

Wissenschaftliche Begleitevaluation zum Versorgungskonzept AD(H)S in Baden-Württemberg

ADHS-STUDIE

Sachbericht

Stichtag 30.6.2013

Katja John, Prof. Dr. Katja Becker, Prof. Dr. Fritz Mattejat

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

Philipps



Universität
Marburg

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1. Titel und Verantwortliche

<i>Titel des Projekts:</i>	Wissenschaftliche Begleitevaluation zum BKK-Versorgungskonzept ADHS
<i>Förderkennzeichen:</i>	IIA5-2510KIG005//314-123006/17
<i>Leitung:</i>	Prof. Dr. Katja Becker, Prof. Dr. Fritz Mattejat
<i>Projektmitarbeiter:</i>	Dipl.-Psych. Katja John, Dipl.-Psych. Mirela Lange
<i>Kontaktdaten:</i>	AG Therapieevaluation, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Hans-Sachs-Straße 4-6, 35033 Marburg
<i>Laufzeit:</i>	01.09.2010 bis 11.02.2013
<i>Fördersumme:</i>	209.200 Euro
<i>Datum der Erstellung des Berichtes:</i>	28.06.2012

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche	2
2. Inhaltsverzeichnis	2
3. Zusammenfassung	3
4. Einleitung	4
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	5
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	6
7. Ergebnisse	7
A. Die Stichprobe	7
B. Wurden die Ziele des Selektivvertrags erreicht?	9
C. Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen	24
D. Weitere Analysen zur Ergebnis- und Prozessqualität	27
8. Diskussion der Ergebnisse	28
9. Gender Mainstreaming Aspekte	29
10. Gesamtbeurteilung	30
11. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	30
12. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	31
13. Publikationsverzeichnis	32
14. Verzeichnis der zitierten Literatur	33
Anhang	35
Die Studienpraxen	35
Instrumente	36

3. Zusammenfassung

Einleitung: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit 4,8% eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland (Huss, Holling, Kurth, & Schlack, 2008). Versorgungsangebote variieren stark hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit und Qualität. Um eine einheitliche Diagnostik und Therapie im Sinne der Leitlinien (DGKJP et al., 2007) sicherzustellen, erarbeitete die Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der deutschen Psychotherapeutenvereinigung den „Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S“. Der Vertrag wurde im 1. Quartal 2009 von den Vertragspartnern unterzeichnet. Seit dem 1. April 2009 können sich interessierte Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen und Patient/innen in den Vertrag einschreiben.

Zur Evaluation des Vertrags wurde diese Begleitstudie initiiert. Ihr Ziel bestand darin, zu überprüfen, ob und in welchem Umfang die Zielsetzungen des Vertrages, insbesondere die Ziele zur Ergebnisqualität, erreicht werden konnten. 25 ambulante Praxen der kinder- und jugendärztlichen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg nahmen an der Studie teil und steuerten Patient/innen bei.

Methode: Die Studie war konzipiert als kontrollierte naturalistische Mixed-Method-Versorgungs-Längsschnittstudie mit zwei Behandlungsarmen (Versorgung nach dem ADHS-Vertrag vs. Regelversorgung) und drei Erhebungszeitpunkten (T1=Baseline, T2= 3 Monate nach T1, T3=12 Monate nach T1). Zentrale Erhebungsinstrumente waren der Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK, Mattejat & Remschmidt, 2006), das Strengths and Difficulties Questionnaire zur Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstärken (SDQ, Goodman, 1997) sowie der Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS, Döpfner, 2006).

Ergebnisse: Die Erreichung der Vertragsziele ‚verbesserte Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Spezialisten‘, ‚Klarheit und Sicherheit über Behandlungsweg und Ansprechpartner‘ sowie ‚kontrollierter Medikamenteneinsatz‘ konnte eindeutig belegt werden. Des Weiteren wurde die Kernsymptomatik reduziert, komorbide Probleme sowie die Einbettung der Kinder und Jugendlichen in das soziale Umfeld verbesserten sich. ‚Fehltag in Schule und Beruf‘ reduzierten sich tendenziell. Eine ‚Reduzierung stationärer Behandlungen‘ war statistisch nicht nachweisbar, trat aber nur in Einzelfällen auf. Keine Aussagen konnten über die Ziele ‚Vermeidung von Doppeluntersuchungen‘ sowie ‚Reduzierung der Wartezeiten‘ gemacht werden. Die Daten zeigen, dass in den teilnehmenden Praxen sorgfältig diagnostiziert und effektiv behandelt wird und eine qualitativ hochwertige und leitlinienbasierte Therapie im Sinne der Vertragsziele stattfindet. Bzgl. der Ergebnis- und Prozessqualität sowie der Symptomverbesserung konnten keine systematischen Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsarmen nachgewiesen werden, vermutlich weil, wie sekundäre Analysen belegen, sich Regelversorgung und Vertragsversorgung in Hinblick auf die Umsetzung zentraler Aspekte des Vertrages nicht unterscheiden.

Schlussfolgerungen: Es konnte nachgewiesen werden, dass die Zielsetzungen des Vertrages sinnvoll sind im Sinne eines verbesserten Behandlungsergebnisses. Die meisten Vertragsziele konnten erreicht werden. Der Zusammenhang zwischen den Zielsetzungen des Vertrages und einer verbesserten Ergebnisqualität sollte in zukünftigen Studien noch deutlicher herausgearbeitet werden. Dafür wäre z.B. eine naturalistische Studie mit großer Fallzahl geeignet, in der außerdem relevante Prädiktoren überprüft werden könnten.

4. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Im deutschlandweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Studie) wurde ermittelt, dass 4,8 % der 3-17-jährigen Kinder eine von Ärzt/innen oder Psycholog/innen diagnostizierte ADHS haben, weitere 4,9% müssen als Verdachtsfälle gelten (Schlack, Holling, Kurth, & Huss, 2007).

Kinder und Jugendliche mit ADHS stellen die größte Teilgruppe in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Ihr Anteil ist in den letzten zehn Jahren drastisch angestiegen. Bereits im „kjp-Qualitätsprojekt“ (Mattejat, Trosse, John, Bachmann, & Remschmidt, 2006), das eine bundesweite Inanspruchnahmepopulation ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen untersuchte, lag der Anteil von Kinder und Jugendlichen mit ADHS bei 47%, 53 % teilten sich auf alle anderen psychiatrischen Störungsbilder auf.

Versorgungsangebote sind regional sehr unterschiedlich verteilt und werden von betroffenen Familien oft unkoordiniert in Anspruch genommen. Geeignete Versorgungsstrukturen werden häufig erst spät aufgefunden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, & Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg, 2011). Die unkoordinierte Inanspruchnahme führt nicht selten zu Mehrfachuntersuchungen und anderweitig ungünstigem Ressourceneinsatz. Erhöhte Kosten, ein suboptimales Therapieoutcome und nachteilige Belastungen der Patienten und ihrer Familien sind denkbare Folgen. Die jährlich für das Gesundheitssystem anfallenden Kosten für einen ADHS-Patienten beliefen sich 2008 auf ca. €3900, 2900€ mehr als gegenüber einer Vergleichsgruppe (Braun et al., 2012).

Um diese Situation für Betroffene, Leistungserbringer/innen und Kostenträger zumindest in Baden-Württemberg zu verbessern und eine einheitliche Diagnostik und Therapie im Sinne der Leitlinien (DGKJP et al. 2007) sicherzustellen, erarbeitete die Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der deutschen Psychotherapeutenvereinigung den Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S (im folgenden ADHS-Vertrag oder Vertrag genannt). Der Vertrag wurde im 1. Quartal 2009 von den Vertragspartnern¹ unterzeichnet. Seit dem 1. April 2009 können sich interessierte Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen und Patient/innen in den Vertrag einschreiben.

In dem auf Grundlage des § 73c SGB V (besondere ambulante ärztliche Versorgung) geschlossenen Vertrag wird besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differentialdiagnostischen Untersuchung gelegt. Der Vertrag soll eine im ambulanten Bereich flächendeckende und koordinierte Behandlung sowie eine qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomen sicherstellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, & Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg, 2009).

¹ Vertragspartner waren zur Vertragseinführung die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sowie die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg. Veränderungen im Kostenträgersystem (z.B. die Fusion der DAK mit der BKK Gesundheit im Januar 2012) führen auch zu Veränderungen der Vertragspartner. Teilnehmende Kassen können unter http://www.kvbawue.de/praxisalltag/neue_versorgungsformen/73c_vertraege/adhsads/ eingesehen werden.

Zur Evaluation des Vertrages wurde vom Vertragsausschuss ADHS der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg die Wissenschaftliche Begleitstudie zum BKK-Versorgungskonzept »ADHS« initiiert. Zur Durchführung konnte die Arbeitsgruppe Therapieevaluation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Marburg unter der Leitung von Prof. Dr. Fritz Mattejat und Prof. Dr. Katja Becker gewonnen werden. Die Koordination der Studie lag bei Dipl.-Psych. Katja John. Weiterhin waren in der Studienzentrale Dipl.-Psych. Mirela Lange, Dipl.-Psych. Kristina Peters und Cand.-psych. Vivianne Centner an der Projektdurchführung beteiligt. Die Studie lief von September 2010 bis Februar 2013.

Das Ziel der Studie bestand primär in der Überprüfung der Frage, ob und in welchem Umfang die Ziele des Vertrages (§1), insbesondere die Ziele zur Ergebnisqualität, erreicht werden.

Es nahmen 25 ambulante Praxen der kinder- und jugendärztlichen, kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg an der Studie teil (elf kinder- und jugendpsychiatrische, neun pädiatrische und fünf kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Praxen)². Jede Fachgruppe benannte eine/n Koordinator/in, der/die die Kommunikation mit der Studienzentrale übernahm.

Die zugesicherte Teilnahme dieser Praxen war Voraussetzung der Förderbewilligung des Bundesministeriums. Die Inhaber/innen der Praxen rekrutierten die Patient/innen für die Studie.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Fragestellung: Werden die Ziele des Vertrages (§1), insbesondere die Ziele zur Ergebnisqualität, erreicht? Findet eine qualitativ hochwertige und leitlinienbasierte Therapie für Kinder und Jugendliche mit gesicherter Diagnose statt?

Design: Es handelte sich um eine kontrollierte naturalistische Versorgungs-Längsschnittstudie mit zwei Behandlungsarmen (Versorgung nach dem ADHS-Vertrag vs. Regelversorgung) und drei Erhebungszeitpunkten (T1=Baseline, T2= 3 Monate nach T1, T3=12 Monate nach T1). Aufklärung und Einholung des Informed Consent fand in den 25 teilnehmenden Studienpraxen statt, die Befragungen der Patienten wurden durch die Studienzentrale in Marburg durchgeführt. Für die vorgesehenen Überprüfungen sind n=200 vollständige Fälle hinreichend. Um Stichprobenausfälle zu kompensieren, wurde die Aufnahme von 300 Patienten (d.h. 150 Teilnehmern am ADHS-Versorgungsvertrag und 150 regelversorgten Patienten) angestrebt. Teilnehmende Familien erhielten eine Aufwandsentschädigung von 80€ für eine vollständige Studienteilnahme.

Einschluss: Jedes neu in den Vertrag eingeschriebene Kind bzw. seine Eltern sollte über die Studie informiert werden. Um eine möglichst zufällige Zusammenstellung der Kontrollgruppe zu gewährleisten, sollte im Anschluss an den Informed Consent eines Kindes der Vertragsgruppe jeweils direkt ein/e Nicht-Vertragskonzept-Patient/in für die Studie gewonnen werden.

Ausschöpfungsquote: Es wurden keine Statistiken über Nicht-Teilnehmer/innen geführt, grundlegende Daten zur Ausschöpfungsquote wurden retrospektiv erhoben.

² Eine Liste der 25 teilnehmenden Praxen findet sich im Anhang.

Erhebungen³: Die Befragungen mit den Patienteltern wurden telefonisch und schriftlich durchgeführt. Das telefonische Interview orientierte sich an dem im kjp-Qualitätsprojekt erfolgreich eingesetzten Interviewverfahren (Mattejat, Trosse, John, Bachmann, & Remschmidt, 2006). Es beinhaltete den Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK, Mattejat & Remschmidt, 2006), das Marburger Symptomrating (MSR, Mattejat & Remschmidt, 2010), soziodemografische Informationen sowie Fragen zum Weg der Familien in die Studienpraxis, Behandlungsvorgeschichte und Vorstellungsanlass.

Per Fragebogen wurde anschließend mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstärken (SDQ, Goodman, 1997) der Kinder erhoben, ADHS-Symptomatik (FBB-ADHS, Döpfner, 2006), Fehlzeiten in Schule/Kindergarten und bereits absolvierte Termine in der Studienpraxis erfragt, außerdem Lebenszufriedenheit und Lebensqualität der Bezugspersonen sowie das Inanspruchnahmeverhalten für psychosoziale Unterstützungsangebote. Im Follow-up wurden die Instrumente um Fragen nach den laufenden bzw. geplanten Terminen, Diagnosen sowie Angaben zur Behandlungszufriedenheit (inkl. dem Fragebogen zur Beurteilung der Behandlungszufriedenheit (FBB, Mattejat & Remschmidt, 1998) ergänzt.

Zusätzlich wurden von den Behandler/innen schriftlich elementare Daten zu Diagnostik und Behandlung eingeholt. In telefonischen Interviews mit den Inhaberinnen und Inhabern der an der Studie teilnehmenden Praxen wurden außerdem Einschätzungen und Erfahrungen der Behandler/innen mit dem Vertrag erfasst sowie Angaben zum Praxisaufbau und den Abläufen in der Praxis erhoben. Zudem wurde nach Veränderungen durch die Einführung des ADHS-Vertrags gefragt.

Auswertungen: Deskriptive Darstellungen der Ergebnisse erfolgten anhand der Bezugsgrößen Mittelwert und Standardabweichungen. Für standardisierte Instrumente wurden Kennwerte und Scores berechnet. Beim Vorliegen validierter Cut-offs, wurde jeweils der prozentuale Anteil auffälliger Betroffener berichtet. Qualitative Angaben, auch in den Interviews mit den Inhaberinnen der Praxen, wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 1999). Gruppenunterschiede wurden mit Hilfe von T-Tests für unabhängige Gruppen überprüft, zeitliche Veränderungen mit T-Tests für abhängige Stichproben.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der ursprüngliche Arbeitsplan sah vor, dass die Rekrutierung der 300 angestrebten Studienteilnehmer/innen innerhalb von sechs Monaten abgeschlossen werden sollte. Diese Schätzung beruhte auf der Zahl der Vertragsteilnehmer/innen im Jahr 2009. Sie wurde von den Mitgliedern des ADHS-Vertragsausschusses der KV Baden-Württemberg als realistisch erachtet. Tatsächlich ging die Zahl der Neueinschreibungen aber im zeitlichen Verlauf deutlich zurück. Während in den ersten beiden Quartalen 2010 nach Auskunft der KV Baden-Württemberg insgesamt 410 Patient/innen neu in den Vertrag eingeschrieben wurden, waren es im gleichen Zeitraum 2011 nur noch 299, u.a. weil zwischenzeitlich einige BKKs aus dem Versorgungsvertrag ausgestiegen waren. Leider war demnach die Zahl derjenigen Patient/innen, die für eine

³ Eine detailliertere Erläuterung der Instrumente findet sich im Anhang dieses Berichts.

Studienteilnahme in Frage kamen, geringer als dies bei der Planung der Studie angenommen wurde.

Es wurden deshalb einerseits durch die Studienzentrale zusätzliche Praxen rekrutiert, andererseits wurde der Zeitraum, der zum Einschluss von Studienteilnehmer/innen zur Verfügung stand, bis Ende des Jahres 2011 verlängert. Deshalb wurde es nötig, die Gesamtlaufzeit des Projektes auszuweiten. Erfreulicherweise konnte in enger Absprache mit den Zuständigen bei BMG, DLR und BVA eine sechswöchige, kostenneutrale Projektverlängerung erreicht werden.

Um diese kostenneutrale Projektverlängerung möglich zu machen, wurde zwischenzeitlich auf die Anstellung einer wissenschaftlichen Hilfskraft ohne Abschluss verzichtet. Um die aufgrund der Verlängerung des Rekrutierungszeitraums zeitlich sehr eng gefasste Auswertungsperiode besser zu bewältigen, wurde in den letzten sechs Wochen der Laufzeit der Stundenumfang der beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen heraufgesetzt.

7. Ergebnisse

Den Zielsetzungen der Studie entsprechend folgt die Darstellung der Ergebnisse den Zielsetzungen des Vertrages. Bevor dargestellt wird, in wie weit die Ziele des Vertrags erreicht werden konnten, wird zunächst kurz die Stichprobe beschrieben.

A. Die Stichprobe

Die Teilnehmer/innen verteilen sich wie in Abbildung 1 dargestellt auf die drei teilnehmenden Fachgruppen und die beiden Studienarme.

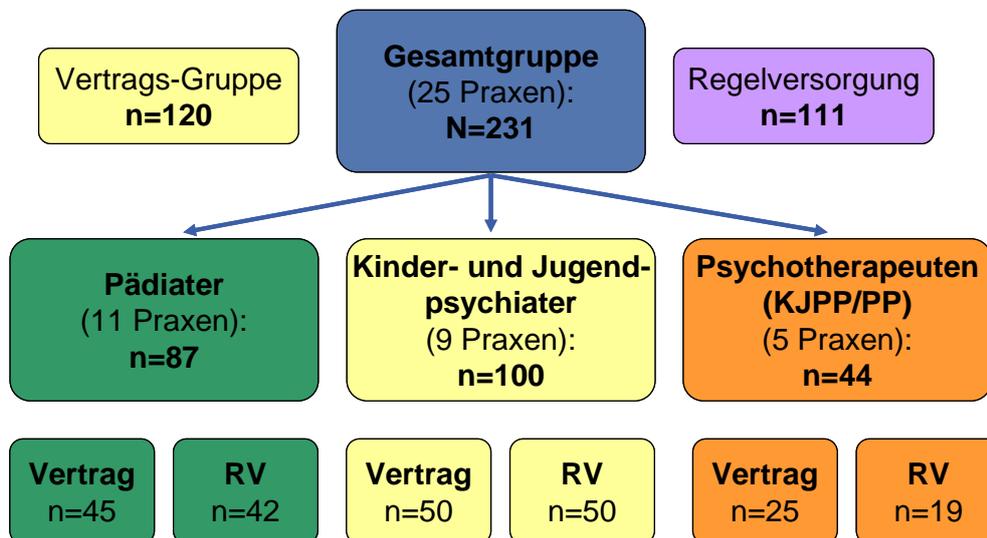


Abb. 1: Zusammensetzung der Stichprobe.

Es wurden 231 Patienten in die Studie aufgenommen, 228 nahmen an der ersten Datenerhebung teil. Von 157 Familien liegen vollständige, verwertbare Längsschnittdatensätze (mit korrekt bearbeiteten Fragebögen aller drei Messzeitpunkte) vor.

Tabelle 1 listet die grundlegenden demografischen Daten der Stichprobe auf:

Tab. 1: Zentrale demografische Daten von Bezugspersonen und Kindern/Jugendlichen der Ausgangsstichprobe, N=228

Bezugspersonen	N= 228	%
Geschlecht (weiblich / männlich)	214 / 14	93,9% / 6,1%
Alter bei Erstbefragung (Mittelwert ± Standardabweichung; Spanne) in Jahren	39±6,2; 24-58	
Schulbildung		
Kein Schulabschluss	7	3,1%
Hauptschulabschluss	56	24,6%
Mittlere Reife/ Polytechnische Oberschule	111	48,7%
(Fach-)Hochschulreife	54	23,7%
Familienstand		
Verheiratet zusammenlebend	172	75,4%
Verheiratet getrennt lebend	17	7,5%
Geschieden	19	8,3%
Verwitwet	3	1,3%
Ledig	15	6,6%
Sonstiges	2	0,9%
Mit Partner zusammenlebend	197	86,4%
Erwerbstätigkeit		
Erwerbstätig	152	66,7%
Nicht erwerbstätig / Hausfrau	76	33,3%
Kinder/Jugendliche		
Geschlecht (weiblich / männlich)	52 / 176	22,8% / 77,2%
Alter (Mittelwert ± Standardabweichung; Spanne) in Jahren	8,7±2,5; 4-17	
Schule		
Kindergarten / Vorschule	24	10,5%
Grundschule	135	59,2%
Hauptschule	13	5,7%
Realschule	22	9,6%
Gymnasium	11	4,8%
Sonstige Schulformen	21	9,2%
Nicht mehr schulpflichtig	2	0,9%

- Die in dieser Studie befragten Eltern waren zumeist Mütter im Alter zwischen 24 und 56 Jahren (Mw= 39, Sd= 6,2)⁴. 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 vier 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 228 Teilnehmer der Ausgangsstichprobe teilen sich auf in 118 Teilnehmer/innen des Studienarms ADHS-Vertrag und 110 regelversorgte Patient/innen. Teilnehmende am ADHS-Vertrag waren zu 97% (115) bei einer BKK versichert, 3% (3) waren Mitglieder einer

⁴ Mw=Mittelwert, Sd=Standardabweichung

anderen gesetzlichen Krankenkasse⁵. In zwei dieser Fälle übernahm die Kasse nach Einzelfallentscheidung die Kosten nach den Kriterien des ADHS-Vertrags, die dritte Familie nahm als Selbstzahler am Vertrag teil. Die Gruppe der regelversorgten Patienten setzte sich zusammen aus 86% Teilnehmern gesetzlicher (Nicht-Betriebs-)Krankenkassen (94), 4% Privatpatienten (4) und 11% (12) BKK-Patienten. Letztere waren Mitglieder einer BKK, die nicht am Vertrag teilnahm.

- Abgesehen von der Krankenkassenzugehörigkeit fanden sich keine systematischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Sie wurden in Bezug auf zentrale demografische Merkmale (Geschlecht, Alter, Schulform, Familienstand, Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen der Eltern), Symptomausprägungen zum Ersterhebungszeitpunkt und dem Vorhandensein einer Behandlungsvorgeschichte gestestet. Zur Anwendung kamen T-Tests für intervallskalierte Merkmale sowie Chi-Quadrat-Tests für nominalskalierte Variablen. In keinem dieser Merkmale unterschieden sich die beiden Studienarme überzufällig.
- Zusätzlich zu den telefonischen Interviews und Fragebögen mit den Eltern wurden im Zeitraum September bis November 2012 20 telefonische Interviews mit den Inhaberinnen und Inhabern der an der Studie teilnehmenden Praxen geführt.

B. *Wurden die Ziele des Selektivvertrags erreicht?*

Die in §1 des ADHS-Vertrags genannten Zielsetzungen inkl. der zugeordneten Kernaufgaben werden im Folgenden hinsichtlich des Grads ihrer Erreichung überprüft. In Tabelle 2 ist dargestellt, welche Operationalisierungen zur Erfassung der Ziele gewählt wurden.

⁵ Diese drei Teilnehmer wurden alle von derselben psychotherapeutischen Praxis zur Studie gemeldet.

Tab. 2: Zielsetzungen des ADHS-Vertrags und ihre Operationalisierung

Vertragsziele lt. §1 des ADHS-Vertrags	Operationalisierung
<p>1. Koordinierte Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten / verbesserte Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Spezialisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gestärkt • Patienten koordiniert und zielgerichtet zu behandeln 	<p>Aussagen der Leistungserbringer im telefonischen Interview</p> <p>Fragebogenitems (5-stufig): „Die Informationen und Schilderungen der beteiligten Fachpersonen haben gut zusammengepasst.“ „Die Arbeit der Fachpersonen war organisatorisch gut aufeinander abgestimmt. (Denken Sie z.B. an Arbeitsabläufe, Terminvergabe, Wartezeiten)“</p>
<p>2. Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner</p>	<p>Fragebogenitems (5-stufig): „Man hat mir das Problem meines Kindes gut erklärt.“ „Man hat mir gut erklärt, wie die Diagnostik / Behandlung der Probleme aussehen wird.“</p>
<p>3. Reduzierung der Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze durch besseren Einsatz der Ressourcen</p>	<p><i>Keine Aussage möglich</i></p>
<p>4. Verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld</p>	<p>Lebensqualität der Kinder (ILK) in den Bereichen Familie, Schule, Freunde sowie Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (SDQ)</p>
<p>5. Minderung der Kernsymptome</p>	<p>Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS)</p>
<p>6. Besserung der komorbiden Störungen</p>	<p>Verhaltensauffälligkeiten (Problemskalen des SDQ, ohne die Skala Hyperaktivität)</p>
<p>7. Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen</p>	<p>Interviewangaben der Eltern zu in Anspruch genommenen / empfohlenen Behandlungen</p>
<p>8. Vermeidung von Doppeluntersuchungen</p>	<p><i>Keine Aussage möglich</i></p>
<p>9. Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf (auch bei den Sorgeberechtigten)</p>	<p>Fehltage der Kinder und Jugendlichen in der Schule; Lebensqualität der Bezugspersonen</p>
<p>10. Kontrollierter Medikamenteneinsatz</p>	<p>Angaben zur medikamentösen Behandlung</p>
<p>→ Effizienterer Einsatz der Ressourcen</p>	<p>Zielerreichung der Ziele 1-10</p>

Das Hauptziel des Selektivvertrags besteht in der Sicherstellung einer qualitätsgesicherten und sachgerechten Behandlung, d.h. es soll eine qualitativ hochwertige und leitlinienbasierte Therapie für Patienten mit gesicherter Diagnose stattfinden.

