

## Zu viel, zu wenig, zu einseitig

### Anmerkungen zum BARMER GEK Arztreport 2013 sowie der aktuellen Medienberichtserstattung

Jetzt haben wir ihn: den BARMER GEK Arztreport 2013 mit dem Schwerpunktthema ADHS. Letztes Jahr stand im Arztreport 2012 nichts zum Thema ADHS. Dennoch hatte sich der stellvertretende Vorsitzende der Krankenkasse, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, in der damaligen Pressekonferenz zur Vorstellung des Reports kritisch zur Diagnosehäufigkeit der ADHS geäußert. Die Presse hatte in der Folge unter dem Stichwort des Arztreports über nichts anderes geschrieben als die ADHS. Schade um die Arbeit, die sich die Autoren damals zum Schwerpunktthema „Kindergesundheit“ (Atemwegsinfektionen, Neurodermitis, Sprachentwicklung) gemacht hatten.

In diesem Jahr wiederholt sich das Schauspiel. Ein Drittel des Arztreports 2013 befasst sich mit der ADHS. Dr. Schlenker macht das Thema zum ein und alles seiner Vorstellung: „Dieser Anstieg erscheint inflationär. Wir müssen aufpassen, dass die ADHS-Diagnostik nicht aus dem Ruder läuft und wir eine ADHS-Generation fabrizieren. Pillen gegen Erziehungsprobleme sind der falsche Weg.“ Seit Tagen beherrscht die ADHS einmal mehr die Inlandspresse. Kritische Abwägungen wie in der ZEIT („Ein Krankenkassen-Bericht ist keine valide ADHS-Studie“) werden durch weniger sachliche Ausführungen in SPIEGEL und STERN übertönt. Skurril ist der Kommentar von Guido Bohsem in der Süddeutschen Zeitung: „Bevor Ritalin verordnet werden kann, sollte jeder Vater und jede Mutter einfach mal selbst so eine Pille probieren.“

Mehr Freude kann die bemüht ADHS- und medikationskritische Presse der Pharmaindustrie kaum bereiten.

Worüber gibt der Arztreport 2013 tatsächlich Auskunft und worauf stützen sich die Daten? Das Gute vorweg: Im Report selbst spricht niemand von Modediagnose und ADHS-Generation. Eigentümlich ist hingegen die Präsentation der Daten. Die Autoren rechnen die relativen Zahlen der BARMER GEK-Patienten in absolute Häufigkeiten um, als repräsentierten die Kunden dieser einen Krankenkasse den statistischen Durchschnitt der deutschen Bevölkerung in allen Teilen des Landes. Das suggeriert eine Allgemeingültigkeit der Ausführungen, die dem Arztreport nicht zukommt. Tatsächlich sind nur rund 60.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 19 Jahren bei der BARMER GEK versichert, bei welchen eine gesicherte ADHS-Diagnose vorliegt (vgl. S.200 des Arztreports 2013), d.h. weniger als 0,5 Prozent der 3-19-Jährigen in Deutschland. Zu wenig, um beispielsweise soziale Charakteristika der Betroffenen valide auszuwerten.

Hinzu kommt, dass aus den Daten nicht hervorgeht, ob die Diagnose einer „Hyperkinetischen Störung“ (ICD-10 F90.0) oder „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10 F90.1) einer bestimmten Person zugeordnet wird, die sodann auch im Fall therapeutischer Maßnahmen, aber auch der Wiedervorstellung bei einem anderen Arzt identifiziert werden kann. Das ist sowohl aus datenschutzrechtlichen wie kassenverrechnungstechnischen Gründen nicht der Fall. So definieren die Autoren auf Seite 29 des Arztreports die „Anzahl Diagnosen“ als „Anzahl der (primär fallbezogen) dokumentierten Diagnoseschlüssel, zunächst ggf. inklusive redundanter Angaben zu einzelnen Patienten durch einen oder mehrere Ärzte“. Es bleibt daher unklar, wie viele der Summe absoluter Diagnosen einzelne Patienten mehrfach zählen (Inzidenz), ohne dass dies bei der relativen Häufigkeit (Prävalenz) berücksichtigt wird.

