

16/105

# **Musterkind auf Rezept?** **Der Umgang mit der Diagnose ADHS**

Dokumentation des Fachgesprächs vom 17.09.2007 in Berlin

*Uns geht's ums Ganze.*  
[www.gruene-bundestag.de](http://www.gruene-bundestag.de)

BÜNDNIS 90  
DIE GRÜNEN



Bundestagsfraktion

## *Impressum*

Herausgeberin	Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Platz der Republik 1 11011 Berlin <a href="http://www.gruene-bundestag.de">www.gruene-bundestag.de</a>
Verantwortlich	Dr. Harald Terpe MdB Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Platz der Republik 1 11011 Berlin E-Mail: <a href="mailto:harald.terpe@bundestag.de">harald.terpe@bundestag.de</a>
Redaktion	Dr. Julia Wuttke, wiss. Mitarbeiterin
Bezug	Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Info-Dienst Platz der Republik 1 11011 Berlin Fax: 030 / 227 56566 E-Mail: <a href="mailto:versand@gruene-bundestag.de">versand@gruene-bundestag.de</a>
Schutzgebühr	€ 1,-
Redaktionsschluss	November 2007

## *Inhalt*

Vorwort.....	3
Dr. Harald Terpe: Einführung.....	4
Dr. Myriam Menter: Sind unsere Kinder kränker als früher? Betrachtungen aus der Sicht der Elternselbsthilfe .....	5
Dr. Wolfgang Bergmann: Einige analytische Erklärungsversuche über den Zusammenhang der ADS-Symptome und der kindlichen Symbolisierungsfähigkeiten.....	10
Dr. Ingrid Schubert: Methylphenidat und HKS: Verordnungsmuster und Prävalenz auf der Basis von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	14
Prof. Dr. Manfred Döpfner: ADHS- Behandlung: Konzepte, Wirksamkeit, Leitlinien ..	18
Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber: Der Umgang mit ADHS unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Frankfurter Präventionsstudie .....	22
Fazit .....	30

## *Vorwort*

Unzweifelhaft haben sich die Lebensumstände der Kinder in den letzten Jahrzehnten erheblich geändert: Sie wachsen öfter als Einzelkind oder mit nur einem Geschwisterkind auf, die Familien sind kleiner, der Medienkonsum ist gestiegen, ebenso wie der Druck, in Schule und Ausbildung erfolgreich zu sein. Neue Formen von Armut sowie sozialer und emotionaler Verwahrlosung von Kindern sind ebenfalls zu beobachten. Können also veränderte Lebensumstände eine Ursache für die Zunahme psychischer Erkrankungen bei Kindern wie ADHS sein?

Der 2007 veröffentlichten KiGGS-Studie zufolge wurde bei 4,8 % der in die Studie einbezogenen Kinder eine ADHS-Erkrankung diagnostiziert. Bei weiteren 4,9% der Kinder bestand aufgrund der Angaben von Eltern und Erziehern zum Verhalten der Kinder ein ADHS-Verdacht. Gesicherte Daten gibt es für die Bundesrepublik Deutschland allerdings bislang nicht.

Mit unserem Fachgespräch und dieser Dokumentation möchte die Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen einen Beitrag dazu leisten, dass ADHS und die Behandlung von Kindern mit Psychostimulanzien sowie mögliche Präventions- und Behandlungsalternativen wieder mehr in den Fokus der Öffentlichkeit und damit auch der Politik gerückt werden. Dieser Reader umfasst die Vorträge dieser Veranstaltung. Wir danken unseren Referentinnen und Referenten ganz herzlich für ihre Teilnahme und die Überlassung ihrer Beiträge.

Dr. Harald Terpe MdB

## *Einführung*

Dr. Harald Terpe MdB, Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik und Obmann im Gesundheitsausschuss der Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen

Wenn man im Internet recherchiert, so findet man die Namen vieler bekannter Personen, die in ihrer Kindheit - angeblich oder erwiesenermaßen - Verhaltensauffälligkeiten gezeigt haben. Genannt werden dort beispielsweise Leonardo da Vinci, Wolfgang Amadeus Mozart, Vincent van Gogh, Mahatma Ghandi oder John F. Kennedy. Im Internet tauchen diese Namen aber auch als Beispiele für (unerkannte) ADHS-Erkrankungen auf. Ob zu recht oder nicht, können wir heute nicht mehr feststellen.

