INSIGHT Health-Analyse zeigt ADHS-Versorgung mit regionalen Besonderheiten

Hyperaktives Unterfranken?

Wie eine aktuelle Analyse des Informationsdienstleisters INSIGHT Health zeigt, gibt es regionale Unterschiede in der medikamentösen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS. Die ADHS-Hochburg nach Tagestherapiedosen (DDD) pro Kopf ist Unterfranken.

>> ADHS gilt als eine der häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters. Charakteristisch für das Krankheitsbild ist ein ausgeprägt unaufmerksames und impulsives Verhalten, vor allem in Gruppensituationen, gepaart mit Unruhe und einem übermäßigen Bewegungsdrang. Kinder, die unter dieser Störung leiden, können sich nicht richtig konzentrieren und sind mitunter demotiviert oder auch aggressiv. Oftmals sind Konflikte in Familie, Schule und Ausbildung die Folge. Die Erkrankung ist damit häufig nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Umfeld belastend.

Das Robert Koch-Institut spricht davon, dass bei etwa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen bereits ADHS diagnostiziert wurde. Bei weiteren fünf Prozent liegen Hinweise auf eine Störung vor, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen. Ebenso nimmt die Häufigkeit der Erkrankung mit sinkendem Sozialstatus zu. Die ersten Symptome treten in der Regel bei Kindern oft schon im Säuglingsalter auf. Bei bis zu der Hälfte der Personen mit der Diagnose ADHS bleiben die Symptome im Erwachsenenalter bestehen (RKI, 2008).

Änderungen in der ADHS-Diagnostik ergeben sich aus der im Mai 2013 erschienenen Neufassung des DSM-V. Es ist die fünfte Auflage des von der American Psychiatric Association herausgegebenen Klassifikationssystems „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, welches eine zentrale Grundlage zur Klassifikation psychischer Erkrankungen bildet. Zur Diagnosestellung ADHS ist es in Zukunft ausreichend, dass die Symptome bis zum zwölften Lebensjahr das erste Mal auftreten. Im DSM-IV musste dies bereits bis zum siebten Geburtstag erfolgt sein.

Auch wird im DSM-V erstmalig der Tatsache Rechnung getragen, dass ADHS nicht ausschließlich eine Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen ist, sondern auch Erwachsene darunter leiden. ADHS ist demnach eine bei Erwachsenen anerkannte Störung.

„Generation ADHS“?

Das Thema ADHS ist seit längerem verstärkt in der Diskussion und verliert nicht an Aktualität, wie beispielsweise der im Januar publizierte Arztreport 2013 der Barmer GEK belegt. Dort ist u. a. davon die Rede, dass in Deutschland eine „Generation ADHS“ heranwächst. In Zahlen ausgedrückt konstatiert die Barmer GEK, dass unter Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre die Zahl diagnostizierter ADHS zwischen 2006 und 2011 von 2,92 auf 4,14 Prozent geklettert sei. Auch berichtet die Barmer GEK von einer Versorgungsdichte für das Jahr 2011 von rund 862 Tagesdosen je 1.000 Personen über alle Altersgruppen (2009 sowie 2010: 893). Ebenso weist der Report regionale Versorgungsschwerpunkte aus (Dr. Schlenker: „Würzburg ist ADHS-Welthauptstadt“, außerdem zählen 6 der 13 Kreise mit den bundesweit höchsten Diagnoseraten zu Unterfranken).

Die vorliegende Untersuchung greift die Analyse der Barmer GEK zu regionalen Besonderheiten in der Arzneimittelversorgung bei ADHS auf. Die Datengrundlage der Analyse von INSIGHT Health bildet eine nahezu Vollerhebung der im Zeitraum 2010 bis Juni 2013 über Apothekenrechenzentren abgerechneten GKV-Rezepte.

