

Stellungnahme zum Regress MPH

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Einspruch gegen den Antrag der Krankenkasse _____ auf Verordnung eines Festsetzungsregresses in Bezug auf die Verschreibung von Methylphenidat bei Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) ein. Nachfolgend möchte ich darlegen, warum die Verordnung von Methylphenidat bei ADS sowohl medizinisch zugelassen, als auch wissenschaftlich fundiert ist.

1. S3-Leitlinie ADHS (AWMF-Registernummer 028-045):

Die aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung von ADHS (https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045I_S3_ADHS_2018-06-abgelaufen.pdf), herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), inkludiert explizit auch das Krankheitsbild der ADS. In der Präambel der Leitlinie heißt es: „Die vorliegende Leitlinie betrifft alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ((gemäß DSM-5: ADHD (314); bzw. gemäß ICD-10: Hyperkinetische Störungen (F90) oder Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS, F98.8)) jeglichen Schweregrads, sowie Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die einen klinisch relevanten Schweregrad der Symptomatik aufweisen, aber die vollen diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, unabhängig von Art und Ausmaß möglicher komorbider Erkrankungen.“

Dies bedeutet, dass die Medikationsempfehlungen der Leitlinie sowohl für ADHS, als auch für die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS) gelten. Somit ist die Verschreibung von Methylphenidat bei ADS durch die Leitlinie gedeckt.

2. Clinical Study Report der Zulassungsstudie von Ritalin (Wirkstoff Methylphenidat):

Im Clinical Study Report der Zulassungsstudie von Ritalin LA bei Kindern und Jugendlichen (CRIT 124 0007, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519708/pdf/Bookshelf_NBK519708.pdf), die die Erstzulassung von Methylphenidat darstellt, wird als Einschlusskriterium genannt: „Meeting the DSM-IV criteria for ADHD of any type, as established by a psychiatric examination and a structured diagnostic interview (DISC-4.0).“ Gemäß den DSM-IV Kriterien umfasst die Diagnose ADHD auch den Subtyp „314.00 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type“.

Dies bedeutet, dass auch Patienten mit ADS (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type) in die Zulassungsstudie eingeschlossen wurden. Somit ist die Wirksamkeit von Methylphenidat auch bei Patienten mit ADS durch die Studienlage belegt.

3. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

In der aktuellen Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung des G-BA (Stand 11.11.2023) sind Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 3 SGB V) beschrieben. In der aktuellen Übersicht wird unter Punkt 44, dritter Spiegelstrich (Seite 21), explizit festgehalten, dass der Versorgungsausschluss für Stimulanzien ausgenommen ist bei der Behandlung von ADS und ADHS (vgl. https://www.g-ba.de/downloads/83-691-855/AM-RL-III-Verordnungs-einschraenkungen_2023-11-11.pdf). Dies bedeutet, dass die Verschreibung von Methylphenidat bei ADS nicht ausgeschlossen ist und somit als korrekt betrachtet werden kann.

Zusammenfassend belegen sowohl die Leitlinienempfehlungen, die Zulassungsstudie als auch die Regelungen der Arzneimittelrichtlinie AM-RL-III des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass die Verordnung von Methylphenidat bei ADS medizinisch zugelassen, korrekt und wissenschaftlich fundiert ist. Ich bitte Sie daher, den Antrag der obiggenannter Krankenkasse auf Festsetzungsregress abzulehnen und die Verschreibung von Methylphenidat bei meinen Patienten mit ADS weiterhin zu ermöglichen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum _____

Anlage: Screenshot aus den Patientenakten mit der Diagnosebestätigung Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS).