

## Editorial

18 Jahre – volljährig! Damit ändert sich einiges im Leben. Mit dem 18. Geburtstag beginnt ein neuer Lebensabschnitt: Auto fahren, an Bundestagswahlen teilnehmen, frei den Wohnort wählen und endlich alle Entscheidungen selbstständig treffen dürfen. Die Eltern sind nicht mehr länger die gesetzlichen Vertreter – für viele junge Erwachsene und auch ihre Eltern ein bedeutender Meilenstein. Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter ist eine Zeit der Umbrüche und Veränderungen: Schulabschluss und Berufswahl, die Abnabelung vom Elternhaus, eine eigene Partnerschaft und die selbstständige Organisation des Alltags sind für junge Menschen Herausforderungen, die sie meist gern annehmen.

Wie aber verläuft diese Phase des Übergangs für junge Erwachsene mit einer ADHS-Erkrankung, einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung? Ergeben sich für sie spezielle Anforderungen? Wie beschreiben sie ihre Situation in Ausbildung, Beruf und Privatleben und welche Veränderungen erleben sie in der medizinischen Versorgung? Der Autor und die Autorin unseres Newsletters, Gerd Lehmkuhl und Ingrid Schubert, haben dazu im Rahmen einer Gesundheitsmonitor-Sonderbefragung im Juni 2012 junge Erwachsene mit einer ADHS-Erkrankung im Jugendalter befragt. Ihre Ergebnisse zeigen nachdrücklich, dass viele der Befragten im Alltag, aber auch bei der Weiterführung der medizinischen und therapeutischen Betreuung auf Schwierigkeiten stoßen. Indem sie die Lebenssituation, das Befinden und die wahrgenommenen Probleme aus Sicht der Betroffenen beschreiben, sensibilisieren die Autoren eindrucksvoll für die Problematik der Versorgungssituation von jungen Erwachsenen mit ADHS. Damit erweitern sie die in den Medien und der Öffentlichkeit geführten Diskussionen um einen wichtigen Aspekt: ADHS-Probleme betreffen nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern bleiben oftmals auch nach dem 18. Geburtstag bestehen.

Das Team des Gesundheitsmonitors wünscht viel Freude beim Lesen!

## Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen

*Gerd Lehmkuhl, Ingrid Schubert*

### Ausgangslage

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Stimulanzien sind Themen, die in den Medien und in der Fachöffentlichkeit seit vielen Jahren große Beachtung finden. Trotz vielfältiger diagnostischer und therapeutischer Leitlinien werden die dort festgelegten Kriterien, Empfehlungen und Qualitätsstandards in der Praxis nicht immer umgesetzt. So konnten Angold und Mitarbeiter (2000) in einer versorgungsepidemiologischen Studie in den USA nachweisen, dass nur etwa 50 Prozent der mit Psychostimulanzien behandelten Kinder und Jugendlichen die Diagnosekriterien auch tatsächlich erfüllten. Fehldiagnosen werden auch für Deutschland vermutet.

Untersuchungen zufolge erhalten knapp fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren eine ADHS-Diagnose (Schlack et al. 2007). Der Anteil der mit Stimulanzien Behandelten wird je nach Methodik, Datenbasis und Altersgruppe auf ein bis zwei Prozent aller Kinder und Jugendlichen geschätzt (Schubert et al. 2010, Janhsen 2007, Grobe et al. 2013). Die Störung ist durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, durch unzureichende Impulskontrolle und Hyperaktivität gekennzeichnet. Diese Auffälligkeiten sind vor dem Alter von sechs Jahren gut erkennbar und treten in mehreren Situationen auf: in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder in der untersuchenden Situation. Die Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sein, das die weitere Entwicklung des Kindes behindert und seinem Entwicklungsstand nicht angemessen ist. Die meisten Kinder werden Ärzten und Therapeuten mit Schulbeginn vorgestellt, da durch die gesteigerten Anforderungen an die Arbeits- und Selbststeuerungsfähigkeit die Aufmerksamkeitsschwäche und die kognitive Impulsivität deutlicher in den Vordergrund rücken (Lehmkuhl, Frölich et al. 2009). Bei 60 bis 70 Prozent bleibt die Symptomatik zwischen dem sechsten und neunten Lebensjahr bestehen. Die Behandlung soll edukative, verhaltenstherapeutische und (in schweren Fällen) medikamentöse Maßnahmen (Verordnung von Psychostimulanzien, die die Konzentration verbessern) verknüpfen



(Döpfner et al. 2013). Diese in Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. 2007) empfohlene sogenannte multimodale Behandlung wird von Experten als unzureichend umgesetzt eingeschätzt (Lehmkuhl et al. 2009; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2009).

Auch wenn Kontroversen hinsichtlich der möglichen Ursachen für die Entwicklung einer ADHS bestehen, ist ADHS mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen – Beeinträchtigung der schulischen und sozialen Entwicklung – und ihre Familien sowie die Umgebung verbunden. In der (fach-)öffentlichen Berichterstattung liegt der Fokus in der Regel auf den (jüngeren) Kindern. Wie jedoch Studien zeigen (Kessler et al. 2006, Polanczyk und Rohde 2007), muss davon ausgegangen werden, dass bei einem nicht unerheblichen Prozentsatz der Betroffenen die zentralen Symptome der ADHS, wenn auch in veränderter Ausprägung, noch jenseits des 18. Lebensjahrs vorhanden sind und bei fehlender Unterstützung zu Problemen in Ausbildung, Beruf und Privatleben führen können (Faraone et al. 2000, Krause und Krause 2009). Probleme können auch bei der Weiterführung der Therapien auftreten, da nach dem 18. Lebensjahr die Zuständigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung endet. Auf die Notwendigkeit, diesen Übergang – als *transitional care* bezeichnet – zu planen, um Brüche in der Versorgung chronisch kranker Jugendlicher zu verhindern, hat auch das Sachverständigengutachten von 2009 hingewiesen. In Bezug auf die Versorgung psychisch kranker Jugendlicher und junger Erwachsener wurden bereits deutliche Versorgungsmängel konstatiert (AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den

Landespsychiatriebeirat Berlin 2009, Bundesärztekammer 2011):

- Zu befürchten sind Therapieabbrüche bezogen auf die Medikation. Bei Jugendlichen mit ADHS und einer Behandlung mit Methylphenidat (MPH) war letzteres bis November 2011 nach dem 18. Lebensjahr nicht mehr erstattungsfähig, die Therapie war somit off-label. Inzwischen ist Methylphenidat auch für die Therapie bei Erwachsenen zugelassen. Sollte bislang ein Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinderarzt das Medikament verordnet haben, muss jedoch auch hier der Verordner gewechselt werden, was ebenfalls, wenn dieser Übergang nicht gelingt, zu einem Therapieabbruch führen kann.
- Ein Wechsel des Therapeuten bedeutet immer eine Belastungssituation für die betroffenen Jugendlichen und ihre Familien. Zunächst muss ein Therapeut mit Expertise in der Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter gefunden werden. Darüber hinaus gilt es, eine neue Vertrauensbeziehung aufzubauen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass bei dem Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter therapeutische Angebote abbrechen und häufig kein nahtloser Behandlungsübergang erfolgt. Darüber hinaus erkennen die betroffenen jungen Erwachsenen und ihre Familien oft nicht die Notwendigkeit und den Nutzen einer Weiterbehandlung. Da häufig immer noch die Meinung vertreten wird, dass sich „ADHS auswächst“, stellt dieser Übergang dann einen willkommenen Anlass dar, bisherige Therapiemaßnahmen zu beenden.

