

Regionale Unterschiede in der Häufigkeit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Diagnosen in Deutschland



Christina Lindemann, Ingo Langner, Angela A Kraut, Rafael T Mikolajczyk, Edeltraut Garbe

Hintergrund

Für Deutschland wurde bei einer populationsbasierten Stichprobe (KiGGS) eine Lebenszeitprävalenz von ADHS von 4,8% der 3 – 17-Jährigen ermittelt. Regionale Studienergebnisse zeigen allerdings eine räumliche Heterogenität der ADHS-Prävalenz. Ob diese auf unterschiedlichen Schwellenwerten der Symptomstärke bei der Diagnosestellung beruhen, ist unklar. Da die Verteilung der ADHS-Symptomstärke zwischen Jungen und Mädchen variiert, würde dies allerdings auch den Prävalenzunterschied der Geschlechter beeinflussen.

Ziel

Ziel dieser Analyse war, regionale Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnose ADHS unter den 3 – 17-Jährigen anhand einer überregionalen Datenbank mit Krankenkassendaten zu untersuchen.

Methode

Auf Basis der Abrechnungsdaten von vier überregionalen Krankenkassen (14 Mio Versicherte, 17% der Bevölkerung in DE) wurden Kinder und Jugendliche mit der Diagnose ADHS identifiziert. ADHS-Fälle wiesen entweder

- eine Krankenhausdiagnose F90.0 oder F90.1,
- zwei ambulante Diagnosen F90.0, F90.1 oder F90.9 innerhalb von 365 Tagen
- oder eine Verschreibung von Methylphenidat und Atomoxetin kombiniert mit einer ambulanten Diagnose F90.0 oder F90.1 innerhalb von 365 Tagen auf.

Regionale Unterschiede wurden anhand altersstandardisierter Prävalenzen von ADHS in den Bundesländern untersucht. Mittels einer multivariablen Poisson-Regression wurden ADHS-Prävalenz-Ratios für Urbanität¹, Geschlecht, Alter und Bundesland bestimmt. Nach einer Erweiterung des Modells um bundesland-spezifische Geschlechtereffekte wurden diese den Bundeslandeffekten gegenübergestellt.

Ergebnisse

Beide Geschlechter zeigten die gleichen räumlichen Schwankungen der Prävalenzen (Abb. 1). Höchste Werte wurden in Rheinland-Pfalz, Berlin und Bayern und niedrigste Werte in Bremen, Baden-Württemberg und Saarland gefunden. Auch die drei Stadtstaaten unterschieden sich voneinander.

