en gestellt, wobei das multiaxiale Klassifikationsschema zur Anwendung kommt. Die Ergebnisse aus Anamnese und Diagnostik werden entsprechend der gesetzlichen Verpflichtung dokumentiert.

Nach Diagnose einer ADHS erfolgt eine entsprechende ärztliche Aufklärung jedenfalls der zur Obsorge Verpflichteten und es werden Behandlungsmöglichkeiten dargestellt. Dabei werden natürlich auch die psychologischen und verhaltenstherapeutischen Interventionsmöglichkeiten (vgl. Psychotherapie einzeln oder in Gruppen, ADHS-Training, Konzentrationstraining) ebenso wie eine medikamentöse Therapie besprochen. Die Wahl der Behandlungsmethode obliegt nach entsprechender Aufklärung, natürlich auch über mögliche unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, ausschließlich den Patient/inn/en bzw. deren Eltern. Üblicherweise erfolgt bei Beratung zu einer medikamentösen Behandlung auch eine zur zusätzlichen psychologischen und verhaltenstherapeutischen Intervention.

Ein Hinweis auf die mögliche Behandlung von ADHS mit Medikamenten mag zwar nach kurzer orientierender Erstanamnese genannt werden, die ausführliche Beratung dazu wird aber nicht ohne eine ausführliche Diagnostik erfolgen können. In diesem Zusammenhang verweist der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) auf das Konsensus-Statement - State of the art 2012 der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, www.oegam.at/wissenschaft-publikationen/konsensus/2012/.

Ergänzend weise ich darauf hin, dass Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand ist, der eine Krankenbehandlung notwendig macht. Krankenbehandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Wege der ärztlichen Hilfe sowie der Zurverfügungstellung von Heilmitteln und Heilbehelfen erbracht.

Fragen 4 und 7:

Hinsichtlich der Aussage einer „nicht vorhandenen Krankheit“ verweise ich auf meine obigen Ausführungen.

Umso wichtiger ist es, dass die Primärverordnung derartiger Medikamente auf die entsprechenden Fachgebiete (Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

sowie Neurologie und Psychiatrie) beschränkt ist. Eine Kostenübernahme für die angesprochenen Medikamente erfolgt entsprechend der Zulassung der Medikamente im Rahmen eines nachgewiesenen umfassenden Therapieplanes. Es ist daher davon auszugehen, dass ein verantwortungsbewusster Umgang mit den einschlägigen Medikamenten gegeben ist und Psychostimulantien nach Abwägung von Vor- und Nachteilen, vor allem nach exakter Diagnosestellung, verordnet werden.

Frage 8:

Das multiaxiale Klassifikationsschema sollte mittlerweile standardmäßig bei der Diagnoseerstellung bei Kindern und Jugendlichen herangezogen werden. Es erlaubt ein vollständiges, mehrdimensionales Abbild der psychischen Störung und ist in sechs Achsen aufgegliedert:

1. Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
2. Achse: Umschriebene Entwicklungsrückstände
3. Achse: Intelligenzniveau
4. Achse: Körperliche Symptomatik
5. Achse: Abnorme assoziierte psychosoziale Umstände (wie Scheidung der Eltern, Fremdunterbringung etc.)
6. Achse: Niveau der sozialen Anpassung

Die Diagnose ADHS ist nur zulässig, wenn die Symptome der Aufmerksamkeitsstörung, der Hyperaktivität und auch der Impulsivität in mindestens zwei Situationen übergreifend vorkommen.

Die Diagnostik ist äußerst umfangreich und setzt neben einer organischen Untersuchung (ähnliche Symptome können durch eine Hyperthyreose und Hirntumore hervorgerufen werden) eine umfangreiche psychologische Diagnostik voraus. Wichtig ist vor allem die Abgrenzung von anderen Störungsbildern (Affektive Störungen, Angststörungen, Traumafolgestörung usw.) oder einer Intelligenzminderung, die auf Verhaltensebene gleiche Symptome hervorrufen kann.

Es gibt mittlerweile standardisierte Checklisten zur Diagnose der ADHS (wie z.B. Döpfner et al. 2008), die neben anderen psychologischen Verfahren standardmäßig bei der Diagnostik eines ADHS-Syndroms eingesetzt werden sollten. Notwendig ist ein umfangreiches Befundgespräch mit den Eltern, das nach einer psychologischen Diagnostik nicht fehlen darf. Bei der klinisch-psychologischen Behandlung eines ADHS nach State of the Art wird nicht rein kindzentriert behandelt, sondern es ist ein umfeldbezogenes Handeln vonnöten.

Für Regelungen der Diagnosestellung auf der Ebene der Gesetzgebung sehe ich keinen Bedarf, ein Vorgehen nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung ist allgemein ärztliche Berufspflicht.

