

ADHS: Kann man die Qualität der Versorgung messen?

Karin Hameister | Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie mit Sozialpädiatrischem Zentrum, Unna

Einleitung

Die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In einer Metaanalyse, in die weltweit mehr als 170.000 Kinder einbezogen wurden, geben Polanczyk et al. eine gepoolte Prävalenz für Symptome einer ADHS von 5,29 % an. Die in diese Metaanalyse einbezogenen diversen epidemiologischen Studien und Übersichtsarbeiten nennen ADHS-Prävalenzen zwischen unter 1 % und fast 20 %. Diese gravierenden Unterschiede sind auf uneinheitliche diagnostische Kriterien und Erhebungsmethoden zurückzuführen [1]. Für Deutschland konnte in einer großen repräsentativen Erhebung im Kinder- und Jugendgesundheits-Survey eine ADHS-Häufigkeit von 4,8 % ermittelt werden [2]. Kinder und Jugendliche mit einer ADHS tragen ein erhöhtes Risiko für komorbide Störungen und sekundäre Probleme [3, 4]. Persistiert die Symptomatik bis in das Erwachsenenalter, so besteht ein hohes Risiko für eine lebenslange Problematik mit negativen psychosozialen Folgen [5]. Das verdeutlicht die hohe klinische Relevanz des Störungsbildes und seine gesellschaftliche Bedeutung auch hinsichtlich der gesundheitsökonomischen Kosten.

Pelham et al. ermittelten durchschnittliche jährliche Behandlungskosten inklusive Kosten für Jugendhilfe und Eingliederung für eine ADHS in Nordamerika mit 14.576 \$ pro Fall im Kindes- und Jugendalter. Wenn man eine Prävalenzrate von 5 % zugrunde legt, betragen die durchschnittlichen Gesamtkosten in den USA 42,5 Milliarden \$ pro Jahr (2005) [6].

Leitliniengerechte Behandlung im klinischen Alltag

Es gibt keine hinreichend sensitiven und spezifischen neurobiologischen Marker, die für die Diagnostik einer ADHS geeignet sind. Die Diagnose wird rein klinisch gestellt und stützt sich auf eine ausführliche Anamnese, Verhaltensbeobachtung, Screeningverfahren, Fragebögen und standardisierte Testverfahren zur Entwicklung und Intelligenz.

Eine retrospektive Datenbankanalyse aus dem Jahr 2003 zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose „ADHS“ in der südwestdeutschen Region Nordbaden zeigte, dass die Mehrzahl der Diagnosen von Kinderärzten gestellt wurde. Weniger als 15 % der Kinder befanden sich jedoch in kontinuierlicher Betreuung eines Fachspezialisten. Diese bemerkenswert niedrige Beteiligung spezialisierter Ärzte wirft Fragen zur optimalen medizinischen Betreuung der von ADHS betroffenen Patienten auf [7]. Auch die regionale Varianz der Verordnung von Methylphenidat lässt den Schluss auf eine heterogene Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu [8]. In der Routineversorgung dürfte ein erheblicher Prozentsatz von Fehldiagnosen und dadurch bedingter Fehltherapie vorliegen [9]. Daher ist für dieses komplexe Störungsbild eine leitliniengerechte, möglichst frühe, suffiziente und erfolgreiche Behandlung im Kindesalter zu fordern.

Eine leitliniengerechte Versorgung trägt dazu bei, die medizinische Versorgung der Betroffenen und damit auch deren Lebensqualität und die der Familien zu verbessern [10]. Die deutsche S3-Leitlinie

befindet sich aktuell in Überarbeitung. Inwieweit die Leitlinien tatsächlich im klinischen Alltag implementiert sind, kann mit Qualitätsindikatoren (QI) überprüft werden. Als Voraussetzung dazu müssen entsprechende evidenzbasierte, leitlinienorientierte QI als Messinstrumente zur Beurteilung der Versorgungsqualität entwickelt werden und breite Anwendung finden.