Bislang liegen zu dieser vulnerablen Phase des Übergangs ins Erwachsenenalter für psychisch kranke Jugendliche – und hier für Jugendliche mit ADHS – auch nur begrenzte Informationen über die eigene Wahrnehmung von psy-

chischen Problemen und die Inanspruchnahme von Ärzten, Therapeuten und Medikamenten vor. In diesem Newsletter werden deshalb die Erfahrungen junger erwachsener ADHS-Patienten mit ihrer Erkrankung und deren Behandlung vorgestellt. In einer schriftlichen Befragung gaben sie nicht nur Auskunft zu ihrer gegenwärtigen Lebenssituation, sondern beschrieben auch ihre Behandlung vor und nach dem 18. Geburtstag. Nach einer kurzen Charakterisierung der Befragten werden folgende Fragen untersucht:

- Wie beschreiben die Befragten ihre aktuelle Situation? Hier ist von Interesse, bei welchem Anteil der jungen Erwachsenen nach eigenen Angaben noch ADHS-typische Symptome bestehen und ob sie darüber hinaus von weiteren psychischen Belastungen berichten.
- Welche Behandlung wird aktuell in Anspruch genommen? Antworten auf diese Frage sollen zum aktuellen Befinden und zur Behandlung als junge Erwachsene Auskunft geben. Interessant ist, ob diejenigen, die psychische Belastungen berichten, therapeutische Hilfen erhalten bzw. in Anspruch nehmen.
- Wurde eine bestehende Therapie nach dem 18. Geburtstag fortgeführt? Welche Veränderungen haben sich ergeben? Wurden Therapiewechsel besprochen? Vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen vulnerablen Phase (Ablösung vom Elternhaus, Wechsel der Ausbildungsinstitution, Wechsel vertrauter Therapeuten) geht es hier darum, von den jungen Erwachsenen zu erfahren, wie sich die Behandlung beim Übergang ins Erwachsenenalter gestaltet hat.

## Junge Erwachsene geben Auskunft

Befragt wurden im Juni 2012 3.728 Barmer-GEK-Versicherte überwiegend im Alter von 18 bis 21 Jahren. Ausgewählt wurden Versicherte, für die in den Jahren 2006 bis 2010 (d. h. vor ihrem 18. Geburtstag) mindestens zwei gesicherte ADHS-Diagnosen in den Abrechnungsdaten vorlagen. Vergleichsangaben zum Antwortverhalten der Altersgruppe liegen nicht vor. Ausgewertet wurden 623 Fragebogen.

Was die Teilnahme(bereitschaft) an der Befragung (und damit auch den erzielten Rücklauf) angeht, wird aus den Rückmeldungen deutlich, dass nicht in jedem Fall das Wissen der Versicherten über diese Diagnose vorlag und dass es offensichtlich eine Diskrepanz zwischen der ärztlichen Diagnosenennung bzw. der Kommunikation der Diagnose und der tatsächlichen Kenntnis (oder der daraus hervorgehenden Betroffenheit) bei den Eltern und Kindern gibt. In der Folge haben viele Versicherte die Teilnahme an der Befragung abgelehnt, was die hohe Rate an Nichtteilnehmern erklärt. Geantwortet haben in erster Linie Jugendliche, die überwiegend medikamentös behandelt wurden. Hierdurch wird die These gestützt, dass die Mitwirkung an der Befragung aus einer direkten Betroffenheit heraus wahrgenommen wurde.

19 Prozent der Antwortenden sind junge Frauen, 81 Prozent Männer. Das Verhältnis von 1 zu 4 entspricht dem in epidemiologischen Studien dargestellten Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen mit ADHS (Schlack et al. 2007). Befragt nach dem Zeitpunkt der Diagnosestellung geben in der hier vorliegenden Untersuchung etwa 63 Prozent an, dass diese erwartungsgemäß im Alter zwischen sechs und zehn Jahren gestellt

wurde. Bei immerhin jedem Sechsten war die Diagnose nach Angaben der Befragten jedoch bereits vor dem sechsten Lebensjahr gestellt worden, ebenso bei jedem Sechsten (16 %) im Alter zwischen 11 und 14 Jahren.

Bei der Frage nach der Schulbildung gibt knapp ein Viertel einen Hauptschulabschluss an; knapp 40 Prozent benennen als Abschluss die mittlere Reife, 22 Prozent Abitur oder einen vergleichbaren Abschluss. Knapp drei Prozent geben an, die Schule ohne Abschluss beendet zu haben, und knapp zehn Prozent streben noch einen Schulabschluss an. Ein Viertel der jungen Erwachsenen ist auf der Suche nach einem Lehrplatz, 84 Prozent geben eine Partnerschaft an.

### Hinweise zur Behandlung

Eine Frage nach der früheren Behandlung zeigt, dass sich an der Befragung vor allem diejenigen beteiligt haben, die eine Therapie mit Psychostimulanzien (z. B. Methylphenidat – Ritalin® 91 %, und/oder Atomoxetin 14 %) erhalten haben (Tabelle 1): 57 Prozent gaben

an, die medikamentöse Therapie länger als drei Jahre durchgeführt zu haben. Kürzere Therapien – bis zu sechs Monaten – waren bei knapp sieben Prozent der an der Befragung Teilnehmenden dokumentiert. Andere Medikamente wie Antidepressiva, Neuroleptika und homöopathische Zubereitungen spielen eine untergeordnete Rolle, wobei ein Viertel der Befragten diese Frage nicht beantwortet hat.