Die Erreichung dieses Hauptziels soll überprüft werden indem die weiteren in §1 des Vertrages aufgelisteten Ziele und Kernaufgaben auf ihre Erfüllung überprüft werden.

Ziel 1: „Koordinierte Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten“ / „verbesserte Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Spezialisten“

Die Erfüllung dieser Ziele wird einerseits aus Sicht der Patienten(elttern), andererseits aus Sicht der Behandler/innen beurteilt.

Aus Sicht der Patienten(elttern), werden drei Items zur Beurteilung der Kooperation der Fachgruppen herangezogen. Die Frage „Wie viele Fachpersonen (ÄrztIn, PsychologIn, TherapeutIn) waren seit dem ersten Termin in der „Studienpraxis“ an der Untersuchung bzw. Behandlung beteiligt?“ sollte Aufschluss über die Multiprofessionalität der Behandlung geben. Die im ADHS-Vertrag versorgten Patienten wurden im Mittel von 2,26 Fachpersonen (Sd=0,82) behandelt, die regelversorgten Patienten von 2,21 (Sd=0,79). Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 2 dargestellt.

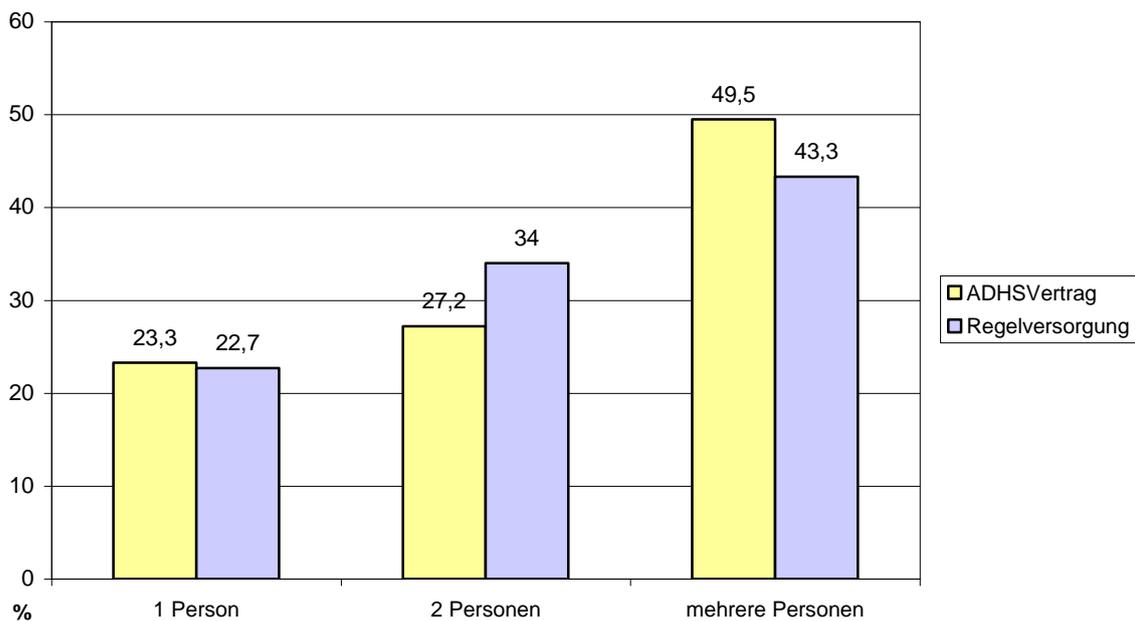


Abb. 2: Multiprofessionalität, Anzahl der beteiligte Fachpersonen - prozentuale Verteilung, Studienarme im Vergleich, T3, N=194 (101/94)

Zusätzlich wurde gefragt, wie die Koordination der beteiligten Fachpersonen wahrgenommen wurde: Wie gut haben die Informationen zusammengepasst und wie gut waren die Abläufe koordiniert? Die Antworten konnten Werte zwischen 0 (überhaupt nicht) und maximal 4 (immer) annehmen. In Abbildung 3 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen dargestellt.

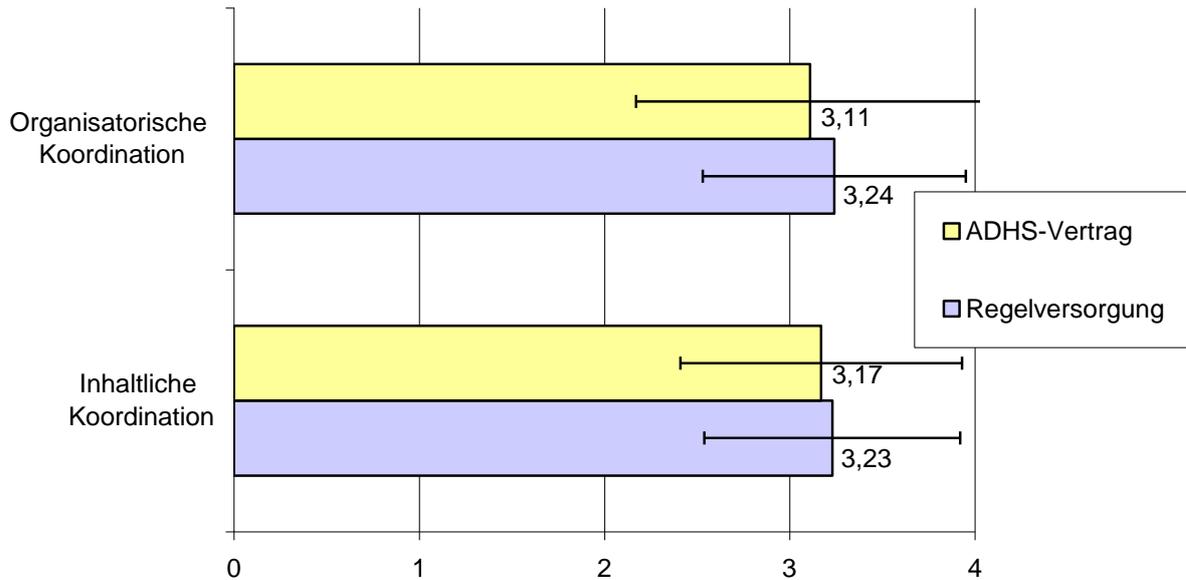


Abb. 3: Koordination - Mittelwerte und Standardabweichungen, Studienarme im Vergleich, T3. N=145 (75/70)⁶

Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren minimal. Beiden Items wurde in beiden Gruppen überwiegend zugestimmt.

Die Behandlerinnen und Behandler wurden im telefonischen Interview nach Veränderungen/Verbesserungen durch den Vertrag gefragt (offene Fragestellung, qualitative Auswertung). Die 20 Behandler/innen machten insgesamt 87 Aussagen zu diesem Themenkomplex. 21 der spontanen Aussagen zu Veränderungen/Verbesserungen durch den Vertrag bezogen sich auf Verbesserungen der Kooperation und Kommunikation (24% aller Aussagen zu Veränderungen durch den Vertrag). Im Einzelnen wurden sie den folgenden, in Tabelle 3 aufgelisteten Kategorien, zugeordnet.

Tab. 3: Veränderungen durch den Vertrag, Inhaltsanalytische Auswertung, N=20

Oberkategorie	Subkategorie	Anzahl Aussagen
verbesserte Kooperation		21
	verbesserte Kommunikation/Kooperation	10
	koordiniertere Behandlung	4
	Anerkennung der jeweiligen Fachkompetenzen	3
	schnellere Überweisungen	2
	Möglichkeit zur Fallbesprechung im QZ	2

50% der Befragten gaben demnach (ohne die Vorgabe von Antwortmöglichkeiten) an, die Kommunikation/Kooperation hätte sich verbessert.

⁶ Diese Daten liegen nur von denjenigen Befragten vor, die auch von mehreren Fachpersonen behandelt wurden.

Zusammenfassend zeigen sowohl die Angaben der Eltern als auch die Aussagen der Praxisinhaber/innen, dass das Ziel „Koordinierte Zusammenarbeit / verbesserte Kommunikation und Kooperation“ erreicht wurde.

→ **Koordinierte Zusammenarbeit / verbesserte Kommunikation und Kooperation** ✓

Ziel 2: Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner

Durch den ADHS-Vertrag soll eine höhere Klarheit der Betroffenen über Problematik und Behandlung erreicht werden. Auch diese Bereiche konnten von den Patienteltern mit Werten zwischen 0 (überhaupt nicht) und 4 (immer) beurteilt werden. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Abbildung 4 dargestellt.

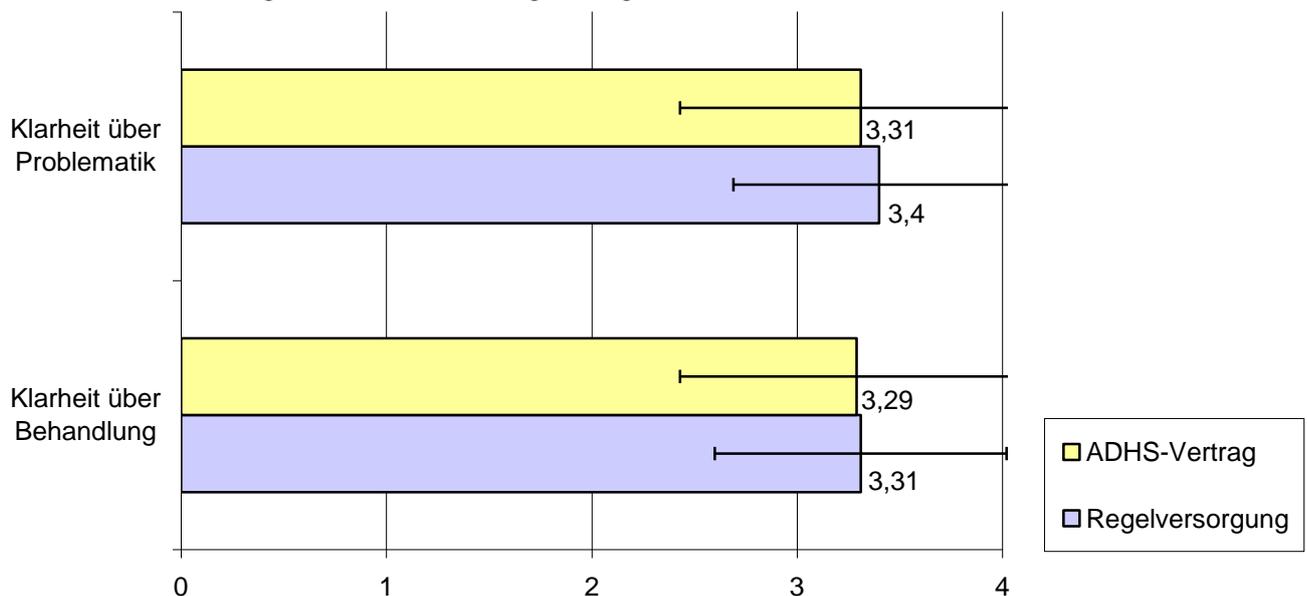


Abb. 4: Behandlungszufriedenheit (FBB)- Mittelwerte und Standardabweichungen, Studienarme im Vergleich, T3, N=195 (101/94)

Mit Mittelwerten um 3,3 gaben die Patienteltern an, ausreichend über die Problematik und anstehende Behandlungsmöglichkeiten informiert worden zu sein.

Diese Daten belegen, dass das Ziel „Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner“ erreicht wurde.

→ Klarheit / Sicherheit über Behandlungsweg und Ansprechpartner



Ziel 3: Reduzierung der Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze durch besseren Einsatz der Ressourcen

Diese Frage lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht zuverlässig beantworten. Es fiel den Eltern schwer, valide Angaben zur Wartezeit zu machen.

Aufgrund der vorliegenden Daten ist deswegen bzgl. der Erreichung des Ziels ‚Reduktion der Wartezeiten‘ keine Aussage möglich.