Qualitätssicherung im klinischen Alltag

Methoden zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem sind schon seit den 1980er-Jahren bekannt. Die US-amerikanische „Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations“ hat 1988 einen 10-stufigen Prozess der indikatorgestützten Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen beschrieben.

Qualitätsindikatoren (QIs) operationalisieren das zunächst nicht messbare Konstrukt „Qualität der ärztlichen Versorgung“ und werden international als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen eingesetzt, um die leitliniengerechte, krankheitsspezifische Versorgung überprüfbar und vergleichbar zu machen. Zur Beurteilung der Versorgungsqualität sind klare und allgemein akzeptierte Vorstellungen von „guter Qualität“ als Sollwert erforderlich. Eine gute diagnostische und therapeutische Qualität kann angenommen werden, wenn die Behandlung leitliniengerecht erfolgt. Ein Vergleich mit der tatsächlich erbrachten Qualität als Ist-Wert zeigt Abweichungen an und gibt einen Hinweis darauf, an welcher Stelle Qualität verbessert werden muss, um die Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Wert zu verringern.

Qualitätsindikatoren sind Verhältnismaße aus Zähler und Nenner, die die Ausprägung von Teilaspekten der Versorgungsqualität abbilden. QIs müssen auf den ersten Blick verständlich, leicht nachvollziehbar und praktikabel sein. Sie müssen Bereiche abbilden, die durch das Handeln der Mediziner tatsächlich beeinflussbar sind und damit zu einem besseren Ergebnis für den Patienten führen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht müssen sie kosteneffektiv sein, damit die Veränderung des Indikators in eine gewünschte Richtung auch die Reduktion von Krankheitskosten bewirkt [11].

Reizthema ADHS zwischen Unterversorgung und Medikalisierung

Kinder mit ADHS werden zu spät diagnostiziert und erhalten selten eine Behandlung, die dem aktuellen Forschungsstand entspricht. Andererseits wird die Diagnose aus Mangel an diagnostischer Kompetenz fälschlicherweise auch zu oft gestellt. Experten beklagen eine Unterversorgung auf der einen und eine Medikalisierung auf der anderen Seite.

Qualitätsindikatoren im Praxistest

Der Zentrale Qualitätsarbeitskreis der Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZs) befasst sich im Rahmen der Versorgungsforschung seit mehreren Jahren mit der methodischen Entwicklung leitlinienorientierter, krankheitsspezifischer und SPZ-spezifischer Qualitätsindikatoren-Sets. Für die Behandlung einer ADHS im SPZ wurden 39 QI definiert und zur Erprobung in der Praxis in 9 Sozialpädiatrischen Zentren angewendet.

Die QIs bilden verschiedene Kategorien und Dimensionen des Behandlungsprozesses im SPZ zur Diagnostik und Therapie einer ADHS ab [13]. Beispiele dafür sind:

- **Kategorie Erstbehandler:** QI zur Beurteilung der behandlungsrelevanten Voraussetzungen, mit denen Patienten im SPZ zugewiesen werden. Das erlaubt die Abbildung einer Versorgungskette und macht es möglich, Qualität an Übergängen und Schnittstellen im Versorgungssystem zu definieren und z. B. Unterschiede bei den zugewiesenen Patien-

Warum Qualitätsindikatoren für ADHS?

Qualitätsindikatoren können die Leitlinienimplementierung unterstützen, da die Erstellung und Veröffentlichung von Leitlinien allein nicht hinreichend ist, um ihre Anwendung im Versorgungsalltag zu sichern. Ein Transfer von Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln und Verhalten von Ärzten ist notwendig. Implementierungshilfen für Leitlinien sind Qualitätsindikatoren, Behandlungspfade und Qualitätsmanagement [12].

ten in verschiedenen SPZs zu erkennen.

