

# Wissenschaftliche Begleitevaluationsstudie zum Versorgungskonzept AD(H)S

Katja John, Mirela Lange, Katja Becker & Fritz Mattejat

Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, AG Therapieevaluation

Die Wissenschaftliche Begleitevaluationsstudie zum Versorgungskonzept AD(H)S in Baden-Württemberg lief von Oktober 2010 bis Februar 2013. Sie wurde von der Arbeitsgruppe Therapieevaluation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg, unter der Leitung von Prof. Dr. Fritz Mattejat und Prof. Dr. Katja Becker, durchgeführt. Die Studie wurde finanziert über das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.

Wir evaluieren! → Die **ADHS-STUDIE** 

Wir wollen wissen, wie gut unsere Behandlungen sind.  
Die Universität Marburg hilft uns dabei.

**Machen Sie mit!**

Gemeinsam können wir unsere Behandlungen noch besser machen.

 Philipps Universität  
Marburg

Gefördert durch das  Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

im Rahmen der Strategie der Bundesregierung  
zur Förderung der Kindergesundheit

25 ambulante Praxen der kinder- und jugendärztlichen, kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg erklärten sich zur Teilnahme an der Studie bereit; elf pädiatrische, neun kinder- und jugendpsychiatrische und fünf kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Praxen. Dies waren im Einzelnen:



## Die Studienpraxen

### Kinder- und Jugendmediziner/innen:

- Dr. Anja Ebbing, Gernsbach
- Dr. Folkert Fehr, Sinsheim
- Dr. Matthias Gelb, Bretten
- Dr. Ute Kademann, Brackenheim
- Dr. Constanze Rehse, Kirchzarten
- Dr. Fritz Reuter, Weikersheim
- Dr. Johannes Röhrenbach, Tuttlingen
- Dr. Simone Schulze, Eppingen
- Dr. Ute Würges-Menzel, Möckmühl
- Dr. Bernhard Zehe, Bruchsal
- Dr. Barbara Zissel, Bad Säckingen

### Kinder- und Jugendpsychiater/innen:

- Dr. Raymond Fojkar, Mannheim
- Dr. Dagmar Hoehne, Friedrichshafen
- Rosika Jonda-Starrach, Reutlingen
- Dr. Thomas Ketting, Karlsruhe
- Dr. Christa Schaff, Weil der Stadt
- Dr. Christian Schmölzer, Wolfegg
- Dr. Katharina Schönthal, Tübingen
- Almuth Schwarz, Herrenberg
- Dr. Monika Spitz-Valkoun, Bonndorf

### Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeut/innen:

- Christine Breit, Neuhausen
- Sabine Schäfer, Weilheim/Teck
- Gebhard Schmid, Reutlingen
- Ingeborg Sigel, Friedrichshafen
- Michaela Willhauck-Fojkar, Mannheim

**Das Ziel der Studie** bestand in der Überprüfung der Frage, ob und in welchem Umfang die Ziele des Vertrages erreicht werden. Zentrale Zielsetzungen des Vertrages (vgl. [http://www.kvbawue.de/praxisalltag/neue\\_versorgungsformen/73c\\_vertraege/adhsads/](http://www.kvbawue.de/praxisalltag/neue_versorgungsformen/73c_vertraege/adhsads/)) waren unter anderem:

- Verbesserte Kommunikation und Kooperation zwischen den Spezialist/innen
- Klarheit und Sicherheit der Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner/innen
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- kontrollierter Medikamenteneinsatz
- Minderung der Kernsymptome
- Verbesserung der komorbiden Störungen
- Verbesserte Eingliederung in das soziale Umfeld
- Vermeidung von stationären Behandlungen

## Methoden und Design

Es handelte sich um eine kontrollierte naturalistische Versorgungs-Längsschnittstudie mit zwei Behandlungsarmen und drei Erhebungszeitpunkten. Aufklärung und Einholung des Informed Consent fand in den 25 teilnehmenden Studienpraxen statt, die Befragungen der Patienten wurden durch die Studienzentrale in Marburg durchgeführt. Teilnehmende Familien erhielten eine Aufwandsentschädigung von 80€ für die vollständige Studienteilnahme. Die folgende Abbildung skizziert das Vorgehen.