Vor dem Hintergrund der Leitlinien wie auch der Anwendungsvoraussetzungen für Psychostimulanzien (s. Packungsbeilage zu Methylphenidat) sollten diese nur in Verbindung mit anderen nicht medikamentösen therapeutischen Hilfen gegeben werden. Unsere Befragung bestätigt die vielfach geäußerte Kritik, dass dieses multimodale Vorgehen nicht ausreichend umgesetzt wird: Nur 46 Prozent erhielten ihrer Erinnerung nach eine Verhaltenstherapie, 61 Prozent geben Gesprächs- oder Spieltherapien an. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass hier bei bis zu zehn Prozent der Befragten Antworten fehlen, sodass der Anteil auch noch etwas höher

### Behandlung bis zum Alter von 18 Jahren (in Prozent)

Anteil mit...	ja	nein	weiß nicht	keine Angabe
...psychostimulierenden Medikamenten (beispielsweise Ritalin®, Medikinet®)	90,9	7,4	0,2	1,6
...Atomoxetin (Strattera®)	13,8	61,5	3,0	21,7
...anderen Medikamenten	5,9	64,2	3,9	26,0
...Beratungsgesprächen für Eltern/Lehrkräfte	81,1	10,6	3,2	5,1
...Verhaltenstherapie	45,6	39,8	4,0	10,6
...Gesprächstherapie/Spieltherapie	61,0	28,3	3,2	7,5
...Familiengesprächen	58,7	27,4	2,7	11,1
...Ergotherapie (Arbeits-/ Beschäftigungstherapie)	57,6	33,1	2,2	7,1
...Klinikaufenthalt wegen ADHS	20,4	66,0	1,0	12,7

Quelle: Gesundheitsmonitor 2013, Sonderbefragung, n = 623; Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 1

gesundheitsmonitor

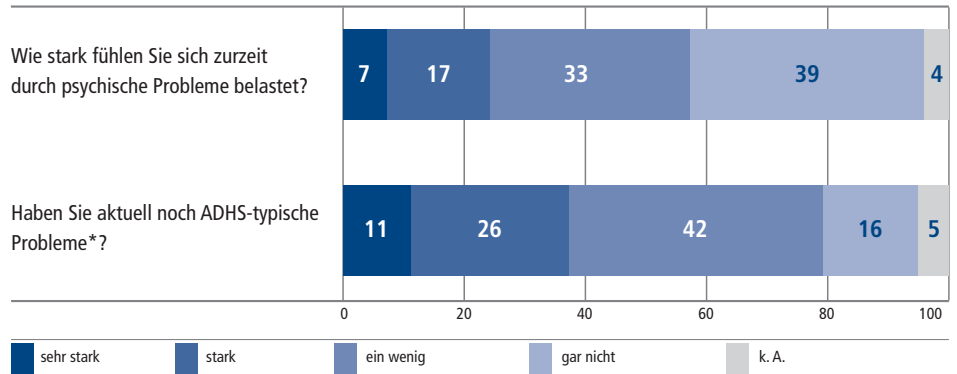
liegen könnte. In ähnlicher Größenordnung fanden Familiengespräche (59 %) und Ergotherapie (58 %) statt. Einen Klinikaufenthalt wegen ADHS gaben 20 Prozent der Antwortenden an.

Befragt nach den Auswirkungen der Erkrankung auf ihr Leben stimmt fast die Hälfte (48 %) der Aussage zu, dass ADHS ihre Lebensfreude eingeschränkt habe. Eine Erklärung liegt darin, dass die durch die Symptomatik zunehmenden sozialen und beruflichen Schwierigkeiten den Aufbau eines stabilen Selbstwertgefühls beeinträchtigen und die Entwicklung depressiver Störungen fördern (Lehmkuhl et al. 2009).

61 Prozent sind der Ansicht, dass ADHS sie weiterhin begleiten wird und die Erkrankung auch im Erwachsenenalter behandelt werden müsse (56 %).

Die folgenden Angaben zu der aktuellen Situation und den Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung sind folglich vor dem Hintergrund zu bewerten, dass die Befragten zu einem großen Prozentsatz längerfristig medikamentös behandelt wurden und sich durch die Erkrankung zu einem nicht unerheblichen Teil in ihrer Lebensfreude eingeschränkt fühlten. Immerhin 30 Prozent gaben an, dass die Medikamenteneinnahme sie als Jugendliche stark bis sehr stark belastet habe. Dies kann mit den unerwünschten Wirkungen, wie Appetitmangel, Schlafstörungen und Einschränkung der Spontaneität, zusammenhängen.

**Belastung durch ADHS und psychische Probleme (in Prozent)**

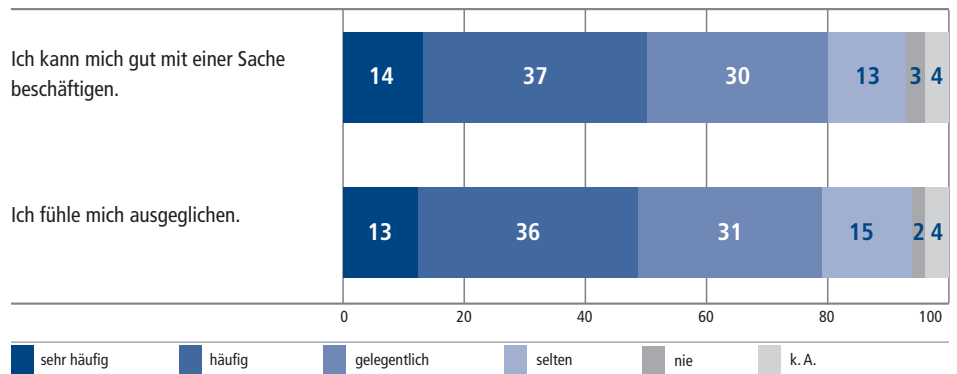


\*ADHS-typische Probleme: Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Unruhe

Quelle: Gesundheitsmonitor 2013, Sonderbefragung, n = 623

Abbildung 1

**Aktuelles Befinden: „Wie häufig treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?“ (in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsmonitor 2013, Sonderbefragung, n = 623

Abbildung 2

**Wie geht es den Patienten heute?**

Die Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter ist oft nicht leicht, da viele Kriterien und Verlaufsaspekte bedacht werden müssen und es sich häufig um „Multi-Problem-Patienten“ handelt. Das klinische Bild ist gegenüber dem bei Jugendlichen verändert: Im Erwachsenenalter berichten Betrof-

fene häufig von einer inneren Unruhe und Restlosigkeit. Die Unfähigkeit zur Entspannung empfinden sie selbst und oft auch ihre Angehörigen als sehr belastend. Urlaubs- und Freizeitgestaltung sind vollgepackt mit wechselnden Aktivitäten und Plänen, immer neue Reize und Erfahrungen werden gesucht, Ruhezeiten nicht eingeplant. In den Abendstunden stellt sich dann zwar eine erhebliche Müdigkeit ein, doch werden

