

Aktuelle Daten zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Deutschland

Administrative Prävalenz, beteiligte Arztgruppen und Arzneimitteltherapie

Michael Schlander

Institute for Innovation & Valuation in Health Care, Eschborn
(Vorsitzender: Prof. Dr. med. M. Schlander)

Anhand einer retrospektiven Datenbankanalyse in der südwestdeutschen Region Nordbaden für das Jahr 2003 skizzieren wir aktuelle Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose einer ADHS respektive einer Hyperkinetischen Störung (HKS; ICD-10-Codes F90.0 und/oder F90.1). Insgesamt wurden 11 245 Fälle mit einem Lebensalter unter 20 Jahren identifiziert, entsprechend 2,4 % der gleichaltrigen Bevölkerung in Nordbaden mit 467 996 GKV-Versicherten. Dabei war die administrative 12-Monats-Prävalenz mit 5 % am höchsten in der Gruppe der 7- bis 12-jährigen (7,2 % der Jungen und 2,7 % der Mädchen). Bei 30 % der Patienten (31% der Jungen und 26% der Mädchen) wurde gleichzeitig eine Störung des Sozialverhaltens berichtet. Die Mehrzahl der Diagnosen wurde von Kinderärzten gestellt. Weniger als 15 % der Patienten befanden sich in der kontinuierlichen Betreuung eines Fachspezialisten. 35 % der 7- bis 12-jährigen Kinder und 46 % der 13- bis 19-jährigen Jugendlichen mit einer F90-Diagnose erhielten eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat. Die vorliegende Analyse liefert keinen Hinweis auf eine Überversorgung mit Methylphenidat. Dagegen bietet die auffallend niedrige Beteiligung spezialisierter Ärzte Anlass, Fragen zur optimalen medizinischen Betreuung der von ADHS betroffenen Patienten aufzuwerfen.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gilt als das am häufigsten auftretende Verhaltensproblem bei Kindern und Jugendlichen; von ihr ist durchschnittlich eines von zwanzig Kindern betroffen (5). Anders als in den Vereinigten Staaten, wo die Mehrzahl der vorliegenden epidemiologischen und klinischen Studien zur ADHS durchgeführt worden ist und die Definition des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; 1) verwendet wird, wird die ADHS in Europa in der Regel als Hyperkinetische Störung (HKS) nach ICD-10 klassifiziert, was wegen der strengeren Kriterien eine geringere Prävalenzrate um ca. 1,5 % erwarten lässt (16, 17).

Steigende Diagnose- und Behandlungsraten haben in Deutschland ebenso wie in anderen Ländern zu zahlreichen Fragen Anlass gegeben. Sie reichen von der Validität der Diagnose an sich über die Qualität der Diagnostik bis hin zur Möglichkeit der Überversorgung von Kindern mit psychotropen Medikamenten (3, 4, 6, 7).

Das Nordbaden-Projekt

Vor diesem Hintergrund initiierten wir das Nordbaden-Projekt, dessen Kern im Aufbau einer administrativen Datenbank besteht, welche die primär vertragsarztbezogen strukturierten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für die Region Nordbaden mit mehr als 2,2 Millionen GKV-Versicherten und die regionalen Verwaltungsdaten der Mitgliedskrankenkassen des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen (vdak/AEV) nach Pseudonymisierung versichertenbezogen integriert und somit den Fragestellungen der Versorgungsforschung zugänglich macht (10, 11). Während die verfügbaren soziodemografischen Daten der GKV-Versicherten mit einem Anteil von 82 % an der regionalen Bevölkerung im Vergleich zu 86 % im bundesdeutschen Durchschnitt keine nennenswerten Besonderheiten zeigten, lag die Arztdichte in Nordbaden mit 219 im Vergleich zu 181 Kassenärzten je 100 000 Versicherten etwas höher als im Bundesgebiet. Diese Relationen trafen gleichermaßen auf die Dichte von praktischen Ärzten, hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten zu. Eine auffällige Besonderheit lag dagegen in der hohen Zahl der in Nordbaden praktizierenden Kinder- und Jugendpsychiater (1,3 je 100 000 Versicherte im Vergleich zu 0,7 je 100 000 Versicherte im bundesdeutschen Durchschnitt).