Um eine Anekdote zu erzählen: Ich galt als Kind als sehr lebhaft. Als ich bereits erwachsen war, wurde meine Mutter von einer ehemaligen Lehrerin gefragt, was denn eigentlich aus Harald geworden sei. Meine Mutter hat dann geantwortet: „Ja, der hat Medizin studiert und das Studium auch abgeschlossen.“ Darauf hat die Lehrerin fassungslos reagiert: „Dass aus dem Jungen noch was geworden ist!“

Als ich in Rostock Medizin studierte, gab es die Diagnose ADHS noch gar nicht. Zum ersten Mal wurde ADHS Mitte der 80er Jahre diagnostiziert. Heute ist ADHS die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung bei Kindern. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte schätzt die Verbreitung von ADHS auf 3 - 6 % aller Kinder (ca. 500 000 Kinder). Und es gibt kaum ErzieherInnen oder LehrerInnen, die nicht ein Kind unterrichten, bei dem ADHS diagnostiziert wurde. Für mich stellt sich daher die Frage: Woher kommt die Häufigkeit dieser Diagnose? Gibt es tatsächlich vermehrt Kinder, die eine -psychisch begründete - Erkrankung aufweisen? Oder hat man das früher nur anders etikettiert?

Im genannten Zeitraum ist auch die Verschreibung von Ritalin® und vergleichbaren Präparaten rapide angestiegen: 1990 wurden nur rund 1500 Kindern damit behandelt, 2002 wurde die Zahl bereits auf 40.000 geschätzt. Heute liegen die Schätzungen der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin bei 50 000 bis 100 000 Kindern. Vieles - sowohl über die Ursachen von ADHS wie auch über die Auswirkungen einer langfristigen medikamentösen Therapie - ist noch nicht erforscht.

Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen hat dieses Thema aufgegriffen, um einen Beitrag zur öffentlichen Diskussion zu leisten und die verschiedenen Perspektiven der Problematik ADHS sowie einen möglichen Handlungsbedarf aufzuzeigen. Es geht dabei letztendlich auch darum, welche Rahmenbedingungen wir schaffen müssen, damit das Aufwachsen aller Kinder in unserer Gesellschaft bestmöglich begleitet und unterstützt wird.

## *Sind unsere Kinder kränker als früher? Betrachtungen aus der Sicht der Elternselbsthilfe*

**Dr. Myriam Menter**

Vor ungefähr hundert Jahren starb noch jedes dritte Kind vor dem fünften Lebensjahr. Das ist heutzutage Gott sei Dank nicht mehr so. Aber unser Lebensumfeld hat sich in den letzten Jahrzehnten extrem verändert. Meine Kindheit war sicher anders als die, die meine drei Kinder erleben.

Die Krankheit ADHS - als Diagnose und Therapie in Deutschland seit ungefähr 30 Jahren bekannt - ist kein deutsches Problem. Quer durch Europa - egal, welches Gesellschaftssystem und welches Schulsystem man betrachtet - gibt es Eltern mit Kindern, die dasselbe Problem haben. In den letzten Jahrzehnten ist die Zahl der Diagnosen in die Höhe geschossen, es scheint fast inflationär. Man schaut in die Zeitung und liest „hyperaktiv“ (bspw. über den neuen französischen Präsidenten Sarkozy). Heutzutage scheint jeder, der ein bisschen lebhafter ist, gleich „hyperaktiv“. Die Verallgemeinerung von ADHS ist ein zunehmendes Problem. Mit dem Wort wird oft unreflektiert umgegangen. Manchmal habe ich das Gefühl, alle Kinder, die irgendwie auffällig sind, erhalten das Label „ADHS-Kind“. Inzwischen sind 50% der Bevölkerung der Meinung, dass ADHS keine Krankheit im eigentlichen Sinne ist, eben weil so viel darunter zusammengefasst wird.

