

Ist AD(H)S eine Modekrankheit?

Von

Celina Camehl

Seminarfach „Biomedical Science“



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. ADHS	4
2.1 Definition	4
2.2 Ursache von ADHS	5
2.2 Geschichte von ADHS	6
2.3 Diagnose	6
2.4 Behandlung von ADHS	8
2.4.1 Medikamentöse Behandlung	8
2.4.2 Nichtmedikamentöse Behandlung	9
3. Die Modekrankheit ADHS	9
3.1 Beeinflussung der Störung durch Umweltfaktoren	9
3.2 Arztreport der Barmer GEK	10
3.3 Gründe für den Anstieg von ADHS-Diagnosen und Methylphenidat-Verschreibungen	12
4. Conclusion	13
5. Literatur- und Quellenverzeichnis	14
6. Anhang	16

1. Einleitung

In der folgenden Facharbeit werde ich mich mit dem Thema AD(H)S beschäftigen. Es wird darum gehen, ob der Anstieg der AD(H)S-Diagnosen darauf zurückzuführen ist, dass es wirklich mehr Fälle von AD(H)S gibt oder ob es einfach nur öfter diagnostiziert wird, wenn ein Kind sich nicht so verhält, wie die Eltern es von ihm erwarten. Die Frage, die ich am Ende dieser Arbeit versuchen werde zu beantworten, ist: „Ist AD(H)S eine Modekrankheit?“.

Ich habe mich für dieses Thema entschieden, da in der Presse im Moment sehr viele verschiedene und gegensätzliche Meinungen zu diesem Thema kursieren. Vor allem gibt es viele Menschen die sich kritisch gegenüber der medikamentösen Behandlung äußern. Außerdem habe ich selber einen kleinen Bruder der von AD(H)S betroffen ist und somit habe ich ein ganz besonderes Interesse an dieser Thematik.

In der Arbeit werde ich erklären, was genau sich hinter dem Begriff AD(H)S verbirgt. Ich werde auf die medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten eingehen. Ich werde außerdem erklären, welche Ursache AD(H)S hat. Danach werde ich etwas die Geschichte von AD(H)S bearbeiten, da diese einen Einfluss auf die Beantwortung meiner Frage hat. Anschließend stelle ich vor wie AD(H)S diagnostiziert wird, denn auch die Diagnose kann eine Antwort auf die Frage, ob es eine Modekrankheit ist, geben. Außerdem betrachte ich welche Umwelteinflüsse ein AD(H)S verstärken oder abschwächen können, denn unsere Gesellschaft hat sich in den letzten Jahren stark verändert, wodurch man darauf schließen könnte das der Anstieg der AD(H)S-Diagnosen darauf zurückzuführen ist. Dazu werde ich noch den Barmer GEK Arztreport von 2013 in Betracht ziehen, denn dieser beschäftigt sich explizit mit dem Thema der „Modekrankheit AD(H)S“ und gibt konkrete Zahlen zu dieser Aussage. Schließlich werde ich noch weitere Gründe für den Anstieg der AD(H)S-Diagnosen und den Verschreibungen von Methylphenidat anführen.

Ich arbeite ausschließlich mit wissenschaftlichem Material, wie Büchern, Fachzeitschriften oder Interviews mit Fachleuten aus Zeitungsartikeln. Außerdem habe ich, aufgrund meines persönlichen Bezugs zu dem Thema, schon eigene Erfahrungen zu dieser Frage machen können und werde meine Beobachtungen und mein Hintergrundwissen mit einbringen.

2. ADHS

2.1 Definition

Die Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) ist eine angeborene Funktionsstörung im zentralen Nervensystem, wodurch eine Störung in der Wahrnehmungsverarbeitung entsteht. Ein AD(H)S wird über mehrere Gene vererbt, wobei beide Elternteile nur eine AD(H)S-Veranlagung benötigen, damit das Kind ein voll ausgeprägtes Störungsbild entwickeln kann. Die Bundesärztekammer definiert AD(H)S, auch Hyperkinetische Störung (HKS) genannt, über drei Grundmerkmale. „[Diese] Grundmerkmale sind:

- Störung der Aufmerksamkeit mit Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen und die Tendenz, Tätigkeiten zu wechseln, bevor sie zu Ende gebracht wurden.
- Unruhiges Verhalten insbesondere mit Unfähigkeit, stillsitzen zu können.
- Impulsivität z. B. mit abrupten motorischen und / oder verbalen Aktionen, die nicht in den sozialen Kontext passen

Die Merkmale sind gleichermaßen in den genannten drei Verhaltensgrundmustern oder zumindest mit Schwerpunkt in einem der Bereiche ausgeprägt.“(Bundesärztekammer, 2006) AD(H)S kann sowohl mit Hyperaktivität, als auch mit Hypoaktivität (zu wenig Aktivität) auftreten, wobei man bei der Hypoaktivität von ADS spricht. Im weiteren Verlauf werde ich nur noch ADHS schreiben, aber es sind beide Arten damit gemeint. Die Störung wird in einer Broschüre der BZgA ¹ als „verminderte Fähigkeit zur Selbststeuerung beschrieben.“ (BZgA, 2010, S.5) Kinder mit ADHS haben eine beeinträchtigte Wahrnehmungsverarbeitung und die Selbstorganisation und Motivation für ungeliebte Tätigkeiten fällt ihnen sehr schwer. Da im Gehirn ankommende Reize nicht gefiltert werden können, leiden sie an einer Reizüberflutung. (Simchen, 2008, S.57) Außerdem heißt es, dass die Störung mindestens sechs Monate vorhanden sein muss und meistens schon vor dem sechsten Lebensjahr begonnen hat. Zudem muss sie sehr stark ausgeprägt

¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

sein. Die Symptome sind meist im Kinder- und Jugendalter vorhanden, sie können aber auch bis ins Erwachsenenalter erhalten bleiben.