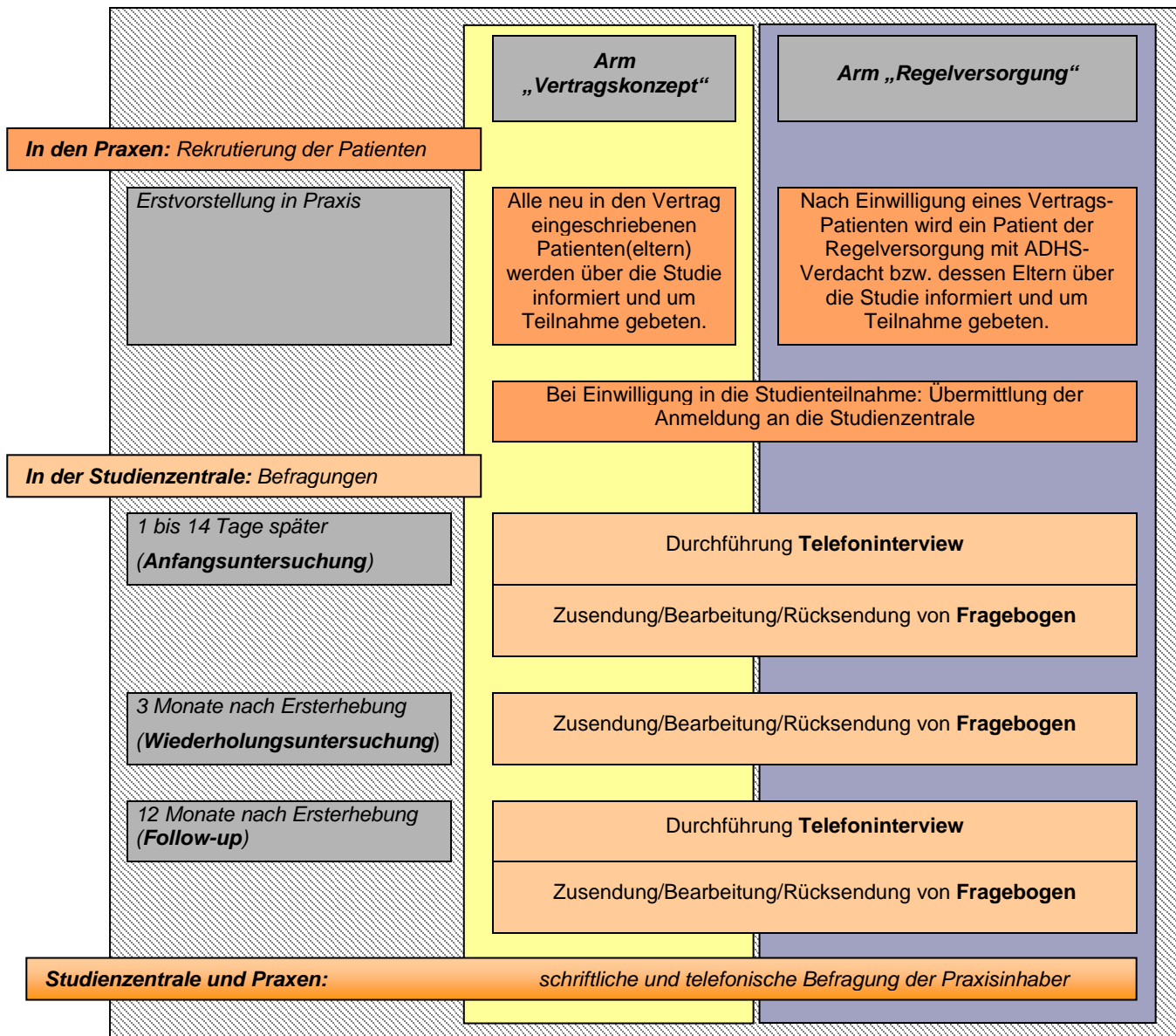


Abbildung: Studiendesign und -ablauf

#### Zentrale Parameter der telefonischen und schriftlichen Patientenbefragungen:

- Weg der Familien in die Studienpraxis/ Behandlungsvorgeschichte
- Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (ILK, Mattejat & Remschmidt, 2006),
- Psychiatrische Symptomatik (MSR, Mattejat & Remschmidt, 2010; SDQ, Goodman 1997, Woerner, 2002)
- ADHS-Symptomatik (FBB-ADHS, Döpfner, 2006)
- Diagnostik
- Behandlung
- Behandlungszufriedenheit (FBB, Mattejat & Remschmidt, 1998)



Eine ergänzende Befragung der Behandlerinnen und Behandler (schriftliche Erhebung plus Telefoninterview) erfasste elementare Daten zu Diagnostik und Behandlung der Patienten sowie Angaben zum Praxisaufbau und den Abläufen in der Praxis. Zudem wurde nach den Veränderungen durch Einführung des ADHS-Vertrags gefragt.

