Methylphenidat bei Kindern und Jugendlichen

Auswertung von Krankenversicherungsdaten zeigt Zunahme der Bezüge von Methylphenidat zwischen 2005 und 2008

Autoren: Mark Pletscher, Simon Wieser

Der Anteil der Bezüger von Methylphenidat (z.B. Ritalin) unter den 0- bis 18-Jährigen ist von 2005 bis 2008 von 0.61% auf 0.85% angestiegen, d.h. eine Zunahme von knapp 40%. Der Bezügeranteil war bei den Knaben fast vier Mal so hoch wie bei den Mädchen und war im Jahr 2007 in der Altersgruppe der 12-Jährigen am höchsten. Bei drei Viertel aller Bezüger liegt die geschätzte Einnahmedauer unter einem Jahr. Gut drei Viertel aller Bezüge wurden von spezialisierten Fachärzten wie Kinderärzten, Kinderpsychiatern oder Psychiatern veranlasst.

Die Verschreibung von methylphenidathaltigen Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen wird in der Schweizer Öffentlichkeit breit diskutiert und häufig kritisch hinterfragt. Verschiedene Studien zeigen, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche das Medikament einnehmen, zugenommen hat, und dass immer grössere Wirkstoffmengen bezogen werden [1–5].

In der hier vorgestellten Studie wurde deshalb die Verbreitung der Einnahme von Methylphenidat unter Kindern und Jugendlichen bis und mit 18 Jahre anhand der Leistungsdaten dreier Schweizer Krankenversicherungen (Groupe Mutuel, KPT, Visana) untersucht. Nebst der Analyse der Entwicklung über die Zeit ermöglicht die Studie auch einen Vergleich zwischen Alters- und Geschlechtergruppen und gibt Hinweise auf das Verschreiberverhalten.

DATEN UND METHODEN

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine deskriptive Auswertung der Kosten- und Leistungsstatistik (KoLe) des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Die KoLe-Statistik, welche sich gegenwärtig noch in der Pilotphase befindet, basiert auf den Rechnungen für Leistungen und Medikamente der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche von den Leistungserbringern oder Versicherten an die Krankenversicherungen übermittelt werden. Gegenwärtig umfasst sie die Daten von drei grossen Krankenversicherungen (Groupe Mutuel, KPT, Visana) und deckt damit gut 22% aller Versicherten in der Schweiz ab. Für diese Studie wurden die eingereichten Rechnungen aller Personen ausgewertet, die in den Jahren 2005 bis und mit 2008 mindestens einen Bezug eines methylphenidathaltigen Medikaments (ATC N06BA04) abgerechnet haben. Die Daten wurden vorgängig anonymisiert. Von den erfassten Personen sind nur Alter, Geschlecht und die Region gemäss der medizinischen Statistik (MedStat) bekannt. Die Packungen der bezogenen Arzneimittel wurden anhand der Swissmedic-Zulassungsnummer eindeutig identifiziert. Dank der Dokumentierung der Zahlstellennummer© von santésuisse ist von jeder abgerechneten Leistung der Erbringer und der Veranlasser (Verschreiber) erfasst. Bei Medikamenten ist somit bekannt, wo sie bezogen wurden und wer das Rezept ausgestellt hat. Da gut ein Viertel der Rechnungen für Methylphenidat erst im Folgejahr abgerechnet wurden, sind die Bezüge im letzten beobachteten Jahr (2008) um diesen Faktor nach oben korrigiert worden. Die vorgestellten Resultate sind rein beschreibend und enthalten keine Aussagen zur Angemessenheit des Konsums von Methylphenidat und der begleitenden medizinischen Betreuung.

ENTWICKLUNG DER BEZÜGE VON METHYLPHENIDAT 2005–2008

Die Resultate zum Bezügeranteil wurden anhand des regionalen Abdeckungsgrads der KoLe-Statistik auf die Schweiz hochgerechnet. Bezüger sind Personen, für welche während eines Jahres mindestens eine Rechnung für ein methylphenidathaltiges Präparat eingereicht wurde.