### „Wie stark ist Ihr Leben zurzeit durch ADHS oder andere psychische Probleme beeinträchtigt?“ (in Prozent)

	stark beeinträchtigt	mittel beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	gar nicht beeinträchtigt	k. A.
Meine Stimmung ist insgesamt...	6,7	23,0	35,4	32,1	4,3
Meine Leistungsfähigkeit (Schule/Ausbildung/Arbeitsplatz) ist ...	14,1	28,1	29,5	23,9	4,3
Meine Beziehungen/Kontakte (zu Eltern, zu meiner Familie) sind...	8,3	18,3	28,1	40,8	4,5
Meine Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten sind...	5,5	9,6	21,3	59,6	4,0

Quelle: Gesundheitsmonitor 2013, Sonderbefragung, n = 623

Tabelle 2

gesundheits**monitor**

immer neue Tätigkeiten angefangen, Dinge hin und her geräumt, und es fällt den Betroffenen schwer, ein Ende beim Fernsehen oder Internetsurfen zu finden. Endlich im Bett stellt sich der Schlaf nicht ohne Weiteres ein; meist bleiben Musik oder Fernseher zum Einschlafen eingeschaltet, um von dem nicht enden wollenden Gedankenfluss abzulenken (Adam et al. 2002, Lehmkuhl, Frölich et al. 2009, Krause und Krause 2009).

Die Befragung zeigt, dass bei Patienten mit ADHS auch im jungen Erwachsenenalter erhebliche Schwierigkeiten weiter bestehen (s. Abb. 1), sodass nicht davon auszugehen ist, dass sich bei allen die Symptomatik in der Adoleszenz zurückbildet. Das Weiterbestehen (Persistenz) hyperkinetischer Symptome vom Kindes- in das Jugendalter hinein wird in der Literatur mit 30 bis 60 Prozent angegeben. Die erhobenen Daten stimmen gut mit den Ergebnissen von Kessler et al. (2005) überein, die über Prävalenzraten von gut 36 Prozent berichten.

Bezogen auf ihre Stimmung und Affektlage geben in der hier durchgeführten Befragung nur knapp 50 Prozent an, dass

sie häufig oder sehr häufig ausgeglichen sind. Sich mit einer Sache längere Zeit zu beschäftigen, gelingt gut 50 Prozent der Befragten, während es 16 Prozent nie oder selten schaffen (Abb. 2).

Die Patienten geben somit ein breites Spektrum begleitender Schwierigkeiten und Symptome an, das ihre Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit und ihre Kontakte deutlich einschränkt (Tab. 2).

### Besonderheiten bei jungen Erwachsenen: Komorbidität und Risikoprofil

Schule, Ausbildung und familiäres Umfeld spielen eine besondere Rolle beim Übergang von der Jugend in das Erwachsenenalter. Einerseits kann sich für junge Erwachsene mit ADHS durch den Wegfall des Schulunterrichtes mit seinem vorgegebenen Lern- und Leistungssystem und die Möglichkeit einer auf die individuellen Fähigkeiten zugeschnittenen Berufswahl eine deutliche Entlastung ergeben (Lehmkuhl et al. 2009). Andererseits fällt unter Umständen ein Hilffsystem weg, das viele Defizite bisher auffangen konnte.

In dieser Situation ist das Risiko hoch, dass die weitere berufliche Ausbildung nicht gelingt, die Betroffenen aus sozialen Bezügen herausfallen oder auch durch Drogenmissbrauch gefährdet sind. Das Risiko ungünstiger Entwicklungen ist noch größer, wenn weitere psychische Erkrankungen vorliegen. Cumyn et al. (2007) gehen davon aus, dass etwa 75 Prozent der Erwachsenen mit ADHS mindestens eine weitere komorbide Störung aufweisen. Zu den häufigsten komorbiden Störungen gehören depressive Episoden (35 bis 70 %), bipolare Störungen (10 %), Angst und Tic-Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen (Ohlmeier und Roy 2012). Aus diesen Gründen müssen Behandlungsstrategien immer mehrere Aspekte berücksichtigen. Generell sollte die am meisten beeinträchtigende Symptomatik zuerst behandelt werden (Bush et al. 2005, Matte et al. 2012).

Auch wenn die Daten der vorliegenden Befragung weitere Diagnosestellungen nicht erlauben, finden sich doch wichtige Hinweise auf geschilderte Beschwerden und Symptome (Tab. 3). Darüber hinaus geben gut 36 Prozent der Befragten an, dass sie eher mehr Probleme haben als Gleichaltrige. Sie erleben ihre Kontakte zu anderen Menschen und Beziehungen in gut 21 Prozent als mittel- bzw. stark beeinträchtigt und geben dies in knapp 30 Prozent besonders für ihre Stimmung an. Die Befragten benennen zahlreiche weitere psychische wie auch somatische Beschwerden, die über Depression, Asperger-Syndrom, Beziehungsprobleme, Hautprobleme bis hin zu Heißhungerattacken reichen – insgesamt 21 Prozent der Befragten geben solche ganz unterschiedlichen Symptome an. Diese Angaben zum aktuellen Befinden verdeutlichen, dass im Entwicklungsverlauf neben typischen ADHS-Symptomen eine Reihe von emotionalen Problemen

**Aktuelles Befinden: „Wie häufig treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?“ (in Prozent)**

	sehr häufig	häufig	gelegentlich	selten	nie	k. A.
Ich neige zu impulsivem, spontanem Verhalten.	16,5	31,6	27,0	18,5	3,7	2,7
Ich bin traurig und antriebslos.	4,5	12,5	24,4	37,1	18,5	3,0
Ich habe Selbstwertprobleme/ fühle mich anderen unterlegen.	7,9	12,7	18,3	25,0	33,4	2,7
Ich fühle mich ängstlich.	2,1	5,8	11,6	28,3	48,8	3,5
Ich habe Schlafstörungen.	5,3	8,5	15,7	26,5	39,6	4,3
Ich neige zu aggressiven Reaktionen.	5,6	11,9	23,1	30,7	25,4	3,4

Quelle: Gesundheitsmonitor 2013, Sonderbefragung, n = 623

Tabelle 3

gesundheitsmonitor

hinzukommen. Auch wenn dies durch verschiedene empirische Studien bekannt ist, weisen die vorliegenden Daten darauf hin, dass im Verlauf der Erkrankung ein breites Spektrum von psychischen Störungen diagnostisch wie therapeutisch beachtet werden muss.