Administrative Prävalenz der ADHS in Nordbaden

Insgesamt wurden für das Jahr 2003 in Nordbaden 11 245 Patienten in einem Lebensalter unter 20 Jahren mit der Diagnose einer HKS (F90.0 und/oder F90.1 nach ICD-10) identifiziert (Tab. 1). Das entspricht für die untersuchte Altersgruppe der insgesamt 467 966 unter 20-jährigen GKV-Versicherten in Nordbaden einer Prävalenzrate von 2,4 %. Die alters-

und geschlechtsspezifische Häufigkeit (Abb. 1) entsprach dem aufgrund epidemiologischer Studien (für eine Übersicht vgl. 5) für ADHS erwarteten Verteilungsmuster und überstieg die für HKS zu erwartende Häufigkeit deutlich. In einer daraufhin durchgeführten ad-hoc-Befragung von sechs Kinderärzten, bestätigten diese einhellig, in der Praxis die Diagnosekriterien streng nach DSM-IV anzuwenden. Dem zufolge ist die Kodierung als HKS nach ICD-10 als eine Konsequenz des Abrechnungssystems und nicht etwa als eine Abbildung der Versorgungsrealität zu interpretieren, sodass von hier an von ADHS anstelle von HKS die Rede sein wird. Das gleichzeitige Vorliegen von Störungen des Sozialverhaltens – für die Datenbankanalyse operationalisiert als mindestens einmaliges Vorkommen der Diagnose F90.1 oder F91 bei für den selben Patienten im Jahr 2003 berichteter F90.0-Diagnose – folgte einem charakteristischen alters- und geschlechtsspezifischen Muster mit einer Häufung sowohl bei männlichen Patienten als auch während der Pubertät bzw. Adoleszenz (Tab. 2).

An der Versorgung der ADHS-Patienten beteiligte Arztgruppen

Die Analyse der an der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose beteiligten Arztgruppen ergab für die 0- bis 6-Jährigen eine überragende Rolle der Kinderärzte, welche 69 % dieser Patienten betreuten. Im Vergleich dazu wurden 15 % von Kinder- und Jugendpsychiatern gesehen. In den höheren Altersgruppen verschob sich dieses Verhältnis zugunsten der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche 32 % der 7- bis 12-Jährigen und 34 % der 13- bis 19-Jährigen mit

Tab. 1 Prävalenz der ADHS in Nordbaden (2003)

Altersgruppe [Jahre]	gesamt		weiblich		männlich	
	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]
0–6	1,26	1 893	0,77	562	1,72	1 331
7–12	4,97	7 046	2,65	1 826	7,16	5 220
13–19	1,31	2 306	0,60	515	1,99	1 791

Tab. 2 Störungen des Sozialverhaltens bei ADHS in Nordbaden (2003)

Altersgruppe [Jahre]	gesamt [%]	weiblich [%]	männlich [%]
0–6	24	22	24
7–12	29	25	30
13–19	38	33	39
gesamt	30	26	31

Definition: Anzahl [HKCD]/(Anzahl [HKS] + Anzahl [HKCD])

HKS: Hyperkinetische Störung; HKCD: Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens („hyperkinetic disorder with conduct disorder“)

einer ADHS-Diagnose sahen. Im Vergleich hierzu wurden in der Altersklasse der 7- bis 12-Jährigen nur noch 50 % und in der Gruppe der 13- bis 19-Jährigen nur noch 34 % von Kinderärzten betreut. Fasst man die Definition eines Spezialisten etwas weiter und schließt neben Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie – inklusive der zur ambulanten Versorgung ermächtigten Ärzte an stationären Einrichtungen – auch Ärzte für Neurologie, Psychiatrie und Nervenärzte in diese Gruppe mit ein, so ergibt sich ein nur geringfügig höherer Anteil dieser Gruppe an der Versorgung, d. h. 18 % bei den 0- bis 6-Jährigen, 40 % bei den 7- bis 12-Jährigen, 41 % bei den 13- bis 19-Jährigen. Andere Arztgruppen – mit Ausnahme der praktischen Ärzte