Der Anteil der Bezüger von Methylphenidat (z.B. Ritalin) unter den 0- bis 18-Jährigen ist von 2005 bis 2008 von 0.61% auf 0.85% angestiegen, d.h. eine Zunahme von knapp 40% (siehe Abbildung 1). Die durchschnittliche jährliche Wirkstoffmenge pro Bezüger ist im gleichen Zeitraum um 9% von 5094 mg auf 5551 mg angestiegen.

BEZÜGE NACH ALTER UND GESCHLECHT

Bei den Knaben ist der Bezügeranteil im Beobachtungszeitraum von 0.95% auf 1.30%, bei den Mädchen von 0.25% auf 0.38% angestiegen (Abbildung 1). Die Knaben haben also im Jahr 2005 3.8 Mal häufiger Methylphenidat bezogen als die Mädchen. Obwohl dieser Faktor bis ins Jahr 2008 auf 3.4 zurückgegangen ist, blieb der Geschlechterunterschied klar bestehen.

Abbildung 3 zeigt, dass der Bezügeranteil im Jahr 2007 unter den 6- bis 12-Jährigen mit dem Alter zunahm und dann wieder zurückging. Unter 6 Jahren haben praktisch keine Kinder Ritalin erhalten. Im Jahr 2007 haben 3.11% der 12-jährigen Knaben mindestens einmal Methylphenidat bezogen, während der Anteil bei den 12-jährigen Mädchen bei 0.95% lag. Bei den Mädchen blieb der Bezügeranteil zwischen 15 und 18 beinahe konstant.

ANZAHL BEZÜGE UND EINNAHMEDAUER

Bezüger, die im Jahr 2005 zwischen 0 und 18 Jahre alt waren, haben im Beobachtungszeitraum durchschnittlich 6 Bezüge abgerechnet. Der Median lag bei 4 Bezügen.

Abbildung 1
Bezügeranteil (0- bis 18-Jährige) nach Jahr (Hochrechnung gesamte Schweiz)