Von diesen Kindern möchte ich aber nicht sprechen. Ich möchte von den ADHS-Kindern sprechen, die eine neurobiologische Störung aufweisen. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung im medizinischen Sinne ist ein Störungsbild mit Dysfunktionen in Regelkreisen zwischen präfrontalem Kortex, parietooccipitalem Kortex, Basalganglien und Cerebellum auf dem Boden einer Transmitter-Funktionsstörung im Dopamin-System. Ebenfalls betroffen sind adrenerges und serotoninergeres System.

Die Folgen dieser Störung sind auffällig. Kinder mit ADS haben Schwierigkeiten mit der Verarbeitung von Informationen, eine unzureichende automatisierte Selbstregulation und eine Störung der Impulskontrolle. Häufig sind sie auch hyperaktiv (ADHS). Diese Kinder sind von Anfang an anders. Schon die Ungeborenen im Mutterleib teilweise sehr unruhig, die Mütter können kaum schlafen. Die Säuglinge sind oftmals Schreibabys. Als Kleinkinder haben sie einen Motor, aber keine Bremse. Eine Bekannte schildert das so:

„Er ist 2 ½ Jahre alt, wir machen Morgentoilette. Er wird gewaschen. Eh ich mich versee, hat er seinen Pullover ergriffen und taucht ihn ins Waschbecken. Ich drücke ihm die Zahnbürste in die Hand. Ich muss ihn beschäftigen, sonst beschäftigt er sich selber, und sage: „Du putzt jetzt deine Zähne, Mama holt schnell einen trockenen Pulli“. Ich brauche keine zwei Minuten, doch als ich zurückkomme, hat er die Waschmaschine (sie ist in Betrieb) erstiegen und seine Zahnbürste in den Waschmittelzugabehälter gesteckt und kräftig nachgeschoben. Die Zahnbürste hängt zwischen Trommel und Gehäuse und die Maschine gibt mörderische Geräusche von sich. Maschine ausschalten, Pullover überstreifen, Sohnemann ins Kinderzimmer vor die Legokiste setzen („Du spielst jetzt brav!“), zurück ins Bad, Wasser abpumpen, Wäsche aus der Maschine holen, Mann anrufen: „Was soll ich tun?“. Er sagt, er kommt heim und schaut sich's an. Zurück ins Kinderzimmer. Totales Chaos, er hat die Legokiste ausgeleert, ebenso die mit Bauklötzen und die mit den Sandsachen.

Dazu die Schubfächer, in denen seine Unterwäsche und Socken sind, alles schön durchmischt am Boden. Aus den Kisten und Schubläden hat er eine Treppe gebaut, auf der hinauf er auf den Kleiderschrank klettert, um an der anderen Seite an der Kante herunterzurutschen und rauf und runter. Er strahlt: Hat er das nicht fein gemacht? Ich packe ihn, setze ihn mit samt Bilderbuch ins Bett. Er ist empört, brüllt aus Leibeskräften. Ich fange an, aus dem Chaos die Wäsche herauszuklauben. Voller Wut wirft er sein Buch aus dem Bett (es gelingt im dritten Anlauf, denn wir haben das Bett mit einem Kletterschutz versehen). Er steht im Bett. Was heißt „steht“: er hüpf, hält sich am Kletterschutz fest und brüllt. Der Vater kommt mit Kollegen, ich zeig ihm, was passiert ist. Die Männer fangen an, die Maschine auseinander zu nehmen und „Halt uns den Jungen vom Leib“. Im Kinderzimmer verdächtige Stille, ich gehe hinein. Er hat sein Bettzeug durch den Kletterschutz hinaus auf den Boden befördert und dank des Kletterschutzes, der die Sache noch spannender macht, klettert er aus dem Bett und springt ins Bettzeug. Er hat mitbekommen, dass Papa da ist, er will dahin. Da ist Action, nicht bei Mama. Kurzer Entschluss: Wir gehen Einkaufen (Zahnbürste brauchen wir sowieso). Schlüssel, Geldbeutel in den Einkaufskorb, Kind anziehen. Blick in den Korb: Schlüssel ist weg. Er hilft eifrig suchen, ohne Erfolg. Ich zum Papa: „Mein Schlüssel ist verschwunden. Bitte mach mir auf, wenn wir wiederkommen.“ Mantel anziehen, Stiefel – aua - wir haben den Schlüssel gefunden. Der Weg zum SB-Markt ist aufgelockert. Überall muss er hinauf, keine Pfütze auslassen, überall sieht und findet er was. Im Geschäft sitzt er widerwillig im Einkaufswagen. Mit einer Hand Wagen festhalten, damit er nicht herausklettert, möglichst mitten im Gang bleiben, damit er nicht an die Regale heranreicht, mit der anderen die benötigten Waren holen. Am Fleischerstand bekommt er ein Wienerle, ein Augenblick Ruhe. An der Kasse wird es schwierig. Kind fest unter den Arm klemmen, damit er nicht die Regale an der Kasse ausräumt, mit der anderen die Waren aufs Band legen und bezahlen. Großes Gebrüll untermalt von dem Kommentar der Umstehenden: Das arme Kind, die arme Mutter, typisch antiautoritäre Erziehung, ein Klaps zur rechten Zeit.“ (aus: Dr. Johanna Krause, Überleben mit hyperaktiven Kindern, 2. Auflage, BV-AH e.V. 2002)

