



Versorgungsatlas: ADHS bei Kindern und Jugendlichen - kein weiterer Anstieg, aber erhebliche regionale Unterschiede

Eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten in Deutschland

Manas K. Akmatov, Jakob Holstiege, Ramona Hering, Mandy Schulz, Annika Steffen, Jörg Bätzing
DOI: 10.20364/VA-18.02

Korrespondierender Autor: Dr. Manas K. Akmatov
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
Salzufer 8 - 10587 Berlin - Tel. (030) 4005-2414 - E-Mail: makmatov@zi.de

Was ist ADHS und welche Ursachen hat ADHS?

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Hauptsymptome der ADHS sind eine Störung der Aufmerksamkeit, unruhiges Verhalten und Impulsivität. Die Erkrankung zeichnet sich durch einen frühen Beginn aus, in der Regel ab dem fünften Lebensjahr.

Die Ursachen von ADHS sind noch nicht ganz aufgeklärt. Bei Jungen wird deutlich häufiger ADHS diagnostiziert als bei Mädchen. Man vermutet ein Zusammenspiel von verschiedenen genetischen und Umweltfaktoren, wobei genetische Faktoren eine größere Rolle in der Entstehung von ADHS spielen.

Zu den bekannten Umweltfaktoren zählen Stress, Rauchen oder Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Bestimmte Toxine wie Blei oder polychlorierte Biphenyle können ebenfalls zur ADHS führen.

Wie entwickelte sich die Häufigkeit von ADHS über die letzten Jahre?

In den letzten zehn Jahren wurden in Deutschland mehrere Studien zur Häufigkeit von ADHS durchgeführt. Diese Studien arbeiten mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen und weisen teilweise ausgeprägte Abweichungen voneinander auf. Als Folge variierte die Häufigkeit erheblich, und zwar zwischen 2,5 und 6,1 %. Die Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Studien

aus verschiedenen Ländern berichten über eine zunehmende Tendenz in den letzten Jahren, andere hingegen zeigen keinen Anstieg.

Der Versorgungsatlas des Zi hat sich im aktuellen Bericht mit den folgenden Fragen beschäftigt:

1. Wie entwickelte sich die Diagnosehäufigkeit in den Jahren 2009 bis 2016?
2. Wie unterscheidet sich die Diagnosehäufigkeit zwischen den Kreisen?
3. Welche Faktoren auf Patienten- und Kreisebene begünstigen eine ADHS-Diagnose?

Datengrundlage für die Auswertung bildeten die bundesweiten, vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2016. Die untersuchten Daten umfassen alle

gesetzlich krankenversicherten Patienten, die im Untersuchungszeitraum mindestens einen Arztkontakt hatten und repräsentieren somit etwa 85 % der Bundesbevölkerung.

Wie entwickelte sich die ADHS-Diagnosehäufigkeit in den Jahren 2009 bis 2016?

Im Jahr 2016 wurden insgesamt knapp 260.000 Kinder und Jugendliche mit ADHS diagnostiziert. Das entsprach einer Diagnosehäufigkeit von 4,3 %. Von denen waren etwa 196.000 Jungen (6,4 %) und etwa 64.000 Mädchen (2,2 %). In den Jahren 2009 bis 2016 war kein Anstieg der ADHS-Häufigkeit zu verzeichnen (Abbildung 1). Zudem waren keine Unterschiede im Zeitverlauf in Bezug auf Geschlecht, Kreistyp und Kreise zu sehen.