Die Daten liegen im Unterschied zur Studie der Barmer GEK für alle gesetzlichen Krankenkassen vor. Ein wesentlicher Erkenntnisbeitrag liegt demnach in der Verwendung eines repräsentativen, krankenkassenübergreifenden Datensatzes. Es liegen zudem hochaktuelle Daten vor, so dass bereits Aussagen für den Zeitraum bis Juni 2013 getroffen werden können. Somit ist ein nahezu direktes Abbild der aktuellen Versorgungsrealität im ambulanten Bereich der GKV möglich. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass die regionale Zuordnung nicht über den Wohnort des Patienten, sondern den Ort der abgebenden Apotheke erfolgt.

Wie die aktuelle Analyse von INSIGHT Health zeigt, wurden im Zeitraum Juli 2012 bis Juni 2013 rund 870 definierte Tagestherapiedosen (DDD) an ADHS-Medikamenten je 1.000 Versicherte über die GKV abgerechnet. Dies entspricht über 60 Mio. DDD bzw. 2 Mio. Packungen zu einem Ausgabenvolumen in Höhe von rund 100 Mio. Euro nach Apothekenverkaufspreisen (ohne Berücksichtigung von Herstellerabschlägen, Rabatten und Zuzahlungen). Die aktuell ermittelten Verbrauchswerte liegen damit im Bereich der Vorjahreswerte. Somit kann für den Zeitraum von 2010 bis Juni 2013 kein (weiterer) Anstieg der Versorgungsintensität bezogen auf die ambulant-medikamentöse ADHS-Therapie konstatiert werden (vgl. Abb. 1).

Im Zeitraum 2003 bis 2008 ist der Apothekeneinkauf von ADHS-Tabletten und -Kapseln jährlich um durchschnittlich 12,4 Prozent gestiegen, im Zeitraum 2008 bis 2010 um jährlich 2,2 Prozent. Seitdem stagniert die Zahl (Quelle: NPI, INSIGHT Health).

Aktuell werden drei Wirkstoffe zur Therapie von ADHS eingesetzt. Neben den etablierten Wirkstoffen Methylphenidat (u. a. bekannt als „Ritalin“) und Atomoxetin („Strattera“) ist in dieser Analyse auch schon der jüngst im Juni 2013 eingeführte Wirkstoff Lisdexamfetamin („Elvanse“) berücksichtigt.

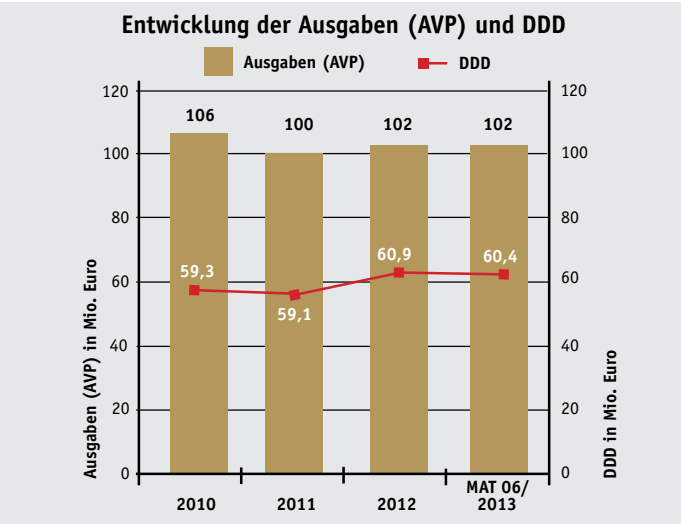


Abb. 1: Entwicklung der Ausgaben (AVP) und DDD für ADHS-Arzneimittel im Zeitraum 2010 bis 06/2013; Quelle: regioMA (INSIGHT Health).

Weiterführende Analysen zeigen, dass die Methylphenidat-Verordnungen im Kalenderjahr 2012 zugelegt haben. Dieser Anstieg ist allerdings ausschließlich auf das Mitte 2011 neu zugelassene Methylphenidat-haltige Medikament zur Behandlung Erwachsener (Medikinet adult) zurückzuführen. Bei den anderen Methylphenidat-Produkten ist ein Rückgang zu beobachten.

Unterfranken: die ADHS-Hochburg

Hinsichtlich der Versorgung mit ADHS-Präparaten zeigen sich deutliche regionale Schwerpunkte (vgl. Abb. 2). Die Analyse zielt auf die Darstellung der Versorgung der unter 20-jährigen GKV-Versicherten ab. Deshalb wurde das Produkt zur alleinigen Behandlung Erwachsener ausgeschlossen.