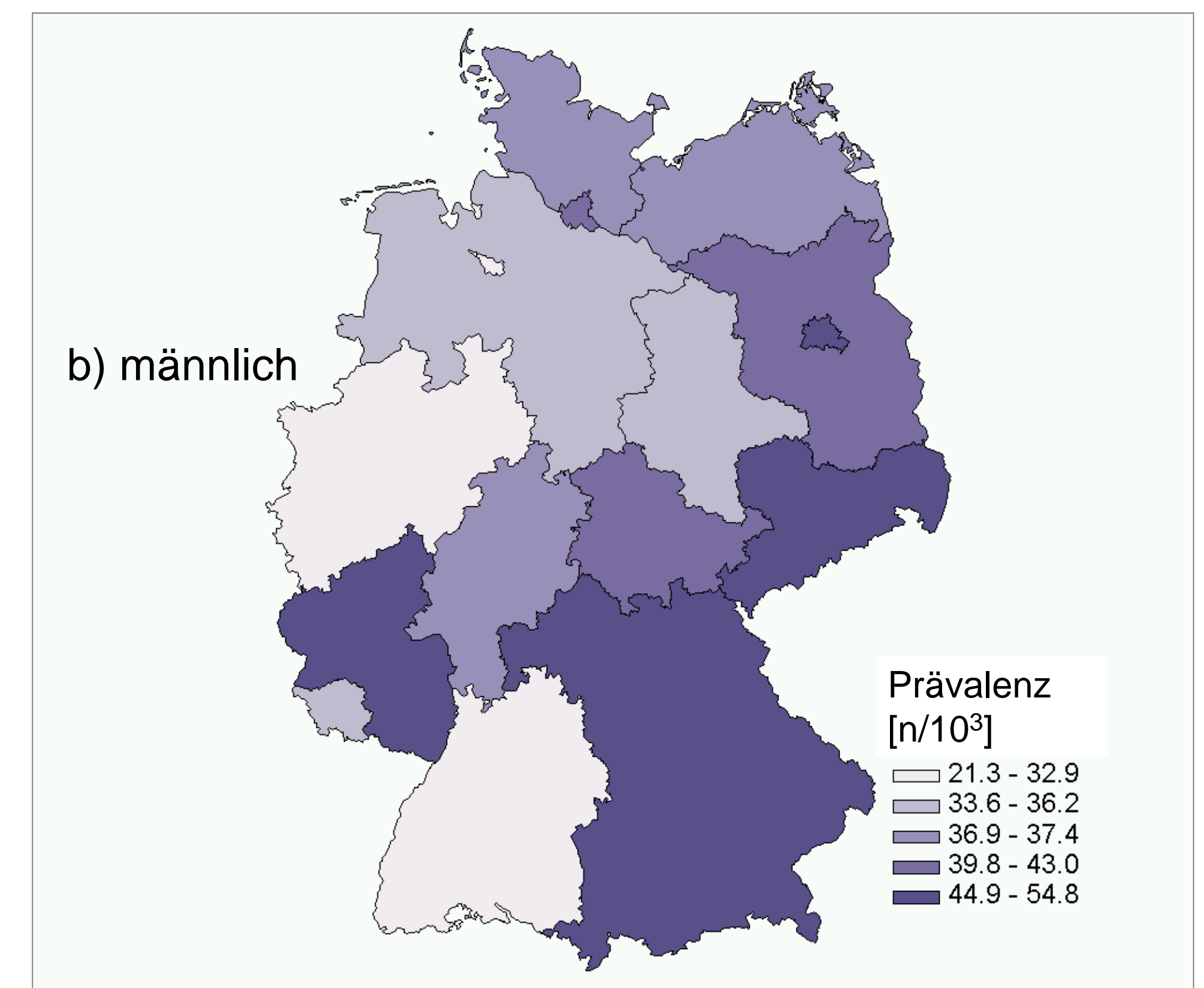