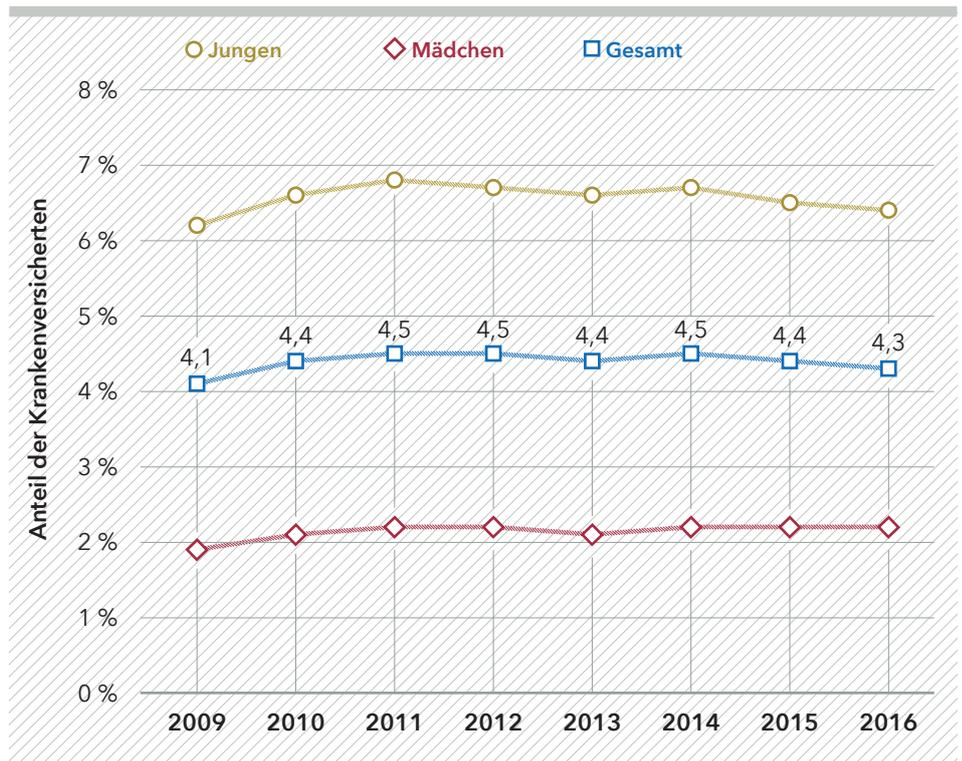


Abbildung 1. Anteil der Kinder und Jugendlichen zwischen 5 und 14 Jahren, die eine ADHS-Diagnose entsprechend der angewandten Falldefinition aufwiesen