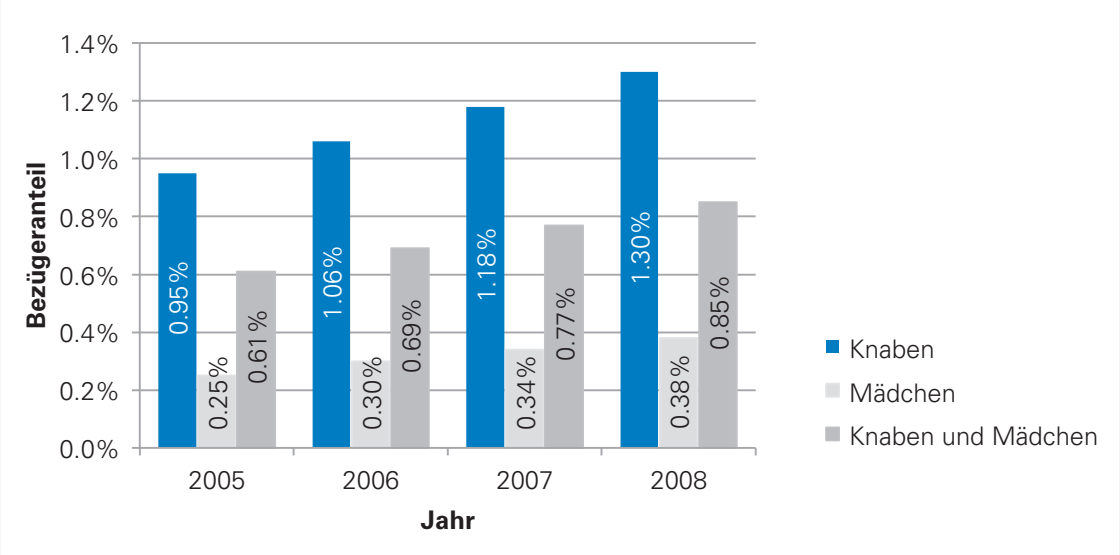

Abbildung 2:
Jährliche Wirkstoffmenge pro Bezüger (0- bis 18-Jährige) nach Jahr

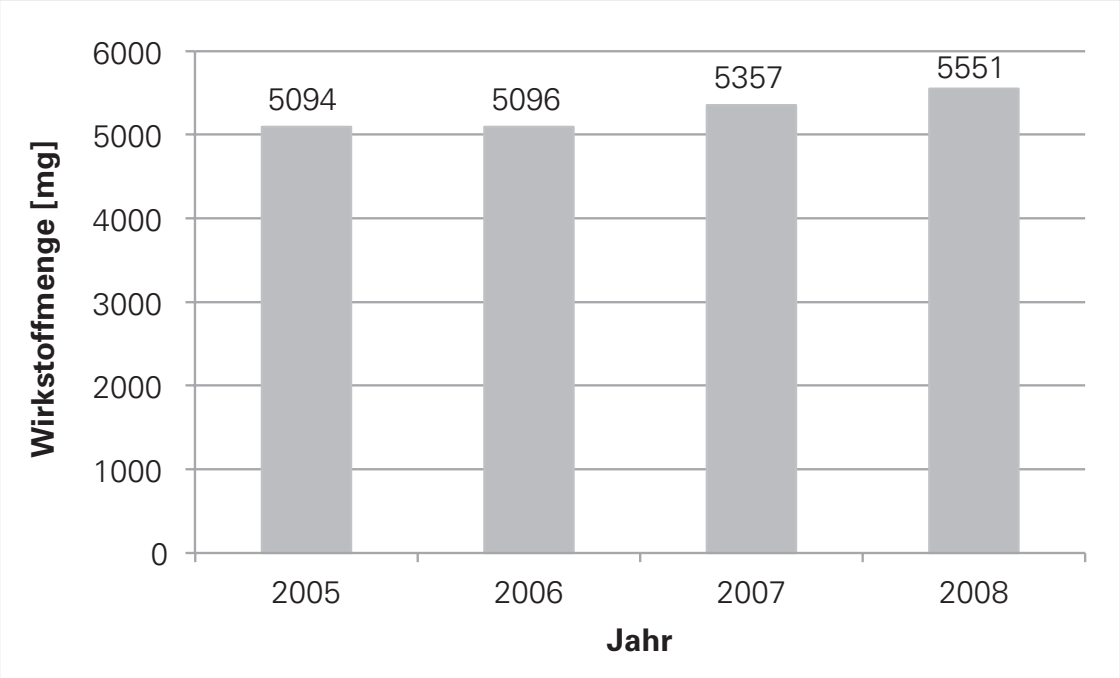

Abbildung 3
Bezügeranteil im Jahr 2007 nach Alter und Geschlecht

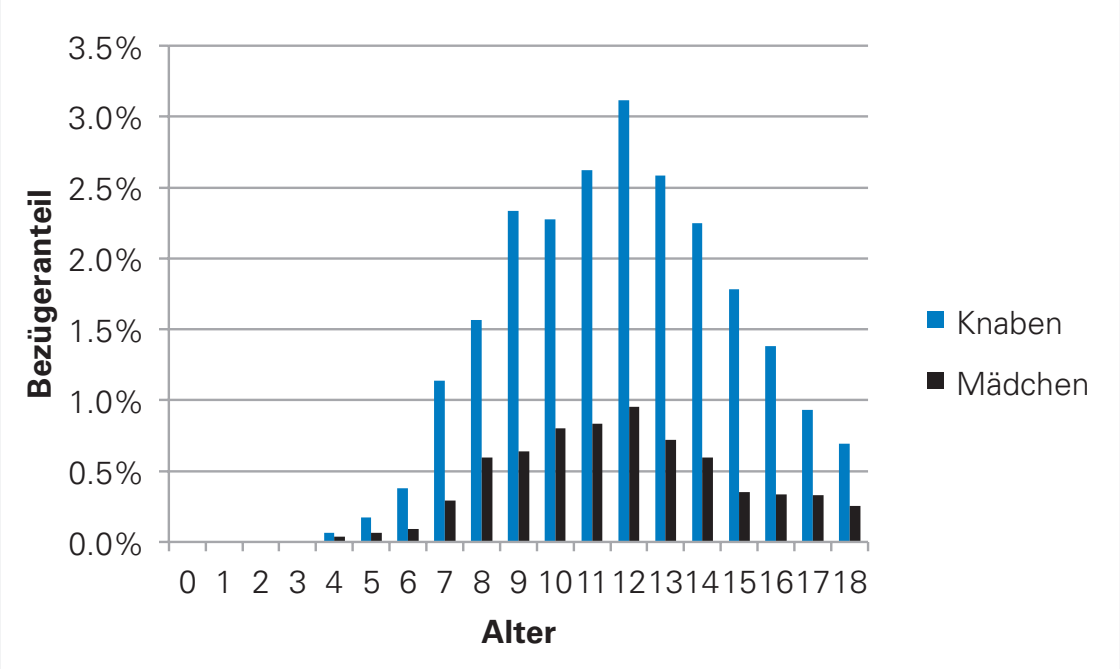

Tabelle 1
Anzahl Bezüge und Einnahmedauer 2005 bis 2008

Anzahl Bezüge	Mittelwert	6.05 Bezüge
	Median	4.00 Bezüge
Einnahmedauer	Mittelwert	275 Tage
	Median	166 Tage

Bei der Berechnung der Einnahmedauer gilt es, sowohl die Anzahl Bezüge als auch die bezogene Wirkstoffmenge sowie die altersabhängige Tagesdosis zu berücksichtigen. Die Information zur Wirkstoffmenge der einzelnen Packungen sind aus der SL-Liste bekannt. Die Schätzung der Tagesdosis erfolgte für vier Altersgruppen anhand der durchschnittlichen Wirkstoffmenge pro bezogene Tablette der langwirksamen Präparate, welche nur einmal täglich eingenommen werden sollten. Das Verbrauchsintervall, in dem eine einzelne gekaufte Packung Methylphenidat aufgebraucht wird, ergibt sich, indem die in einer Packung enthaltene Wirkstoffmenge durch die geschätzte Tagesdosis geteilt wird. Die gesamte Einnahmedauer entspricht der Summe der Verbrauchsintervalle aller eingekauften Packungen.

Die so geschätzte durchschnittliche Einnahmedauer beträgt 275 Tage, der Median 166 Tage (Tabelle 2). Bei knapp einem Viertel der Bezüger lag die geschätzte Einnahmedauer im Beobachtungszeitraum über einem Jahr.