→ Reduzierung der Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze



Ziel 4: Verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld

Zur Operationalisierung dieser Zielsetzung wurde einerseits die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen in den Lebensbereichen Schule, Familie und Soziale Kontakte herangezogen. Zusätzlich wurde die SDQ-Skala Probleme mit Gleichaltrigen als Indikator des sozialen Umfelds der Kinder und Jugendlichen genutzt. In Abbildung 5 ist abgetragen wie sich der Anteil derjenigen Kinder, die auf den jeweiligen Skalen auffällige Werte erzielten, im Laufe der 12 Monate Erhebungszeit veränderte.

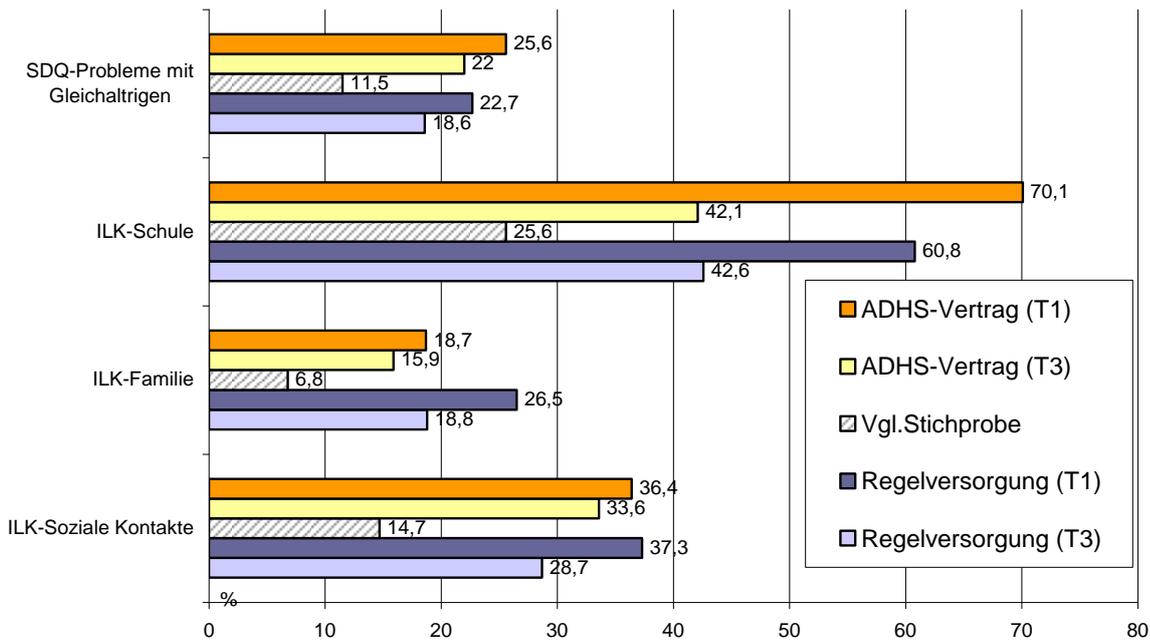


Abb. 5: Soziales Umfeld der Kinder (Skalen aus ILK und SDQ)- prozentualer Anteil auffälliger Antworten im zeitlichen Verlauf, Studienarme im Vergleich, N= 157 (82/75)

Die in Abbildung 5 erkennbaren Verbesserungen entsprechen im Bereich Schule mittleren Effektstärken, der Bereich Soziale Kontakte verbesserte sich mit einem kleinen Effekt (siehe Tabelle 4).

Tab. 4: Soziales Umfeld der Kinder (Skalen aus ILK und SDQ)- Mittelwerte und Standardabweichungen im zeitlichen Verlauf, Effektstärken; Studienarme im Vergleich, N=157

Soziales Umfeld	Mittelwerte (Standardabweichungen) und Effektstärken					
	ADHS-Vertrag (n=82)			Regelversorgung (n=75)		
	T1	T3	d T1-T3	T1	T3	d T1-T3
ILK-Schule	2,89 (,84)	2,39 (,87)	,60**	2,83 (,91)	2,32 (,81)	,56**
ILK-Familie	1,91 (,83)	1,90 (,70)	,01	1,98 (,82)	1,95 (,71)	,04
ILK-Soziale Kontakte	2,39 (1,02)	2,17 (,91)	,22*	2,38 (1,06)	2,16 (1,00)	,21*
SDQ-Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	3,11 (2,25)	2,43 (2,17)	,30**	2,73 (2,45)	2,41 (2,40)	,13

* statistisch signifikante Differenz (p<.05)

** statistisch signifikante Differenz (p<.001)

Nicht signifikant waren die Änderungen im Bereich Familie. Die Verbesserungen im Bereich Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen waren in der nach Vertrag versorgten Gruppe signifikant, nicht jedoch in der regelversorgten. Die Daten belegen, dass das Ziel ‚verbesserte Eingliederung in das soziale Umfeld‘ erreicht wird.

→ Verbesserte Eingliederung in das soziale Umfeld



Ziel 5: Minderung der Kernsymptome

Die Kernsymptomatik der Kinder und Jugendlichen wurde mit Hilfe des Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS, Döpfner, 2006) erhoben. Abbildung 6 zeigt den Anteil derjenigen Kinder, die sehr auffällige Werte (PR>96) erzielten.

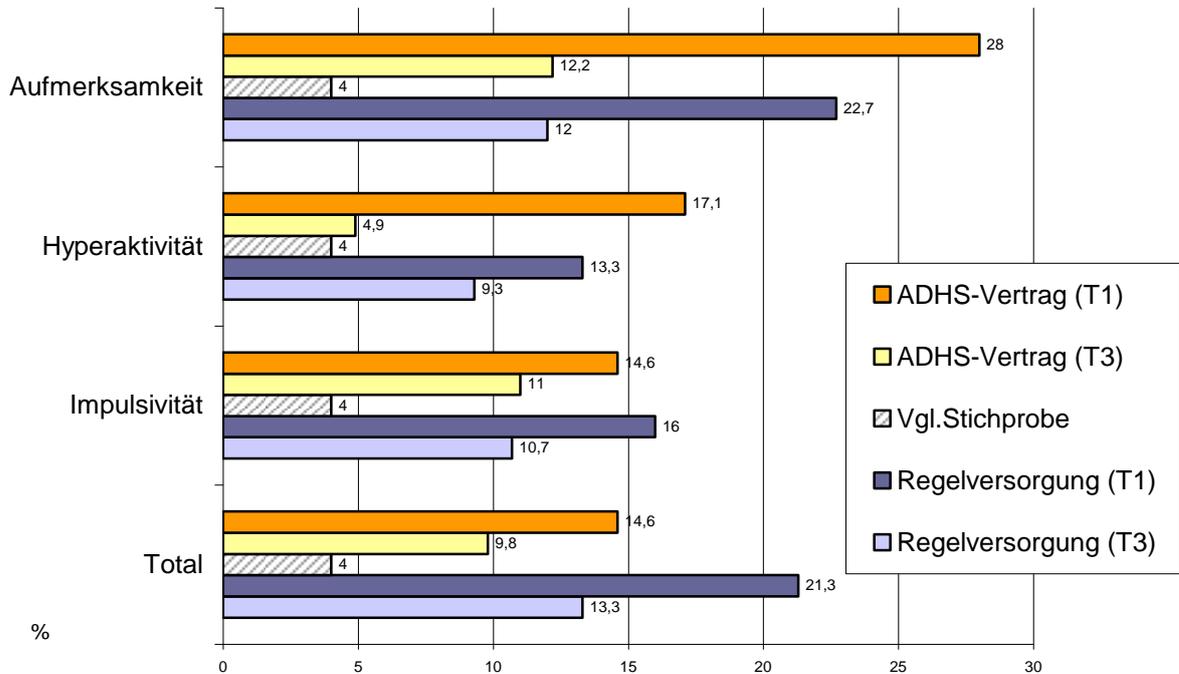


Abb. 6: ADHS-Symptomatik der Kinder (FBB-ADHS) - prozentualer Anteil auffälliger Antworten im zeitlichen Verlauf, Studienarme im Vergleich, n= 157 (82/75)

Der Anteil der auffälligen Kinder und Jugendlichen ging im Laufe des Studienzeitraums deutlich zurück. Wie Tabelle 4 zeigt, konnten auf allen Skalen, in beiden Studienarmen, signifikante Verbesserungen erzielt werden.

Tab. 5: ADHS- Symptomatik der Kinder (FBB-ADHS) - Mittelwerte und Standardabweichungen im zeitlichen Verlauf, inkl. Effektstärken; Studienarme im Vergleich, N= 157

FBB-ADHS	Mittelwerte (Standardabweichung)					
	ADHS-Vertrag (n=82)			Regelversorgung (n=75)		
	T1	T3	d T1-T3	T1	T3	d T1-T3
Aufmerksamkeit	1,73 (,63)	1,38 (,64)	,56**	1,74 (,55)	1,37 (,58)	,68**
Hyperaktivität	1,04 (,73)	,73 (,72)	,42**	1,13 (,77)	,79 (,65)	,44**
Impulsivität	1,39 (,84)	1,19 (,91)	,24*	1,45 (,83)	1,19 (,84)	,31**
Gesamt	1,42 (,55)	1,11 (,60)	,56**	1,47 (,55)	1,13 (,55)	,62**

* statistisch signifikante Differenz (p<.05)

** statistisch signifikante Differenz (p<.001)

Dabei wurden die größten Verbesserungen im Bereich der Aufmerksamkeitsprobleme erreicht, die Effekte auf den Skalen Hyperaktivität und Impulsivität fielen etwas geringer aus.

Die Daten belegen eindeutig, dass das Ziel „Minderung der Kernsymptomatik“ erreicht wurde.



Ziel 6: **Besserung der komorbiden Störungen**

Die komorbiden Störungen der ADHS-Patienten wurden mit Hilfe der weiteren Problemskalen des SDQ abgebildet. Abbildung 7 zeigt den Anteil der auffälligen Werte pro Skala im zeitlichen Verlauf.

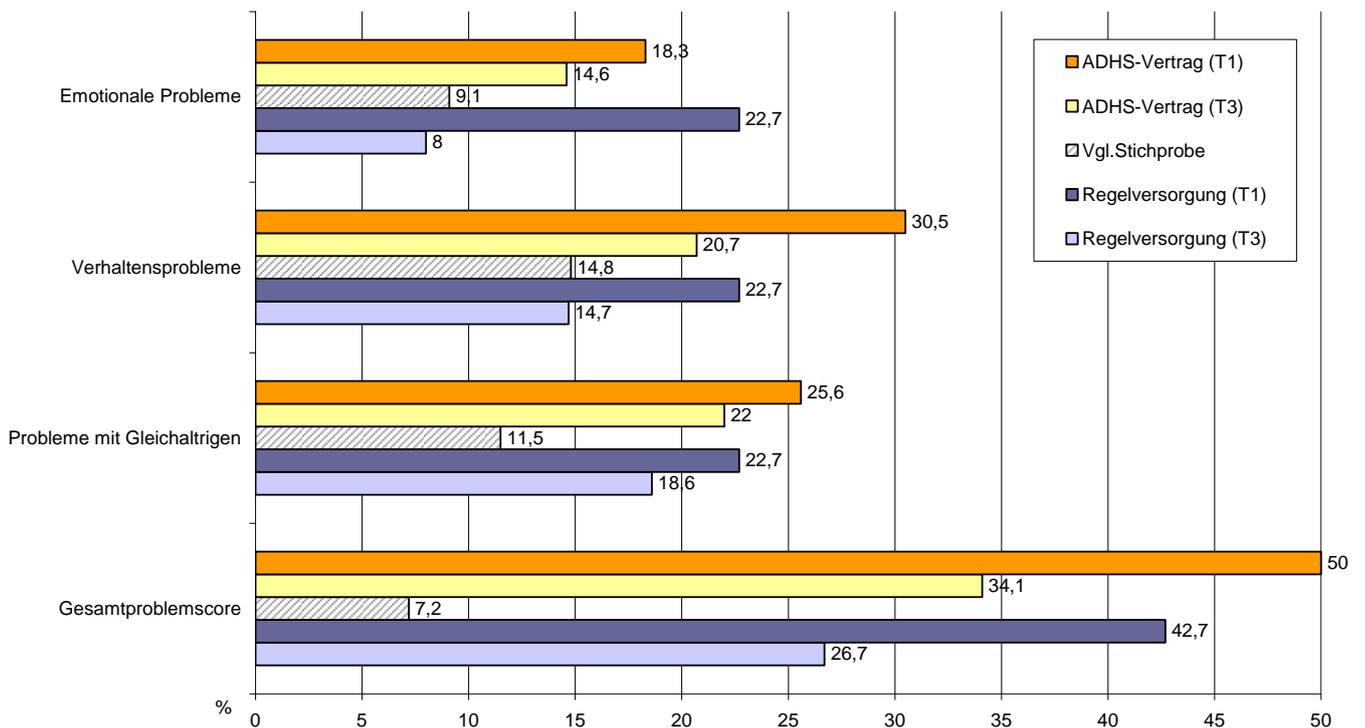


Abb. 7: Komorbide Störungen (SDQ) - prozentualer Anteil auffälliger Werte im zeitlichen Verlauf, Studienarme im Vergleich, N= 157 (82/75)

Zu Beginn der Erhebungen war der Anteil auffälliger Kinder und Jugendlichen erhöht, verbesserte sich aber im Laufe der Studie deutlich.