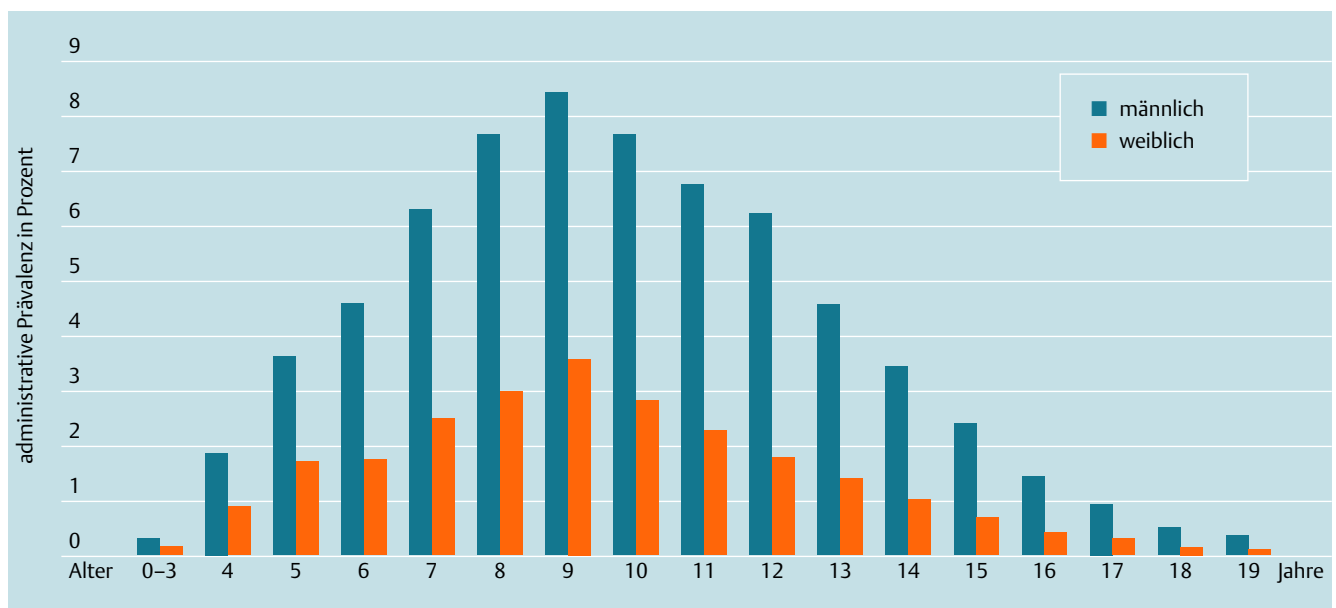


Abb. 1 Prävalenz der ADHS in Nordbaden (2003)