Tabelle 2
Kumulierter Anteil der Bezüger nach maximaler Einnahmedauer

Kumulierter Anteil der Bezüger [Prozent]	Maximale Einnahmedauer [Tage]
1	9
5	12
10	24
25	67
50	166
75	377
90	687
95	924
99	1351

VERSCHREIBER

Anhand der KoLe-Statistik kann auch untersucht werden, welche Fachgruppen die Bezüge veranlasst haben (Tabelle 3) und wo das Medikament abgegeben wurde (Tabelle 4). Ein Leistungserbringer gilt als Verschreiber, wenn er ein Rezept ausstellt oder das Medikament selbst abgibt. Kinderärzte veranlassten 59% aller erfassten Bezüge, gefolgt von den Grundversorgern mit 14% und

Tabelle 3
Anteil der von verschiedenen Leistungserbringern verschriebenen Bezüge an allen von 2005 bis 2008 getätigten Bezügen

Verschreiber	Anteil
Kinderärzte	59%
Grundversorger	14%
Kinderpsychiater	12%
Kliniken	6%
Psychiater	5%
Übrige Leistungserbringer	4%
Total	100%

den Kinderpsychiatern mit 12%. Kinderärzte, Kinderpsychiater und Psychiater waren zusammengenommen für rund 76% der Verschreibungen verantwortlich.

Wie in Tabelle 4 dargestellt, wurden gemäss KoLe-Statistik 81% der Bezüge in Apotheken getätigt, 11% in den Praxen von Kinderärzten und 6% bei Grundversorgern. Bei Psychiatern und Kinderpsychiatern wurden fast keine Bezüge erfasst. Ein Vergleich zwischen Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigt, dass auch Kliniken in den Daten praktisch ausschliesslich als Verschreiber, nicht aber als Abgabestelle auftreten.