Der Gesamtscore des SDQ (in den auch die Skala Hyperaktivität eingeht) verbesserte sich in beiden Gruppen deutlich und signifikant, mit einem Effekt in mittlerer Höhe. Wie aus Tabelle 6 hervorgeht, verbesserten sich die Kinder und Jugendlichen auch auf den restlichen Subskalen.

Tab. 6: Verhaltensstärken und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (SDQ) - Mittelwerte und Standardabweichungen im zeitlichen Verlauf, Studienarme im Vergleich, N=157

Kororbide Störungen	Mittelwerte (Standardabweichung)					
	ADHS-Vertrag (n=82)			Regelversorgung (n=75)		
	T1	T3	d _{T1-T3}	T1	T3	d _{T1-T3}
Emotionale Probleme	3,55 (2,32)	2,55 (2,17)	,43*	3,16 (2,49)	2,56 (1,91)	,24*
Verhaltensprobleme	3,41 (2,13)	2,98 (1,96)	,21*	3,45 (1,93)	2,57 (1,80)	,46**
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	3,11 (2,25)	2,43 (2,17)	,30**	2,73 (2,45)	2,41 (2,40)	,13
Gesamtproblemscore	16,71 (5,85)	13,35 (6,44)	,57**	16,37 (6,15)	12,91 (6,22)	,56**

* statistisch signifikante Differenz (p<.05)

** statistisch signifikante Differenz (p<.001)

Die per Vertrag versorgten Kinder erzielten auf allen Skalen signifikante, kleine Verbesserungen, die regelversorgten Kinder dagegen veränderten sich im Bereich Verhaltensprobleme nicht überzufällig.

Die Daten zeigen, dass das Vertragsziel ‚Besserung der komorbiden Störungen‘ erreicht wurde.

→ **Besserung der komorbiden Störungen**



Ziel 7: Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen

Insgesamt wurden drei der 157 Patienten der Fragebogenstichprobe stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt (Angaben der Eltern):

1. ein regelversorgtes Kind wurde wegen depressiver Problematik 90 Tage stationär behandelt,
2. ein vertragsversorgtes Kind wurde zur erweiterten Diagnostik und Therapie 42 Tage stationär aufgenommen,
3. ein weiteres Kind der vertragsversorgten Gruppe wurde wegen Suizidalität eine Nacht stationär beobachtet

Einem Patienten des regelversorgten Studienarms wurde zudem eine Empfehlung zur stationären Abklärung und Medikamenteneinstellung gegeben, dies wurde aber von den Eltern abgelehnt.

Vier Patient/innen⁷ nahmen, auf Kosten der Rentenversicherung, an Schwerpunktkuren zum Thema ADHS teil, zwei Kinder waren alleine dort, zwei Kinder besuchten gemeinsam mit einem Elternteil eine Eltern-Kind-Kur.

Es wurde weniger als 3% der Patienten eine stationäre psychiatrische Behandlung empfohlen. Die Anzahl unterschied sich zwischen den Studienarmen nicht.

Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen einer ADHS sind also in der vorliegenden Stichprobe sehr selten, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle reicht die ambulante Behandlung aus. Da aber keine Vergleichswerte vorliegen, kann letztendlich keine Aussage darüber getroffen werden, in wie weit stationäre Aufnahmen vermindert oder reduziert werden konnten.

→ Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen



Ziel 8: Vermeidung von Doppeluntersuchungen

Diese Frage lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beantworten, kann aber möglicherweise anhand von Daten, die der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen, analysiert werden.

Anhand der vorliegenden Daten kann zur Erreichung des Vertragsziels ‚Vermeidung von Doppeluntersuchungen‘ keine eindeutige Aussage gemacht werden.

→ Vermeidung von Doppeluntersuchungen



Ziel 9: Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf (auch bei den Sorgeberechtigten)

Insgesamt reduzierte sich die durchschnittliche Anzahl der Fehltag der Kinder und Jugendlichen in der Schule von 1,0 Tagen in den vier Wochen vor der ersten Erhebung auf 0,8 Fehltag in den

⁷ u.a. jenes Kind (3), das eine Nacht stationär beobachtet wurde.

vier Wochen vor der letzten Erhebung (kein signifikanter Unterschied: $T=-1,154$, $df=155$, $p=0,250$). In der regelversorgten Gruppe nahm die Zahl der Fehltage zu (T1: 0,9, T3: 1,0, Unterschied: $T=-2,96$, $df=74$, $p=,768$), in der vertragsversorgten Gruppe ging sie dagegen zurück (T1: 1,1, T3: 0,6). Dieser Rückgang ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 94% überzufällig ($T=1,98$, $df=80$, $p=0,051$).

Die Beeinträchtigung der Bezugspersonen wurde nicht über die Fehltage im Beruf erhoben, da nur ein Teil der Bezugspersonen erwerbstätig war. Stattdessen wurden standardisiert Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bezugspersonen als Proxy erhoben (vgl. Aaronson et al., 1993). Dieser Wert wird den anhand einer Regressionsgleichung (Schwarz & Hinz, 2001) berechneten Erwartungswerten der Allgemeinbevölkerung gegenübergestellt.

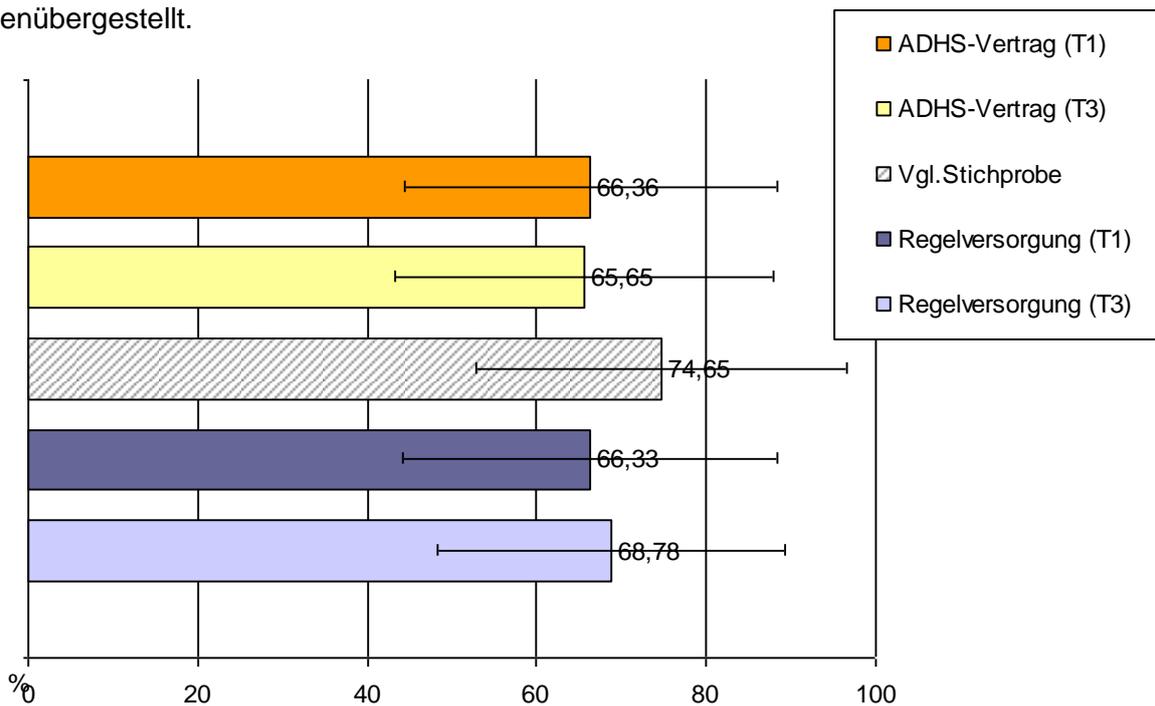


Abb. 8: EORTC- Global Health/ LQL transformierter Score- Mittelwerte und Standardabweichungen im zeitlichen Verlauf, Studienarme im Vergleich, $N=157$, (82/75)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bezugspersonen ist gegenüber dem Erwartungswert geringfügig beeinträchtigt. Sie verändert sich im zeitlichen Verlauf nur minimal. Tabelle 7 zeigt die Größe der Effekte.

Tab. 7: EORTC Global Health/ Quality of Life - Mittelwerte und Standardabweichungen im zeitlichen Verlauf, Studienarme im Vergleich, N= 157

	Mittelwerte (Standardabweichung)					
	ADHS-Vertrag (n=82)			Regelversorgung (n=75)		
	T1	T3	d T1-T3	T1	T3	d T1-T3
Global Health/ Quality of Life	66,33 (22,01)	65,65 (22,31)	-0,03	66,33 (22,15)	68,78 (20,42)	0,12

Die Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Eltern sind weder in der Gesamtgruppe ($T=-,492$, $df=156$, $p=,623$) noch innerhalb der beiden Studienarme signifikant (Vertragsgruppe: $T=0,284$, $df=81$, $p=,777$; RV: $T=-1,226$, $df=74$, $p=,224$).

Weder die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bezugspersonen noch die Fehltagelänge der Kinder änderten sich signifikant. Jedoch zeigte sich bezüglich der Reduktion der Fehltagelänge der Kinder in der per Vertrag versorgten Patientengruppe eine klare Tendenz. Mit $p=,051$ wurde das Signifikanzkriterium nur knapp verfehlt. Die Daten geben demnach Hinweise darauf, dass das Vertragsziel ‚Reduzierung der Fehltagelänge‘ tendenziell erreicht wurde.

→ Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf



Ziel 10: Kontrollierter Medikamenteneinsatz

Im ADHS-Vertrag wird entsprechend der aktuellen ADHS-Leitlinien (DGKJP et al., 2007; Taylor et al., 2004) unter §2 Kernaufgaben festgelegt, dass Medikamente nur bei gesicherter Indikation eingesetzt werden sollen.

Zum letzten Erhebungszeitpunkt (T3) gaben 49,6% der Befragten (Bezugsgruppe: $n=123$ Patienten mit ADHS-Diagnose und begonnener Behandlung) an, Stimulanzien einzunehmen. Weitere 7,4% hatten im Studienzeitraum vorübergehend Stimulanzien erhalten. 43% wurden während der gesamten Studienlaufzeit nicht mediziert. Es liegt kein signifikanter Geschlechtereffekt vor.

Für drei der Kinder, die zu T3 Medikamente einnahmen, wurde vom Behandler keine ADHS-Diagnose übermittelt (zwei Kinder in der Gruppe der Vertragspatienten sowie ein regelversorgtes Kind). Die zwei Kinder der Gruppe Vertragsversorgung, die ohne übermittelte ADHS-Diagnose mit Stimulanzien behandelt wurden (Methylphenidat bzw. Amphetaminsulfat) litten lt. Angaben der Behandler/innen unter einer sonstigen näher bezeichneten Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8). Laut Angaben der Eltern wurde den Kindern jedoch AD(H)S diagnostiziert. In der Gruppe Regelversorgung nahm ein Kind Methylphenidat,

obwohl es keine ADHS, sondern eine organische Enuresis (F98.0) diagnostiziert bekommen hatte. Allerdings hatten auch in diesem Fall die Eltern angegeben, das Kind habe die Diagnose ADHS erhalten, was die Annahme nahe legt, dass diese von den Behandlern übermittelten Diagnosen fehlerbehaftet waren⁸.

Die unter §2 des Vertrages formulierte Kernaufgabe, ‚Anwendung des multimodalen Behandlungskonzepts‘ bedeutet in Bezug auf Medikamente, dass im Fall einer medikamentösen Behandlung, unbedingt weitere Behandlungsmodule angewendet werden sollen. In der vorliegenden Stichprobe wurden nur wenige Patienten ausschließlich medikamentös behandelt. 6% der Patienten, von denen beide Interviews vorliegen (12), erhielten keine weiteren Module neben dem Modul ‚Medikamentöse Therapie‘. In der Gruppe der Vertragspatienten waren dies 4% (4 der 107 Patienten) ggü. 8% (8 von 102) in der regelversorgten Gruppe.