Die Störung ist oft auch mit anderen Störungen verbunden, wie z.B. Störungen des Sozialverhaltens, Teilleistungsstörungen, Angststörungen und Depressionen oder Tic-Störungen. Mädchen sind nicht so häufig betroffen wie Jungen. In Deutschland wurde bei rund fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen ADHS diagnostiziert. Weltweit liegen die Zahlen zwischen zwei und 18 Prozent. Damit ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter. (BZgA, 2011; Simchen,2008)

Zur Diagnose von ADHS gibt es zwei Klassifikationssysteme die angewendet werden können. Zum einen das internationale Klassifikationsschema ICD-10 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zum anderen das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ DSM-IV von der American Psychiatric Association (APA). Da die Störung sehr unterschiedlich ausgeprägt auftreten kann, gestaltet sich eine genaue Diagnose oft sehr schwierig. Die beiden Systeme unterscheiden sich nur in wenigen Punkten. Ich werde in dem Abschnitt „Diagnose“ noch einmal genauer auf diese eingehen. (BZgA, 2011)

2.2 Ursache von ADHS

Die Ursache von ADHS ist ein Mangel des Botenstoffes Dopamin im Gehirn. Dopamin regelt in bestimmten Hirnabschnitten den Informationsfluss zwischen den Nervenzellen. Er ist für koordinierte Bewegung, emotionale Steuerung und zielgerichtete Aufmerksamkeit verantwortlich. Wenn nun, wie bei ADHS, zu wenig Dopamin zu Verfügung steht, entsteht eine Reizoffenheit, sodass alle Reize ungefiltert auf das Gehirn eindringen können und somit die Kinder nicht in der Lage sind, diese richtig zu verarbeiten. Das Kind kann dadurch nicht zwischen wichtigen und unwichtigen Reizen in der Umgebung unterscheiden und sich auf eine Sache konzentrieren. (BZgA, 2011, S.19)

Der Betroffene Christoph Lauer, Fraktionschef der Piratenpartei im Berliner Abgeordnetenhaus, beschreibt seine Wahrnehmung so: „Wenn man in einem

Restaurant sitzt, nimmt man jedes Gespräch im Raum genauso wahr wie das Gespräch mit dem Gegenüber." (Die Welt, 2013)

2.2 Geschichte von ADHS

Im Jahr 1775 werden die typischen Symptome von ADHS zum ersten Mal in einem Buch von dem deutschen Arzt Melchior Adam Weikard erwähnt. In seinem Buch „Der Philosophische Arzt“ beschreibt er in einem Kapitel Symptome, die mit den heutigen Kriterien für die Diagnose zum größten Teil übereinstimmen. Er schrieb von einer oberflächlich wahrnehmenden, ungeduldigen und nachlässigen Person. Der Arzt Sir Alexander Crichton aus Schottland beschreibt in seinem Buch ein ähnliches Problem wie Weikard.

Im 19. Jahrhundert beschrieb der Psychologe William James die Krankheit und am Anfang des 20. Jahrhunderts erwähnte der englische Kinderarzt George Frederick Still Kinder, die Probleme mit der Selbstregulation und Daueraufmerksamkeit haben, während einer Vorlesung. Im Jahr 1978 wird das „Hyperkinetisch Syndrom des Kindesalters“ zum ersten Mal im ICD-9 aufgeführt. (www.adhspedia.de)

Das bedeutet, dass es ADHS schon sehr lange gibt und die Krankheit nicht erst jetzt entstanden ist.

2.3 Diagnose

Zur Diagnose von ADHS gibt es die zwei oben genannten Klassifikationsschemata, nach denen die Ärzte ADHS diagnostizieren können. Das in Deutschland am häufigsten benutzte Schema ist der ICD-10. In beiden Schemata sind die Kriterien zur Diagnose in drei Abschnitte eingeteilt: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität (Überaktivität) und Impulsivität. Unter dem Punkt Unaufmerksamkeit sind zum Beispiel häufige Unaufmerksamkeit bei den Hausaufgaben oder anderen Tätigkeiten, die beeinträchtigte Fähigkeit sich zu organisieren und die Vergesslichkeit der Kinder aufgeführt. In beiden Diagnosesystemen sind insgesamt neun Unterpunkte zu diesem Thema aufgelistet. Bei der Hyperaktivität wird unter anderem das Herumfuchteln mit Händen und Füßen, das Verlassen des Platzes, wenn das Kind sitzen bleiben soll und sehr lautes Spielen genannt. Insgesamt sind unter diesem Kriterium

fünf (ICD-10) bzw. sechs (DSM-IV) Punkte angegeben. Im letzten Abschnitt Impulsivität sind das nicht Warten können und das häufige Stören genannt. Im ICD-10 sind vier und im DSM-IV sind drei Punkte aufgeführt. Laut dem ICD-10 muss die Störung spätestens im Alter von sechs Jahren auftreten, nach dem DSM-IV erst spätestens im Alter von sieben. In beiden Schemata müssen in dem Abschnitt Unaufmerksamkeit mindestens sechs der neun Punkte, in einem dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessenen Zustand, vorhanden sein. Im ICD-10 müssen außerdem mindestens drei der fünf Symptome für Überaktivität und mindestens eins der vier Symptome für Impulsivität vorhanden sein. Im DSM-IV sind die Punkte Hyperaktivität und Impulsivität zusammen genommen und es müssen von diesen neun Punkten mindestens sechs erfüllt sein. (Bundesärztekammer, 2006)

Um ADHS eindeutig diagnostizieren zu können müssen andere Störungen ausgeschlossen sein, die solche Symptome hervorrufen können. Außerdem muss erfüllt sein, dass die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen beeinträchtigt ist. (ebd.)