Es wird immer wieder infrage gestellt, dass die vorhandenen Beschwerden wirklich einen Krankheitswert haben. Die Datenanalyse zeigt beeindruckend, wie eine stärkere ADHS-Symptomausprägung auch mit einer höheren psychischen Belastung (und umgekehrt) verbunden ist. Insofern weist die hier durchgeführte Befragung auf eine hohe Komorbidität hin, auch wenn dies nicht mit eindeutigen Diagnosen dargestellt werden kann, sondern vielmehr mit selbst angegebenen Beschwerden und Symptomen belegt wird (s. auch Adler und Cohen 2004, Stieglitz et al. 2012). Mit anderen Worten: Patienten, bei denen in der Kindheit bzw. im Jugendalter eine ADHS festgestellt wurde, haben auch als junge Erwachsene ein nicht unerhebliches Risiko für das Fortbestehen von ADHS-typischen Problemen wie auch für generelle psychische Belastungen.

### Welche Behandlung erhalten die Jugendlichen im Übergang zum Erwachsenenalter?

Wegen der ADHS-Symptome suchen gut 34 Prozent der Befragten zumindest einmal im Jahr einen Arzt/Therapeuten auf. Bei knapp 14 Prozent geschieht dies drei- bis viermal im Jahr, während nur knapp drei Prozent eine intensivere Behandlung wahrnehmen. 21 Prozent erhielten Stimulanzien oder Atomoxetin von einem Erwachsenenpsychiater. 14 Prozent geben an, diese Medikation von einem Allgemeinarzt oder einer anderen Arztgruppe erhalten zu haben.

Nach dem 18. Geburtstag wurde bei knapp 49 Prozent die medikamentöse Behandlung beendet, wobei nur zwölf Prozent berichten, dass der behandelnde Arzt eine Weiterbetreuung vermittelt hat. Bemerkenswert ist, dass nur bei gut 40 Prozent über die Fortführung der Behandlung gesprochen wurde, wobei es in 22 Prozent auch um Alternativen zu einer medikamentösen Therapie ging. Diese Zahlen weisen darauf hin,

dass die Behandlungskette nach dem 18. Lebensjahr zum Teil abreißt und nur ein Teil der Patienten eine adäquate Versorgung erhält. Nach dem 18. Geburtstag verändert sich das Versorgungssystem für die ADHS-Patienten: Bei knapp 14 Prozent findet ein Arzt-/Therapeutenwechsel statt und für gut 18 Prozent der Betroffenen war es schwierig, eine therapeutische Behandlung weiter zu erhalten. Bei der Frage, wie es ab dem 18. Lebensjahr weitergeht, spielen die Eltern der Patienten immer noch eine wichtige Rolle, die zu 36 Prozent in diesen Beratungsprozess mit einbezogen waren (Abb. 3).

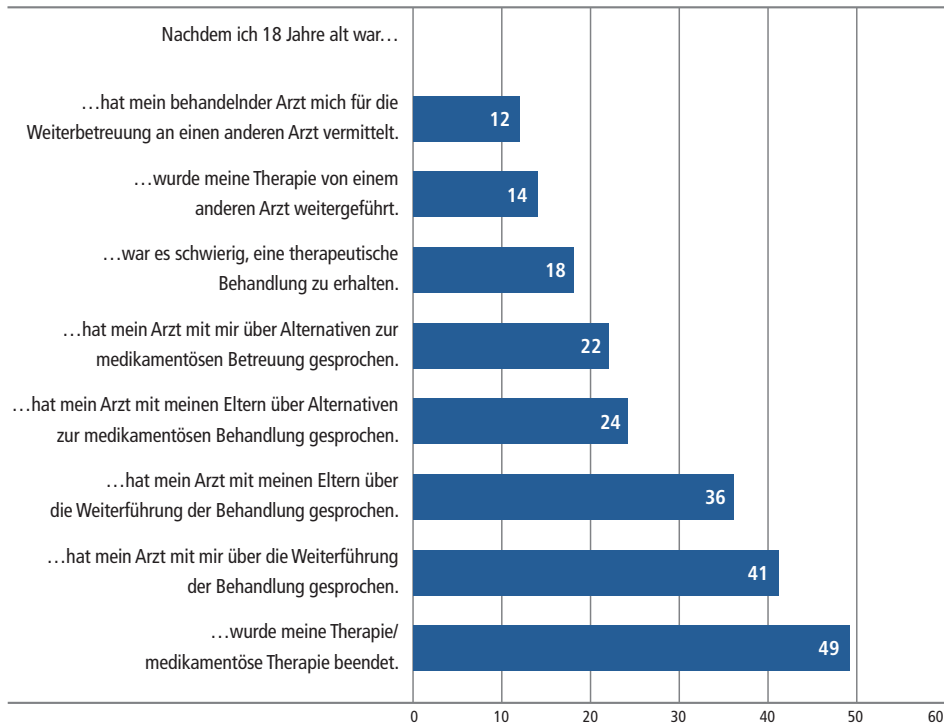
Diejenigen Patienten, die als junge Erwachsene aktuell noch von ADHS-typischen Problemen berichten, suchen wesentlich häufiger einen Arzt/Therapeuten auf (47 vs. 28 %). Die Behandlungsaufnahme ist dabei stark von der Ausprägung der Beschwerden abhängig. Immerhin meinen 36 Prozent der Befragten, dass es schwer sei, bei einem Psychiater/Therapeuten einen Termin zu bekommen.

### Welcher Versorgungsbedarf lässt sich erkennen?

Wie durch die vorangehende Darstellung deutlich wird, ist noch ein erheblicher Anteil der ADHS-Patienten im jungen Erwachsenenalter von Symptomen betroffen:

- Immerhin stimmen 28 Prozent der Aussage zu, dass ADHS heute noch in ihrem Leben von Bedeutung sei.
- Rund ein Drittel der Befragten fühlt sich heute noch in nicht unerheblichem Umfang durch ADHS-typische Symptome und psychische Probleme belastet, die eine weitere fachliche Behandlung geboten erscheinen lassen.
- 38 Prozent, die unter starken bis sehr starken ADHS-Symptomen leiden,

**Behandlung im Übergang von der Jugend ins Erwachsenenalter:  
Anteil der Befragten (Prozent), bei denen die folgenden Aussagen zutreffen:**



Quelle: Quelle: Gesundheitsmonitor 2013, Sonderbefragung, n = 623; Mehrfachnennung möglich

Abbildung 3

gesundheitsmonitor

beschreiben, dass sie sehr häufig bis häufig zu aggressiven Reaktionen neigen. 33 Prozent derer, die aktuell sehr starke bis starke Beeinträchtigungen durch ADHS erleben, fühlen sich sehr häufig bis häufig traurig und antriebslos, knapp 15 Prozent geben an, sich (sehr) häufig zu ängstigen, 26 Prozent benennen Schlafstörungen.

