

Der Bezug von Methylphenidat in der Schweiz

Nicht alarmierend – Fragen stellen sich dennoch

Der steigende Konsum von Methylphenidat in Zusammenhang mit ADHS wird in der Öffentlichkeit zunehmend diskutiert. Wie steht es um Fehldiagnosen und Missbrauch? In der vorgestellten Arbeit wurden die Verschreibungen und Abgaben auf Basis der bei der Krankenversicherung elektronisch erfassten Medikamentenbezüge für die Periode 2006 bis 2009 untersucht.

René Kühne^a, Roland Rapold^b

a Facharzt, Helsana Versicherungen AG, Gesundheitsökonomie und -politik

b Mathematiker, Statistiker, Helsana Versicherungen AG, Gesundheitswissenschaften

Hintergrund

Die Verschreibungspraxis von Methylphenidat in Zusammenhang mit dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) wird zunehmend in der Öffentlichkeit diskutiert. Der steigende Konsum beunruhigt Behörden und Politiker wie auch Fachleute gleichermaßen. Neben der zunehmenden Beliebtheit als Stimulans bei Erwachsenen bereitet vor allem eine postulierte, grosszügige Verschreibungspraxis bei Kindern und Jugendlichen im Kontext der heutigen Leistungsgesellschaft Sorge. Hierzu liegen für die Schweiz bis heute keine detaillierten Zahlen vor. Helsana [1]* hat zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich [2] die Bezüge zwischen 2005 und 2008 im Kanton Zürich erhoben und die stetige Zunahme sowohl der Bezüger wie auch der durchschnittlich bezogenen Wirkstoffmengen bestätigt. Strittig ist, ob die Inzidenz von ADHS tatsächlich zunimmt oder aber die Diagnose-respektive Indikationsschwelle sinkt und so zu einer zunehmenden Medikation führt. In der Öffentlichkeit wird daher eine stärkere Regulierung verlangt, um vermuteten Fehldiagnosen und Missbräuchen einen Riegel vorzuschieben. Fachleute empfehlen die Einführung einer besonderen Qualifikation der Ärzte für die Behandlung von ADHS, Politiker fordern klare Regeln zur Eindämmung des Missbrauchs [3], und das Bundesamt für Gesundheit prüft eine weitergehende Limitation der Verschreibung [4].

Methodik

Die Analyse der Verschreibung respektive Abgabe von Methylphenidat stützt sich auf Routinedaten der Helsana-Gruppe. Basis bilden die elektronisch erfassten Medikamentenbezüge sowie die demographischen Angaben der Versicherten für die Bezugsjahre 2006 bis 2009. Die Spezialitäten** werden über den ATC-Code N06BA04 identifiziert. Es werden ausschliesslich Bezüge über den Arzt- oder Apothekenkanal berücksichtigt, was annähernd 99% aller Bezüge einschliesst. Mangels Diagnoseangaben erfolgt die Identifikation der entsprechenden Versichertenpopulation über den Ersatzparameter «(Erst-)Verschreibung von Methylphenidat».

L'achat de méthylphénidate n'est pas alarmant en Suisse, mais pose malgré tout des questions

L'augmentation de la consommation de méthylphénidate en rapport avec le TDA/H est de plus en plus discutée. Les autorités et les spécialistes exigent une plus grande régulation afin d'éviter les erreurs de diagnostic et les abus présumés. A l'heure actuelle, on ne dispose pas de données détaillées sur les pratiques de prescription en Suisse. La présente étude porte sur la prescription et la remise de ce médicament sur la base des données saisies électroniquement par l'assureur-maladie Helsana de 2006 à 2009. L'achat de méthylphénidate augmente nettement de 2006 à 2009, mais reste modéré. Tant le nombre de personnes qui en achètent que la moyenne des médicaments retirés sont en constante augmentation. Les différences relatives à l'âge et au sexe correspondent en grande partie aux attentes alors que les différences relevées sur le plan géographique, notamment dans les diverses régions linguistiques, sont quand même surprenantes. Les quatre catégories de médecins suivants établissent 90% des ordonnances: pédiatres, psychiatres, médecins de premier recours [1] et psychiatres pour enfants et adolescents.

Pour déterminer dans quelle mesure l'évolution en cours est liée à des modifications en matière de traitement, à des élargissements de l'indication, à l'augmentation de l'incidence ou des quantités, il faudra procéder à des analyses supplémentaires. Les directives actuelles en matière de traitement posent quand même des exigences élevées en matière de compétence professionnelle, laquelle fait à juste titre débat tant chez les spécialistes qu'au sein de l'opinion publique.