Die Diagnose besteht aus mehreren Bausteinen. Neben einem Gespräch mit den Eltern und dem Kind und der Klärung der Familiensituation wird eine Verhaltensbeobachtung nach den Kriterien eines Klassifikationsschemas durchgeführt. Dazu kommt eine umfassende körperliche Untersuchung mit einer neurologischen Untersuchung und einem Hör- und Sehtest. Weiterhin muss die Krankengeschichte des Kindes und der ganzen Familie überprüft werden und ein Fragenbogen zum Thema ADHS ausgefüllt werden. Außerdem muss das weitere Umfeld mit einbezogen werden und eine testpsychologische Untersuchung vorgenommen werden. Aufgrund der Vielzahl an Untersuchungen und Gesprächen die durchgeführt werden müssen, dauert es sehr lange bis der Arzt die sichere Diagnose ADHS stellen kann. (BZgA, 2011, S.42f.)

Da eine Diagnose von ADHS einen so langen Zeitraum beansprucht, gibt es viele Ärzte die sich diese Zeit nicht nehmen wollen und vorschnell eine Diagnose treffen, ohne alle Untersuchungen umfassend durchgeführt zu haben

und alle möglichen anderen Erkrankungen, die zu so einem Verhalten führen könnten ausgeschlossen haben.

2.4 Behandlung von ADHS

Um ADHS zu behandeln gibt es zwei verschiedene Arten, die medikamentöse und die nicht medikamentöse Behandlung. Außerdem gibt es für ADHS nicht einen generellen Behandlungsplan der bei allen Betroffenen funktioniert, sondern man muss an jeden Patienten einen speziellen Behandlungsplan anpassen und verschiedene Behandlungsmethoden miteinander kombinieren.

2.4.1 Medikamentöse Behandlung

Bei der medikamentösen Behandlung von ADHS werden in Deutschland meistens Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat eingesetzt. Medikamente mit diesem Wirkstoff sind zum Beispiel Medikinet oder Ritalin. Diese Medikamente müssen zwei bis drei Mal am Tag eingenommen werden und wirken jeweils ungefähr drei bis vier Stunden. Es gibt auch Langzeitpräparate mit dem Wirkstoff Atomoxetin, welche nur ein bis zwei Mal pro Tag eingenommen werden müssen. Diese Medikamente wirken aber erst ca. vier bis sechs Wochen nach der ersten Einnahme, wohingegen die Methylphenidate nach ca. 15-20 Minuten ihre Wirkung entfalten. Zudem wird ADHS in manchen Fällen auch mit anderen Medikamenten, die nicht speziell für ADHS sind, aber trotzdem eine Wirkung zeigen, behandelt, wie zum Beispiel Antidepressiva oder Neuroleptika², welche gegen Aggressionen helfen. (BZgA, 2011, S.28f.)

Die medikamentöse Therapie wird erst als letzter Schritt, und wenn alle anderen Arten von Therapien nicht den gewünschten Effekt hatten, eingesetzt. Vor allem über die Nebenwirkungen und die korrekte Einnahme müssen die Eltern und ab einem gewissen Alter auch das Kind informiert werden. Häufig äußern Eltern die Befürchtung, dass ihre Kinder durch die Einnahme von diesen Medikamenten von einer erhöhten Suchtgefahr betroffen sind. Diese Befürchtungen sind aber bis jetzt in keiner Weise bestätigt worden. (ebd.)

² Medikamente, die oft als Beruhigungsmittel eingesetzt werden

Wenn Kinder die kein ADHS haben mit Medikamenten behandelt werden, können dadurch die Symptome auftreten, die eigentlich durch diese Medikamente behoben werden sollen.

2.4.2 Nichtmedikamentöse Behandlung

Es gibt viele verschiedene Arten von nichtmedikamentöser Behandlung, wie Trainingsprogramme, pädagogische Hilfen oder in seltenen Fällen eine spezielle Diät. Oft müssen mehrere Therapiemethoden miteinander kombiniert werden, damit bei dem Kind ein gutes Ergebnis erzielt werden kann und es dem Kind weiterhilft.

Bei den Trainingsprogrammen gibt es Trainings speziell für Eltern, in denen ihnen beigebracht wird, wie sie am besten mit ihrem Kind umgehen. Bei den Trainingsprogrammen für Kinder mit ADHS gibt es sogenannte Konzentrationstrainings oder Selbstmanagement-Programme, in denen sie lernen sich selbst zu organisieren und ihre Konzentration bei Hausaufgaben oder ähnlichem eigenständig aufrecht zu erhalten. Meistens ist auch eine Psychotherapie notwendig. Außerdem wird mit dem Kindergarten und der Schule kooperiert. Bei Kindern mit ADHS sind vor allem klare Regeln und Grenzen von großer Bedeutung.

3. Die Modekrankheit ADHS

3.1 Beeinflussung der Störung durch Umweltfaktoren

Es gibt viele Hinweise darauf, dass die Umwelt ein ADHS verstärken oder abschwächen kann. Der Psychologe Johannes Streif erwähnt in einem Interview mit der Zeit, dass die „moderne Gesellschaft“ (Zeit online, 2013) eine Veranlagung für ADHS verstärken oder zum Ausbrechen bringen kann. Er sagt, dass es vor allem sehr wichtig ist, welches Verhalten das familiäre Umfeld vorlebt. Er vergleicht dabei, wie ein Kind mit ADHS, das in einer Amish-Familie aufwächst, reagiert, mit der Reaktion eines Kindes mit ADHS, welches in einer Familie aufwächst, die gewaltbereit ist oder wo es anderweitig mit Gewalt in Berührung kommt. Das Kind aus der Amish-Familie würde trotz seines ADHS

niemals zu Gewalt greifen, sondern höchstens einen Stuhl umwerfen. Im Gegensatz dazu würde das andere Kind eher gewalttätig reagieren. (ebd.)