- **Kategorie Diagnostik:** QI zur Beurteilung der durch Leitlinien und Diagnosekriterien vorgegebenen diagnostischen Schritte; er bildet die mehrdimensionale Diagnostik im SPZ ab.
- **Kategorie Therapie, Intervention, Empfehlungen:** QI zur Beurteilung, inwieweit sich die Behandlungspläne an evidenzbasierten Empfehlungen orientieren.
- **Kategorie Medikamentöse Therapie:** QI zur Beurteilung der Leitlinienumsetzung bei der medikamentösen Behandlung von ADHS-Patienten mit Stimulanzien.

Beispiele einzelner QI-ADHS aus der Kategorie Diagnostik:

Symptomorientierte Anamnese =

Zahl der Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, bei denen eine symptomorientierte Anamnese in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche im SPZ ergänzt und dokumentiert wurde

Zahl der Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ erscheinen

Mehrdimensionaler Intelligenztest =

Zahl der Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenzverfahren im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde

Zahl der Patienten im Schulalter mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ erscheinen

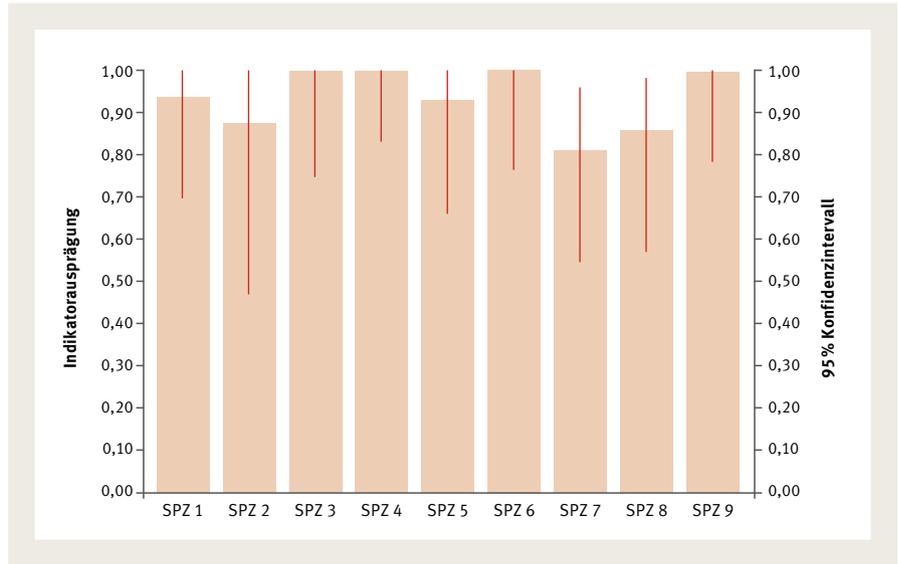


Abb. 1: QI 26 – Mehrdimensionaler Intelligenztest.

Zur Erprobung der QIs im SPZ-Alltag wurden an einer Stichprobe alle verfügbaren Informationen aus den Patientenakten und dem Krankenhausinformationssystem (KHIS) zur Erhebung der Zähler und Nenner retrospektiv ausgewertet. Die jetzt erhobenen QIs dokumentieren damit die aktuelle Qualität der Behandlung einer ADHS in den beteiligten Sozialpädiatrischen Zentren. Sie dienen der Überwachung der Behandlungsqualität und ha-

ben im internen Qualitätsmanagement eine Steuerungs- und Alarmfunktion. Am Beispiel des „QI 26: Mehrdimensionaler Intelligenztest“ wird ersichtlich, dass der Erreichungsgrad bei allen über 90 % liegt und damit für eine gute diagnostische Qualität spricht (Abb. 1).

