

Die gesundheitsökonomische Bedeutung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADHS)

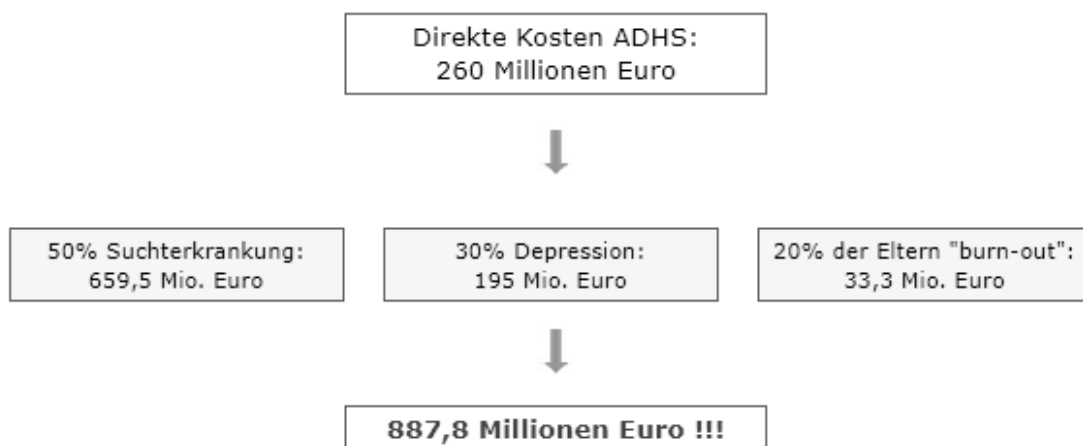
Die ADHS zählt zu den am häufigsten vorkommenden Verhaltensstörungen in Deutschland, Bei Erwachsenen wird sie jedoch vielfach seltener erkannt.

Die Angaben zur Prävalenz des ADHS unterscheiden sich in Abhängigkeit von den zugrundeliegenden Diagnosekriterien. Die DSM-IV-Kriterien sind niedriger als die Diagnosekriterien nach ICD-10. Gemäß DSM-IV wird die Prävalenz einer situationsübergreifenden Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung auf 3 bis 15% der Kinder im Schulalter geschätzt. Nach den Leitlinien eines Expertenkonsensus persistieren die meisten Symptome - teils in abgemilderter Form - bis in das Erwachsenenalter (Ebert et al., 2003).

Erwachsene mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) haben häufig auch andere Erkrankungen. ADHS bei Erwachsenen ist mit einer Vielzahl an komorbiden psychiatrischen Störungen assoziiert. Bei mehr als 80 Prozent der Patienten liegt eine begleitende psychiatrische Komorbidität vor, welche das Management hinsichtlich Erkennung, Diagnosestellung und Behandlung erschwert. Dazu zählen affektive Erkrankungen wie depressive Erkrankungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, Substanz- oder Persönlichkeitsstörungen. ADHS gilt als prototypisches Störungsbild mit sehr heterogenem klinischen Erscheinungsbild.

Trotz insgesamt lückenhafter Datenlage ist von einer erheblichen volkswirtschaftlichen Relevanz der ADHS auszugehen, welche die direkten medizinischen Kosten bei weitem übersteigt.

Voraussichtlich weiter zunehmende Ausgaben der GKV für Patienten mit ADHS, welche stark konzentriert bei einer relativ kleinen Zahl von Leistungserbringern entstehen dürften, werden dennoch zu einer wachsenden Notwendigkeit führen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu dokumentieren. (Quelle KBV)



Dipl.-Kfm.(FH) Thomas G. Montag,
Dozent für Gesundheitsökonomie an der DHBW Karlsruhe

Direkte Kosten

622 Euro versus 244 Euro pro Jahr (12-jähriger Patient mit ADHS)

- 380 Euro / Person x 500000 Betroffene = 190 Mio. Euro / 2003
- + 200000 Krankenhaustage a 350 Euro = + 70 Mio. Euro / 2003

260 Millionen Euro pro Jahr

Direkte Kosten – ein Vergleich

(Deutschland, 2002 und 2006, Kinder < 15 Jahre)

- ADHS: 158 – 287 Millionen Euro
- Epilepsie: 157 – 155 Millionen Euro
- Asthma: 266 – 272 Millionen Euro

(Wehmeier et al. 2009)

Direkte Kosten – "eigene Hochrechnung"

Koexistierende Störungen

oppositionelle Verhaltensstörungen:	30%	(30-50%)
Störung des Sozialverhalten:	28%	(35-60%)
Angststörungen:	26%	(20-30%)
depressive Störungen:	18%	(20-30%)
Lern-/Teilleistungsstörungen:	12%	(20-30%)

(Review v. Green et al. 1999 / Hechtmann et al. 2000)

Langzeitfolgen nach Review v. Green et al. 1999 / Hechtmann et al. 2000

- häufigere Schulverweise, weniger gute Schulabschlüsse, 3-mal häufigere Kündigungen, öfters Arbeitsstellenwechsel
- weniger Freunde, höhere Trennungs- und Scheidungsraten
- häufiger "family dysfunction" mit "burn-out" der Eltern/Partner
- 5-8-fach höheres Risiko eines späteren Missbrauchs bzw. Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen
- 3-4-fach höheres Risiko für Verhaltensstörungen aufgrund von Alkohol
- Abusus und Abhängigkeit treten früher und öfter auf
- höhere Anfälligkeit für Kriminalität bei ADHS (vor allem bei komorbid bestehender Störung des Sozialverhaltens)
- Prävalenzzahlen von 45% unter Gefängnisinsassen!