Auch Dr. Klaus Skrodzki beschäftigt sich in seinem Artikel „AD(H)S-Herausforderung einer Gesellschaft im schnellen Wandel“ mit der Beeinflussung von ADHS durch die Umwelt. Er sagt, dass aufgrund des demografischen Wandels der Druck, auf die wenigen vorhandenen Kinder, zu funktionieren steigt. Außerdem können fehlende oder unsichere Strukturen in der Familie, keine klaren Bezugspersonen oder ein Autoritätsverlust in der Schule oder Familie ein ADHS verstärken. (Skrodzki, 2012)

Außerdem nehmen die Ansprüche an die Kinder in der Schule stark zu, sodass manche Kinder überfordert sind. Diese Überforderung kann sich darin zeigen, dass Kinder im Unterricht unruhig sind und stören, da sie nicht mehr mitkommen. Dadurch entsteht oft der Verdacht, dass dieses Kind an ADHS leidet. Und auch die Ansprüche der Eltern an die Kinder haben bei den Themen Schule und Verhalten zugenommen, sodass oft bei Verhaltensweisen die früher normal waren, gleich eine Störung vermutet und ein Arzt konsultiert wird.

In einem Interview mit dem Kölner-Stadtanzeiger, sagt Chefarzt Christoph Wewetzer, dass sich die Bedingungen in denen Kinder heute aufwachsen stark verändert haben. Es gibt viel mehr Medien, mit welchen sich die Kinder beschäftigen können, anstatt an die frische Luft zu gehen und sich zu verausgaben. Zudem wissen viele Eltern heutzutage oft nicht wie viele Grenzen sie ihrem Kind setzen sollen und sind sich deswegen unsicher. Es gibt auch viel mehr Alleinerziehende, wodurch die Belastung für das Elternteil höher ist und manche dann an ihre Grenzen stoßen und überfordert sind. Er führt außerdem an, dass in Köln etwa ein Viertel der Kinder unterhalb der Armutsgrenze aufwächst und somit weniger familiäre Ressourcen besitzt. (Kölner-Stadtanzeiger, 2015)

3.2 Arztreport der Barmer GEK

Im Jahr 2013 wurde der jährliche Arztreport der Barmer GEK veröffentlicht. Der Schwerpunkt dieses Reports war dieses Mal der Anstieg von ADHS-Diagnosen und von Methylphenidat-Verordnungen. In diesem Report der Barmer

Ersatzkasse werden jährlich die versichertenbezogenen Daten zur ambulanten-ärztlichen Versorgung ausgewertet.

Es wurde festgestellt, dass die Zahl der ADHS-Diagnosen bei Kindern bis 19 Jahre von 2006 bis 2011 um 42 Prozent gestiegen ist. Es wurde bei ca. 620.000 Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre ADHS diagnostiziert. Das entspricht dem Großteil der gesamten ADHS-Diagnosen in Deutschland. Vor dem Wechsel auf die weiterführenden Schulen ist die Diagnoserate, laut den Autoren, besonders hoch. Die Reportautoren Dr. Thomas G. Grobe und Professor Dr. Friedrich W. Schwartz sind der Ansicht, dass dieses Hoch an der Erwartungshaltung der Eltern liegen könnte. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Rolf-Ulrich Schlenker warnt, dass eine „ADHS-Generation“ heranwachsen könnte und, dass „Pillen gegen Erziehungsprobleme der falsche Weg sind“.

Im Zuge des Reports wurden erstmals auch Faktoren für die Beeinflussung von ADHS gefunden die eltern-abhängig sind. Zum Beispiel wird bei Kindern arbeitsloser Eltern häufiger ADHS diagnostiziert. Außerdem haben Kinder von jungen Eltern ein höheres ADHS-Risiko, als Kinder von Eltern mittleren Alters. Es wurde zudem festgestellt, dass Kinder von Eltern mit einem höheren Ausbildungsniveau ein geringeres Risiko für eine ADHS-Diagnose haben.

Etwa 20 Prozent aller Jungen aus dem Jahrgang 2000 erhielten zwischen 2006 und 2011 eine ADHS-Diagnose, aber nur 7,6 Prozent der Mädchen aus diesem Jahrgang. Es müssen laut Berechnungen ca. 25 Prozent aller Männer und 10 Prozent aller Frauen mindestens einmal mit einer ADHS-Diagnose rechnen.

Zwischen 2006 und 2011 sind die Verordnungsraten von Methylphenidat gestiegen, die Tagesdosen sind nach 2010 das erste Mal zurückgegangen. Ca. sieben Prozent der Jungen und zwei Prozent der Mädchen wurde 2011 Methylphenidat verordnet; insgesamt sind es etwa 336.000 Personen. (Barmer GEK, 2013).

3.3 Gründe für den Anstieg von ADHS-Diagnosen und Methylphenidat-Verschreibungen

Wie ich in dem vorangegangenen Abschnitt bereits erwähnt habe, ist die Anzahl der ADHS-Diagnosen und der Verordnungen von Methylphenidat stark gestiegen. Dr. Karsten Dietrich benennt in seinem Buch, „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom: ADHS-die Einsamkeit in unserer Mitte“, die möglichen Gründe dafür. Er sagt, dass aus dem Anstieg oft interpretiert werden würde, dass die Ärzte häufig nicht sicher genug sind, wenn sie eine Diagnose stellen und das sehr großzügig Medikamente verschrieben werden. Außerdem nennt er als Grund ein intensives Marketing von Pharmaunternehmen. Zu diesem Marketing zählt auch das Finanzieren von Selbsthilfegruppen oder Wissenschaftlern die in diesem Bereich forschen. Auch ein zu geringer Widerstand von den Ärzten gegen die Forderungen von karrierefixierten Eltern, wird genannt. Er gibt aber auch zu bedenken, dass diese Zunahme eine Folge der wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnis über dieses Krankheitsbild ist. (Dietrich, 2011, S.2f.)