Im externen Vergleich eignen sich QI zum Benchmarking. Hier werden am Beispiel der „Kategorie Diagnostik“ zwischen den beteiligten SPZs gravierende

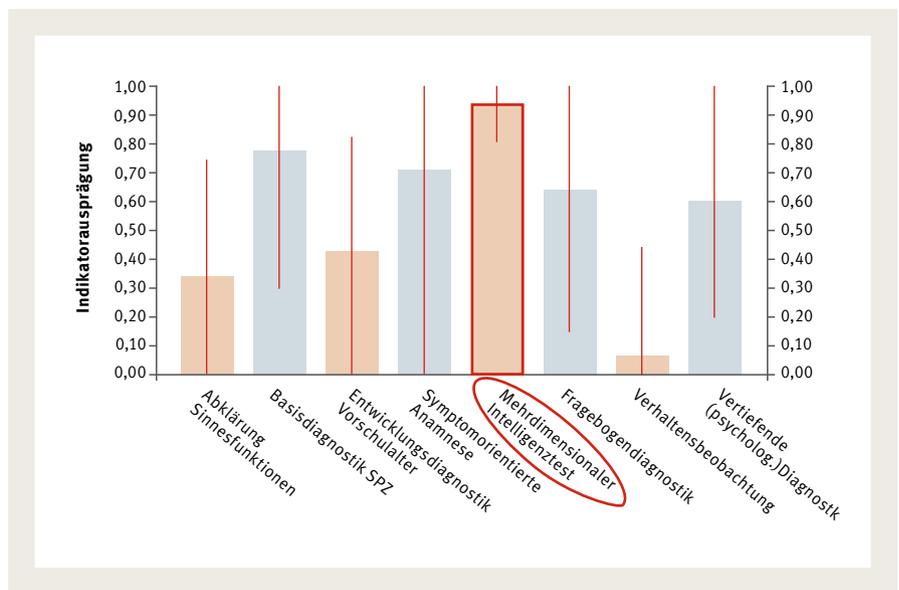


Abb. 2: Kategorie Diagnostik mit Minimum und Maximum über alle SPZs.

Unterschiede deutlich, die Anreiz zur Prozessanalyse und qualitätsverbessernden Maßnahmen mit konkreten Handlungsempfehlungen geben sollten (Abb. 2). Eine mögliche Ursache der Diskrepanzen zwischen den Einrichtungen ist die unterschiedliche Dokumentationsqualität.

Motivation, Ressourcen und Hemmnisse bei der Implementierung von QIs

Der bundesweite Praxistest in 9 Sozialpädiatrischen Zentren zeigte, dass die Anwendung der Qualitätsindikatoren und die inhaltliche Beschäftigung mit der Thematik die Sensibilität und Aufmerksamkeit sowie das Interesse für Qualitätsprozesse allgemein und für den Behandlungsprozess einer ADHS speziell erhöhten und ein positiver interner Effekt zurückgemeldet wurde. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist mit einem hohen Einsatz von Zeit und Ressourcen verbunden. Dies gilt aufgrund unserer Daten und Erfahrungen erst recht für den Versuch einer Umsetzung in den klinischen Alltag. Daher wird die zukünftige Anwendung und Etablierung von QIs in den klinischen Alltag davon abhängen, ob Routinedaten EDV-gestützt erfasst werden und es gelingt, die Dokumentation in der alltäglichen Praxis zu vereinfachen, z. B. durch den Einsatz von hinterlegten leitliniengesicherten Behandlungspfaden, aus denen sich Behandlungsschritte, Abfragen und Memos generieren. Dazu sind innovative EDV-Lösungen, einheitliche Schnittstellen und finanzielle Mittel notwendig. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit mehreren anderen Projekten, die versuchen, eine Messbarkeit der ambulanten Versorgung in den Praxisalltag zu implementieren [14].

Fazit

Die prinzipielle Bereitschaft, Qualitätsindikatoren anzuwenden und Behandlungsqualität transparent zu machen, ist eine große Ressource. Wenn Qualitätssicherung zu einer weiteren flächendeckenden leitliniengerechten Behandlung führt, kann dies zu einer systematischen Verbes-

Wesentliches für die Praxis ...