Diese Geschichte hat sich vor dreißig Jahren zugetragen, aber es könnte auch eine Schilderung von heute sein. Diese Kinder sind immer nur in Bewegung. Spätestens wenn sie in den Kindergarten kommen, wird dies noch auffälliger, denn da besteht der Vergleich mit Kindern, die nicht diese neurobiologische Störung haben. ADHS-Kinder können sich nicht lange konzentrieren, lassen sich leicht ablenken, sind impulsiv, haben eine geringe Frustrationstoleranz, sind teilweise extrem unruhig und können in Gruppensituationen nur sehr schwer warten, an die Reihe zu kommen.

Nach Beginn der Einschulung kommt dann ein Anruf der Lehrerin, es gebe dringenden Handlungsbedarf: Die Kinder handeln spontan, ohne nachzudenken. Sie antworten, bevor Fragen vollständig gestellt werden, sie reden übermäßig viel, sie haben Schwierigkeiten, Aufträge (vollständig) auszuführen, wechseln häufig die Aktivitäten und scheinen nicht zuzuhören. Sie unterbrechen andere und drängen sich auf, können nur schwer sitzen bleiben und zappeln herum. Sie verlieren oft Gegenstände, die für die Aufgaben gebraucht werden. Mütter von Kindern mit ADHS können ein Lied davon singen, wie viel Turnschuhe, Bleistifte und sonstige Utensilien spurlos zwischen Schule und Zuhause verschwinden. Auch das Kind selbst merkt, dass es Probleme in der Schule hat. Wenn nicht vorher schon ein Arzt zu Rate gezogen worden war, wird oftmals jetzt auf Druck der Schule oder aus eigenem Leidensdruck ein Arzt aufgesucht. Eltern merken früh, dass mit dem Kind was nicht stimmt und suchen Hilfe. Oftmals wird das Verhalten des Kindes aber abgetan: falsche Erziehung, das wächst sich schon aus.

Bei dem Thema ADHS sind es meist die Fachleute, die über die Betroffenen sprechen und weniger mit den Betroffenen. Nur die wenigsten sind bereit, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen. Wir haben in Deutschland zu wenige Ärzte (in beiden betreuenden Fachgruppen: Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater), die sich mit den Symptomen und der Diagnostik von ADHS auskennen und die Eltern dementsprechend kompetent beraten. Dies hat in erster Linie zwei Gründe: Erstens ist es aufwendig, sich dieses Wissen anzueignen, und zweitens wird es nicht bezahlt. Die Behandlung eines ADHS-Patienten „lohnt sich nicht“, und bringt Praxen sogar in Existenzproblem (hoher Zeitaufwand, minimale Honorierung, Regressandrohung wegen Budgetüberschreitung). Deshalb gibt es auch im Bereich der Kinder- und Jugendärzte zunehmend Nachwuchsprobleme. Junge Kollegen zeigen wenig Interesse, sich im Bereich ADHS fortzubilden oder überhaupt zu qualifizieren. Das ist natürlich ein Problem für Eltern, die lange nach einem guten Arzt suchen und diesen oftmals nicht finden. Finden sie ihn dennoch, müssen sie (wenn sie Glück haben) „nur“ sechs bis neun Monate warten, bis sie einen Termin für ein Erstgespräch bekommen.