Der Chefarzt Christoph Wewetzer spricht in einem Interview mit dem Kölner-Stadtanzeiger von „der klaren Tendenz [...], alles Mögliche gleich zu therapieren“. Er bezieht sich dabei darauf, dass es in dem neuen DSM-5 viel mehr Diagnosen gibt, als es in dem älteren der Fall war. Somit können nun auch viel häufiger Diagnosen gestellt werden. (Kölner-Stadtanzeiger, 2015)

4. Conclusion

ADHD is no fashionable complaint, because it exists since the 18th century and it is not newly formed in this century by our society and the media consumption. Indeed there are some environmental factors which can increase the ADHD, but they cannot form a new ADHD. Something like playing computer games the whole time can increase the ADHD and so maybe an ADHD appears that would have remained undetected in 18th century.

Due to the inheritance of ADHD the number of ADHD affected people rises. And although we have more knowledge about the disease nowadays and better systems to diagnose the disorder, so it is going to be easier to get an exact and safe diagnosis.

But it has to be said that a part of the ADHD diagnoses are caused by children, who cannot fulfill the requirements of their parents. Then the parents think something is wrong with their children and they take them to a doctor. Furthermore the requirements in school are very hard for some children and so they are overstrained very quick. When this happens some doctors get pressured by the worried parents and so they diagnose ADHD overhasty. Because of this development the number of false diagnoses rises.

The best to decrease the number of false diagnoses would be, when we have more doctors who are more qualified and who take more time for their patients so that they are really sure when they diagnose ADHD and prescribe methylphenidate. Moreover there have to be a better clearing up about ADHD and the medical treatment of it, so that there are not so many prejudices.

5.Literatur- und Quellenverzeichnis

Literatur

BZgA (Hrsg.) (2010): adhs. aufmerksamkeitsdefizit/hyperaktivitätsstörung...was bedeutet das? Köln: Weiss, Monschau.

DIETRICH, K. (2011): Aufmerksamkeitdefizit-Syndrom. ADHS - die Einsamkeit in unserer Mitte. Stuttgart: Schattauer.

SIMCHEN, H. (2008): Verunsichert, ängstlich, aggressiv. Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ursachen und Folgen. 1.Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

SKRODZKI, K. (2012): AD(H)S – Herausforderung einer Gesellschaft im schnellen Wandel. In: neue Akzente, 91, S.4-10.

Internetquellen

<http://adhspedia.de> (07.02.2015). ADHSpedia®: Geschichte der ADHS.
http://adhspedia.de/wiki/Geschichte_der_ADHS

<http://www.bundesaerztekammer.de> (07.02.2015). BUNDESÄRZTEKAMMER: Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' - Langfassung .
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3164>

<http://www.ksta.de> (07.02.2015). HORSTMANN, A. (2015): ADHS und Ritalin. Brauchen unsere Kinder Pillen? In: Kölner-Stadtanzeiger, 06.01.2015.
<http://www.ksta.de/familie/adhs-und-ritalin-brauchen-unsere-kinder-pillen-15971768,29491030.html>

<https://presse.barmer-gek.de> (20.02.2015). BARMER GEK: Barmer GEK Arztreport 2013. ADHS-Diagnosen und Ritalin-Verordnungen boomen.
<https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/130129-Arztreport-2013/Content-Arztreport-2013.html>

<http://www.welt.de> (20.02.2015). PETERS, F. (2013): Warum so viele Kinder in Deutschland ADHS haben. In: Die Welt, 04.02.2013.

<http://www.welt.de/gesundheit/article113348472/Warum-so-viele-Kinder-in-Deutschland-ADHS-haben.html>

<http://www.zeit.de> (07.02.2015). SADIGH, P. (2015): „ADHS ist keine Modekrankheit“ In: Zeit online, 31.01.2013.

<http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2013-01/adhs-behandlung-psychologe-johannes-streif>

6. Anhang



Titelbild; Quelle: <http://www.gesundheit-magazin.de/wp-content/uploads/2012/09/ADHS.jpg>

Zeitungsartikel aus dem Kölner-Stadtanzeiger

ADHS UND RITALIN **Brauchen unsere Kinder Pillen?**

Immer häufiger werden Kindern Psychopharmaka verschrieben. Verhalten, die früher normal waren, gelten heute als krankhaft? Von der Tendenz alles mögliche gleich zu therapieren, spricht Chefarzt Christoph Wewetzer. Am 14. Januar kommt er zur Elternwerkstatt ins studio dumont. Von Angela Horstmann

Herr Wewetzer, am kommenden Mittwoch leiten sie erstmals an der Seite von Wolfgang Oelsner die Elternwerkstatt im studio dumont. An dem Abend stellen Sie die provokante Frage: Wie viele Pillen brauchen unsere Kinder? Wenn wir auf die aktuellen Verordnungszahlen von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen schauen, dann scheint es ja so, als hätten wir ein größer werdendes Problem – oder?

Mein Eindruck ist schon, dass ab dem Schulalter die Zahl der Kinder gestiegen ist, die ein auffälliges Verhalten zeigen – sei es, weil sie eine Störung im Sozialverhalten haben, sie keine Regeln einhalten können oder aggressives Verhalten an den Tag legen. Und ich habe auch den Eindruck, dass es einen Trend gibt, diese Verhaltensauffälligkeiten stärker medikamentös zu behandeln. Aber das Problem ist sehr vielschichtig und hat viele Ursachen.

Kritiker behaupten, kindliches Verhalten werde vor allem im Interesse der Pharmaindustrie zunehmend pathologisiert, sprich: Ein Verhalten, das früher normal war, gilt heute als krankhaft?

Ich glaube schon, dass Kinder heute weniger Spielraum haben, anders zu sein, und dass es eine klare Tendenz gibt, alles Mögliche zu therapieren. Wenn man in den neuen DSM-5 schaut, also den Katalog für psychische Störungen, dann sind dort tatsächlich deutlich mehr Diagnosen benannt. Zum Beispiel wundert mich, dass man jetzt zwischen einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom unterscheidet, das vor und das nach dem 12. Lebensjahr auftritt. Nach meiner Erfahrung aber gibt es das gar nicht, dass ein Kind bis zum 12. Lebensjahr völlig normal ist und erst dann die ADHS-typischen Auffälligkeiten zeigt. Allerdings kann die Diagnose so häufiger gestellt werden.