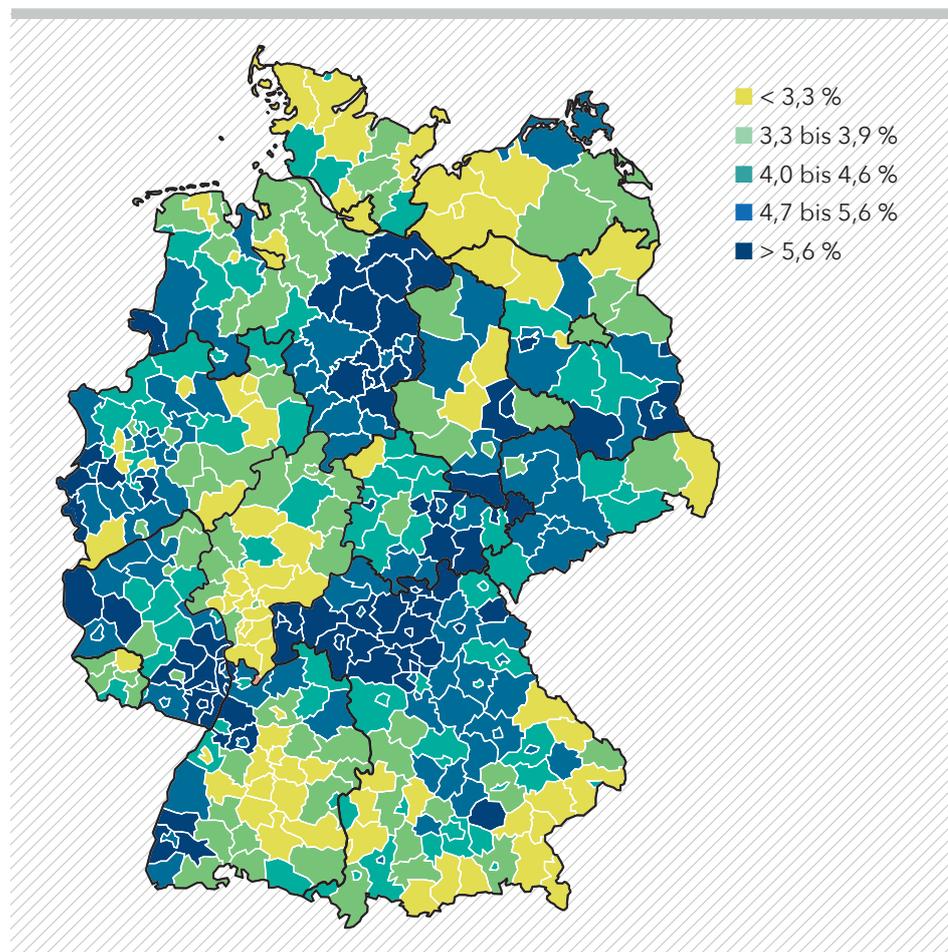


Abbildung 2. Häufigkeit von ADHS bei Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 14 Jahren nach Kreisen im Jahr 2016

Wie unterscheidet sich die ADHS-Diagnosehäufigkeit zwischen den Kreisen?

In der Diagnosehäufigkeit waren ausgeprägte regionale Unterschiede zu sehen (Abbildung 2); sie lag im Kreisvergleich zwischen 1,6 und 9,7 %. Besonders deutlich zeigten sich die regionalen Unterschiede in Bayern, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen. Im Norden von Bayern beobachtete man deutlich höhere Häufigkeiten als im Süden. Die Diagnosehäufigkeit war ebenfalls überdurchschnittlich höher in mehreren Kreisen im Osten Niedersachsens, im Süden von Rheinland-Pfalz sowie in Ostthüringen und Westsachsen. Kreise mit niedriger Diagnosehäufigkeit waren in mehreren Kreisen in Südhessen und im südlichen Baden-Württemberg zu verzeichnen.