Die Diagnostik ist aufwendig. Man kann nicht einfach Blut entnehmen oder ein Röntgenbild machen. Vielmehr gibt es Diagnosekriterien, die die Symptome beschreiben. Diese richten sich entweder nach dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV oder nach den internationalen Standards der Weltgesundheitsorganisation ICD-10. Um festzustellen, ob das Kind tatsächlich ein ADHS-Kind ist, ist eine sehr ausführliche Anamnese erforderlich. Man muss mit den Eltern sprechen, man muss Berichte aus dem Umfeld auswerten. Das Kind muss körperlich untersucht werden von Kopf bis Fuß, pädiatrisch, neurologisch, motoskopisch. Häufig sind weitere Tests erforderlich, um zu sehen, wie lange ein Kind sich konzentrieren kann, wie intelligent es ist.

Sehr wichtig ist eine Differentialdiagnostik, denn viele der typischen ADHS-Symptome können auch bei anderen Störungsbildern vorliegen, seien es Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, affektive oder Persönlichkeitsstörungen, Ticstörungen, Epilepsie, Autismus, Hirnverletzungen, Stoffwechselstörungen, Mangelzustände, Drogen- oder Alkoholkonsum, Über- und Unterforderung in der Schule, Lernbehinderungen, Lese- und Rechtschreibschwäche oder Dyskalkulie, aber auch sexuelle oder nicht sexuelle Gewalterfahrungen, posttraumatische Belastungsstörungen, emotionale Vernachlässigung, familiäre Probleme oder auch „lediglich“ übermäßiger Konsum von Bildschirmmedien. Ein Arzt muss also ganz genau hinschauen: Sind die Symptome wirklich Anzeichen von ADHS im medizinischen Sinne oder sind es vielmehr Ausdruck einer anderen Störung? Ist das Kind vielleicht überhaupt nicht gestört, sondern hockt einfach viel zu viel vor der Glotze bzw. vor dem Computer?

Nach der Diagnose folgen die multimodalen Therapien, für die es gibt kein Patentrezept gibt. Im Hinblick auf eine medikamentöse Therapie von ADHS herrscht sehr viel Unkenntnis mit falschen Aussagen, beispielsweise die, dass Kinder damit ruhig gestellt werden und ihre Persönlichkeit verlieren. Sprechen Sie mit Kindern, die tatsächlich diese Störung haben und die das Medikament nehmen! Heranwachsende Jugendliche sind oft dankbar, dass dieses Medikament sie in die Lage versetzt, beispielsweise im Unterricht nicht mehr unkontrolliert hin und her zu wackeln. Es ist auch für die betroffenen Kinder nicht angenehm, sich nicht selbst steuern zu können. Das Medikament hilft ihnen, dies zu regulieren. Intelligente Kinder, die massivste Aufmerksamkeits-Konzentrationsstörungen haben, werden dadurch im Unterricht in die Lage versetzt, dem Lehrer zu folgen. Nicht jedes Kind mit ADHS braucht

dieses Medikament, aber es gibt Kinder, die es dringend brauchen. Es gibt mit Sicherheit auch Falschdiagnosen durch Ärzte, die Kinder kaum angucken und ihnen einfach ein Medikament verschreiben, weil sie sich sagen: „Wenn es hilft, dann hilft es, und wenn es nicht hilft, wird es schon nicht schaden.“ Gegen eine solche Vorgehensweise wehren wir uns vehement. Wenn Sie den Beipackzettel eines solchen Medikaments lesen, wird klar, dass kein verantwortungsvolles Elternteil seinem Kind ein solches Medikament ohne Not geben wird. Auf diese Eltern mit dem Finger zu zeigen und sie zu beschuldigen, sie seien unfähig, ihre Kinder zu erziehen, ist wirklich nicht angebracht.