Wie sich zeigt, ist Unterfranken der KV-Bezirk mit der höchsten medikamentösen Versorgungsdichte bei ADHS. Hier entfallen auf einen unter 20-jährigen GKV-Versicherten ca. 10 Tagesdosen an Methylphenidat, Atomoxetin bzw. Lisdexamfetamin, was der mit Abstand höchste Wert aller Regionen ist. Weitere Regionen mit hoher Versorgungsintensität sind die KV-Bezirke Aachen (ca. 8 DDD), Oberfranken (7), Linker Niederrhein (7), Lüneburg (7) und Rheinhessen (6). Die geringste Versorgungsdichte kann im KV-Bezirk Darmstadt allokiert werden (2), gefolgt von den Bezirken Frankfurt am Main (2), München (3) und Reutlingen (3).

Die in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Regionen mit über- bzw. unterdurchschnittlicher Versorgungsintensität decken sich auch weitgehend mit den Ergebnissen der Barmer GEK. Dies trifft bspw. im Falle von Unterfranken und Darmstadt zu, also den KV-Bezirken mit dem höchsten und dem niedrigsten Pro-Kopf-Wert. Interessanterweise grenzen diese beiden Regionen direkt aneinander. Eventuell spielen Patientenwanderungen über die KV-Regions- und -Bezirksgrenzen hinweg in diesem Kontext eine Rolle.

Die möglichen Gründe für die überdurchschnittliche Versorgungsdichte in Unterfranken sind vielschichtig und auch schon breit in der Öffentlichkeit diskutiert. So könnten die hohen Zahlen darauf zurückzuführen sein, dass Würzburg als Zentrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt. Das Institut „Nervenkliniken - Klinik, Poliklinik und Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“, welches zum Universitätsklinikum Würzburg gehört, ist bekannt für seine ADHS-Forschung. Dort werden schon seit den 90er Jahren vor allem Kinder mit Methylphenidat medikamentös behandelt (vgl. z. B. Spiegel-Beitrag vom 24.6.2013). Experten sind trotz der vergleichsweise höheren Zahlen nicht beunruhigt, da u. a. die Diagnosezahlen insgesamt ansteigen und damit kontinuierlich eine vermutlich bestehende diagnostische Lücke geschlossen würde (vgl. z. B. SZ vom 2.2.2013). Ebenso sei erwähnt, dass ADHS bis 2011 im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) geführt wurde, weshalb Ärzte und Krankenkassen möglicherweise in den letzten Jahren vermehrt auf die Diagnosestellung geachtet haben.

Fazit und Ausblick

Es kann abschließend festgehalten werden, dass sich über die gesamte GKV regionale Schwerpunkte der ambulant-medikamentösen ADHS-Therapie identifizieren lassen. Diese decken sich weitgehend mit den im Ärztereport 2013 veröffentlichten Ergebnissen der Barmer GEK.

Rückblickend kann für die letzten drei Jahre weder eine deutliche Ausdehnung der medikamentösen ADHS-Therapie noch ein restriktiveres Verordnungsverhalten der Ärzte konstatiert werden. Eine mögliche Interpretation wäre, dass die anhaltende öffentliche Diskussion um das Thema ADHS zumindest zu einer Stagnation der Verordnungen geführt