Worin sehen Sie mögliche Ursachen, dass sich Kinder heute auffälliger verhalten?

Man darf sicherlich nicht übersehen, dass sich die Lebenswelt für Kinder in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert hat. Kinder sind heute deutlich weniger an der frischen Luft und sitzen viel vor dem PC. Die Möglichkeiten, sich auszutoben, sind so deutlich weniger geworden. Auf der anderen Seite nimmt die Unsicherheit vieler Eltern, etwa in der Frage, wie viele Grenzen sie ihren Kindern setzen sollten, zu. Zudem hat sich die Lebenswelt in Hinblick auf Familie stark verändert. Die Zahl der Alleinerziehenden hat deutlich zugenommen. Das heißt natürlich nicht, dass Alleinerziehende schlechtere Eltern sind. Aber ihre Belastung ist eine viel höhere. Jeder, der Kinder hat, weiß, dass man mit Kindern bisweilen an seine Grenzen stößt, und wenn man die Verantwortung nie abgeben kann, umso so mehr. Ein weiteres Problem ist, dass in einer Stadt wie Köln jedes vierte Kind inzwischen unter Armutbedingungen mit geringen familiären Ressourcen aufwächst.

Wir haben also ein gesellschaftliches Problem?

Das sehe ich schon so. Und sehe auch, dass es schwierig werden wird, im Zuge der Inklusion die Vielzahl an auffälligen Kindern in den Regelunterricht einzubinden. Da muss man sich etwas einfallen lassen – zumal im Moment die Zahl der Schüler steigt, die aufgrund ihrer Auffälligkeiten in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken zur Aufnahme angemeldet werden. Dabei geht es oft nicht um ein psychiatrisches Krankheitsbild, sondern eher um soziale und pädagogische Probleme. Dafür bedarf es aber keiner stationären psychiatrischen Behandlung. Dagegen wehren wir uns.

Was sollte sich ändern?

Ich denke, dass die Hilfen für Eltern noch früher ansetzen müssten. In Skandinavien etwa fängt das schon mit der Betreuung durch die Hebammen an.

Kritisch diskutiert wird im Moment nicht nur die Tatsache, dass auffälligen Kindern Psychopharmaka verordnet werden, sondern vor allem, welche. Eine deutliche Zunahme gibt es etwa bei den sogenannten Neuroleptika, die ursprünglich in der Behandlung bei Schizophrenie und Halluzinationen eingesetzt werden und die zum Teil massive Nebenwirkungen haben. Da nur wenige offiziell zugelassen sind, erfolgt ihre Verordnung häufig zudem off label, also außerhalb der Zulassung.

Diese Entwicklung sehe ich sehr kritisch. Zum einen haben wir in der Tat ein Problem, dass es nur wenige Psychopharmaka gibt, die für Kinder zugelassen sind. Für die Behandlung einer Depression gibt es gerade mal ein einziges Medikament, das eine offizielle Zulassung hat. Da ist meines Erachtens der Staat gefordert, mehr unabhängige Studien auch mit Kindern durchzuführen. Bezüglich der Neuroleptika ist festzustellen, dass es bei manchen Krankheitsbildern wie einer paranoiden Psychose geradezu ein Kunstfehler wäre, diese Medikamente nicht zu geben. Auf der anderen Seite werden Neuroleptika immer häufiger pauschal bei aggressiven Verhalten von Kindern gegeben. Das ist sicherlich keine gute Entwicklung, die ich sehr kritisch sehe.

Warum?

Weil wir mit diesen speziellen Medikamenten die Kinder nur ruhigstellen und das Grundproblem nicht beheben – und das auf Kosten von Nebenwirkungen wie z. B. massiver Gewichtszunahme mit den sich daraus entwickelnden weiteren Problemen. Durch die Gewichtszunahme kann es in der Folge zu Gelenkschäden oder auch zur Entwicklung eines Diabetes kommen. Zur Dauermedikation sind deshalb auch atypische Neuroleptika (Handelsname unter anderem Risperidon) nur in Ausnahmefällen geeignet. Man muss schon genau schauen, wem man sie verordnet und wie lange. Bei einem klar diagnostizierten ADHS ohne weitere Auffälligkeiten ist die Gabe von Stimulanzien mit dem Wirkstoff wie Methylphenidat (etwa mit dem Handelsnamen Ritalin) die zielführende Therapie. Da ist die Studienlage eindeutig. Wenn andere Faktoren wie z. B. Angststörungen oder ein gestörtes Sozialverhalten hinzukommen, haben psychotherapeutische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen eine größere Bedeutung.

[...]

Aber warum soll man einem hyperaktiven Kind ausgerechnet ein Stimulans geben?

Zunächst einmal sollte man dazu wissen, dass ein ADHS nichts mit einem Erziehungsmangel, einer schlechten Schule oder Eltern zu tun hat, die sich nicht kümmern. Vielmehr handelt es sich um eine neurophysiologische Funktionsstörung im Gehirn. Vereinfacht ausgedrückt fährt das Gehirn in bestimmten Situationen sein Erregungsniveau herunter, sodass die betroffenen Kinder von außen kommende Reize nicht mehr filtern können. Die Folge sind eine motorische Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten und auch ein impulsives Verhalten. Durch die Stimulanzien wird das Erregungsniveau im Gehirn wieder hochgefahren. Die Kinder können dadurch ihr normales Filtersystem wieder einschalten und wichtige von unwichtigen Reizen unterscheiden, sie werden konzentrierter und ruhiger. Wir ändern also nicht das Verhalten des Kindes, sondern die Voraussetzungen für sein Verhalten.

Aber in der Diskussion war und ist z. B. Ritalin auch wegen der Nebenwirkungen.