- Die Qualität der Versorgung einer ADHS ist messbar, wenn verlässliche Parameter zur Verfügung stehen. Dazu können krankheitsspezifische QIs definiert werden.
- Die Motivation zum Einsatz von QIs setzt die Motivation zur Qualitätsverbesserung voraus.
- QIs schaffen Transparenz und ermöglichen, Qualitätsmängel aufzudecken und zu beheben. Eine konsequente Anwendung führt zur Verbesserung der leitliniengerechten medizinischen Versorgung der Patienten.
- Zeit- und Ressourcenaufwand für die Erhebung der QIs im klinischen Alltag muss überschaubar bleiben.
- Voraussetzung für die Implementierung von QIs sind anwenderorientierte EDV-Lösungen und finanzielle Mittel!

serung der Behandlung der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS beitragen. Die Entwicklung von QIs und das Sammeln von medizinischen Daten darf kein Selbstzweck sein, sondern richtet sich an den Bedarf aller Beteiligten aus. Die Herausforderung ist es, die Qualitätssicherung im Interesse der Patienten ohne unnötige Bürokratie aufzubauen. Dazu fehlt aktuell die valide und automatisierte Erfassung der QIs im klinischen Alltag.

Literatur

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL et al. (2007) The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Am J Psychiatry* 164 (6): 942 – 948
2. KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Basiserhebung 2003 – 2006, RKI. URL: <http://www.kiggs.de>
3. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2006) Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45 (2): 192 – 202
4. Schlander M, Schwarz O, Trott G et al. (2005) PMH4 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents: Mental Health and Physical Co-Morbidity in Nordbaden/Germany. *Value Health* 8 (6): A196 – A197
5. Schmidt S, Petermann F (2011) ADHS über die Lebensspanne – Symptome und neue diagnostische Ansätze. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 59 (3): 227 – 238
6. Pelham WE et al. (2007) The Economic Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Paediatr Psychol* 32 (6): 711 – 727
7. Schlander M (2007) Aktuelle Daten zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Deutschland. *Psychoneuro* 33 (10): 412 – 415
8. Seyberth HW, Mentzer D (2014) Methylphenidat unter besonderer Beobachtung. *Monatsschr Kinderheilkd* 162: 438 – 444
9. Bruchmüller K, Schneider S (2012) Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? *Psychotherapeut* 57: 77 – 89
10. John K, Lange M, Becker K, Mattejat F (2013) Wissenschaftliche Begleitevaluation zum Versorgungskonzept AD(H)S in Baden-Württemberg, Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin, AG Therapieevaluation. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/A/ADHS/ADHS_Sachbericht_Abschluss_2013.pdf

11. Kopp I, Geraedts M et al. (2007) Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. *äzq* Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 102 (8): 678 – 682
12. Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel W, Döbler K (2008) Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101 (10): 683 – 588
13. Skrundz M, Borusiak P, Hameister K, Geraedts M (2014) Ergebnisse von Qualitätsindikatoren für die Diagnostik und Behandlung von ADHS in Sozialpädiatrischen Zentren. Bericht für die DGSPJ. URL: <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/qualitaetsicherung-zqak-berichtsrotationsstelle-2014.pdf>
14. Wetzel M, Hildebrandt H, Kleudgen S (2014) Qualitätsindikatoren im Praxistest. *Dt Arztebl* 111 (13) 548 – 549

Korrespondenzadresse

Dr. med. Karin Hameister
 Chefärztin
 Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie mit Sozialpädiatrischem Zentrum Lebenszentrum Königsborn gGmbH
 Zimmerplatz 1
 59425 Unna
 Tel.: 0 23 03/96 70-509
 Fax: 0 23 03/6 87 82
 E-Mail:
 k.hameister@lebenszentrum-koenigsborn.de