Es liegen zudem Daten darüber vor, ob und durch wen die im Vertrag formulierte Kernaufgabe ‚Fortwährende Überprüfung und Überwachung des Medikamenteneinsatzes‘ zuverlässig realisiert wurde. Sie werden in zukünftigen Analysen ausgewertet.

Die Daten zur Überprüfung der Medikation sprechen überwiegend dafür, dass das Ziel ‚Kontrollierter Medikamenteneinsatz‘ erreicht wurde.

→ kontrollierter Medikamenteneinsatz



⁸ Auch in einer Subanalyse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys zur Medikation bei ADHS, gaben drei von 145 Kindern und Jugendlichen, die ADHS-Medikamente einnahmen, an, keine ADHS-Diagnose zu haben (Knopf, Hölling, Huss, & Schlack, 2012).

Oberziel: Effizienterer Einsatz der Ressourcen
(Indikatoren: Zielerreichung der Ziele 1-10)

Zusammenfassend stellt sich die Erreichung der im Vertrag formulierten Teilziele folgendermaßen dar:

- | | | |
|---|---|---|
| → | Koordinierte Zusammenarbeit / verbesserte Kommunikation und Kooperation ? | ✓ |
| → | Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner | ✓ |
| → | Reduzierung der Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze | ? |
| → | Verbesserte Eingliederung in das soziale Umfeld | ✓ |
| → | Minderung der Kernsymptome | ✓ |
| → | Besserung der komorbiden Störungen | ✓ |
| → | Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen | ~ |
| → | Vermeidung von Doppeluntersuchungen | ? |
| → | Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf | ~ |
| → | Kontrollierter Medikamenteneinsatz | ✓ |

Von zehn Zielen wurden sechs eindeutig erfüllt. Bei der ‚Reduzierung von Fehltagen‘ zeigte sich eine positive Tendenz⁹. Auch für die Erfüllung des Ziels ‚Vermeidung stationärer Behandlungen‘ gibt es Hinweise, ein Nachweis der Erreichung ist aber aufgrund mangelnder Vergleichswerte nicht möglich¹⁰. Zwei weitere Ziele des Vertrags sind anhand der Daten nicht überprüfbar.

→ **Effizienterer Einsatz der Ressourcen**



⁹ Die Reduzierung der schulischen Fehltagelieferung mit $p=,051$ nur knapp das Signifikanzniveau von 5%.

¹⁰ Aufgrund mangelnder Vergleichswerte ließ sich nicht feststellen, ob stationäre Behandlungen vermindert werden könnten, ihr geringes Vorkommen (<3%) legt aber nahe, dass nahezu eine ‚Vermeidung‘ erreicht werden konnte.

C. *Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen*

Zur Überprüfung der Frage, ob die Qualität der Behandlung (insbesondere die Ergebnisqualität) sich durch den ADHS-Vertrag verbessert, wurden dem Studienkonzept gemäß zwei zielspezifische Optimalitätsscores gebildet und die jeweiligen Scores der beiden Studienarme Regelversorgung und Vertragsversorgung miteinander verglichen. Für das Zutreffen bestimmter Indikatoren wurde jeweils ein Punkt vergeben, ihre Abwesenheit hatte null Punkte zur Folge. Die Operationalisierung der Indikatoren wird im Folgenden kurz dargestellt.

Index zur subjektiven Prozessqualität¹¹

Die subjektive Prozessqualität der Behandlungen wurde anhand von vier Aspekten operationalisiert: Belastung des Kindes durch die Behandlung, Belastung der Eltern durch die Behandlung, Zufriedenheit mit der in der Praxis erhaltenen Betreuung sowie der mit Hilfe des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmidt, 1998) erhobenen Behandlungszufriedenheit.

Dabei wurde für die jeweils folgenden Werte ein Punkt vergeben:

- (1) Belastung der Eltern durch Diagnostik und Behandlung: Bezugsperson fühlte sich durch die Behandlung „überhaupt nicht“ oder „wenig“ belastet.
- (2) Belastung des Kindes durch Diagnostik und Behandlung: Kind fühlte sich durch die Behandlung „überhaupt nicht“ oder „wenig“ belastet.
- (3) Zufriedenheit mit der Diagnostik/Beratung: Bezugsperson äußerte sich als mit der Betreuung „sehr“ oder „eher“ zufrieden.
- (4) Behandlungszufriedenheit: Der mit dem FBB erfasste Verlauf der Behandlung wurde als überdurchschnittlich oder deutlich überdurchschnittlich bewertet.

Der Index variierte zwischen 0 (minimale subjektive Prozessqualität) und 4 (maximale subjektive Prozessqualität) Punkten. Der Mittelwert der vertragsversorgten Gruppe lag bei 2,61 (Sd=1,10) und damit etwas günstiger als in der Gruppe Regelversorgung (M=2,39, Sd=1,17). Der Unterschied war jedoch nicht signifikant ($t=-1,23$, $df=155$, $p_{(zweiseitig)}=,22$).

Index zur Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wurde anhand der Minderung der Symptomatik bzw. Verbesserung der Lebensqualität (korrespondiert mit einer Verbesserung der Eingliederung ins soziale Umfeld) operationalisiert. Zudem fließt in den Index ein, wie viele Fehltage die Kinder in der Schule hatten und ob sie im Studienzeitraum eine stationäre psychiatrische Behandlung absolviert haben. Außerdem geht die Lebensqualität der Eltern mit in den Index ein. Die Bildung des Index orientierte sich am Konzept der klinischen Signifikanz (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984).

¹¹ Im ursprünglichen Studienkonzept wurde dieser Index in anderer Form operationalisiert. Allerdings musste festgestellt werden, dass sich in der gewählten Operationalisierung Aspekte der Prozessqualität mit dem Grad der Realisierung der Vertragsziele vermischt hatten. Der Index wurde deshalb geringfügig überarbeitet.

Ein Punkt wurde vergeben, wenn im jeweiligen Bereich zum letzten Erhebungszeitpunkt ein unauffälliges Outcome erzielt wurde. Zusätzlich wurden klinisch relevante Verbesserungen in den Index einbezogen. Für die verwendeten Instrumente liegen Cut-offs vor, die den Score eines Patienten einer von mehreren Kategorien zuordnen. Eine klinisch relevante Verbesserung wurde dann angenommen, wenn sich ein Patient im Verlauf der Behandlung (T1-T3) um eine Kategorie (oder mehr) verbesserte¹². Der Index konnte zwischen 0 (minimale subjektive Ergebnisqualität) und 10 (maximale subjektive Ergebnisqualität) variieren.

Im Einzelnen gingen folgende Konstrukte in den Index zur Ergebnisqualität ein:

- (1) Verbesserung des Kennwerts Aufmerksamkeitsstörungen des FBB-ADHS
- (2) Verbesserung des Kennwerts Überaktivität des FBB-ADHS
- (3) Verbesserung des Kennwerts Impulsivität des FBB-ADHS
- (4) Verbesserung der Skala ‚Prosoziales Verhalten‘ des SDQ
- (5) Verbesserung im Lebensbereich ‚Schule‘ des ILK
- (6) Verbesserung im Lebensbereich ‚Familie‘ des ILK
- (7) Verbesserung im Lebensbereich ‚Soziale Kontakte mit Gleichaltrigen‘ des ILK
- (8) Keine stationäre psychiatrische Behandlung in den letzten 12 Monaten
- (9) Minderung der Fehltag in Schule oder Kindergarten
- (10) Verbesserung der Skala globale Lebensqualität/ allgemeiner Gesundheitszustand des EORTC-QLQC30

Der Index zur Ergebnisqualität variierte zwischen 2 und 10 Punkten. Der Mittelwert der vertragsversorgten Gruppe lag bei 7,39 (Sd=1,80) und damit minimal niedriger als in der Gruppe der regelversorgten Patienten (M=7,48, Sd=1,86). Der Unterschied bewegt sich jedoch im zufälligen Bereich ($t=,31$, $df=155$, $p_{(zweiseitig)}=,76$).

Symptomverbesserung

Eine dritte im Studienkonzept formulierte Hypothese betraf die Symptomverbesserung der Patienten. Sie wurde anhand des SDQ-Gesamtscores betrachtet. Dieser kann Werte zwischen 0 und 40 annehmen – je höher der Wert desto ungünstiger die Symptomausprägungen. Die Veränderung des Scores zwischen zwei Messzeitpunkten kann demnach theoretisch von -40 bis +40 reichen.

In der Gruppe der Vertragspatienten ging der Mittelwert des SDQ-Gesamtscores von 16,7 (Sd=5,85) zum Studienbeginn auf 13,4 (Sd=6,44) zum 1-Jahres-Follow-up zurück. In der Gruppe der regelversorgten Patienten lag der Score zu T1 bei 16,4 (Sd=6,15) und ging nach einem Jahr auf 12,9 (Sd=6,22) zurück.

¹² Eine Ausnahme bildet das ILK, die Daten werden hier lediglich den Kategorien unauffällig und auffällig zugeordnet. Hier wird als klinisch relevante Veränderung gewertet, wenn sich das Rating eines Patienten um einen Skalenpunkt verbessert

Die Differenzen des Scores reichten von -13 bis 14 in der Gruppe der Vertragspatienten und -8 bis 16 bei den regelversorgten Patienten. Die Mittelwerte der Differenzen lagen bei 3,4 (Sd=5,62) in der Vertragsgruppe und 3,5 (Sd=4,78) in der Regelversorgungsgruppe. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war nicht signifikant ($t=,135$, $df=155$, $p_{(zweiseitig)}=,89$).

Tabelle 8 verdeutlicht die Ergebnisse der drei Hypothesentestungen noch mal im Überblick

Tab. 8: Hypothesentestung – Mittelwerte und Standardabweichungen der Ergebnisvariablen, Studienarme im Vergleich; Teststatistiken, N=157

	ADHS-Vertrag (n=82)		Regelversorgung (n=75)		t-Test (df=155)	
	M	Sd	M	Sd	T	p
Index zur Prozessqualität	2,61	1,10	2,39	1,17	-1,23	,220
Index zur Ergebnisqualität	7,39	1,80	7,48	1,86	,307	,760
SDQ-Gesamtscore (Differenz T1-T3)	3,35	5,61	3,47	4,78	,135	,893

Es konnte demnach keine der a priori Hypothesen bestätigt werden. Es lässt sich für die Gesamtgruppe der untersuchten Patienten bezüglich der gewählten Outcome-Maße keine statistische Überlegenheit der nach ADHS-Vertrag versorgten Gruppe feststellen, vermutlich weil auch Patienten der Regelversorgung zu nicht geringen Teilen so diagnostiziert und behandelt wurden, wie es der ADHS-Vertrag vorsieht (s.u.).

Trotzdem wurden einige Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen offensichtlich. Sie werden im Folgenden beschreibend dargestellt.

- **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 diagnostische 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.

- **Praxiszufriedenheit**

In der Gruppe der Vertragspatienten fiel die Zufriedenheit 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 Vertrags-Patienten vs. 55% der regelversorgten Patienten).

D. Weitere Analysen zur Ergebnis- und Prozessqualität

Aufgrund der Ergebnisse der Studie und der Erfahrungen während der Durchführung wurden weitere Fragestellungen formuliert, die aktuell untersucht werden. Zentral ist insbesondere die Frage: Warum lassen sich nicht mehr Unterschiede zwischen den Studienarmen finden?

Sowohl in den Patientenbefragungen als auch in den Praxisinterviews deutete sich schon früh an, dass auch Patienten der Regelversorgung zu nicht geringen Teilen so diagnostiziert und behandelt wurden, wie es der ADHS-Vertrag vorsieht. Gleichzeitig kommen nicht alle im Vertrag eingeschriebenen Patienten auch in den Genuss der neuen Behandlungsangebote. Da sich die Behandlungen weniger stark unterscheiden als vermutet, unterscheidet sich auch das Ergebnis weniger stark.

Grad der Umsetzung

Um die Auswirkungen der Umsetzung zentraler Aspekte des Vertrages zu überprüfen, wurde ein weiterer Score gebildet, der für jeden Patienten quantifizierte, in wie weit zentrale Aspekte des Selektivvertrags umgesetzt wurden. Dieser Score wurde anhand folgender Kernaspekte des Vertrags gebildet:

- (1) multiprofessionelle Behandlung
- (2) multimodale Behandlung
- (3) Elternarbeit, insbes. Teilnahme an Elterntrainings
- (4) psychotherapeutische Behandlung der Kinder

Der Score konnte zwischen 0 und 4 Punkten variieren. Der Mittelwert lag in der Gruppe der Vertragspatienten bei 2,44 (Sd=1,11), in der Gruppe der regelversorgten Patienten bei 2,58 (Sd=1,08). Die Gruppen Regelversorgung und Vertragsversorgung unterschieden sich bezüglich dieses Implementierungsscores nicht signifikant [$t=0,703$, $df=121$, $p=0,484$].