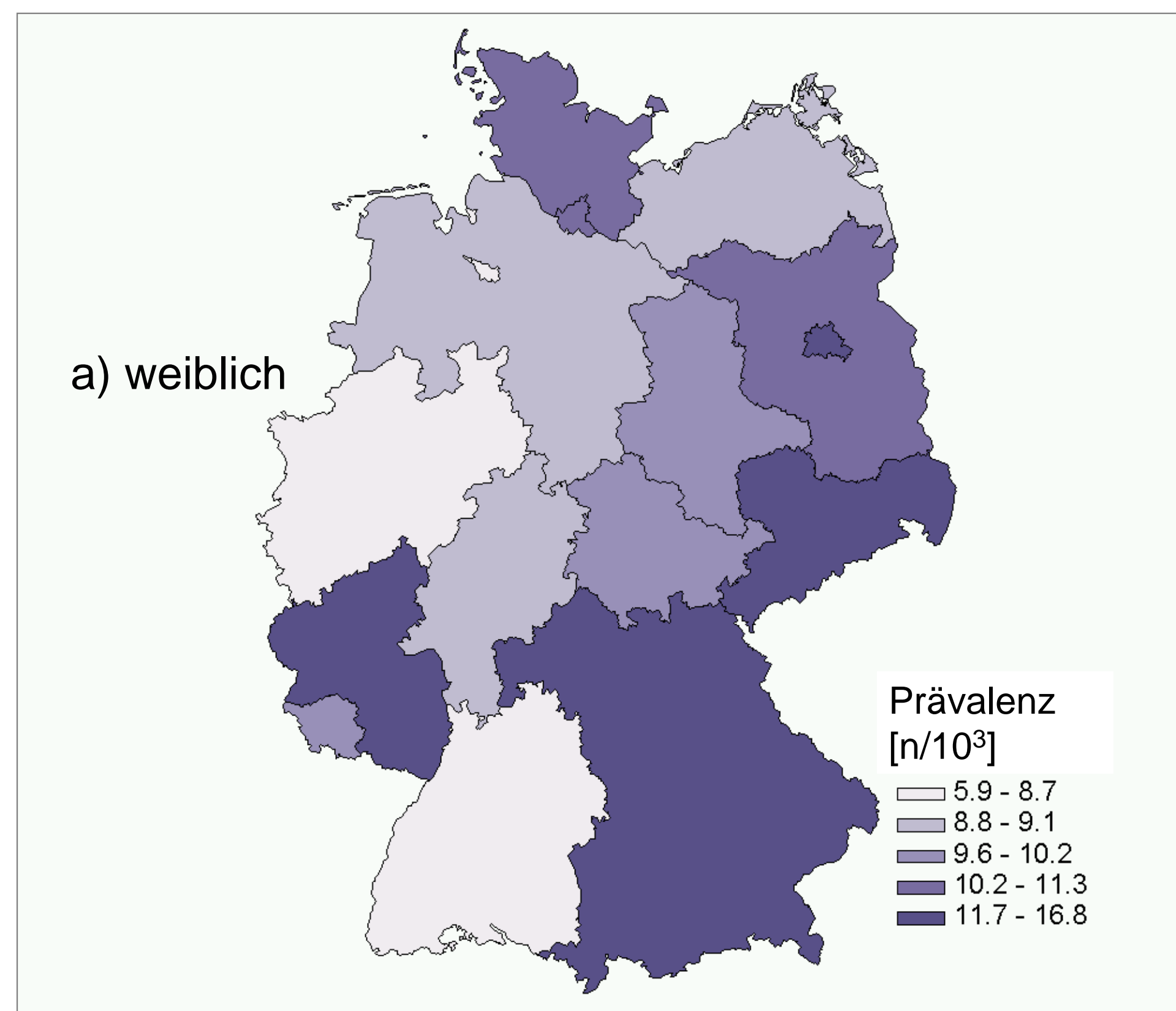