Tabelle 4
Anteil der bei verschiedenen Leistungserbringern getätigten Bezüge an allen von 2005 bis 2008 erfassten Bezügen

Abgabestelle	Total
Apotheken	81%
Kinderärzte	11%
Grundversorger	6%
Kinderpsychiater	1%
Übrige Leistungserbringer	1%
Psychiater	0%
Kliniken	0%
Total	100%

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Bezügeranteil unter den Kindern und Jugendlichen ist im Beobachtungszeitraum stark angestiegen. Angesichts einer geschätzten Prävalenz des Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) unter Kindern und Jugendlichen von 2.6% bis 10% [6–11] kann davon ausgegangen werden, dass nur ein Teil der Betroffenen mit Medikamenten behandelt wird. Dies steht in Übereinstimmung mit publizierten Behandlungsempfehlungen [7, 10, 11]. Bei denjenigen Patienten, welche mit Methylphenidat behandelt wurden, handelt es sich nur bei einer Minderheit um Langzeitbezüger. Drei Viertel der Bezüge werden von Kinderärzten, Kinderpsychiatern oder Psychiatern verschrieben. Nur 14% der Verschreibungen stammten von Grundversorgern, welche ausserdem das Medikament nur selten in ihrer Praxis abgegeben haben. ■

Referenzen

1. Montandon J-B, Médioni L. Entwicklung der Anzahl Verschreibungen für Ritalin (Methylphenidat) im Kanton Neuenburg zwischen 1996 und 2000. swissmedic. 2002.
2. Huissoud T, Jeannin A, Dubois-Arber F. Hyperactivité et prescription de Ritaline dans le canton de Vaud (Suisse), 2002. Revue d'epidemiologie et de santé publique. 2007; 55: 357–63.
3. Gumy C, Huissoud T, Dubois-Arber F. Prevalence of Methylphenidate Prescription Among School-Aged Children in a Swiss Population: Increase in the Number of Prescriptions in the Swiss Canton of Vaud, From 2002 to 2005, and Changes in Patient Demographics. Journal of Attention Disorders. 2010 November 1, 2010; 14(3): 267–72.
4. Kanton Zürich. Bericht und Antrag des Regierungsrates an den Kantonsrat zum Postulat KR-Nr. 296/2005 betreffend Statistik über die Abgabe von Psychopharmaka an Schülerinnen und Schüler in der Zürcher Volksschule. KR-Nr. 296/20052010.
5. Kühne R, Rapold R. Der Bezug von Methylphenidat in der Schweiz. Nicht alarmierend – Fragen stellen sich dennoch. Schweizerische Ärztezeitung. 2011; 92(34): 1295–9.
6. Steinhausen H-C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zurich Epidemiological Study. Oxford, ROYAUME-UNI: Blackwell; 1998.
7. Steinhausen H-C. Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitäts-Störung (ADHS) – Empfehlungen. Zentrum für Kinder und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich 2005.
8. Bader M, Pierrehumbert B, Junier L, Halfon O. Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitäts-Störung bei Kindern und Jugendlichen. Bericht über eine 2001 in Morges durchgeführte Studie und eine Umfrage bei der Ärzteschaft des Kantons Waadt. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Lausanne 2005.
9. Maier MA. Die Behandlung der adulten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) mit Methylphenidat versus Atomoxetin: systematische Review. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität. 2007.
10. Schlack R, Hölling H, Kurth B-M, Huss M. Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. 2007; 50: 827–35.
11. Eberstein T, Robertson J, Cumbers S, Miller A. Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 [cited September 2011].

Weitere Informationen

Datengrundlage und Studie:
Bundesamt für Gesundheit
Sektion Mathematik und Statistik
Tel. 031 322 37 20

Allgemeine politische Fragen zu Ritalin:
Bundesamt für Gesundheit
Sektion Grundlagen
Tel. 031 323 87 93