Teilt man dagegen die Gruppe der $n=123$ Patienten mit ADHS-Diagnose und begonnener Behandlung anhand dieses Scores in zwei Gruppen ein (hoher Grad der Umsetzung vs. niedriger Grad der Umsetzung) und testet diese Gruppen auf Unterschiede bzgl. der Ergebnisqualität, zeigt sich, dass sich die psychopathologischen Symptome der Patienten (operationalisiert via SDQ-Gesamtscore) stärker verbessern, wenn die zentralen Aspekte des Vertrags in stärkerem Maße umgesetzt wurden: $t=-2,73$, $df=121$, $p=0,007$.

Prädiktoren

Da die Gruppenzugehörigkeit nicht mit dem Behandlungsergebnis in Zusammenhang steht, wird derzeit anhand von Diskriminanzanalysen untersucht, welche Faktoren bestimmen, ob die Patienten nach einem Jahr als psychopathologisch unauffällig bezeichnet werden können bzw. ob

sie sich während der einjährigen Studiendauer bzgl. ihrer Psychopathologie verbessert haben. Folgende Zusammenhänge erwiesen sich als aussagekräftig.

- Beginn der Symptomatik: Die Ergebnisse fielen günstiger aus, wenn die Symptomatik noch nicht so lange bestand.
- Ausprägung der Symptomatik: 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.

Des Weiteren sind genaue Analysen zur diagnostischen Qualität geplant. Auch eventuelle Unterschiede zwischen den Fachgruppen (bzgl. der Diagnostik, Behandlung und des Klientels) sollen noch detailliert betrachtet werden.

Weitere interessante Befunde könnten sich aus einer Analyse der Behandlungshistorie der Teilnehmer ergeben, zusätzliche qualitative Analysen sollen Aufschluss über die spezifischen Effekte einzelner Behandlungsmodule geben.

8. Diskussion der Ergebnisse

Für diese Studie wurden 228 Patienten aus 25 Praxen der kinder- und jugendärztlichen, kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung im Längsschnitt befragt. Studienziel war die Überprüfung der Erreichung der im Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S formulierten Ziele.

Die Daten zeigen eindeutig, dass in den an der Studie teilnehmenden Praxen sorgfältig diagnostiziert und effektiv behandelt wird, eine qualitativ hochwertige und leitlinienbasierte Therapie stattfindet. Die Kernsymptomatik wird verringert, komorbide Störungen sowie die Einbettung der Kinder und Jugendlichen in das soziale Umfeld verbessern sich deutlich. Auch die Erreichung der Vertragsziele ‚verbesserte Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Spezialisten‘, ‚Klarheit und Sicherheit über Behandlungsweg und Ansprechpartner‘ sowie ‚kontrollierter Medikamenteneinsatz‘ konnte eindeutig belegt werden.

Nicht eindeutig nachweisbar war aufgrund mangelnder Vergleichswerte dagegen die ‚Reduzierung stationärer Behandlungen‘. Die ‚Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf‘ trat in der vertragsversorgte Gruppe zwar ein, zeigt aber mit einem p-Wert von ,051 nur eine positive Tendenz.

Allerdings lässt sich anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht nachweisen, dass die Ziele des ADHS-Vertrags in der vertragsversorgten Gruppe erfüllt wurden, nicht aber in der Regelversorgung. Es konnten bzgl. Ergebnis- und Prozessqualität sowie Symptomverbesserung

(a priori Hypothesen) keine eindeutigen, systematischen Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen nachgewiesen werden. Dafür kommen verschiedene Ursachen in Frage:

- Die durch den Vertrag eingetretenen Effekte sind zu gering, um sich in statistisch signifikanten Unterschieden bzgl. abstrahierter und aggregierter Ergebnismaße niederzuschlagen.
- Durch das Design konnte eine Kontamination des experimentellen Studienarms nicht verhindert werden. Die Interventionen der Kontrollgruppe (Regelversorgung), wurden durch die Interventionen der Experimentalgruppe (ADHS-Vertragspatienten) beeinflusst, d.h. die Behandler/innen übernahmen die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten auch für die regelversorgten Patient/innen und diese profitierten auch von der verbesserten Kooperation der Behandler/innen.

Diese Problematik wurde bereits im Vorfeld antizipiert, konnte aber nicht vermieden werden, da Praxen, die die Einführung des Vertrages ablehnten, nicht für die Studienteilnahme hätten gewonnen werden können. Selbst wenn der Einschluss dieser Praxen möglich gewesen wäre, ist zu vermuten, dass sich Vertragsteilnehmer und Vertragsablehner über die Vertragsteilnahme hinaus voneinander unterscheiden – insbesondere in Bezug auf Offenheit für neue Behandlungs- und Organisationsformen. Eventuelle Unterschiede hätten auch dann nicht auf die Einführung des Vertrages zurückgeführt werden können.

Es mussten daher weitere Analysen durchgeführt werden, um Effekte des Vertrages nachzuweisen. Erste weiterführende Analysen belegen, dass die Zielsetzungen des Vertrages sinnvoll im Sinne eines verbesserten Behandlungsergebnisses sind. Wenn der Anspruch einer zeitnahen, multimodalen und multiprofessionellen Behandlung erfüllt wird, wenn Eltern angeben, sich über Behandlung und Diagnose im Klaren zu sein und das Gefühl haben, ihnen wird ausreichend Zeit gewidmet, fällt das Behandlungsergebnis günstiger aus.

Diese Zusammenhänge sollten jedoch an einer größeren Stichprobe methodisch deutlicher herausgearbeitet werden, etwa im Rahmen einer naturalistischen Studie mit großer Fallzahl, in der relevante Prädiktoren sowie der Benefit einzelner Behandlungsmodule ebenfalls überprüft werden.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

ADHS-Diagnosen betreffen Jungen häufiger als Mädchen, dies gilt auch für die vorliegende Stichprobe, es überwiegen mit 77,6% männliche Kinder und Jugendliche. Die gesonderte Betrachtung von Geschlechtereffekten war im Rahmen dieser Studie nicht vorgesehen. In statistischen Analysen zeigte sich kein Einfluss des Faktors Geschlecht.

10. Gesamtbeurteilung

Die Begleitevaluation zum Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S konnte erfolgreich implementiert und durchgeführt werden. Durch zielgruppengerechte Ansprache und Kommunikation wurden ausreichend Praxen zur Teilnahme an der vorliegende Studie gewonnen. Die Entwicklung entsprechender Informations- und Werbematerialien unterstützte die Praxisinhaber/innen bei der Gewinnung von Teilnehmer/innen. Trotz der sich verkleinernden Grundgesamtheit an Teilnehmenden (weniger Vertragsneueinschreibungen) konnte eine ausreichend große Stichprobe gewonnen werden. Sowohl die beteiligten Praxisinhaber/innen als auch die teilnehmenden Patienten(elter) waren mit der Durchführung der Studie zufrieden. Die Teilnahmequoten blieben hoch bis zum letzten Erhebungszeitpunkt.

Diese hohe Teilnehmerbindung ließe sich hervorragend für Folgeuntersuchungen nutzen. Die Teilnahmeeinwilligung eines großen Teils der Stichprobe liegt bereits vor. Das aufgebaute Netzwerk aus Studienzentrale und Praxen der ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg ließe sich zudem für die Untersuchung weiterer Patientengruppen nutzen.

11. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse der Begleitstudie wurden kontinuierlich an den ADHS-Vertragsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg kommuniziert, in dem Vertreter der behandelnden Fachgruppen, der KV sowie der Krankenkassen zusammenkommen.

Erste Ergebnisse der Gesamtstudie wurden nach Ende der Studienlaufzeit am 4.3.2013 bei einem Werkstattgespräch der KBV vor Krankenkassen- und Medienvertretern präsentiert. Sowohl die KBV (<http://www.kbv.de/presse/25840.html>) als auch die Universität Marburg (<http://www.uni-marburg.de/aktuelles/news/2013a/0305a>) veröffentlichten anlässlich dieser Veranstaltung Presseinformationen, die von lokalen und überregionalen Medien aufgegriffen wurden.

Zudem wurde die Begleitstudie kontinuierlich auf relevanten Fachkongressen vorgestellt:

John, K. , Mattejat, F. (2011). *Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS – Begleitstudie zur Evaluation des Versorgungsvertrags der BKK-Vertragsgemeinschaft Baden-Württemberg – Ein Studienprotokoll*. Vortrag auf dem XXXII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2.-5. März 2011 in Essen. Abstract CD-Rom, VS-09-004

John, K., Gwozdz, M., Becker, K., Mattejat, F. (2011). *Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS – zur Versorgungsrealität einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation*. Vortrag auf der 4. wissenschaftlichen Tagung für Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter, 29.-30. September 2011 in Marburg. In: K. Becker und F. Mattejat: 4. wissenschaftliche Tagung für Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter. Programm und Abstractband, S. 18.

- John, K., Gwozdz, K., Becker, K., Mattejat, F. (2011). *Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS – Zur Versorgungsrealität einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation*. Poster auf dem 10. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 20. - 22. Oktober 2011 in Köln. Abstract 185.
- John, K., Lange, M., Becker, K., Mattejat, F. (2013). *Fachgruppenspezifische Unterschiede in der ambulanten Versorgung von ADHS-Kindern und Jugendlichen?*. Vortrag auf dem XXXIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 6.-9. März 2013 in Rostock.
- John, K., Lange, M., Becker, K., Mattejat, F. (2013). *Die Evaluation des AD(H)S-Vertrages Baden-Württemberg – Welche Vorteile bringt die vertragsgesicherte Versorgung?*. Vortrag auf dem XXXIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 6.-9. März 2013 in Rostock.
- John, K., Lange, M., Becker, K., Mattejat, F. (2013). *The impact of coordinated ADHD treatment in Germany. Results of an accompanying study*. Presented at the 15th International Congress of ESCAP, July 6th-10th 2013 in Dublin, Ireland.

Darüber hinaus wird am 25.9.2013 ein sog. kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag der Marburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie stattfinden, bei dem die Ergebnisse der regionalen Fachöffentlichkeit vorgestellt werden. Es werden insbesondere Vertreter/innen der Hessischen Sektionen der Berufsverbände eingeladen, um den Austausch sowie Überlegungen zur Einführung des Vertrages in Hessen zu fördern.

Zusammenfassende Darstellungen der Ergebnisse werden der interessierten Öffentlichkeit auf der Internetseite der Arbeitsgruppe zur Verfügung gestellt (<http://www.uni-marburg.de/fb20/kjp/eval/adhseval>); Publikationen der Studienergebnisse in Peer-Review Fachzeitschriften sind in Vorbereitung.

12. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Die Verwirklichung fast aller Ziele des ADHS-Vertrags sowie der Nachweis, dass die erfolgreiche Umsetzung zentraler Aspekte des Vertrages sinnvoll im Sinne eines besseren Behandlungsergebnisses ist, führt zur Empfehlung, die vertragsgesicherte Versorgung weiterzuführen. Auch die ausgeprägte Zufriedenheit der Behandler mit dem Versorgungsmodell spricht dafür.

Eine Erhöhung der Teilnehmerzahlen (z.B. durch Übernahme des Vertrages durch weitere Krankenkassen) könnte die Umsetzung zentraler Aspekte des Vertrages (insbes. Elterntrainings, die aufgrund geringer Teilnehmerzahlen selten angeboten werden können) befördern und damit die Versorgung weiter verbessern.

Gegebenenfalls wäre ein ähnliches Versorgungsmodell auch für andere kooperationsintensive Krankheitsbilder denkbar, um deren Diagnostik und Behandlung zu vereinheitlichen sowie eine bessere Kooperation verschiedener Fachgruppen sicherzustellen. Die für das vorliegende Projekt eingerichteten Strukturen würden sich anbieten, eventuelle Ausweitungen der bisherigen Vertragsstrukturen begleitend zu evaluieren.

In Bezug auf ADHS wird in Medienberichten immer wieder über die vermeintlich zu hohe Verordnung von Medikamenten geklagt. In der vorliegenden Stichprobe ist dies eindeutig nicht der Fall, nur die Hälfte der behandelten ADHS-Patienten erhält Stimulanzien. Es scheint, als würden die im Rahmen der Vertragseinführung initiierten Strukturen (Diagnosesicherung, Kooperationen, ADHS-Teams etc.) auch zu einer Sicherung der Qualität der Behandlung, insbesondere der medikamentösen Behandlung, beitragen. Aus Sicht der Autoren empfiehlt es sich deshalb, möglichst viele dieser Strukturen grundsätzlich in der Versorgungslandschaft zu etablieren, d.h. so weit es möglich und sinnvoll erscheint, auch gesetzlich zu verankern.