..

Je nach Studie geht man davon aus, dass bis zu 30 Prozent der Kinder mit einer Appetitminderung reagieren. Einige Kinder beklagen auch Schlafstörungen, was damit zusammenhängt, dass die Kinder eben nicht „ruhiggestellt werden“, sondern angeregt und stimuliert werden. Normalerweise geben wir die Stimulanzien so, dass sie abends schon durch den Körper abgebaut sind, aber es kann trotzdem bei manchen Kindern zu Einschlafproblemen kommen. Manchmal beschleunigt sich der Puls und der Blutdruck steigt. Ganz selten kann die Gabe der Stimulanzien auch zu depressiven Stimmungen bei den Kindern führen. Das muss man gut beobachten und gegebenenfalls das Medikament absetzen. Insgesamt ist wichtig, dass die Medikamentengabe in ein Gesamtbehandlungskonzept eingebunden ist, dass regelmäßig Kontrolluntersuchungen gemacht werden und beispielsweise bei Appetitlosigkeit des Kindes regelmäßig auch das Wachstum kontrolliert wird. Zudem sollten nach gewisser Zeit auch überwachte Auslassversuche gemacht werden. Immerhin „wächst“ sich bei der Hälfte der Betroffenen in der Pubertät das ADHS aus.

Trotzdem bereitet es vielen Eltern Sorge, dass die lange Einnahme ihre Kinder anfällig für eine spätere Drogenabhängigkeit macht.

Die Studienlage besagt, dass sie eher ein geringeres Risiko haben.

Wenn Stimulanzien so gut wirken, warum waren sie lange im Verruf?

In der Tat ist in den vergangenen Jahren wohl nichts so hart und ideologisch diskutiert worden wie die Gabe von Stimulanzien. Zum Teil vielleicht sogar zu Recht, weil sie lange Zeit viel zu schnell und unkritisch verordnet worden sind. Wahrscheinlich gibt es immer noch zu viele Kinder, die sie gar nicht brauchen. Das

hat sich zum Glück in den vergangenen Jahren geändert. Weil die Ärzte inzwischen genauer hinschauen, wer tatsächlich ein Stimulans braucht und vor allem auch, wie lange, ist im vergangenen Jahr erstmals seit 20 Jahren die Zahl der Verordnungen gesunken.

Geht die Zahl der ADHS-Diagnosen denn auch zurück?

Nein, diese Zahl scheint konstant zu bleiben. Seit Jahren liegt der Anteil an klaren ADHS-Diagnosen bei drei bis vier Prozent. Und das ist eine immens hohe Zahl.

Welche Alternativen gibt es zur medikamentösen Therapie?

Bei leichten Formen von ADHS empfehlen die Behandlungsleitlinien verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Bei vielen Kindern hilft das. Neuerdings diskutiert wird auch ein Neurofeedbackverfahren. Als Biofeedback wird die Rückmeldung von Körpersignalen an den Menschen beispielsweise über Ton oder Bildschirm bezeichnet. Neurofeedback ist damit Biofeedback der Hirnaktivität. Dabei bekommen die Kinder, vereinfacht ausgedrückt, durch Elektroden am Kopf auf einem Bildschirm eine Rückmeldung, wie konzentriert sie gerade sind. Da gibt es erste positive Rückmeldungen. Aber da muss man erst einmal schauen, wie sich das weiter entwickelt. Eine ganz wichtige Rolle in der ADHS-Behandlung spielt aber auch die Aufklärung der Eltern. Kinder mit einem ADHS brauchen Rituale und Struktur. Deshalb müssen Eltern ihnen von außen klare Regeln setzen.

Artikel aus der Zeit online

Aufmerksamkeitsstörung: "ADHS ist keine Modekrankheit"

Zu häufig diagnostiziert werde ADHS sicherlich, sagt Johannes Streif. Doch wirklich Erkrankte brauchen Medikamente und dazu Verhaltenstherapien, sagt der Psychologe von Parvin Sadigh

31. Januar 2013 12:22 Uhr

ZEIT ONLINE: ADHS-Diagnosen und vor allem die Verschreibung von Ritalin sind in Deutschland sprunghaft angestiegen. Sind wirklich so viel mehr Kinder krank? Oder ist ADHS zur Modekrankheit geworden?

Johannes Streif: Die ADHS selbst ist keine Modekrankheit, es gibt das Störungsbild bereits seit Jahrzehnten. Im Brennpunkt der öffentlichen Wahrnehmung ist allerdings seit einigen Jahren die Diagnose. Ich sehe die Zunahme der Diagnosen vor allem als eine normale Folge der wissenschaftlichen Kenntnisse über das Störungsbild sowie der

therapeutischen Möglichkeiten. Allerdings lassen Zahlen wie die der Barmer Ersatzkasse darauf schließen, dass vor allem regional auch überhäufig oder falsch ADHS diagnostiziert wird.

ZEIT ONLINE: Hat es die Aufmerksamkeitsstörung schon immer gegeben?

Streif: Ja. Dafür spricht, dass ihre Anlage im Gehirn sich über viele Generationen entwickelt haben muss. In diesem Sinne kann man bei vielen historischen Personen vermuten, dass sie unter einer ADHS litten, zum Beispiel Churchill und Edison. Besonders eindrucksvoll lesen sich die Tagebücher der Mutter von Hermann Hesse. Die Eltern waren immer heilfroh, wenn sie beruflich bedingt umziehen mussten, denn der Sohn hatte überall die Nachbarn verärgert und schulische Konflikte. Einmal ist er aus der Schule weggelaufen und wäre im Wald beinahe erfroren. Daran, dass die betroffenen Kinder sich mit ihrem Reden und Handeln selbst oft schaden, obwohl sie um die Konsequenzen wissen, kann man gut erkennen, dass sie nicht einfach sozialverhaltensgestört sind. Das problematische Verhalten von ADHS-Kindern ist meist nicht konsequent und zielgerichtet, um sich einen Vorteil zu verschaffen. Es ist ihnen auch nicht gleichgültig, wenn sie anderen schaden. ADHS-Betroffene können weder äußere Reize noch innere Impulse genügend kontrollieren.