Betrachtet man den in vielen Medienberichten kolportierten Anstieg der diagnostizierten Fälle zwischen 2006 und 2011 um rund 42 Prozent, so bleibt zumeist unerwähnt, dass die Zahlen vor der Fusion von BARMER und Gmünder Ersatzkasse (GEK) zu Beginn des Jahres 2010 sich auf die Daten der deutlich kleineren GEK stützen, die seit 1998 den Vorläufer des heutigen Arztreports, den „GEK Gesundheitsreport“, herausgab. Darüber hinaus haben sich die Abrechnungskriterien der gesetzlichen Krankenkassen 2008 wesentlich verändert. Der vergleichende Überblick des Arztre-

ports von 2006 bis 2011 beruht daher auf „gemeinsamen und vereinheitlichten Datenbeständen der BARMER GEK“ (S.38), mithin auf statistisch aufbereiteten Daten. Über die Art und Qualität dieser Aufbereitung erfährt der Leser nichts. Ganz zu schweigen von dem Umstand, dass vor der Fusion gerademal zwei Prozent der Deutschen bei der Gmünder Ersatzkasse versichert waren. Ist das repräsentativ?

Vor diesem Hintergrund sind Aussagen wie die im Ärzteblatt, „fast 20 Prozent aller Jungen, die im Jahr 2000 geboren wurden, [seien] zwischen 2006 und 2011 von einer ADHS-Diagnose betroffen“ gewesen, für eine medizinspezifische Publikation überraschend unkritisch und durch die Daten des Arztreports nicht gerechtfertigt. Titel wie jener der Hannoverschen Allgemeinen, „jeder vierte Junge bekommt ADHS-Diagnose“, verbreiten gar völligen Unfug, da sie die spekulative Grundlage der Berechnung kumulativer Diagnoseraten zu einer Lebenszeitprävalenz verkennen. Hier ist die Wahrscheinlichkeit eines mehrfachen Einschusses derselben Person noch weitaus größer als im Verlauf eines Kalenderjahres. Zudem legt die Formulierung nahe, dass 25 Prozent einer Alterskohorte oder gar ein Viertel aller Jungen in Deutschland aktuell eine ADHS-Diagnose hätten. Das ist polemisch und steht so auch nicht im Arztreport der BARMER GEK.

Betrachtet man die Zahlen des Arztreports 2013, so liegt die Prävalenz der ADHS in der Altersgruppe, in welcher die Diagnose am häufigsten ist, bei 8,1 Prozent. Das geht aus der Infografik 1 hervor, die von der BARMER GEK begleitend zum Arztreport auf der Website der Krankenkasse veröffentlicht wurde. Dabei ist die Überschrift der Infografik falsch, die den „größten Anstieg bei 9- bis 11-Jährigen“ sieht. Tatsächlich stieg die Diagnosehäufigkeit zwischen 2006 und 2011 bei den 20 bis 24 Jahre alten Versicherten der BARMER GEK mit 304 Prozent relativ am stärksten an. Nebenbei: Warum in der Grafik ein anderes Altersintervall als in den Tabellen des Arztreports verwendet wurde, ist unverständlich.

Auf Grundlage der im Arztreport veröffentlichten Daten unerklärlich ist auch die regional überhäufige Diagnosestellung im Fall der ADHS. „In Rheinland-Pfalz und Bayern liegen die Diagnoseraten demgegenüber um etwa 20 Prozent oberhalb des Bundesdurchschnitts.“ (S.160) Sechs von 13 Landkreisen mit der bundesweit höchsten Häufigkeit der Diagnosestellung im Jahr 2011 liegen im Bezirk Unterfranken. Der Arztreport 2013 geht auf diese Region daher in einem gesonderten Abschnitt ein (vgl.

S.168ff.). So wurde in Unterfranken die Diagnose einer „Hyperkinetischen Störung“ (ICD-10 F90) 2011 bei 1,6 Prozent aller Versicherten gestellt, d.h. unter Vergabe dieser Diagnose eine Behandlung abgerechnet; bundesweit lag der Durchschnitt bei 0,9 Prozent. Konsequenterweise ist auch die Verabreichung von Methylphenidat (s.u. zur Medikation) in dieser Region deutlich häufiger (0,8 Prozent regional im Vergleich zu 0,4 Prozent bundesweit).