Im Übrigen gibt es viel zu wenige Therapieplätze, und deswegen haben betroffene Eltern oftmals das Problem, dass ihren Kindern über Jahre hinweg nicht adäquat geholfen wird. Sie sehen, dass ihre klassischen Erziehungsmethoden, die bei ihren anderen Kindern wirken, hier versagen. Sie erfahren Ausgrenzung im Verwandten- oder Freundeskreis. Das ist der Punkt, an dem die Selbsthilfe ansetzt.

Die erste Selbsthilfegruppe für ADHS-Erkrankungen hat sich vor genau 27 Jahren gegründet. Ich bin Vorstandsvorsitzende von ADHS Deutschland e.V., dem Zusammenschluss der beiden größten Selbsthilfeverbände in Deutschland (BV-AH e.V. und BV-AÜK e.V.). Wir vertreten bundesweit die Interessen von 250 regionalen Gruppen, sechs Landesgruppen und über 5000 Mitgliedern. Unsere Ziele sind Erfahrungsaustausch und Hilfe zur Selbsthilfe. Man muss dafür nicht Mitglied bei uns sein, man kann einfach dazukommen und sich austauschen. Wir versuchen auch alle, die es interessiert, über ADHS zu informieren, um klar zu machen: es ist eben keine Modekrankheit.

Wir haben einen eigenen Fachverlag und geben eine Verbandszeitschrift sowie Fachbücher heraus, beispielsweise über den Umgang mit Schulproblemen. Wir haben ein kostenloses Telefonberatungsnetz aufgebaut, wo Betroffene tagsüber (und manchmal auch nachts) aus dem gesamten Bundesgebiet anrufen können. Und wir sind Teil des sich im Aufbau befindenden Zentralen ADHS-Netzes.

Wir legen Wert auf Qualität in der Selbsthilfe. Wir haben daher bereits vor zehn Jahren eine Selbstverpflichtungserklärung zur Wahrung unserer Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen unterschrieben. Des Weiteren haben wir interne Leitlinien für Regionalgruppenleiter, Aktive und Telefonberater. Unsere Mitarbeiter müssen sich jedes Jahr fortbilden, und sie müssen sich umfassend informieren. Wir dulden keine Werbung, egal ob für Medikamente oder für andere Heilsversprechen. Unser jährlicher Haushalt wird im Jahresbericht von ADHS Deutschland e.V. offen gelegt. Im letzten Jahr haben wir beispielsweise Mitgliedsbeiträge in Höhe von 130.000 Euro eingenommen sowie eine Förderung durch Krankenkassen in Höhe von 50.000 Euro. Zudem erhielten wir Spenden in Höhe von 11.000, so gut wie ausschließlich von der Pharmaindustrie. Dieses Geld wurde ausschließlich zweckgebunden (ohne Bezug zur Pharmakotherapie) zur Verfügung gestellt.

ADHS-Kinder haben aber nicht nur negative Seiten, es gibt auch die positiven. Wenn diese Kinder die grundlegenden Fertigkeiten gelernt haben und ihre Nische im Leben finden, dann sind sie eine große Bereicherung für unsere Gesellschaft. Manches Mal, wenn ich im Fernsehen gewisse Persönlichkeiten sehe, dann denke ich mir schon: Der könnte durchaus auch betroffen sein. Aber diese Leute haben ihren Weg gemacht, denn all diese Schwächen haben auf der anderen Seite ihre Stärke. Wenn man den Kindern eine Chance gibt, an ihren Schwächen zu arbeiten und

sie damit erwachsen werden lässt, dann haben sie auch eine gute Chance als Erwachsene erfolgreich zu sein.