[...]

ZEIT ONLINE: Gibt es trotzdem Hinweise darauf, dass die moderne Gesellschaft ADHS fördert?

Streif: Die Fälle sind schon leicht angestiegen, das haben auch andere Studien gezeigt. Das Gehirn eines Kindes, das beispielsweise mitten in New York aufwächst, passt sich an die Reizüberflutung an, es wird alerter auf die vielen Verkehrssignale reagieren als ein Kind vom Land. Diese breite, unfokussierte Aufmerksamkeit sichert quasi sein Überleben. Leider erfolgt diese frühkindliche Anpassung an die Reizfülle auch durch die heute allgegenwärtige Beschallung. Dabei geht es nicht nur um MP3-Player, Fernsehen und Computerspiele. Auch das allabendliche Kinderhörspiel zum Einschlafen oder gut gemeinte Lernangebote können eine Überforderung des sich entwickelnden Gehirns darstellen. Wer vielen Reizen ausgesetzt ist, hat auch eine größere Tendenz, eine ADHS auszubilden – allerdings nur, wenn eine Veranlagung vorliegt.

ZEIT ONLINE: Das heißt auch, dass wer in einer angenehmen überschaubaren Umgebung aufwächst, mit seiner Veranlagung gut leben kann?

Streif: Ja, es macht viel aus, welches Verhalten in der Familie und der Umgebung vorgelebt wird. Wenn beispielsweise ein ADHS-Kind in einer Amish-Familie aufwächst, wo es keinen Medienkonsum gibt sowie Gewalt und Aggression absolut verpönt sind, wird es, wenn es wütend ist, vielleicht einen Stuhl umwerfen und aus dem Raum rennen. Wächst es aber in einer Familie auf, in der Eltern oder Geschwister gewalttätiges Verhalten zeigen, wo brutale Fernsehfilme angeschaut werden, wird das Kind sein eigenes Verhalten vermehrt an diesen problematischen Vorbildern ausrichten. Denn das Problem ist ja, dass die ADHS-Kinder nur über eine eingeschränkte Fähigkeit zur Verhaltenshemmung verfügen.

ZEIT ONLINE: Verlangen viele Eltern auch deshalb nach Pillen für ihr Kind, weil sie Angst haben, es könnte in der Schule versagen? Der Barmer-Bericht weist darauf hin, dass Achtjährige am häufigsten mit Ritalin behandelt werden, also die Kinder, die gerade von der Grundschule zur weiterführenden Schule wechseln.

Streif: Ja. Vor allem viele Gymnasien verlangen, dass die Kinder ihre Lernmotivation selbst mitbringen. Haben die Kinder in der Schule Probleme, werden bildungsbewusste Eltern schnell nervös und suchen bei Ärzten und Therapeuten nach Hilfe. Dann werden unter dem hohen Erwartungsdruck aller Beteiligten bisweilen vorschnell Diagnosen gestellt, statt gemeinsam mit dem Kind ein günstigeres Lernverhalten einzuüben.

Artikel aus der Welt

Warum so viele Kinder in Deutschland ADHS haben

Nie zuvor wurden in Deutschland so viele ADHS-Fälle diagnostiziert. Würzburg bildet die Spitze. Warum ist das so? Wird mit dem Medikament Ritalin eine Krankheit bekämpft oder Doping betrieben?

Von Freia Peters

[...]

Neurologische Beeinträchtigung

"ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung", sagt Maik Herberhold, Kinder- und Jugendpsychiater in Bochum und Vorsitzender des Bundesverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie. "Kinder mit ADHS haben eine neurologische Beeinträchtigung. Im Vorderhirn, hinter der Stirn, wird die Arbeitsplanung vollzogen. Dieser Teil des Gehirns ist unterversorgt. Die Impulssteuerung funktioniert nicht, alle Reize werden ungefiltert wahrgenommen, eine Unterscheidung zwischen wichtig und unwichtig ist nicht möglich."

Christopher Lauer, Fraktionschef der Piratenpartei im Berliner Abgeordnetenhaus, beschreibt das Syndrom, unter dem er selbst leidet: "Wenn man in einem Restaurant sitzt, nimmt man jedes Gespräch im Raum genauso wahr wie das Gespräch mit dem Gegenüber." Auch Lauer nimmt Methylphenidat.

Seit Anfang der 90er-Jahre hat sich die in Deutschland verschriebene Menge von Methylphenidat vervielfacht: von 34 Kilo 1993 auf fast 1,8 Tonnen 2000. Sechs Konzerne bieten das Medikament unter diversen Namen auf dem deutschen Markt an.

Novartis machte mit Ritalin 2010 weltweit einen Umsatz von 464 Millionen Dollar. Wird da zur Freude der Pharmafirmen "Doping" betrieben, statt dass eine Krankheit geheilt würde?

"Mit Sicherheit geht nicht bei jeder ADHS-Diagnose eine so genaue Ursachenforschung voraus", sagt Rüdiger Stier, Chefarzt der Helios-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Psychotherapie in Berlin-Buch. "Häufig kommen Kinder zu uns mit der Diagnose ADHS vom Kinderarzt, und im Laufe unserer Untersuchungen bestätigt sich die Diagnose nicht. Wir setzen oft schon zu Beginn der Behandlung das Ritalin ab, das der Kinderarzt in manchen Fällen verordnet hat, und schauen, ob es Störungen im Sozialverhalten gibt, erzieherische Mängel, Verhaltensauffälligkeiten."

Viele Fachleute stellten die Diagnose ADHS zu schnell – auch auf den Druck verzweifelter Eltern, die sagen, es müsse etwas passieren.

[...]