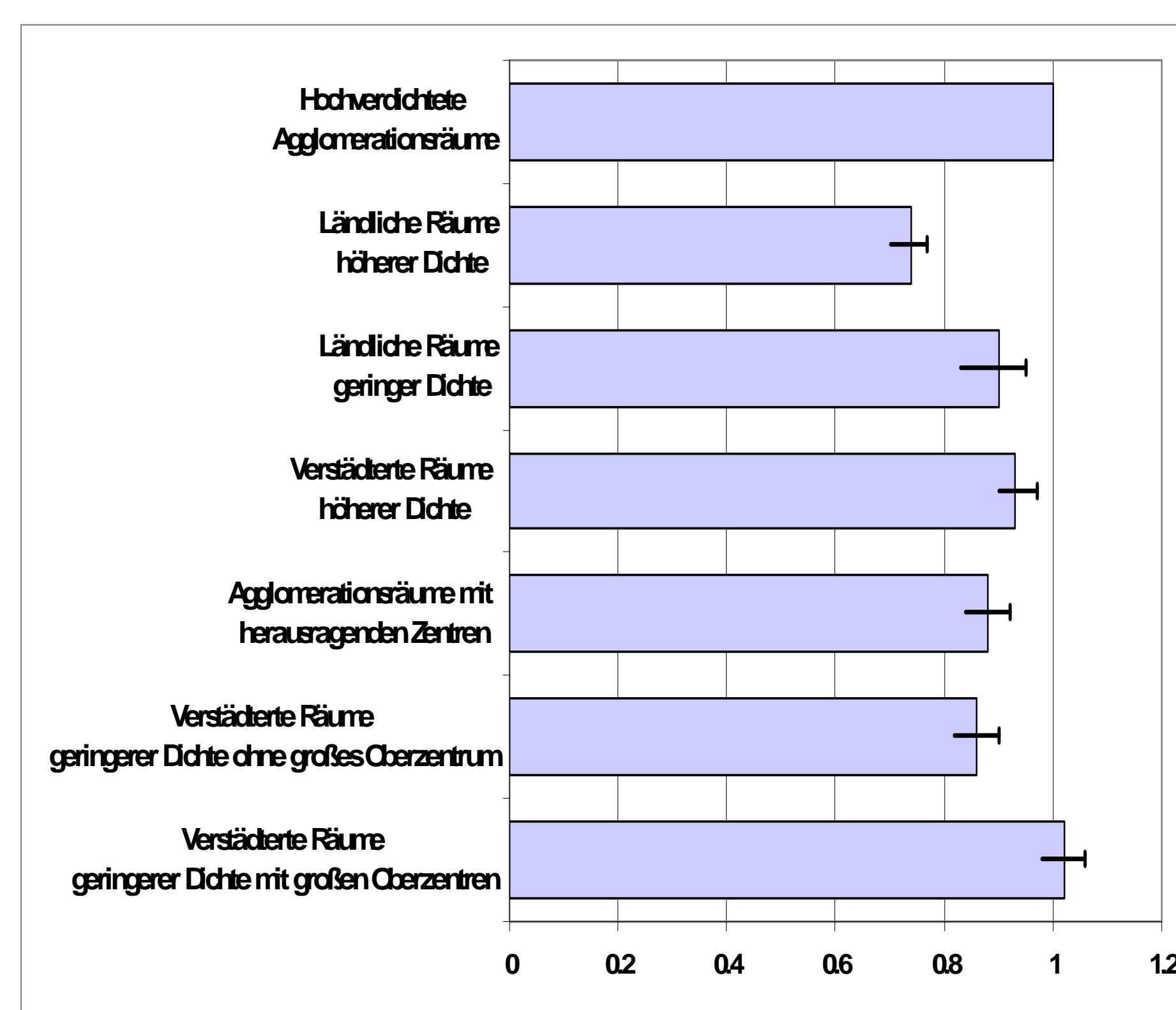