Mit Hilfe der für das vorliegende Projekt eingerichteten Strukturen könnte ohne größeren Aufwand eine Katamneseuntersuchung der befragten Stichprobe durchgeführt werden – die Zustimmung der Patienten(elter) liegt der Universität Marburg vor. Dadurch könnte erstmalig in der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen und -therapeutischen Evaluationsforschung eine überregionale naturalistische ambulante ADHS-Inanspruchnahmepopulation über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr hinweg begleitet werden.

13. Publikationsverzeichnis

Publikationen der Studienergebnisse in Peer-Review Fachzeitschriften sind in Vorbereitung.

14. Verzeichnis der zitierten Literatur

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C., & et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-376
- Braun, S., Zeidler, J., Linder, R., Engel, S., Verheyen, F., & Greiner, W. (2012). Treatment cost of attention deficit hyperactivity disorder in Germany. *Eur J Health Econ, Advance online publication*, DOI 10.1007/s10198-10012-10440-10195
- DGKJP, BAG & BKJPP. (2007). Hyperkinetische Störungen (F90). In *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. (pp. 239 - 254). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M. (2006). Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS) / Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS). In M. Döpfner, L. G. & H.-C. Steinhausen (Eds.), *KIDS- Kinder Diagnostik System 1. Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)* (pp. 61-67). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 784-793
- Huss, M., Holling, H., Kurth, B.-M., & Schlack, R. (2008). How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: Results of the German health and examination survey (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry*, .17(Suppl 1), pp
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, & Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg. (2009). Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S. Retrieved March 13, 2012, from http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/adhs-vertrag_ab_januar_2012.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, & Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg. (2011). Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S. Qualitätsbericht. Retrieved March 07, 2012, from http://www.bkk-bw.de/fileadmin/files/3-2_bbk-vag/3-2-1_adhs/AD_H_S_Versorgungsbericht.pdf
- Knopf, H., Hölling, H., Huss, M., & Schlack, R. (2012). Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *BMJ Open* 2: e000477
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1998). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2004). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung - Kurzversion (FBB-K)*. Marburg: Philipps-Universität.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2006). *ILK - Inventar zur Erfassung der Lebensqualitaet bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2010). *Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen (MARSYS)*. Marburger Symptom

- Rating (MSR). Standardisiertes Elterninterview zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen.* Bern: Verlag Hans Huber.
- Mattejat, F., Trosse, M., John, K., Bachmann, M., & Remschmidt, H. (2006). *kjp-Qualität, Modellforschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen - Abschlussbericht.* Marburg: Görlich & Weiershäuser.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schlack, R., Holling, H., Kurth, B. M., & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50(5-6), 827-835*
- Schwarz, R., & Hinz, A. (2001). Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *European Journal of Cancer, 37(11), 1345-1351*
- Taylor, E., Doepfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H. C., & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13 Suppl 1, 17-30*

Anhang

Die Studienpraxen

25 ambulante Praxen der kinder- und jugendärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg nahmen an der Studie teil. Sie wurden über persönliche Ansprache der Mitglieder des ADHS-Vertragsausschusses, über Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sowie Zusendung von Informationsmaterial über die Studie informiert. Folgende Praxisinhaber/innen konnten für die Teilnahme an der Evaluation gewonnen werden, unterschrieben eine Kooperationsvereinbarung und steuerten Patienten bei:

Kinder- und Jugendmediziner/innen¹³:

- 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 Kettling, Karlsruhe
- Dr. Christa Schaff, Weil der Stadt
- Dr. Christian Schmölzer, Ravensbug Wolfegg
- Dr. Katharina Schönthal, Tübingen

¹³ Dr. Volker Kemmerich, Kinder- und Jugendarzt aus Weinsbach, hatte ebenfalls eine Kooperationsvereinbarung unterschrieben, steuert allerdings aus organisatorischen Gründen keine Patienten bei. Er nahm aber an der telefonischen Befragung der Praxisinhaber teil.

- Almuth Schwarz, Herrenberg
- Dr. Monika Spitz-Valkoun, Bonndorf

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen:

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

Instrumente

Es folgt eine Auflistung der verwendeten Instrumente und Skalen.

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK)

Die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen wird anhand des „Inventars zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen“ (ILK, Mattejat & Remschmidt, 2006) erhoben. Es erfasst sechs für die Lebensqualität der Kinder relevante Lebensbereiche mit einer jeweils 5-stufigen Skala, zudem wird eine Gesamtbeurteilung erfragt. Angaben aus dem ILK können in ‚problematische‘ und ‚nicht problematische‘ Einschätzungen dichotomisiert werden, die Ratings „sehr gut“ und „eher gut“ werden als ‚nicht problematisch‘, „teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ dagegen als ‚problematisch‘ eingeordnet. Zusätzlich sieht das Instrument die Bildung eines Gesamtscores (LQ28) vor. Für dieses Instrument liegen alters- und geschlechtsspezifische Prozentrangnormwerte vor.

Marburger Symptomrating (MSR)

Die psychopathologische Symptomatik der Kinder und Jugendlichen wird anhand des Marburger Symptomratings (MSR, Mattejat & Remschmidt, 2010) beurteilt, einem standardisierten Interview mit 22 klinischen Ratingskalen. Die Skalen sind deskriptiv orientiert und das Resultat faktoren- und clusteranalytischer Auswertungen ausführlicher Symptomlisten. Die Angaben der befragten Person zur Ausprägung der einzelnen Symptombereiche/Skalen werden vom Interviewer hinsichtlich der dadurch für das Kind eintretenden Belastung auf einer Skala von 0 bis 4 bewertet. Die Ratingpunkte sind für jede der 22 Skalen inhaltlich beschrieben. Dabei wird den Werten 0 und 1 keine klinische Relevanz zugerechnet (Normalbereich, nicht behandlungsbedürftig). 2 entspricht einer leichten, 3 einer deutlichen und 4 einer schweren Belastung (auffälliger Bereich, behandlungsbedürftig). Anhand dieser Einschätzungen können individuelle Symptomsummen gebildet werden sowie die Anzahl auffälliger Symptombereiche kalkuliert werden.

Die Güte des Verfahrens wurde an mehr als 10000 Patienten überprüft und zudem erfolgreich in naturalistischen Versorgungsstudien eingesetzt. Die Inter-Rater-Reliabilität des Verfahrens ist zufriedenstellend, die klinische Validität gut bis hervorragend. Zudem ist das MSR sehr gut geeignet, Veränderungen in der Symptomatik abzubilden. Es liegen alters- und geschlechtsspezifische Prozentrangnormwerte vor, anhand derer die individuellen Werte mit der Bevölkerung verglichen werden können.

Praxiszufriedenheit

Die Praxiszufriedenheit wurde mit einem Mixed-Method-Zugang erhoben. Eine 5-stufige Rating-Frage nach der Zufriedenheit mit Betreuung und Hilfe, die in der Praxis erhalten wurde (1= sehr zufrieden; 5= sehr unzufrieden) wurde ergänzt um qualitative Anmerkungen der Befragten zu positiven und/oder negativen Aspekten der Behandlung. Diese Aussagen wurden mit einem im kjp-Qualitätsprojekt (Mattejat, Trosse, John, Bachmann, & Remschmidt, 2006) entwickelten und erprobten Auswertungsschema analysiert (Beschreibung der qualitativen Auswertungsmethodik siehe dort).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Zudem wird das „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ, Goodman, 1997) eingesetzt, das in 25 Items Verhaltensstärken und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder erfasst. Die 25 Items bilden fünf Skalen: Emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Probleme mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität sowie Prosoziales Verhalten, die ersten vier Skalen können zu einem Gesamtproblemwert zusammengefasst werden. Die Skalen können in ‚nicht auffällige‘, ‚grenzwertig auffällige‘ und ‚auffällige‘ Werte trichotomisiert werden. Analog zum Vorgehen der KiGGS-Studie, die als Vergleichsstichprobe dient (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer, & Schlack, 2007) werden für diese Trichotomisierung die publizierten Cut-offs der englischen Fragebogenversion (Goodman, 1997) gewählt. Als „auffällig“ werden demnach folgende Skalenwerte kategorisiert: Emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten sowie Probleme mit Gleichaltrigen: 5-10; Hyperaktivität: 7-10, Gesamtproblemscore: 16-40. Das SDQ überzeugt, neben seinen Gütekriterien, vor allem durch seine Kürze und aktuelle Vergleichsdaten einer bundesweit repräsentativen Stichprobe.

Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS)

Die ADHS-Symptomatik der Kinder und Jugendlichen wird mit dem Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS, Döpfner, 2006) eingeschätzt. Der Fragebogen besteht aus 20 Items, die die 18 Symptomkriterien aus DSM und ICD erfassen. Je nachdem wie zutreffend die Beschreibung des Symptoms ausfällt, kann dies auf einer 4-stufigen Antwortskala abgebildet werden (gar nicht, ein wenig, weitgehend, besonders). Es können vier Kennwerte zur Symptomausprägung gebildet werden: Ausmaß der Aufmerksamkeitsstörung, der Überaktivität, der Impulsivität und ein ADHS-Gesamt-Score. Die Internen Konsistenzen sind hervorragend, auch über unterschiedliche Stichproben hinweg. Das Verfahren gilt als änderungssensitiv. Es liegen geschlechts- und altersspezifische Stanine-Normwerte für Kinder und Jugendliche im Alter von 4-18 Jahren vor. Als erhöht gilt ein Wert bei dem Stanine-Wert 7 bzw. dem Prozentrang (PR) 78-89; im Grenzbereich ist er bei Stanine-Wert

8 (PR 90-96) und als auffällig kategorisiert werden alle Werte bei Stanine-Wert 9 (PR >96) im Vergleich zur jeweiligen Normstichprobe.

Lebenszufriedenheit und Lebensqualität der Eltern

Die Lebenszufriedenheit der Eltern wird anhand von acht Items erfragt (Zufriedenheit mit Lebensstandard, Gesundheit, Ehe/Partnerschaft, Familienleben, Unterstützung durch Freunde, Einkommen, berufliche Tätigkeit sowie eine Gesamteinschätzung der gegenwärtigen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben). Diese Itemsammlung orientiert sich an vielfältig verbreiteten soziologischen Erhebungsinstrumenten und wurde in der vorliegenden Form bereits in verschiedenen Studien der Arbeitsgruppe verwendet. Es liegen u.a. Vergleichsdaten von Eltern gesunder wie auch psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher vor. Zur Entstehung der Zusammenstellung siehe (Mattejat, Trosse, John, Bachmann, & Remschmidt, 2006).

Ergänzend wurde die Skala „Global Health and Quality of Life“ des Fragebogens zur Lebensqualität der European Organization for the Research and Treatment of Cancer Patients (EORTC QLQ-C30, Aaronson et al., 1993) eingesetzt. Aus zwei Items in denen Lebensqualität und Gesundheitszustand auf einer Skala von 1=sehr schlecht bis 7=ausgezeichnet bewertet werden, wird ein Score berechnet, der Werte von 0=minimale Funktion bis 100=maximale Funktion annehmen kann. Es liegen aktuelle, alters- und geschlechtsspezifische Vergleichswerte der deutschen Allgemeinbevölkerung vor.

Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)

Zur Erfassung der Behandlungsqualität wurde die Kurzversion des Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB, Mattejat & Remschmidt, 1998, 2004) vorgelegt. Der FBB ist ein faktorenanalytisch entwickeltes Instrument zur Erfassung der subjektiven Behandlungsqualität mit guten psychometrischen Kennwerten. Es existieren Prozentrangnormwerte basierend auf Untersuchungen mit stationär behandelten kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen.

Die genutzte Kurzversion erfasst anhand von 11 Items den Erfolg der Behandlung sowie ihren Verlauf. Die einzelnen Aussagen werden anhand einer 5-stufigen Skala (0= niemals / stimmt überhaupt nicht; 4= immer/ stimmt ganz genau) beurteilt.

Der FBB wurde für die aktuelle Untersuchung ergänzt um Items zum zeitlichen Umfang der Behandlung sowie der Klarheit über Diagnose und Behandlungsweg.

Bei Anwendung auf die vorliegende Stichprobe zeigten die FBB-Skalen interne Konsistenzen von >0,80. Auch die zusätzlichen Skalen wiesen akzeptable Trennschärfen und Konsistenzen auf: („zeitlicher Umfang“: $\alpha=,75$; „Klarheit“: $\alpha=,83$).