Frage 9:

Ein vorab festgelegter Therapieplan sollte grundsätzlich - unabhängig um welches Störungsbild es sich handelt - nach den individuellen Bedürfnissen des Kindes bzw. des Jugendlichen erstellt werden. Vor allem bei ADHS hat sich eine multimodale Behandlung unter Einbezug verschiedenster Professionen (Psychologie, Ergotherapie, etc.) als zielführend bei der Reduktion der Symptome erwiesen. Wie bereits in einem Konsensuspapier in Deutschland bei der ADHS-Therapie festgelegt, sollten Medikamente nur dann verschrieben und verabreicht werden, wenn alle anderen Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft wurden und nicht zur Reduktion der Symptomatik geführt haben.

Fragen 10 bis 17, 25 und 26:

Grundsätzlich ist jeweils die gelindeste Methode, die das therapeutische Ziel erreicht, anzuwenden.

Bei Verhaltensauffälligkeiten aufgrund von sozialen oder schulischen Problemen sind andere als psychopharmakologische Therapien in Betracht zu ziehen. Beispielsweise sind schulpädagogische Abklärung, Psychotherapie oder auch sozialpädagogische, sozialarbeiterische Maßnahmen zu präferieren. Daneben bildet selbstverständlich gesunde Ernährung - die ein grundsätzliches Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit darstellt und für deren Verbreitung und entsprechende Bewusstseinsbildung bereits zahlreiche Maßnahmen durch mein Ressort in die Wege geleitet wurden - eine wichtige Basis für ein gesundes Heranwachsen von Kindern und Jugendlichen.

Bildung ist ein Schlüsselfaktor der späteren Lebensgestaltung und Lebenskompetenz. Insofern sind alle Maßnahmen zur Unterstützung der Bewältigung von Bildungsanforderungen wertvoll, diese sind aber vor allem durch eine angemessene Lebensraumgestaltung im Kindergarten- und Schulsystem selbst, aber auch durch den jeweils möglichen Beitrag der Eltern und externer Hilfen herzustellen.

In diesem Zusammenhang möchte ich die beiden wichtigen Initiativen, die mein Ressort in den vergangenen zwei Jahren in die Wege geleitet hat, nämlich die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie und die Entwicklung von Rahmengesundheitszielen für Österreich, erwähnen und verstanden wissen. Ganz spezifisch wird derzeit auch an einem Konzept zu „Frühen Hilfen“ gearbeitet, welche werdende und junge Eltern in ihrer Rolle unterstützen können, womit das gesunde Aufwachsen, auch in psychosozialer Hinsicht, von Kindern besser gewährleistet werden kann.

Wie bereits zu Frage 9 ausgeführt, ist die Verabreichung von Psychopharmaka der letzte Schritt in dieser Beratungs- und Therapiekette. Dieser darf aber bei einem

entsprechend gesichertem Bedarf weder verteuert oder verwehrt werden, da er oftmals eine notwendige und hilfreiche Unterstützung für die Lebensbewältigung betroffener Kinder darstellt.

Ebenso muss in der begleitenden Aufklärung das altersgerechte Verständnis hergestellt und eine dem Alter angemessene Selbstbestimmtheit und Partizipation gewährleistet werden.

Eine im beschriebenen Sinn allenfalls notwendige Psychomedikation ist unter dem Aspekt einer seriösen und verantwortlichen ärztlichen Verschreibung und Verabreichung zu sehen. Hierbei wird seitens aller befassten Fachgesellschaften vor einer Schwarzweißzeichnung und einer damit verbundenen hohen Verunsicherung der betroffenen Kinder und Familien gewarnt.

Ich weise nochmals darauf hin, dass die Wahl der Behandlungsmethode nach entsprechender Aufklärung ausschließlich den Patient/inn/en bzw. deren Eltern obliegt. Es bedarf einer empathischen und qualifizierten Beratung und Begleitung, welche alle genannten Optionen umfasst. Hierfür sind eine entsprechend breite Qualifikation und ein interdisziplinäres Management notwendig.

Frage 18:

Ich gehe davon aus, dass die ärztliche Aufklärungspflicht generell die Grundlage der ärztlichen Tätigkeit darstellt, bis hin zu haftungsrechtlichen Konsequenzen im Fall von Verstößen.

Fragen 19 und 20:

Aufklärung über Drogen und Suchterkrankungen ist nach meinem Wissensstand selbstverständlicher Bestandteil schulärztlicher Tätigkeit.

Fragen 21 und 22:

Fragen der richtigen Therapie, wozu auch eine Medikation bei ADHS zählen kann, sind immer Bestandteil der individuellen Beziehung zwischen Patient/inn/en und Ärzt/inn/en.