Dies hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Je stärker die wahrgenommene Belastung durch ADHS nach dem 18. Lebensjahr ist, umso stärker fühlen sich die Befragten etwa in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz, ihren Beziehungen zur Familie und zu Freunden bis hin zur Freizeitgestaltung deutlich beeinträch-

tigt. Gerade vor dem Hintergrund, dass diese Erfahrungen in der Adoleszenz für die weitere Sozialisation und für das Gelingen tragfähiger Beziehungen prägend sind, kommt einer rechtzeitigen Hilfestellung ein hoher Stellenwert zu. Dies bedeutet zum einen, dass betroffene Kinder und Jugendliche möglichst frühzeitig diagnostiziert und multimodal behandelt werden sollten, und zum anderen, dass die Behandlungskette nach dem 18. Geburtstag nicht abreißen darf, da viele Betroffene weiterhin eine intensive Betreuung und Behandlung benötigen. So konnten Biederman et al. 2006 an einer großen Kohorte von ADHS-Patienten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe feststellen, dass diese einen niedrigeren Schulabschluss aufwiesen,

häufiger den Arbeitsplatz wechselten, mehr kriminelle Delikte verübten und häufiger geschieden waren.

Es kann, wie die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, jedenfalls nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass diejenigen, die als junge Erwachsene noch Hilfebedarf haben, diese therapeutischen Hilfen auch erhalten bzw. in der Lage sind, vorhandene Angebote wahrzunehmen. Der Behandlungsübergang sollte auf jeden Fall besser vorbereitet werden. Entsprechende Behandlungsnetze bestehen zurzeit nur vereinzelt. Eine bessere Transition könnte zum Beispiel dadurch erreicht werden, dass als gemeinsames Angebot von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie vermehrt Sprechstunden für junge Erwachsene eingerichtet werden.

Weniger überraschend ist, dass der größte Anteil (86 %) derjenigen, die sich aktuell noch sehr stark bzw. stark durch ADHS belastet fühlen, sowohl dem Statement zustimmt, dass ADHS auch im Erwachsenenalter behandelt werden muss als auch der Aussage, dass ADHS sie weiterhin begleiten wird.

Trotz einer immer noch starken Belastung durch ADHS-typische Probleme (etwa 64 %) mit Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Schule, Ausbildung oder Arbeitsplatz (gut 80 % der stark Betroffenen) werden viele dieser Patienten offensichtlich nicht ausreichend behandelt. Bei 50 Prozent (95 von 187) der jungen Erwachsenen mit starker bis mittlerer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit erfolgte eine Behandlung mit Methylphenidat oder Atomoxetin, 32 Prozent gaben an, andere Therapien erhalten zu haben. Auch wenn sich damit eine deutlich bessere Versorgungssituation darstellt als von Stieglitz et al. (2012)

**Arztkontakt in Abhängigkeit der Angaben zur Ausprägung aktueller ADHS-Probleme (in Prozent)**

	Wie häufig suchen Sie heute aufgrund Ihrer Beschwerden (ADHS/andere psychische Probleme) einen Arzt/Therapeuten auf?			
	gar nicht	ein- bis zweimal/Jahr	drei- bis viermal/Jahr	häufiger als viermal/Jahr
<b>Haben Sie aktuell noch ADHS-typische Probleme? (n = 583)</b>				
sehr stark	53,7	10,1	23,2	13,0
stark	45,8	19,4	23,9	11,0
ein wenig	72,5	12,4	9,7	5,4
gar nicht	88,1	4,0	4,0	4,0
<b>Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch psychische Probleme belastet? (n = 591)</b>				
sehr stark	62,8	4,7	20,9	11,6
stark	52,4	16,2	17,1	14,3
ein wenig	58,7	18,4	16,4	6,5
gar nicht	78,1	7,9	9,9	4,1

Quelle: Gesundheitsmonitor 2013, Sonderbefragung, n = 623

Tabelle 4

beschrieben, sollten weitere Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung unternommen werden.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde nicht nach Gründen für die Schwierigkeiten in der Fortführung der Therapie gefragt. Allerdings stimmen immerhin fast 80 Prozent der aktuell noch belasteten Befragten dem Statement zu, dass es schwer sei, einen Termin bei einem Psychiater oder Therapeuten zu erhalten; in der Gruppe derer ohne Belastung sind dies mit 48 Prozent deutlich weniger. Es ist offensichtlich, dass sich die psychischen Probleme negativ auf die weitere schulische, soziale und emotionale Entwicklung auswirken, wobei die am stärksten betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht vom Versorgungssystem erreicht werden, wie in verschie-

denen, auch bundesweiten repräsentativen Studien gezeigt werden konnte (Döpfner et al. 1997, Schlack et al. 2007, Schlander et al. 2007). Neben langen Wartezeiten bei Fachärzten und Kliniken, die vielfach überbelegt sind (BAG 2009), spielen auch andere Faktoren wie räumliche Entfernungen, aber vor allem die sozioökonomische Situation der Familien, Kenntnisse über Versorgungsangebote sowie eine entsprechende Wahrnehmung der Probleme innerhalb der Familie eine erhebliche Rolle.

**Konsequenzen für die Praxis**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei einem nicht geringen Anteil der Patienten, die als Kinder oder Jugendliche eine ADHS-Diagnose erhielten, auch nach dem 18. Geburtstag weiterhin deutliche

psychische Belastungen und Auffälligkeiten bestehen, und zwar sowohl in der Kernsymptomatik als auch bei ihren sozialen Beziehungen, Freizeitaktivitäten, der schulischen bzw. beruflichen Leistungsfähigkeit, verbunden mit weiteren psychischen Symptomen.

Nach dem 18. Geburtstag erhielten fast 50 Prozent der Patienten weiterhin eine medikamentöse Behandlung, überwiegend durch die bereits vorbehandelnden Ärzte. Dabei wurden auch bei knapp einem Viertel Alternativen zur medikamentösen Therapie angesprochen. Fast 20 Prozent der Betroffenen berichten, dass es schwierig war, eine weitere therapeutische Behandlung zu erhalten, wobei aus den Angaben hervorgeht, dass immer noch behandlungsbedürftige Symptome bestehen (56 %). Für viele Patienten ist es nicht leicht, Termine bei einem Psychiater/Therapeuten zu bekommen (36 %). Die Betroffenen gehen davon aus, dass ADHS sie weiterhin begleiten wird (61 %). Knapp 50 Prozent glauben, dass sie mehr Probleme bewältigen müssen als Gleichaltrige. Entsprechend den bisherigen Ergebnissen zum Verlauf und zur Symptomatik von ADHS im jungen Erwachsenenalter kann festgestellt werden, dass es sich um eine immer noch deutlich belastete Gruppe handelt, die weiterhin intensive therapeutische und medizinische Leistungen benötigt. Die Befragung zeigt eindrucksvoll, dass bei den jungen Erwachsenen Befindlichkeit und Lebensqualität sowie die Belastbarkeit weiterhin eingeschränkt sind, sodass multimodale Therapieansätze notwendig erscheinen, die jedoch derzeit nur unzureichend vorgehalten werden. So heben auch Stieglitz et al. (2012) hervor, dass die empirischen Studien auf die große Bedeutung der rechtzeitigen Identifizierung und die Notwendigkeit der Behandlung der Störung auch im Erwachsenenalter hinweisen.