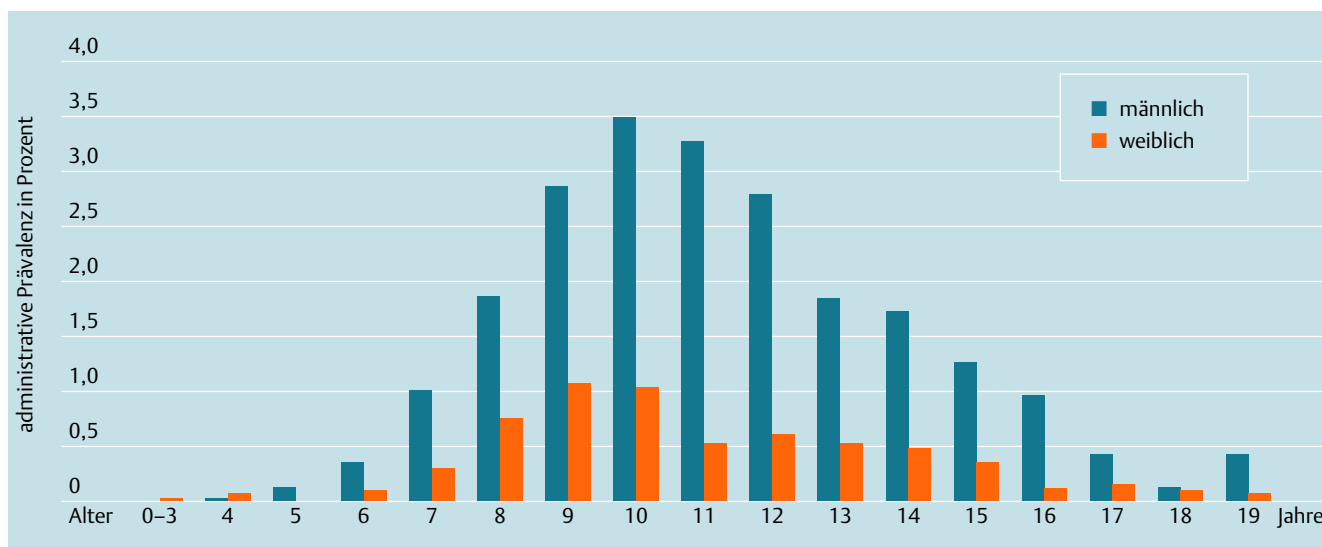


Abb. 2 Methylphenidat – Behandlungsprävalenz in Nordbaden (2003)

und der hausärztlich tätigen Internisten, welche insgesamt 22 % der Patienten sahen – sowie die Gruppe der Psychotherapeuten spielten demgegenüber keine nennenswerte Rolle in der Betreuung der ADHS-Patienten. Sie sahen zusammen nur etwa 11 % der Kinder- und Jugendlichen¹.

Geht man weiter davon aus, dass eine Therapie durch einen Spezialisten oder unter der kontinuierlichen Supervision eines Spezialisten eine Mindestzahl von vier abgerechneten Kontakten pro Kalenderjahr voraussetzt, so lässt sich aus den vorliegenden Daten ableiten, dass dies – und zwar in allen untersuchten Altersgruppen – nur für weniger als 15 % der Fälle in Nordbaden zutraf.

Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich in der außergewöhnlich ausgeprägten Konzentration der Versorgung bei wenigen Ärzten in den jeweiligen Gruppen. So behandelten 25 (50 %) der Kinderärzte 79 (94 %) aller von Kinderärzten gesehenen ADHS-Patienten, wobei die Top-5 % durchschnittlich Leistungen für mehr als 200 Patienten im Kalenderjahr abrechneten.

Selbst in der Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater betreuten 40 % der Ärzte 86 % aller von dieser Arztgruppe gesehenen Patienten – bei einer durchschnittlichen ADHS-Fallzahl von 247 je Arzt – während 20 % dieser Ärzte keine einzige ADHS-Diagnose berichteten. In der Gruppe der Kardiologen wäre es demgegenüber kaum vorstellbar, dass ein vergleichbarer Anteil keinen einzigen Patienten mit der Diagnose einer arteriellen Hypertonie sähe!

Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass diese Daten nicht nur eine hohe Spezialisierung innerhalb der einzelnen Arztgruppen, wie z. B. der Pädiater, reflektieren, sondern darüber hinaus Ausdruck der fortbestehenden kontroversen Auffassungen zur Diagnose einer ADHS sein könnten.