Frage 23:

Zu dieser Frage ist grundsätzlich festzuhalten, dass eine Anwendung off-label in der Verantwortung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes liegt, wobei spezifische Aufklärungspflichten bestehen, und keineswegs verboten ist. Es liegt daher auch kein Straftatbestand vor.

Frage 24:

Aus dem Zusammenhang der Fragestellung dürften mit den als „nicht zugelassene Medikamente“ bzw. „nicht zugelassene Mittel“ bezeichneten Produkten Methylphenidat- oder Atomoxetin-haltige Arzneispezialitäten gemeint sein.

Derzeit sind in Österreich Methylphenidat-haltige Arzneispezialitäten unter den Markennamen Concerta, Equasym, Medikinet und Ritalin für vier verschiedene Firmen zugelassen. Diese Methylphenidat-haltigen Arzneispezialitäten sind zur Behandlung der ADHS im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren zugelassen, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben. Die Behandlung muss unter Aufsicht einer Spezialistin/eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchgeführt werden.

Die Atomoxetin-haltige Arzneispezialität Strattera ist zugelassen zur Behandlung der ADHS bei Kindern ab 6 Jahren und bei Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Die Behandlung muss von einer Ärztin/einem Arzt begonnen werden, die/der über ein entsprechendes Fachwissen in der Behandlung von ADHS verfügt.

Fach- und Gebrauchsinformation dieser Arzneispezialitäten informieren u.a. darüber, bei welchen vorbestehenden Erkrankungen diese Medikamente nicht angewendet werden dürfen, welche Nebenwirkungen möglich sind und welche besonderen Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung zu beachten sind.

Die Fach- und Gebrauchsinformationen aller Methylphenidat- und Atomoxetin-haltigen Arzneispezialitäten entsprechen dem europäischen Standard.

Fragen 27 und 28:

Hinsichtlich der Tätigkeiten von Jugendämtern ist auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend zu verweisen.

Frage 29:

In diesem Zusammenhang ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Studie der Gesundheit Österreich GmbH zur Versorgung mit Psychotherapie (2010) mit einem Sonderkapitel zum Verbrauch bzw. Ausgaben für Psychopharmaka zu erwähnen, die einen Anstieg der Psychopharmakaverordnungen seit dem Jahr 2003, u.a. in der Gruppe der „Psychostimulanzien“, zeigt. Allerdings ist Österreich im internationalen Vergleich in einer durchaus guten und ausgewogenen Position, die Verschreibungen von Methylphenidat sind im Vergleich zum anglo-amerikanischen Raum sowie zu Deutschland durchaus als moderat zu bezeichnen.

Ich darf hier auf das Projekt e-Medikation verweisen (Elektronische Gesundheitsakte-Gesetz, BGBl. I Nr. 111/2012), das generell zu Fragen von „Überschreibungen“ einen wesentlichen Beitrag im Sinn der Patient/inn/ensicherheit leisten wird.

Fragen 30, 32 bis 34 und 38 bis 40:

Es hat sich gezeigt, dass die multimodale Behandlung (Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik, eventuell Ergotherapie), am effektivsten in der ADHS-Behandlung ist, wobei der psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung ein besonderer Stellenwert zukommt.

Eine Kombination aus familien-, schul-, kindergarten-, kindzentriertem und funktionellem Ansatz (neuropsychologische, verhaltenstherapeutische Interventionen) hat sich bisher als am erfolgreichsten herausgestellt.

Medikamente sind - außer bei krisenhaften Zuspitzungen oder wenn keine positiven Veränderungen durch die Interventionen erzielt wurden - nicht das Mittel der Wahl. Um den vorschnellen Griff zum Medikament aufgrund des Leidensdrucks der Eltern bzw. auch des Kindes abzuwenden, ist es notwendig, dass den Betroffenen Zugang zur klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie ermöglicht wird, ohne dass die Eltern mit enormen Kosten belastet werden, da damit oft ein Abbruch der Behandlung vorprogrammiert ist.

Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass die bereits erwähnte, im Herbst 2011 präsentierte Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit ein umfassendes Maßnahmenpaket umfasst. Insgesamt enthält die Strategie 20 Ziele mit klaren Maßnahmen, die teilweise bereits in Umsetzung sind. Die Kindergesundheitsstrategie enthält mehrere Ziele, die auch für Kinder mit hyperkinetischen Störungen relevant sind:

Das Ziel 15 der Kindergesundheitsstrategie befasst sich mit der Versorgung in ausgewählten Bereichen: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie. Mein Ministerium bekennt sich zur Gewährleistung „einer multidisziplinären Versorgung aller psychisch kranken bzw. stark belasteten Kinder und Jugendlichen unabhängig von sozialem Status durch ein flächendeckendes, abgestuftes und kostenfreies Versorgungsangebot an fachärztlicher, psychologischer sowie psycho- und funktionell-therapeutischer (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie...) Betreuung mit kinder- und jugendspezifischer Ausbildung und Kompetenz“.