Therapeuten sollten die Frage, ob und durch wen eine Behandlung fortgeführt werden soll, mit den Patienten und ggf. Angehörigen rechtzeitig besprechen. Die Betroffenen ihrerseits sollten diese Informationen aktiv nachfragen. Spezialsprechstunden für junge Erwachsene mit ADHS, die gemeinsam von Kinder- und Jugendpsychiatern mit Erwachsenenpsychiatern angeboten werden, könnten wesentlich dazu beitragen, die Behandlungskette zu verbessern.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen dazu beitragen, für die Problematik der Versorgungssituation von ADHS-Patienten im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter zu sensibilisieren. Sie sollen außerdem dazu anregen, Versorgungsnetze zu etablieren, um die vielfältigen negativen psychosozialen Auswirkungen der Erkrankung zu verringern. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Entwicklungsperspektive von ADHS von der Kindheit in das Erwachsenenalter hinein (Matte et al. 2012). Insofern trifft die Forderung von Feifel (2008) zu, dass dieser Thematik auch in der primärärztlichen Versorgung eine größere Beachtung geschenkt werden sollte.

## Literatur

- Adam, C., Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Der Verlauf von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Jugend- und Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 2002; 11(2):73–81.
- Adler, L., Cohen, J., Diagnosis and evaluation of adults with attention – deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 2004; 27, (2):187–201.
- AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin. Teil II – Ambulante Versorgung. [www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/beirat/zwischenbericht\\_2\\_barrierefrei.pdf?st art&ts=1308909344&file=zwischenbericht\\_2\\_barrierefrei.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/beirat/zwischenbericht_2_barrierefrei.pdf?st art&ts=1308909344&file=zwischenbericht_2_barrierefrei.pdf).
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, HL., Costello, EJ., Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000; 39: 975–984.
- BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.). Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland. 2009; [www.bag-kjp.de/bag-zielsetzungs-und-orientierungsdaten-2009.pdf](http://www.bag-kjp.de/bag-zielsetzungs-und-orientierungsdaten-2009.pdf).
- Biederman, J., Faraone, SV., Spencer, TJ., Mick, E., Monuteaux, MC., Aleardi, M., Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006; 67: 524–540.
- Bundesärztekammer. Pressemitteilung: Fachleute fordern bessere Übergangsvorsorge von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin. Symposium im Rahmen der Förderinitiative der BÄK zur Versorgungsforschung Berlin, 24.03.2011.
- Bush, G., Valera, EM., Seidman, LJ., Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biol Psychiatry*, 2005; 57: 1273–1284.
- Cumyn, L., Kolar, D., Keller, A., Hechtman, L., Current issues and trends in the diagnosis and treatment of adults with ADHD. *Expert Rev. Neurotherapeutics*, 2007; 7: 1375–1390.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarbeitete Auflage, Köln 2007.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F., Lehmkuhl, G., Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteiler-effekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 1997; 25: 218–233.
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G., Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2. überarbeitete Auflage, Göttingen 2013.
- Faraone, SV., Biederman, J., Spencer, T., et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol. Psychiatry* 2000; 48: 9–20.
- Feifel, D., ADHS in Adults. *Commentary: Why Treat ADHD in Adults? Postgraduate Medicine* 2008; 120: 3.
- Grobe, T., Bitzer, E., Schwartz, FW., BARMER-GEK Arztreport 2013. Schwerpunkt ADHS. Herausgegeben von der BARMER GEK. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 18, Siegburg 2013.

- Janhsen, K., Pillen für den Zappelphilipp. In: Glaeske, G., Janhsen, K., (Hrsg.). GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Daten aus den Jahren 2005–2006. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 55. St. Augustin; 2007: 226–244.
- Kessler, RC., Adler, LA., Barkley, R., Biedermann, J., Conners, CK., Faraone, SV. et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry* 2005; 57: 1442–1451.
- Kessler, RC., Adler, L., Barkley, R., Biedermann, J., Conners, CK., Demler, O. et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 716–723.
- Krause, J., Krause, KH., ADHS im Erwachsenenalter. 3. Aufl. Stuttgart 2009.
- Lehmkuhl, G., Frölich, J., Sevecke, K., Döpfner, M., Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. 3. Auflage Bremen 2009.
- Lehmkuhl, G., Köster, I., Schubert, I., Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat*, 2009; 58: 170–185.
- Matte, B., Rohde, LA., Grevet, EH., ADHD in adults: a concept in evolution. *ADHS Atten Def Hyp Disord*, 2012; 4: 53–62.
- Ohlmeier, MD., Roy, M., (Hrsg.). ADHS bei Erwachsenen – ein Leben im Extremen. Stuttgart 2012.
- Polanczyk, G., Rohde, LA., Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007; 20: 386–392.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bd. I, 4 Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care) Baden-Baden 2010. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, BM., Huss, H., Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 2007; 50: 827–35.
- Schlander, M., Schwartz, O., Trott, GE., et al. Who cares for patients with attention – deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Insights from Nordbaden (Germany) on administrative prevalence and physician involvement in health care provision. *EUR Child Adolesc Psychiatr* 2007; 16: 430–438.
- Schubert, I., Köster, I., Lehmkuhl, G., The changing prevalence of attention – deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate prescription: A study of data from a random sample of insureds of the AOK health insurance company in the German state of Hesse, 2000–2007. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 615–621.
- Stieglitz, RD., Nyberg, E., Hofecker-Fallahpour, M., ADHS im Erwachsenenalter. Band 47, Göttingen 2012.