1 Font partie des médecins de premier recours les spécialistes en médecine générale, en médecine interne générale, ainsi que les médecins praticiens.

* Die Literaturangaben finden sich im Internet unter www.saez.ch → Aktuelle Nummer oder → Archiv → 2011 → 34.

** In der Schweiz zugelassen sind die Präparate Ritalin®, Concerta® und Medikinet® sowie Focalin XR® (Dexmethylphenidat).

Korrespondenz:
René Kühne
Helsana Versicherungen AG
Postfach
CH-8081 Zürich
rene.kuehne@helsana.ch

Tabelle 1

Bezüger¹ und durchschnittliche Bezugsmengen².

Jahr	Bezüger Helsana Schweiz				Durchschnittliche Bezugsmengen in mg Altersgruppen					
	n	%	n	%	0–6	7–18	19–30	31–65	≥66	alle
2006	3300	0,26	20 000	0,25	3003	5016	5495	7689	3561	5600
2007	3600	0,27	21 000	0,27	3086	5234	6594	8381	3963	5910
2008	4500	0,32	24 400	0,32	3347	5196	6780	8282	3726	6050
2009	5100	0,37	28 900	0,37	2760	5210	6590	8710	4350	6200

¹ Bezüger: alle Altersgruppen, für die Schweiz hochgerechnete Werte² Bezugsmengen: Durchschnittlicher Bezug pro Jahr und Altersgruppe der Helsana-Versicherten

Tabelle 2

Anteil Bezüger je Grossregion 2009.

Grossregion	Helsana	Schweiz
Genfersee	0,29	0,26
Mittelland	0,46	0,46
Nordwest	0,45	0,47
Ostschweiz	0,31	0,32
Tessin	0,08	0,08
Zentralschweiz	0,31	0,35
Zürich	0,41	0,44

standesentwicklung der Versicherten der Helsana-Gruppe respektive der Bevölkerung in der Schweiz.

Ergebnisse

Der Bezug von Methylphenidat nimmt von 2006 bis 2009 kontinuierlich zu. Der Anteil Bezüger steigt innert vier Jahren um 42% von 0,26 auf 0,37, die durchschnittliche Bezugsmenge um 9,7% von 5600 mg auf 6200 mg (Tab. 1).

Gegenüber der deutschen und französischen Schweiz sind in der italienischen Schweiz bei vergleichbarer Zunahme die Bezügeranteile um einen

Tabelle 3

Anteil Bezüger nach Geschlecht und Altersgruppen (Helsana).

Alter	männlich				weiblich			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
0–6	0,12	0,07	0,12	0,12	0,02	0,01	0,01	0,03
7–18	1,94	1,99	2,26	2,59	0,56	0,60	0,69	0,78
19–30	0,24	0,30	0,34	0,44	0,13	0,17	0,22	0,30
31–65	0,12	0,13	0,15	0,19	0,12	0,13	0,16	0,19
≥66	0,05	0,06	0,07	0,07	0,05	0,05	0,05	0,06

Es interessieren die Mengen und Bezüge des Wirkstoffes, aber auch Anzahl, Entwicklung und Charakteristika von Bezüger (Versicherte mit mindestens

Faktor von etwa 5 tiefer (Abb. 1). Die urbanen Grossregionen weisen gegenüber den anderen Regionen einen höheren Anteil Bezüger auf (Tab. 2), und die durchschnittlichen Bezugsmengen pro Person und Jahr zeigen grosse kantonale Unterschiede (Abb. 2).

Die Anteile der Bezüger steigen in allen Altersgruppen (Tab. 3). Bei den 7- bis 18-Jährigen beträgt die Zunahme 33% beim männlichen und 39% beim weiblichen Geschlecht, bei den 19- bis 30-Jährigen 83% respektive 131% und bei den 31- bis 65-Jährigen 58% bei beiden Geschlechtern. Die Altersklasse 7–18 Jahre weist den höchsten Anteil auf, wobei das männliche Geschlecht um einen Faktor 3,3 bis 3,5 überwiegt. Bei den 19–30-Jährigen beträgt der geschlechtsspezifische Unterschied noch 1,5 bis 1,8 und verschwindet bei den über 30-Jährigen ganz. Methylphe-