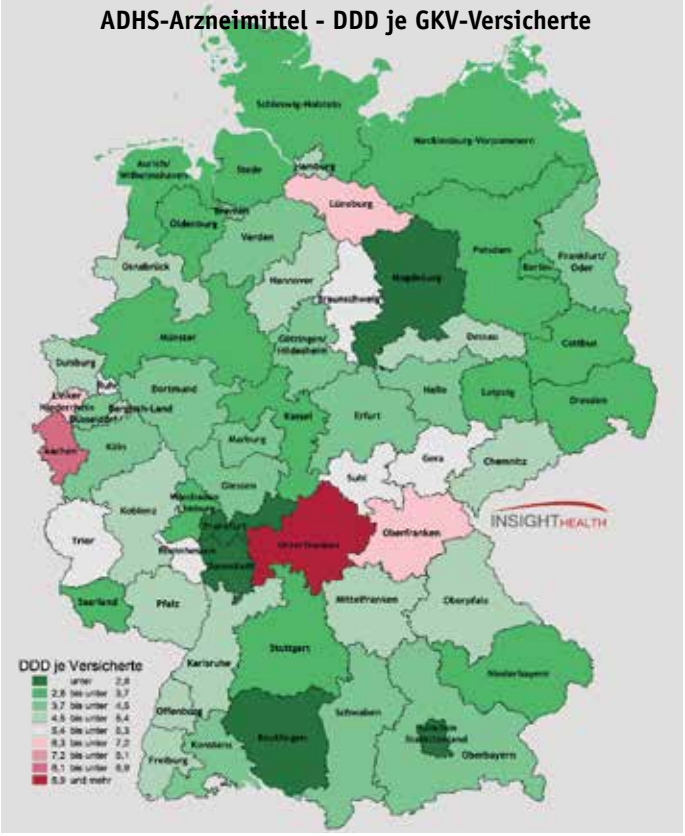


Abb. 2: ADHS-Arzneimittel - DDD je GKV-Versicherte unter 20 Jahre im Zeitraum MAT 06/2013 (Juli 2012 bis Juni 2013) nach KV-Bezirken; Quellen: regioMA (Insight Health), GKV-Versichertenstatistiken (INSIGHT Health).

hat. Eine weitere, dass die zuvor bestehende Versorgungslücke nun seit drei Jahren gefüllt ist. Derartige Schlussfolgerungen ohne die eingehende Betrachtung weiterer Faktoren können allerdings nur mit großer Vorsicht gezogen werden.

Spannend in diesem Kontext ist zudem die Frage, ob die Änderungen in der Diagnoserichtlinie DSM-V zu Änderungen im Verordnungsverhalten führen werden. So scheint auf Basis der vorliegenden Daten die gesteigerte Verordnungspraxis an Erwachsene, die bis April 2011 nur off-label therapiert wurden, eine mögliche Folge zu sein.

Eine weitere Forschungsfrage ist die nach der Entwicklung des Alters der Erstmedikation. Laut Leitlinie soll die Arzneimitteltherapie sowohl im Falle von Methylphenidat als auch von Atomoxetin nicht vor dem siebten Lebensjahr begonnen werden. Zumindest einige der unter 6-Jährigen erhalten dennoch nach den anonymisierten Patientendaten von INSIGHT Health ein ADHS-Präparat.

Interessant wären zudem Therapieverlaufsanalysen, bei denen sowohl Therapieumstellungen als auch die Therapiedauer in Abhängigkeit von den Wirkstoffen Methylphenidat und Atomoxetin untersucht werden könnten. Hieraus ließen sich gegebenenfalls Hinweise zur relativen Vorteilhaftigkeit eines Therapieansatzes in der Versorgungspraxis ableiten.

Eine weitere Unbekannte ist die Entwicklung des im Juni 2013 neu zugelassenen Wirkstoffes Lisdexamfetamin. Nach der Nutzenbewertung durch das IQWiG, die Ende August erfolgt ist, ergibt sich kein Beleg für einen Zusatznutzen im Vergleich zu Atomoxetin. Hauptkritikpunkt hierbei war die fehlende Einbindung in den Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, die in der Regel psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen umfasst (vgl. IQWiG-Berichte Nr. 186 „Lisdexamfetamindimesilat – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V“, Stand: 29.08.2013). Es wird interessant zu beobachten sein, ob sich das Verordnungsverhalten auf Basis dieses Bewertungsergebnisses (die Zusatznutzenbewertung seitens des G-BA steht noch aus) ändern wird. <<

Autoren/Kontakt:
Christian Bensing/Dr. André Kleinfeld*
unter Mitarbeit von Mareen Hirsch und Konstantin Knull

* INSIGHT Health, Versorgungsanalysen & Market Access, vf@insight.health.de / Literatur bei den Verfassern