Therapie mit Methylphenidat

Angesichts der stark ansteigenden Methylphenidat-Verordnungen in den vergangenen Jahren (10, 15) galt im Nordbaden-Projekt das besondere Interesse deren genauer Analyse. Diese ergab für die Altersgruppe der 7- bis 12-jährigen GKV-Versicherten eine Behandlungsprävalenz² von 1,7 % bzw. 0,6 % für die Gruppe der 13- bis 19-Jährigen. Das genaue alters- und geschlechtsspezifische Muster in Nordbaden im Jahr 2003 zeigt Abb. 2. Es reflektiert – mit einer nur geringen zeitlichen Verschiebung um ein Jahr – die entsprechende Verteilung der Diagnosehäufigkeit. Auffallend ist, dass leitlinienkonform nur sehr wenige Kinder im Alter unter 6 Jahren eine medikamentöse Therapie erhielten. Bezieht man diese Verordnungshäufigkeit nicht auf die Grundgesamtheit der Versicherten, sondern lediglich auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose, dann zeigt sich, dass 32 % (4 % der 0- bis 6-Jährigen, 35 % der 7- bis 12-Jährigen und 46 % der 13- bis 19-Jährigen) Methylphenidat erhielten. Männliche Patienten erhielten etwas häufiger Methylphenidat (nach o.g. Altersgruppen: 5 %; 37 %; 48 %) als weibliche und Jugendliche mit ADHS (nach o.g. Altersgruppen: 4 %; 29 %; 39 %). Der höchste Anteil medikamentös behandelter Patienten fand sich mit immerhin 56 % in der Teilgruppe männlicher Jugendlicher (13- bis 19-Jährige) mit ADHS und gleichzeitig bestehenden Störungen des Sozialverhaltens. Angesichts des langjährigen Verordnungstrends erscheint es wenig überraschend, dass die in Nordbaden im Jahr 2003 gefundenen Behandlungspävalenzen die höchsten bisher in Deutschland berichteten Raten darstellen. Sie liefern in dessen keine Anhaltspunkte für eine Überversorgung. Vielmehr zeigen weitergehende Auswertungen, dass die Mehrzahl der Patienten nur für

¹ Die Summe der Patienten beträgt mehr als 100 %, da für zahlreiche Patienten von mehr als einer Arztgruppe bezüglich einer ADHS-Diagnose abgerechnet wurde.

² Bezogen auf Methylphenidat; andere Präparate spielten im Jahr 2003 keine nennenswerte Rolle, insbesondere, da Atomoxetin noch nicht verfügbar war.

einen relativ kurzen Zeitraum von weniger als drei Monaten Methylphenidat erhielt (13).

Zusammenfassende Überlegungen

Die vorliegenden Daten geben Anlass zu einigem Nachdenken. Zunächst müssen die Limitationen administrativer Datenbankanalysen berücksichtigt werden. Sie bieten regelmäßig keine Informationen über die Exaktheit der Abrechnungsdaten. Immerhin erscheint es angesichts des deutschen Vergütungssystems unwahrscheinlich, dass tatsächlich gestellte Diagnosen in einem nennenswerten Umfang nicht berichtet worden sein könnten. Darüber hinaus muss vor einer vorschnellen Extrapolation regionaler Versorgungsdaten auf das gesamte Bundesgebiet gewarnt werden, da eine regionale Varianz auch für ADHS beschrieben worden ist (2, 9). Aus Deutschland liegen entsprechende Daten jedoch nur für die Verordnungen von Methylphenidat vor, denen zufolge im Jahr 2001 diese in Nordbaden um etwa 20 % über dem bundesdeutschen Durchschnitt lagen (14).

Andererseits bieten Analysen administrativer Datenbanken den einzigartigen Vorzug, dass sie – anders als klinische und epidemiologische Studien – die tatsächliche Versorgungsrealität unter Routinebedingungen abzubilden vermögen. Insbesondere halten wir die in Nordbaden beobachtete geringe Beteiligung von Spezialisten an der Betreuung von Patienten mit einer ADHS-Diagnose für aussagekräftig, nachdem die regionale Versorgungsdichte mit Kinder- und Jugendpsychiatern dort nahezu doppelt so hoch ist wie im gesamten Bundesgebiet. Die denkbaren Implikationen für eine hochwertige medizinische Versorgung liegen auf der Hand: Sie reichen von einer – angesichts der differenzialdiagnostischen Komplexität der ADHS (8) sinnvoll erscheinenden – intensivierten Qualifizierung von Nichtspezialisten bis zu einer verstärkten Kooperation der verschiedenen Arztgruppen, beispielsweise im Rahmen integrierter Behandlungskonzepte.