Auffällig ist der sprachregionale Unterschied, wobei im Tessin die Bezügeranteile signifikant 5-fach tiefer sind.

einem abgerechneten Bezug von Methylphenidat im untersuchten Zeitraum) und Verschreibern (rezeptierender und/oder das Präparat abgebender Arzt). Die Anteile sind jeweils standardisiert nach Altersgruppen (0–6, 7–18, 19–30, 31–65 und >65 Jahre), Geschlecht, Kanton und Jahr und berücksichtigen auch die Be-

nidat wird auch an unter 6-Jährige abgegeben, der jüngste Versicherte ist bei der Erstabgabe 3 Jahre alt. Das Hauptbezugsalter liegt bei den Mädchen bei 11 und bei den Knaben bei 13 Jahren (Abb. 3). Die bezogenen Durchschnittsmengen steigen bei den Erwachsenen im Erwerbsalter signifikant an, nicht jedoch bei den 7- bis 18-Jährigen (Abb. 4).

30% der Bezüge erfolgen über frei praktizierende Ärzte und ca. 70% über Apotheken. Die Verschreibungen erfolgen hauptsächlich durch Kinder- und Jugendmediziner (27,8%), Psychiater (24,9%), Grundversorger (Fachärzte Allgemeine Medizin, Allgemeine Innere Medizin sowie Praktische Ärzte) (25,6%) sowie Kinder- und Jugendpsychiater (10,5%). Die restlichen rund 11% verteilen sich auf verschiedene Facharztgruppen. Die Falldichte pro Facharztgruppe hochgerechnet auf die ganze Schweiz ist bei Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Pädiatern deutlich höher (Abb. 5).

Abbildung 1
Bezuger Helsana nach Sprachregionen.

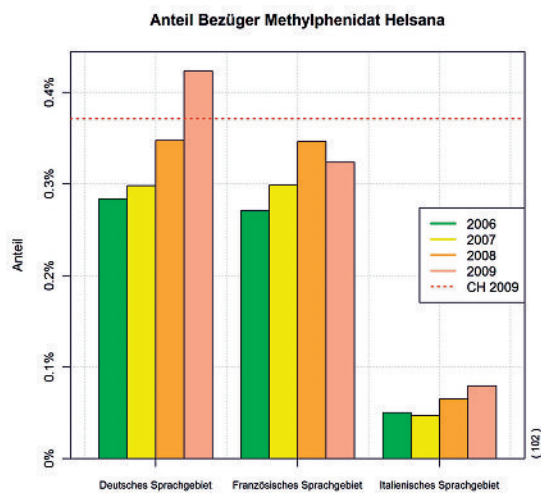


Abbildung 2
Durchschnittliche Bezugsmengen (mg) pro Person und Kanton 2009.

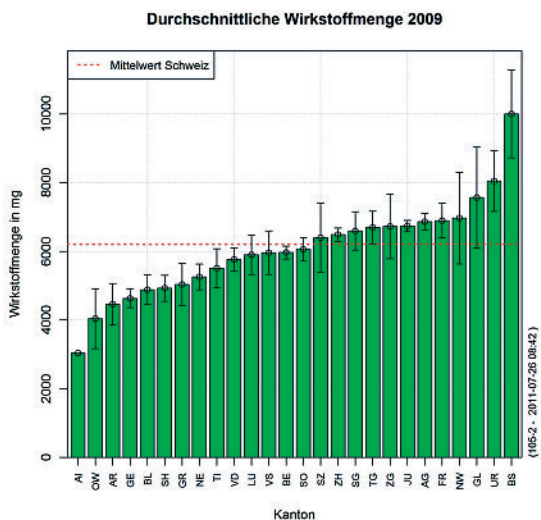


Abbildung 3
Bezuger Helsana nach Geschlecht der 5- bis 35-Jährigen.

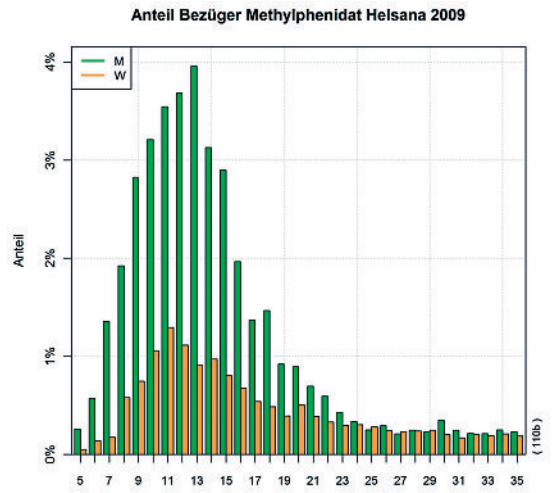


Abbildung 4
Durchschnittliche Bezugsmengen Helsana nach Alterskategorien.