### **Zentrale Fragestellungen:**

1. Wie sieht die Diagnostik der ADHS aus?
2. Wie wirksam sind ambulante ADHS-Behandlungen?
3. In wie fern unterscheiden sich die Untersuchungsarme (quantitative Analysen)?
4. Beurteilung des ADHS-Vertrags durch die Behandler.
5. Weiterführende Analysen zur Ergebnis- und Prozessqualität.

## *Ergebnisse der Studie*

### **Die Stichprobe**

- Es wurden 228 Patienten in die Studie aufgenommen. Von 157 Familien liegen vollständige, verwertbare Längsschnittdatensätze vor.
- Die in dieser Studie befragten Eltern waren zumeist Mütter im Alter zwischen 24 und 56 Jahren (Mw= 39, Sd= 6,2). Sie hatten die Schule zum überwiegenden Teil (49%) mit der mittleren Reife abgeschlossen (3% ohne Schulabschluss, 25% Hauptschulabschluss, 24% Hochschulreife). Ein Drittel der Stichprobe war nicht erwerbstätig, ca. die Hälfte (55%) arbeitete in Teilzeit. 14% waren allein erziehend. 75% lebten mit ihrem Ehepartner zusammen. Die meisten waren in Deutschland geboren (86%) und hatten die deutsche Staatsangehörigkeit (92%).
- Die teilnehmenden Kinder waren zu 78% männlich, zu 22% weiblich. Sie waren zwischen 4 und 17 Jahren alt (Mw=8,7, Sd=2,5). Die meisten Kinder (59%) besuchten die Grundschule. 72% lebten mit beiden leiblichen Eltern zusammen. Die meisten Kinder hatten Geschwister; 12% waren Einzelkinder.

### **Die Diagnostik**

- 87% der mit einer AD(H)S-Verdachtsdiagnose vorgestellten Kinder erfüllten die Diagnosekriterien einer hyperkinetischen Störung (F90.0, F90.1, F90.8, F90.9). 9% der Stichprobe erhielten andere ICD-10-Diagnosen (insbesondere Anpassungs- und Belastungsstörungen, sowie Emotionale Störungen des Kindesalters). 4% der Stichprobe hatten keine ICD-10-Diagnose.
- 44% der Kinder im AD(H)S-Vertrag wiesen mindestens eine umschriebene Entwicklungsstörung auf; im Vordergrund stehen Entwicklungsrückstände der schulischen Entwicklung.
- Die diagnostische Abklärung fand zum größten Teil ausschließlich in den Studienpraxen statt. Jeweils ca. 10% der Patienten waren zur diagnostischen Abklärung in anderen Einrichtungen, in 15% der Fälle kooperierten die Studienpraxen mit anderen Einrichtungen. Für die diagnostische Abklärung wurden durchschnittlich 3,8 Termine mit den Kindern und 1,8 Termine mit den Eltern durchgeführt.



## Die Behandlung

- **Therapie:** Bei 83% der Studienpatienten wurde in der Studienpraxis eine Behandlung begonnen.
  - **Die angebotenen Behandlungen waren vielfältig und multimodal.** Die Probleme der Kinder wurden in Einzel- oder Gruppenterminen für Kinder behandelt, in Familienterminen oder Elterngesprächen. 17% der Teilnehmer nahmen an einem Elterstraining teil. Auch weitere Interventionen, wie z.B. Ergotherapien, wurden häufig in Anspruch genommen.
  - **Medikamentöse Behandlung:** Nur wenige Patienten (6%) wurden ausschließlich medikamentös behandelt.
  - **Behandlungseffekte:** Alle klinischen Parameter nahmen einen günstigen Verlauf.
  - **Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen:** Die ursprünglich deutlich beeinträchtigte Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen verbessert sich im Laufe des Jahres signifikant. Die Verbesserungen im Bereich Schule und Psychische Gesundheit können nach Cohen (1988) als mittlere Effekte klassifiziert werden.
  - **Psychiatrische Symptomatik:** Die Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen geht deutlich zurück. 50 % der Befragten gaben an, die Probleme des Kindes hätten sich deutlich oder völlig gebessert.
  - **ADHS-Symptomatik:** Die ADHS-Symptomatik verbessert sich, dies gilt insbesondere für Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität (mittlere Effektstärke).
- **Die mit ADHS belasteten Kinder und Jugendlichen werden in den ambulanten Praxen wirksam behandelt.**

## Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen

- **Diagnostik**  
Bei 19% der Patienten im AD(H)S-Vertrag kooperierten die Behandler für die Diagnostik mit anderen Einrichtungen, in der regelversorgten Patientengruppe traf dies nur für 11% zu. In der Gruppe der Vertragspatienten wurden mehr Termine mit den Eltern durchgeführt als in der Kontrollgruppe, die Kinder in der Gruppe der Vertragspatienten hatten etwas weniger Diagnostiktermine als die regelversorgten Kinder.
- **Behandlung**  
In der Gruppe der Vertragspatienten wurde mehr Elternarbeit durchgeführt. Zudem organisierten sich die Vertragspatienten mit 28% weniger häufig zusätzliche Interventionen ohne das Wissen der Studienpraxis (Regelversorgung 38%).  
Patientenfamilien, die nach dem ADHS-Vertrag versorgt wurden, erhielten mehr Interventionen des Moduls ‚Psychoedukation‘, mehr psychotherapeutische Behandlungen und mehr Interventionen des Moduls ‚komorbide Störungen‘. Dagegen wurden seltener Interventionen des Moduls ‚störungsspezifische Funktionsbehandlungen‘ angeordnet und seltener Medikamente eingenommen.  
4% der Vertragspatienten erhielten neben dem Modul ‚Medikamentöse Therapie‘ keine weiteren Module –ggü. 8% der regelversorgten Gruppe.
- **Die Praxiszufriedenheit** fiel in der Gruppe der Vertragspatienten etwas günstiger aus als in der Kontrollgruppe. In der Gruppe der Vertragspatienten machten weniger Eltern Gebrauch von der Möglichkeit, negative Kritik an der Betreuung durch die Praxis zu üben (45% der BKK-Vertragspatienten vs. 55% der regelversorgten Patienten).



- **Hypothesenüberprüfung:** Es wurden 3 a priori Hypothesen überprüft. Unterscheiden sich die beiden Studienarme „Vertragsversorgung“ und „Regelversorgung“ in Bezug auf ihre Prozessqualität, ihre Ergebnisqualität und die Symptomverbesserung? Prozess- und Ergebnisqualität wurden als Summenscores operationalisiert, die jeweils mehrere Konstrukte umfassten. In Bezug auf diese aggregierten Summenscores zur Prozessqualität und Ergebnisqualität sowie den Gesamtwert des SDQ ließ sich keine statistische Überlegenheit der nach ADHS-Vertrag versorgten Gruppe nachweisen.
- Ein wichtiger Grund hierfür liegt darin, dass auch Patienten der Regelversorgung zu nicht geringen Teilen so diagnostiziert und behandelt wurden, wie es der ADHS-Vertrag vorsieht. Da sich die Behandlungen weniger stark unterscheiden als vermutet, unterscheidet sich auch das Ergebnis weniger stark.
- Weiterführende komplexe Analysen legen nahe, dass das Behandlungsergebnis umso günstiger ausfällt, je eindeutiger zentrale Aspekte des Vertrages umgesetzt wurden.

### ***Prädiktoren der Ergebnis- und Prozessqualität***

Aktuell werden detailliertere Analysen durchgeführt um genauer zu überprüfen, welche Faktoren die Ergebnis- und Prozessqualität bedingen. Eine zentrale Rolle scheinen dabei insbesondere die folgenden Aspekte zu spielen:

- Die Ergebnisse fielen günstiger aus, wenn die Symptomatik noch nicht so lange bestand.
- Die Ergebnisse fielen günstiger aus, wenn die Symptomatik nicht so ausgeprägt war.
- Die Ergebnisse fielen günstiger aus, wenn die Eltern Klarheit über Diagnostik und Behandlungsweg hatten.
- Die Ergebnisse fielen günstiger aus, wenn die Familien mit der Ihnen von den Behandlern zur Verfügung gestellten Zeit zufrieden waren.