Diese Zahlen erscheinen über alle Versicherten hinweg gering und rechtfertigen sicher weder das Verdikt einer „ADHS-Generation“ (Schlenker) noch einer „Ritalin-Nation“ (DeGrandpre). Dennoch offenbaren sie altersspezifisch eine erstaunliche Häufung. Bei 18,8 Prozent der Jungen und 8,8 Prozent der Mädchen im Alter von 10 bis 12 Jahren wurde 2011 seitens unterfränkischer Ärzte und approbierter Psychotherapeuten die Diagnose einer ADHS gestellt. Im Fall der Medikation mit Methylphenidat ist die Häufung noch kritischer, erhielten doch immerhin 13,3 Prozent der Jungen und 5,5 Prozent der Mädchen zumindest einmalig ein Präparat mit dieser Substanz verordnet. Auffällig ist die hohe Rate von ADHS-Diagnosen, die in Unterfranken durch Hausärzte gestellt wurden: überraschende 58,2 Prozent. Allerdings sind die unterfränkischen ADHS-Patienten im Mittel älter als andernorts. Zudem ist die regionale ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater offenbar besonders gut (vgl. S.173). Beides erklärt jedoch nicht hinreichend, warum die Diagnose relativ zur Versichertenzahl örtlich weit überdurchschnittlich ist. Die Autoren enthalten sich der Spekulation. Diese blüht vielmehr in einschlägigen Internetforen. Von der Versorgungsdichte bis zu den üblichen Verschwörungstheorien einer pharmagelenkten Ärzteschaft ist alles zu lesen, - das meiste ohne Sinn und Logik. Eines ist aus den überraschenden Daten jedoch abzuleiten: Die Diagnosekriterien der medizinischen Fachgesellschaften, die eine reliable, d.h. nicht zuletzt über unterschiedliche Untersucher hinweg zuverlässige und nachvollziehbare Diagnose gewährleisten sollen, werden nicht im ganzen Land gleichermaßen zuverlässig und nachvollziehbar angewendet.

Interessant ist die ebenfalls heftig in Medien und Internetforen diskutierte überdurchschnittliche Häufigkeit von Diagnose und medikamentöser Behandlung der ADHS bei Kindern mit jüngeren Eltern sowie aus sozial schwächeren Familien. Die Autoren schränken die diesbezügliche Aussagekraft der ihnen vorliegenden Daten partiell selbst ein (vgl. 210). Dennoch eröffnen die Aussagen im Arztreport zahlreiche Fra-

gen. Bildet beispielsweise die Unterteilung in Beitragsgruppen zur sozioökonomischen Zuordnung der Haushalte tatsächlich den sozialen Status der Familien ab? Wahrscheinlich ist, dass zwar die besserverdienenden Beitragszahler der BARMER GEK ihre Kinder seltener als der Durchschnitt der Kassenmitglieder auf ADHS hin untersuchen lassen, sie jedoch nicht die soziale Oberschicht der Republik repräsentieren, die mutmaßlich überdurchschnittlich häufig privatversichert ist.

Zudem sind die Angaben über den Bildungsstand beider Elternteile, über welche die Krankenkasse verfügt, dünn und ungenau. Aus diesen unvollständigen Daten zum Schulabschluss einzelner Elternteile lassen sich keine validen Aussagen über das Bildungsniveau der Familienmitglieder ableiten. Völlig unzulässig ist die, es zeige sich „ein deutlich reduziertes Risiko für ADHS-Diagnosen bei Kindern, deren Elternteil über eine höhere akademische Bildung verfügt“, denn diese Formulierung legt sich im Begriff des Risikos, das vermeintlich aus der Bildung oder Nicht-Bildung resultiere, auf eine ungewisse Kausalität fest. Ist es nicht gleichermaßen denkbar, dass Familien, in welchen die genetisch vermittelte neurophysiologische Disposition der ADHS vorkommt, in denen also Kinder und zumindest ein Elternteil die Anlagen der Störung teilen, schlicht seltener Akademiker hervorbringen?