Das Ziel 15 sieht folgende konkrete Maßnahmen vor:

- Ausbau der Kapazitäten zur Grundversorgung durch niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte und Sicherstellen der multidisziplinären Vollversorgung gemeinsam mit niedergelassenen Therapeut/inn/en mit kinderspezifischer Ausbildung bzw. in interdisziplinären Ambulatorien (empfohlen).
- Rascher Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgungsstrukturen im Einklang mit den ÖSG-Vorgaben (in Umsetzung).

- Vernetzung und Kooperation aller beteiligten Angebote und Strukturen wie Gesundheitsförderung, Prävention, Krisenbehandlung, Suchtbehandlung, Rehabilitation, Einrichtungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Störungsbildern, Einrichtungen der Jugendwohlfahrt (empfohlen).
- Flächendeckender Ausbau der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Versorgung (empfohlen).

Das Ziel 8 behandelt die gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen, die durch unterschiedliche Maßnahmen gefördert werden soll.

Das Ziel 10 befasst sich mit der Förderung der Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche.

Das Ziel 11 sieht die Verbesserung der Früherkennung und gezielten Förderung bei Kindern und Jugendlichen vor.

Weiters sind hier die im Jahr 2012 in der Bundesgesundheitskommission und im Ministerrat beschlossenen zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich zu nennen. Mit dem Rahmen-Gesundheitsziel Nr. 6 werden die Wichtigkeit der Förderung von Kindergesundheit in Österreich betont und optimale Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche geschaffen, um ein gesundes Aufwachsen bestmöglich gestalten zu können.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) legt im Auftrag meines Ressorts ebenfalls einen Schwerpunkt ihrer Arbeiten auf das Thema Kindergesundheit: die aktuellen Arbeiten dazu betreffen beispielsweise die Bereiche „Frühe Hilfen“ (GÖG 2011), „Entwicklungsverzögerungen“ (GÖG 2012), Evaluierung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung (GÖG 2011), Evaluierung internationaler Konzepte zur integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen (GÖG 2012).

Insbesondere der Bereich Schule ist ein sehr lohnender Lebensraum, um gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu gestalten und Gesundheitskompetenz zu vermitteln. Auch zu diesem Punkt erwarte ich mir von dem gemeinsam getragenen Prozess der Umsetzung der Rahmengesundheitsziele eine substantielle Verbesserung in allen Politikfeldern zum Wohle unserer Kinder und Jugendlichen.

Unabhängig davon, dass für Fragen der Jugendwohlfahrt auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend hinzuweisen ist, ist z.B. auf das qualifizierte Angebot etwa des Vereins ADAPT, Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit ADHS und Teilleistungsschwächen, zu verweisen. Hier findet man Informationen zu Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätsstörungen, Hyperaktivität, Impulsivität, (Un-)Aufmerksamkeit, Teilleistungsschwächen und ähnliches (www.adapt.at).

Frage 31:

Um der multifaktoriellen Entstehung und Kausalität von ADHS sachgerecht begegnen zu können, ist beispielsweise hervorzuheben, dass die „Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit“ gemeinsam mit der „Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde“ für Kinderärztinnen/-ärzte, Schulärztinnen/-ärzte, Amtsärztinnen/-ärzte, etc. schon seit 2011 im Rahmen des Lehrgangs „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“ eine differenzierte Sichtweise des Störungsbildes ADHS einschließlich seiner Ursachen und seines auch lebensgeschichtlichen Verstehens und einer entsprechenden differenzierten Behandlung vermittelt. Eine Ausweitung dieses Lehrgangs auch für andere Berufsgruppen wie Psycholog/inn/en, Psychotherapeut/inn/en, Pädagog/inn/en ist derzeit in Planung.

Frage 35:

Ich gehe davon aus, dass die im Arzneimittelgesetz enthaltenen Regelungen betreffend zulässige Werbung hinreichend sind. Hinsichtlich strafrechtlichen Regelungen betreffend Korruption verweise ich auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Justiz.

Frage 36:

Das Bundesministerium für Gesundheit bezieht keine derartigen „Unterstützungsgelder“.

Frage 37:

Weder die AGES noch die GÖG (einschließlich der Geschäftsbereiche ÖBIG, BIQG und FGÖ) haben seit meinem Amtsantritt „Unterstützungsgelder“ im Sinne der Anfrage bezogen.