### ***Der Vertrag aus Sicht der Behandler***

- Die Leistungserbringer beurteilten den Vertrag übereinstimmend positiv.
- Als entscheidende Veränderungen wurden insbesondere verbesserte Kooperationen mit anderen Behandlern und Fachgruppen sowie die intensiveren/ besser finanzierten Therapiemöglichkeiten, insbesondere die Einführung von Elterntrainings genannt.
- Die Mehrzahl der Leistungserbringer versucht, die Versorgung für alle ihre Patienten optimal zu gestalten, unabhängig von einer eventuellen Teilnahme am Vertrag. Nicht immer bestehen deshalb in der Praxis Unterschiede zwischen den Gruppen.
- Gruppentrainingsangebote für Eltern und Kinder erwiesen sich als regional sehr unterschiedlich. Teilweise sind Gruppenangebote gar nicht, teils nur gegen Selbstzahlung bei externen Anbietern erhältlich. Einige Praxen haben im Zuge der Vertragseinführung zusätzliche Mitarbeiter für die Durchführung von Gruppentrainings angestellt während andere auf externe Anbieter zurückgreifen.



## Zusammenfassung

- Der überwiegende Teil der AD(H)S-Verdachtsdiagnosen wurde bestätigt (87%). 9% der Stichprobe erhielten andere ICD-10-Diagnosen (insbesondere Anpassungs- und Belastungsstörungen, sowie Emotionale Störungen des Kindesalters). 4% der Stichprobe hatten keine ICD-10-Diagnose.
- Die angebotenen Behandlungen waren vielfältig und multimodal, es wurden kaum rein medikamentöse Behandlungen durchgeführt. Alle klinischen Parameter, insbesondere Lebensqualität, allgemeine psychiatrische Symptomatik sowie ADHS-Symptomatik nahmen einen günstigen Verlauf. Die mit ADHS belasteten Kinder und Jugendlichen werden in den ambulanten Praxen wirksam behandelt:
- Unterschiede in Diagnostik und Behandlung der Patienten sind vorhanden jedoch weniger deutlich ausgeprägt als vor Studienbeginn angenommen. Bei der Versorgung im Rahmen des Vertrages wird bei der Diagnostik mehr kooperiert und es wird mehr Elternarbeit durchgeführt. Jedoch werden zentrale Aspekte des Vertrages auch in großen Teilen der Regelversorgung umgesetzt.
- Die Praxiszufriedenheit fiel in der Gruppe der Vertragspatienten etwas günstiger aus als in der Kontrollgruppe. Es wurde weniger negative Kritik an der Betreuung durch die Praxis geübt.
- Im statistischen Vergleich der aggregierten Summenscores zur Prozessqualität und Ergebnisqualität lässt sich die Überlegenheit der nach ADHS-Vertrag versorgten Gruppe nicht nachweisen.
- Weitere Analysen haben gezeigt, dass das Behandlungsergebnis umso günstiger ausfällt, je eindeutiger zentrale Aspekte des Vertrages umgesetzt wurden.
- Aktuell werden genauere Analysen zu Prädiktoren der Ergebnis- und Prozessqualität durchgeführt. Eine wichtige Rolle scheinen insbesondere die Vorgeschichte der Patienten, ihre anfängliche Symptombelastung und die Aufklärung der Familien zu spielen.
- Die Leistungserbringer beurteilten den Vertrag übereinstimmend positiv.
- Aus Sicht der an der Studie beteiligten Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat der AD(H)S-Vertrag entscheidende Verbesserungen für die Versorgung der Patienten mit sich gebracht. Es werden insbesondere genannt: die verbesserte Kooperationen mit anderen Behandlern und Fachgruppen sowie die intensiveren und besser finanzierten Therapiemöglichkeiten. Besondere Erwähnung findet die Einführung und Finanzierung von Elterntrainings.
- Verbesserungsvorschläge der Behandler zielen in erster Linie auf eine Erweiterung des Teilnehmerkreises ab. Die Leistungserbringer wünschen sich mehr kooperierende Behandler, mehr teilnehmende Kassen und damit mehr Vertragspatienten.

Nachfragen richten Sie bitte an:

Dipl.-Psych. Katja John, [katja.john@med.uni-marburg.de](mailto:katja.john@med.uni-marburg.de), 06421-586 3118