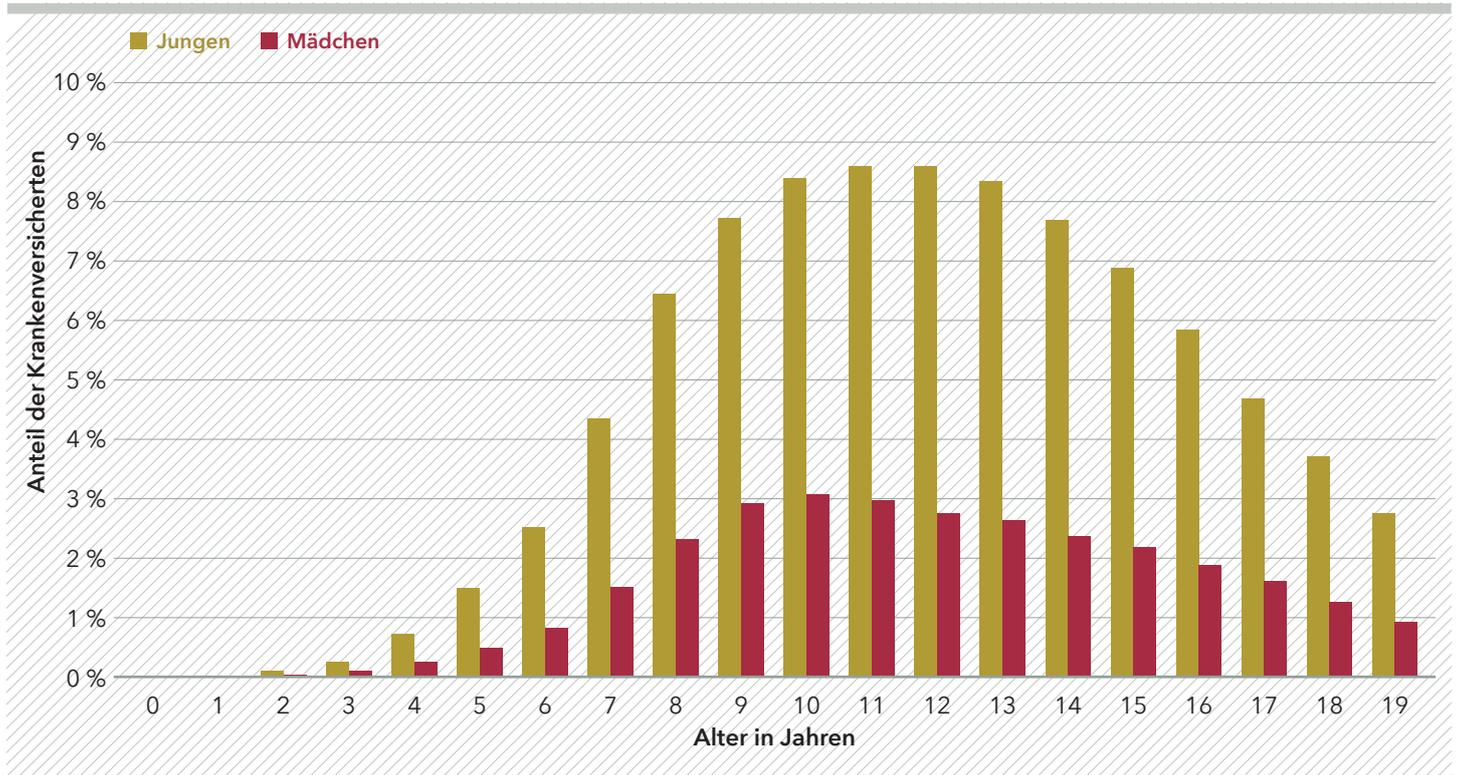


Abbildung 3. Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine ADHS-Diagnose entsprechend der angewandten Falldefinition aufwiesen

Welche Faktoren auf Patienten- und Kreisebene begünstigen eine ADHS-Diagnose?

Bei Jungen wird dreimal so häufig eine ADHS-Diagnose gestellt wie bei Mädchen. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gibt es auch in Bezug auf das Alter. Die höchste Diagnosehäufigkeit bei Mädchen liegt bei 10-Jährigen (Abbildung 3). Bei Jungen beobachtete man die höchste Diagnosehäufigkeit hingegen bei 11- bis 12-Jährigen.

Auf Kreisebene zeigte sich erstens, dass in Kreisen mit einem niedrigen Anteil von Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit häufiger ADHS-Diagnosen gestellt wurden. Zweitens wurde in Kreisen mit einer höheren Versorgungsdichte von Kinder- und Jugendpsychiatern und -medizinern ebenfalls häufiger ADHS diagnostiziert. Diese Zusammenhänge waren deutlicher in städtischen Kreisen.

Schlussfolgerung

In den untersuchten Jahren konnte kein Anstieg in der Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose beobachtet werden. Regional bestehen jedoch deutliche Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von ADHS-Diagnosen. Einer der Gründe für die regionalen Unterschiede ist die Verfügbarkeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinderärzten. Zudem gibt es Hinweise, dass die ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund weniger gestellt werden. Aus anderen Studien in Deutschland weiß man, dass Menschen mit Migrationshintergrund Gesundheitsversorgungsmaßnahmen weniger in Anspruch nehmen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Vorstellbar sind auch kulturelle Unterschiede in der Auffassung von Verhaltensauffälligkeiten.

Zitierweise

Akmatov MK, Holstiege J, Hering R, Schulz M, Steffen A, Bätzing J. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 3 – Identifizierung raumzeitlicher Cluster in der Diagnoseprävalenz im Zeitraum 2009–2016. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/02. Berlin 2018. DOI: 10.20364/VA-18.02.

URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=88>