Allerdings haben andere Untersuchungen u.a. im staatlichen schwedischen Gesundheitswesen durchaus einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status der Eltern einerseits sowie der Diagnose und Behandlung der ADHS ihrer Kinder andererseits aufgezeigt (Anders Hjern, 2010). Hjerns Zahlen, die statistisch weitaus umfangreicher und belastbarer sind als die Datenbasis des Arztreports 2013, beschreiben dennoch allenfalls Korrelationen, erklären hingegen ebenso wenig die kausalen Verbindungen. Bildung wird insbesondere in Deutschland durch zahlreiche sozioökonomische Faktoren bestimmt, wie die erste PISA-Studie im Jahr 2000 eindrucksvoll demonstrierte. Ist vor dem Hintergrund des in seinen Effekten zutiefst unsozialen deutschen Bildungssystems tatsächlich davon auszugehen, dass der Bildungsgrad der Eltern darüber entscheidet, ob sie ihr Kind auf die ADHS hin untersuchen und ggf. therapieren lassen?

Vielleicht ist es weniger die Bildung als vielmehr das Geld der Akademikerfamilien, das ihre gestörten Kinder vor den Konsequenzen eines unbehandelten ADHS schützt. Immerhin verfügen sie über den ärmeren Schichten zumeist unzugängliche

Betreuungs- und Förderungsressourcen, können in der Schulwahl die Grenzen eines vielfach gleichermaßen rigiden wie überforderten staatlichen Schulsystems hinter sich lassen und am Ende der Berufsausbildung den eigenen Kindern einen exklusiven Zugang zur Arbeitswelt verschaffen. Mit diesen Voraussetzungen lässt sich das auffällige Verhalten des Nachwuchses weitaus besser tolerieren als in Arbeiterfamilien, deren Eltern von Lehrern und Sozialpädagogen bedrängt werden, um gegen den Ausschluss ihrer anstrengenden Kinder aus dem Regelsystem der sozialen Massenbetreuung anzukämpfen.

Schließlich befasst sich der Arztreport 2013 mit zur ADHS komorbiden Erkrankungen. Insbesondere wurden bei den BARMER GEK-versicherten Kindern und Jugendlichen überhäufig psychiatrische Störungen parallel zu einer ADHS diagnostiziert. So fanden sich im Fall des Vorliegens einer ADHS-Diagnose auch Wahrnehmungsstörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie affektive Störungen vier- bis fünfmal häufiger. Die restlichen aufgeführten Komorbiditäten sind unspektakulär, zumal der Arztreport keine Signifikanzniveaus für die Unterschiede angibt.

Zusammenfassend ist der BARMER GEK Arztreport 2013 weitaus besser als das, was die Massenmedien sowie - freudig auf diese gestützt - manch profilierter ADHS- und Medikationskritiker aus der Datenanalyse machten. Rätselhaft bleibt das Motiv des die Studie vorstellenden stellvertretenden Vorsitzenden von Deutschlands größter Kasse in der gesetzlichen Krankenversicherung, der im Kontext der Veröffentlichung des Arztreports 2013 die ADHS erneut zum Inbegriff eines medizinisch verbrämten, vermeintlich sozialen Problems stilisiert. Warum? Man kann nur spekulieren, sollte dies jedoch nicht tun, gilt es doch die ideologische Voreingenommenheit zu vermeiden, welche das Presseecho auf die Vorstellung des Arztreports auch in diesem Jahr aus Unkenntnis und Unverständnis weitenteils kennzeichnete.

Mag es nun durchaus Anlass geben, die anhaltend oberflächliche und nicht selten unsinnige Auseinandersetzung vieler Medienvertreter mit der ADHS zu beklagen, so bleibt bei nüchterner Betrachtung doch eine interessante Erkenntnis: Sollten Autoren und Auftraggeber des Arztreports 2013, sollten die Journalisten und Blogger unter den ADHS-Kritikern mit ihrer Interpretation der Zahlen eine Eindämmung der von ihnen so vehement abgelehnten Diagnose- und Therapiepraxis beabsichtigt haben, so sind sie offenkundig gescheitert. Vielleicht bräuchte eine ernsthaftere Auseinander-

setzung mit den Fakten tatsächlich eine weitere Verbesserung im alltäglichen klinischen Umgang mit der ADHS. Dass ein solches stetiges Bemühen um eine am langfristigen Wohl der Betroffenen orientierte Beschäftigung mit der ADHS bis heute Not tut, hat der Arztreport 2013 aufgezeigt. Mehr aber auch nicht.

ADHS Deutschland e.V.

Johannes Streif © 31.01.2013