Schließlich bieten die vorliegenden Methylphenidat-Verordnungsanalysen keinen Hinweis auf eine Überversorgung im Jahr 2003. Angesichts der seither weiter zunehmenden Verordnungshäufigkeit halten wir gleichwohl eine genaue Beobachtung der Entwicklung für geboten. Eine entschlossene Stärkung der Versorgungsforschung in Deutschland wäre daher in hohem Maße wünschenswert.

Literatur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
- 2 Brownell MD, Yogendran MS. Can J Psychiatry 2001; 46 (3): 264–272

Actual data on health care provision for children and adolescents with ADHD in Germany – administrative prevalence, involved groups of physicians and medical therapies

Here we report recent insights on health care provision for children and adolescents with a diagnosis of ADHD or hyperkinetic disorder (HKD, ICD-10 codes F90.0 and/or F90.1) based upon a retrospective claims database analysis in the region of Nordbaden, Germany, for 2003. A total of 11,245 subjects below the age 20 years with a diagnosis of HKD/HKCD were identified, corresponding to an overall 12-months prevalence rate of 2,4 %. Prevalence was highest among children age 7–12 years (5,0 %; 7,2 % boys vs. 2,7 % girls). 30 % of patients (31 % boys vs. 26 % girls) had a concomitant diagnosis of conduct disorder. Most diagnoses were reported by pediatricians; and less than 15% of patients were treated by or under continuous supervision of a specialized physician. Among those with a diagnosis of HKD, 35 % of children between 7 and 12 years and 46 % of adolescents between 13 and 19 years were treated with methylphenidate. The present data do not support the hypothesis of methylphenidate overuse. However, they may raise questions concerning potential implications of the low involvement of specialists in health care provision for patients with a diagnosis of ADHD.

Key words

Methylphenidate – treatment – overuse – prevalence – conduct disorder – ADHD

- 3 Buitelaar JK, Rothenberger A. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 Suppl 1: 1–6
- 4 DeGrandpre RJ. Ritalin nation: rapid-fire-culture and the transformation of human consciousness. New York: Norton, 2000
- 5 Faraone SV et al. World Psychiatry 2003; 2 (2): 104–113
- 6 Kelleher KJ et al. Pediatrics 200; 105 (6): 1313–1321
- 7 Köster I et al. Zeitschrift fuer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2004; 32: 157–166
- 8 Rappley MD. Attention deficit-hyperactivity disorder. N Eng J Med 2005; 352 (2): 165–173
- 9 Scahill L, Schwab-Stone M. Child Adolesc Psychiatry Clin N Ame 2000; 9 (3): 541–555
- 10 Schlander M. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2007, in press
- 11 Schlander M, Schwarz O. J Ment Health Policy Econ 2007; 10 (Suppl 1): S36–S37
- 12 Schlander M et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2007, epub ahead of print: DOI 10.1007/s00787-007-0615-2, 1–10
- 13 Schlander M et al. Value in Health 2006; 9 (6) A191–A192
- 14 Schubert I et al. Methylphenidat-Verordnungsanalyse auf der Basis von GKV-Daten, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO; Hrsg.), Bonn 2002
- 15 Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungs-Report 2006. Heidelberg: Springer Verlag 2006
- 16 Taylor E et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 (Suppl 1): 7–30
- 17 World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10). Genève: The World Health Organization, 1992



Korrespondenz

Prof. Dr. med. Michael Schlander, M.B.A.
Institute for Innovation & Valuation in Health Care
Rathausplatz 12–14
65760 Eschborn
michael.schlander
@innoval-hc.com
www.innoval-hc.com

Danksagung

Die hier vorgestellten Untersuchungen wären nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung zahlreicher Projektpartner, darunter Oliver Schwarz an unserem Institut; Götz-Erik Trott, Aschaffenburg; Norbert Bonauer und Michael Viapiano, Karlsruhe; sowie Walter Scheller, Gerd Nieth und Achim Hoffmann-Goldmayer, Stuttgart.