Abb. 1 – Altersstandardisierte Prävalenzen von ADHS in 2005 nach Bundesland und Geschlecht

Ergebnisse (cont.)

Die Urbanität hatte nur einen geringen Einfluss auf die Prävalenz und es zeigte sich kein klarer Trend (Abb. 2). Betrachtet man den Zusammenhang zwischen den bundesland-spezifischen Prävalenzen und den bundeslandspezifischen Geschlechtsunterschieden in der Prävalenz, so zeigte sich eine moderate negative Assoziation ($r=-0,66$) (Abb. 3): Je höher die Prävalenz, desto geringer waren die beobachteten Geschlechterunterschiede.



1) Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Regionstypen 2008

Abb. 2 – ADHS-Prävalenz-Ratios für Urbanität bezogen auf 'Hochverdichtete Agglomerationsräume' (adjustiert für Alter und Geschlecht)

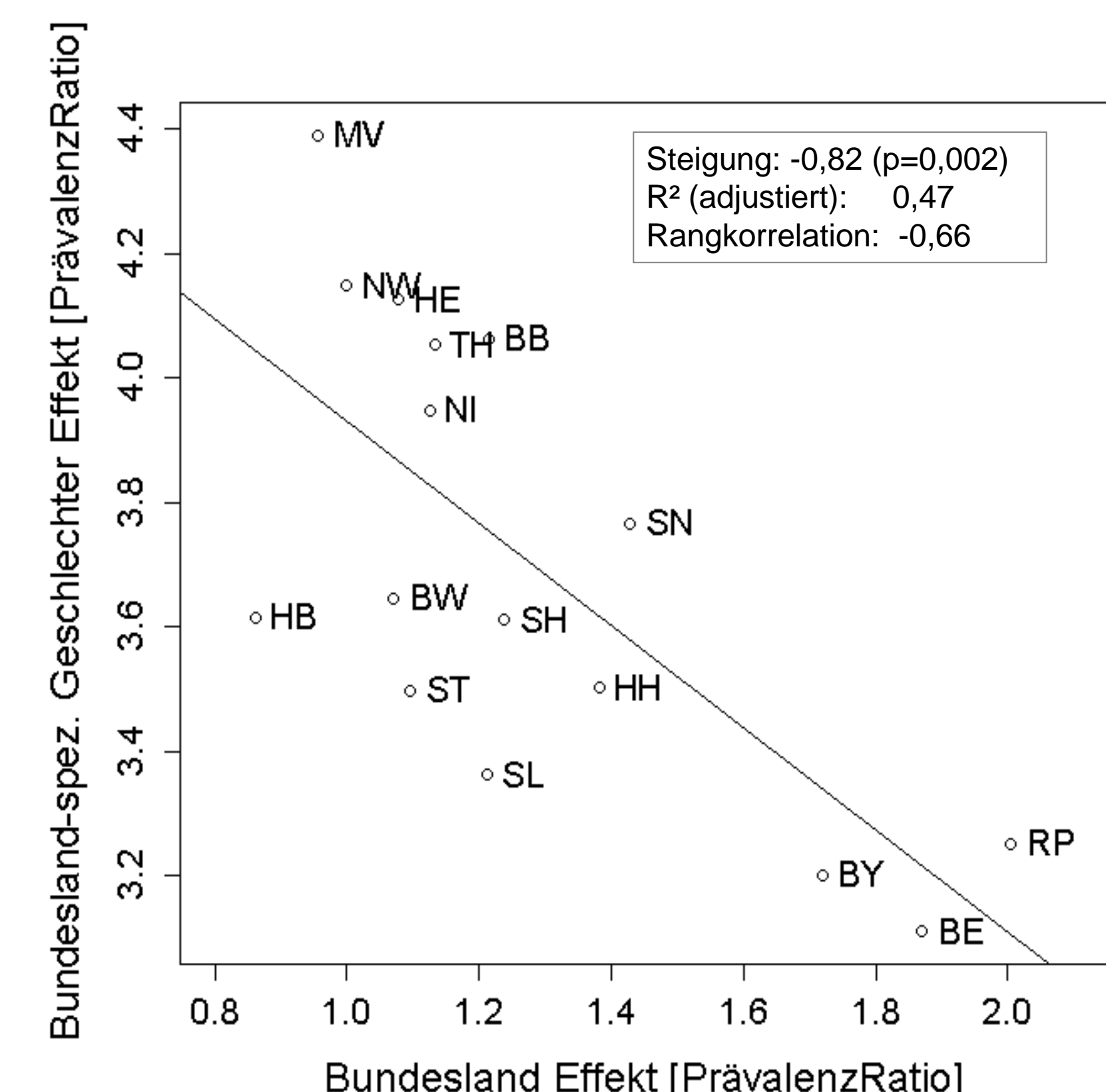


Abb. 3 – ADHS-Prävalenz-Ratios: Bundeslandspezifischer Geschlechtereffekt versus Bundeslandeffekt (adjustiert für Alter)

Diskussion

Die ADHS-Prävalenz in Deutschland wies 2005 große regionale Unterschiede auf, die beide Geschlechter in ähnlicher Weise betrafen. Eine vergleichbare Heterogenität wurde für die Verschreibungen von Methylphenidat beobachtet. Urbanität, als möglicher Proxy für Facharztdichte, lieferte keine Erklärung. Die regionale Prävalenz und der Geschlechtsunterschied der Prävalenz zeigten einen Zusammenhang, der zu erwarten wäre, wenn (bei regional einheitlicher Symptommhäufigkeit) eine regional höhere Prävalenz dadurch verursacht wird, dass eine Diagnosestellung bei niedrigerer Symptomstärke erfolgt. Eine Extrapolation von Stichprobenergebnissen zur ADHS-Prävalenz auf Bundes-

ebene sollte die regionale Heterogenität mit einbeziehen. Problematisch ist, dass durch die Diagnose regional unterschiedliche Schweregrade von ADHS identifiziert werden. Weitere mögliche Erklärungen für die regionalen Einflussfaktoren, wie z.B. sozioökonomischer Status bedürfen zusätzlicher Analysen.

Die Autoren bedanken sich für die Bereitstellung der Daten bei folgenden gesetzlichen Krankenkassen: Techniker Krankenkasse, DAK Gesundheit-Unternehmen Leben, AOK Bremen, hkk.

Kontakt

Christina Lindemann, MSc
BIPS - Institut für Epidemiologie
und Präventionsforschung GmbH
Achterstr. 30
29359 Bremen
Email: linde@bips.uni-bremen.de