## InternetTipp:

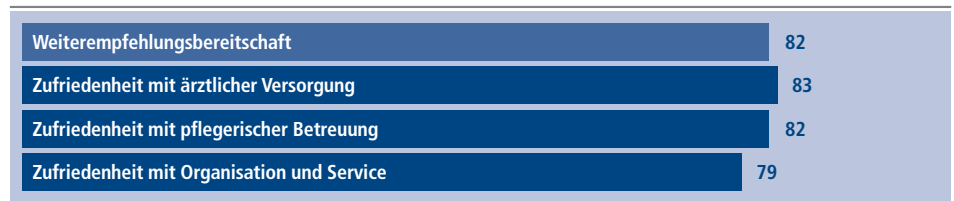
### Wie zufrieden waren Sie? Patientenbefragung zeigt hohe Zufriedenheit der Deutschen mit Krankenhäusern

Patienten in Deutschland sind zufrieden mit der Versorgung in ihren Krankenhäusern. Sie nehmen jedoch teils deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Häusern wahr. Das zeigt die bislang größte Patientenbefragung in Deutschland, durchgeführt von AOK, BARMER GEK und der „Weissen Liste“, einem gemeinsamen Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

Bereits rund eine Million Versicherte von AOK und BARMER GEK wurden zwischen November 2011 und Oktober 2012 zu ihren Erfahrungen während des Krankenhausaufenthalts befragt, mehr als 450.000 haben geantwortet. Der wissenschaftlich fundierte Kurzfragebogen umfasst rund 15 Fragen etwa zur Zufriedenheit mit der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung, zu Organisation und Service in der Klinik oder zur Bereitschaft, das Krankenhaus weiterzuempfehlen.

Die Ergebnisse: Insgesamt fällt die Zufriedenheit hoch aus. 82 Prozent der Befragten würden ihr Krankenhaus weiterempfehlen. 83 Prozent äußern sich zufrieden mit der ärztlichen Versorgung, 82 Prozent mit der pflegerischen Betreuung. Etwas geringer ist die Zufriedenheit mit Organisation und Service (79 %). Die Patienten, die die Qualität der medizinischen Versorgung eines Krankenhauses als hoch einschätzen, sind eher bereit, das Krankenhaus weiterzuempfehlen. Das gibt Hinweise darauf, dass die medizinische Qualität die wichtigste Einflussgröße für Patientenzufriedenheit ist. Auch der Umgang des Personals mit den Patienten und die Informationsqualität gehören zu den Faktoren, die größeren

#### Insgesamt hohe Zufriedenheit mit der Versorgung in deutschen Krankenhäusern (in Prozent)

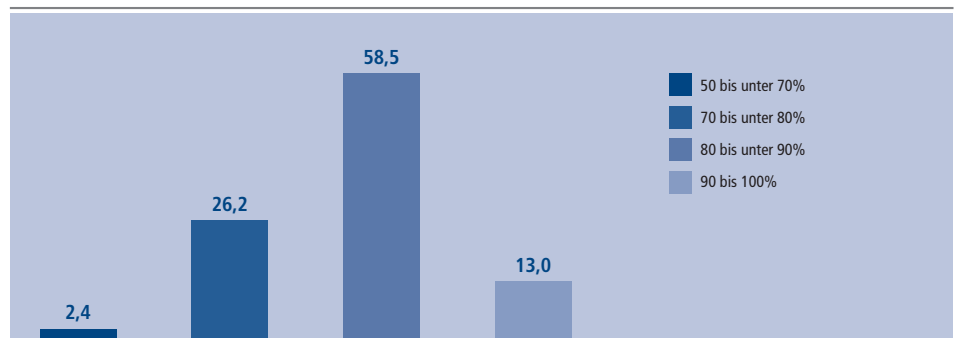


Quelle: Weisse Liste; Stand Dezember 2012.

Abbildung a1

gesundheitsmonitor

#### Weiterempfehlungsraten und Anteile der Krankenhäuser, die diese erreichen (in Prozent)



Quelle: Weisse Liste; Stand Dezember 2012.

Abbildung a2

gesundheitsmonitor

Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft zeigen. Weniger bedeutend sind Aspekte wie die Essensversorgung und die Aufnahmesituation.

Daneben zeigt sich, dass jüngere Versicherte tendenziell kritischer bewerten als ältere – bei ihnen ist die Weiterempfehlungsbereitschaft geringer. Zwischen den einzelnen Krankenhäusern fallen die Unterschiede teilweise deutlich aus: So erreichen zwar etwa zwei Drittel der Kliniken eine Weiterempfehlungsrate von über 80 Prozent, etwa ein Drittel liegt jedoch unter dieser Rate.

**Alle Ergebnisse der fortlaufenden Befragung werden zusammengeführt und zu dem jeweiligen Krankenhaus bzw. zur entsprechenden Fachabteilung dargestellt. Sie sind im Suchportal der „Weissen Liste“ sowie in den darauf basierenden Portalen von AOK und BARMER GEK abrufbar. Die im vergangenen Jahr komplett überarbeiteten Internetseiten unterstützen Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus.**

[www.weisse-liste.de/krankenhaus](http://www.weisse-liste.de/krankenhaus)  
[www.krankenhausnavi.barmer-gek.de](http://www.krankenhausnavi.barmer-gek.de)

## BuchTipp: BARMER GEK Arztreport 2013

Zum siebten Mal gibt der BARMER GEK Arztreport einen umfassenden Überblick zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Berichtet werden vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2011, die auf Auswertungen von pseudonymisierten Daten der BARMER GEK zu mehr als acht Millionen Versicherten beruhen.

Der Schwerpunkt des Reportes 2013 befasst sich mit den Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Jungen sind etwa dreimal häufiger als Mädchen betroffen. Zwischen 2006 und 2011 lässt sich ein Anstieg um knapp 50 Prozent verzeichnen. Von ADHS dürften 2011 etwa 750.000 Menschen in Deutschland betroffen gewesen sein. Schätzungsweise wird bei einem Viertel der jungen Männer und bei gut zehn Prozent der Frauen im Laufe der Kindheit und Jugend

mindestens einmal eine ADHS-Diagnose dokumentiert. Etwa zehn Prozent der Männer erhalten in der Kindheit und Jugend zumindest kurzzeitig Methylphenidat. Auffällig erscheinen ausgeprägte regionale Unterschiede hinsichtlich der Diagnose- und Verordnungshäufigkeiten in Deutschland.

Neben dem Schwerpunktthema werden im Report eine Vielzahl aktualisierter Auswertungen zur Nutzung der ambulanten Versorgung, zu Kosten sowie zu Erkrankungen präsentiert.

Der BARMER GEK Arztreport wird in Zusammenarbeit mit dem ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover – herausgegeben.



## | BertelsmannStiftung **BARMER GEK** die gesund experten

Bertelsmann Stiftung  
Programm Versorgung  
verbessern – Patienten  
informieren  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)  
[www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de)

Barmer GEK  
Lichtscheider Str. 89–95  
42285 Wuppertal  
[www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de)

**Redaktion**  
Andrea Engelhardt  
Nicole Osterkamp

**Autoren**  
Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl,  
Direktor der Klinik und  
Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie (KJP)  
der Universität zu Köln  
Dr. rer. soc. Ingrid Schubert  
PMV forschungsgruppe an  
der KJP der Universität zu Köln

**Kontakt**  
Heike Clostermeyer  
Tel.: (05241) 81-8 13 81  
Fax: (05241) 81-68 13 81  
[heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de](mailto:heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de)