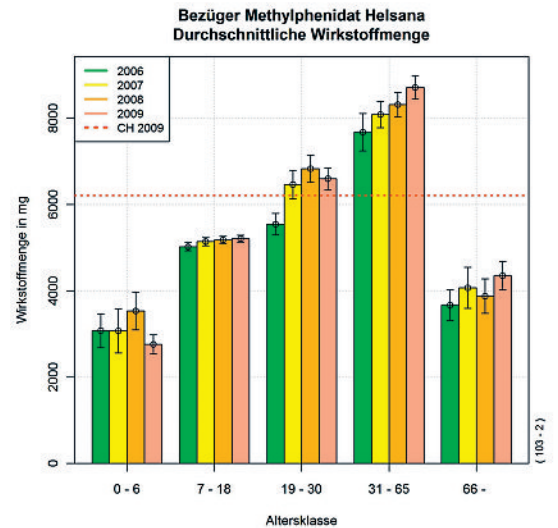
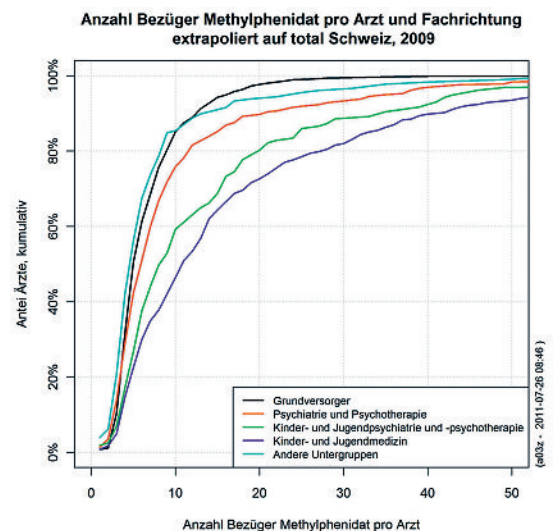


Abbildung 5
Anzahl Bezuger Schweiz je Arzt pro Fachgruppe.



Diskussion

Die Zunahme der Verschreibung von Methylphenidat ist sowohl für die Anzahl der Bezüger wie auch für die durchschnittlichen Bezugsmengen pro Person deutlich, verläuft aber auf moderatem Niveau, so dass insgesamt immer noch eine vernünftige Verschreibungspraxis vermutet werden darf.

Mangels Diagnose- und Behandlungsdaten kann ein Zusammenhang mit veränderter Inzidenz und/oder Morbidität von ADHS nicht überprüft werden. Die Prävalenz dürfte aber im Bereich des internationalen Spektrums [5, 6, 7] liegen. Bei einem geschätzten Anteil medikamentös behandelter Patienten von zwei Dritteln [8] und einem Bezügeranteil von 2,8–4% (m) respektive 0,8–1,3% (w) bei den 9–15-Jährigen kann die Prävalenz für Kinder und Adoleszente approximativ auf etwa 4,2–6,0% (m) und 1,2–1,9% (w) geschätzt werden.

Erstaunlich ist die Abgabe an Kinder im Vorschulalter, denn sie gilt für alle in der Schweiz erhältlichen Präparate als kontraindiziert.

Die Verschreibungspraxis ist jedoch nicht durchwegs einheitlich. Auffällig ist der sprachregionale Unterschied, wo im Tessin Bezügeranteile (signifikant 5-fach tiefer) und durchschnittliche Bezugsmengen deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegen. Eine tiefere Inzidenz von ADHS oder eine Unterversorgung im Tessin sind kaum plausibel. Wir vermuten vielmehr einen anderen Umgang mit dem Krankheitsbild. Sei es mentalitätsbedingt (mediterrane Gesellschaft), sei es durch eine grundsätzlich andere Behandlungsphilosophie.

Die für städtisch-urbane Grossregionen und bevölkerungsdichte Kantone höheren Ergebnisse sind in Zusammenhang mit der Urbanisation zu interpretieren. Krankheitsbegünstigende Sozial- und Umweltfaktoren kommen ebenso in Betracht wie ein besserer Zugang zur medizinischen Versorgung in Verbindung mit einer höheren Ärztedichte.

Der stark zunehmende Bezug bei Erwachsenen im mittleren und höheren Alter ist mit Wachstumsraten von 58 bis 131% bemerkenswert. Wir sehen dies im Rahmen anderer diagnostischer und therapeutischer

Konzepte bei Patienten im Erwerbsalter, wobei die Abgrenzung zum Missbrauch wohl fließend ist. Erstaunlich ist die Abgabe an Kinder im Vorschulalter, da dies für alle vier in der Schweiz erhältlichen Präparate als kontraindiziert gilt.

Der Durchschnittsbezug je Alterskategorie liegt in der Bandbreite einer plausiblen (oberen) definierten Tagesdosis (DDD), vereinbar mit den Empfehlungen aus der Fachliteratur. Trotzdem ist nicht nachvollziehbar, weshalb die durchschnittliche Dosierung innerhalb vier Jahren um rund 10% ansteigt. Ein systemischer «Nachholbedarf» nach vorgängiger Unterdosierung ist ebenso wenig plausibel wie eine entsprechende Zunahme der Morbidität.

Die Anteile der Verschreibungen respektive Abgaben über die vier Hauptfacharztgruppen lassen keine Rückschlüsse auf eine unterschiedliche Indikationsstellung zur Pharmakotherapie zu. Die bei vergleichbarer Falldichte verschiedenen Anteile für Kinder- und Jugendpsychiater und Pädiater sind durch die entsprechenden Facharztdichten gemäss FMH-Ärztetätigkeit [9] gut zu erklären. Immerhin gut 11% der Verschreibungen und Abgaben erfolgen über weitere Facharztgruppen, verteilt über das ganze Spektrum der Fachgebiete einschliesslich auch chirurgischer Fachdisziplinen. Hier ist die nötige Fachkompetenz zu hinterfragen und der Verdacht auf Gefälligkeitsrezepturen ist nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen.

Schlussfolgerungen

Aktuelle Behandlungsrichtlinien aus dem englischen [10] und deutschen [11, 12] Sprachraum stellen hohe Anforderungen an die Fachkompetenz und sehen gerade nicht primär die medikamentöse Therapie im Vordergrund. Die Anforderungen zu Behandlungskompetenz und Medikamentenabgabe werden daher zu Recht in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt diskutiert. Bei der Planung und Einleitung von hierzu verschärften Vorschriften muss aber die aktuelle Versorgungslage in ihrer Gesamtheit berücksichtigt und auch hinterfragt werden. Inwieweit die bisherige Entwicklung auf Therapiemodifikationen, Indikationserweiterungen, zunehmende Inzidenz oder schlicht Mengenausweitung zurückzuführen ist, muss durch weitergehende Analysen unter Einbezug auch klinischer Daten geklärt werden, um letztlich zu schlüssigen Aussagen zur Versorgungsqualität bei ADHS zu gelangen.

Literatur

- 1 Rapold R, Achermann R. Analyse Ritalinbezogener Kantonsrat Zürich. Helsana Versicherungen AG; 11. Dezember 2009; nicht publiziert.
- 2 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 der Zürcher Volksschule. 30. März 2010; KR-Nr. 296/2005.
- 3 Freysinger O. Missbrauch von Ritalin eindämmen. Motion Nationalrat. 2010; 10.4070.
- 4 Straumann F. Bald dürfen nur noch Spezialärzte Ritalin verschreiben. Tagesanzeiger. Zürich: Tamedia AG; 3. März 2011. S. 38.
- 5 Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biedermann J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*. 2003;2(2):104–13.
- 6 Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biedermann J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942–8.
- 7 Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2007;190:402–9.
- 8 Morbidity and Mortality Weekly Report. Increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children – United States, 2003 and 2007. *MMWR*. November 12 2010; 59; 44:1439–43. www.cdc.gov/mmwr/
- 9 www.fmh.ch/themen/aerztedemographie/aerztestatistik.html
- 10 National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder – Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE clinical guideline 72. London. www.nice.org.uk/CG072; Issue Sept. 2008.
- 11 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Deutscher Ärzte Verlag; 2007. S. 239–54.
- 12 Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). Aktualisierte Fassung: www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2009.pdf; Jan. 2007.