Deswegen habe ich eigentlich nur zwei Forderungen: Ich möchte endlich eine bessere Gesundheitsvorsorge für unsere Kinder, insbesondere eine flächendeckende adäquate Versorgung von ADHS-Betroffenen durch qualifizierte Ärzte. Und ich würde mich freuen, wenn wir soviel Leute wie möglich über ADHS informieren können, damit mehr Verständnis für diese Kinder vorhanden ist. Versetzen Sie sich in die Lage der Kinder, die hart an sich arbeiten und wissen, welche Defizite sie haben. Sie möchten gerne ein Teil unserer Gesellschaft sein. Wir müssen diese und andere Kinder in Deutschland mehr ernst nehmen.

Dr. Myriam Menter ist ehrenamtliche Vorsitzende des Selbsthilfeverbandes ADHS Deutschland e.V., der 2007 durch die Verschmelzung der beiden Verbände BV-AH e.V. und BK AÜK e.V. entstand und der größte Selbsthilfeverband für ADHS-Betroffene und ihre Angehörigen ist. Myriam Menter ist promovierte Juristin und derzeitige Kinderbeauftragte der Stadt Erlangen. Zudem ist sie seit über 10 Jahren – ebenfalls ehrenamtlich – für den Deutschen Kinderschutzbund tätig.

## *Einige analytische Erklärungsversuche über den Zusammenhang der ADS-Symptome und der kindlichen Symbolisierungsfähigkeiten*

**Wolfgang Bergmann**

„ADS“ ist eine rein symptombeschreibende Diagnose, entlang den Kriterien der beiden großen internationalen Klassifikationssysteme, ein „verstehender Zugang“ wird hier nicht versucht.

Angesichts der enormen Ausweitung von Verhaltensphänomenen, die sich dem weit gesteckten ADS-Spektrum zuordnen lassen, gilt es, eine differenzierte Phänomenologie zu entwerfen und Überlegungen basierend auf der analytischen Entwicklungspsychologie zu unternehmen; dazu gibt es eine intensive Fachdebatte, die aber in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen wird (vgl. dazu als einen der weit reichenden Ansätze: B. Ahrbeck, Direktor des Instituts für Verhaltensgestörtenpädagogik und –psychologie, Humboldt-Universität Berlin (Hrsg.) *Hyperaktivität. Therapie, Sozialtheorie. Pädagogik.* München 2007).

„ADS-Kinder“ können Erfahrungen nicht festhalten, selbst beeindruckende Erlebnisse scheinen ihnen wieder zu entgleiten, sobald sich die Bedingungsfaktoren der äußeren Situation verändern.

In der kinderpsychologischen Praxis wiederholt sich die Erfahrung, dass man mit ihnen durchaus einen intimen Raum des wechselseitigen Verstehens errichten (sie warten ja darauf!) und in diesem „Geborgenheitsraum“ simple Regeln des Verhaltens gemeinsam festschreiben kann – der kleine Patient beantwortet sie ernsthaft und ehrlich und oft mit Tränen in den Augen („Ja, das mache ich, ganz bestimmt!“), doch sobald die Tür der Praxis hinter ihm zuschlägt, vermag er sich an seine Versprechungen, Vorsätze und sogar an seine Gefühle kaum mehr zu erinnern. Auf der Straße findet er neue Realitätsvoraussetzungen, die denen im Therapieraum widersprechen. Sie nehmen ihn in Beschlag, darauf reagiert er mit derselben Intensität wie zuvor auf die therapeutische Nähe.

Ihre Gefühle sind unverlässlich, sogar für sie selber, ihre Wünsche sprunghaft, ihr Wille ziellos – darum umgibt die ADS-Kinder ein Klima permanenter Unsicherheit. Die anderen Kinder fühlen sich davon bedrängt, insgeheim wohl auch verängstigt, und so werden die kleinen Hyperaktiven zu Außenseitern und wissen nicht einmal, warum.

Ähnlich verhalten sie sich, wenn sie durch eigene Fehler unter Druck gesetzt werden. Sie lügen nicht einfach, das tun alle Kinder, wenn sie sich „erwischt“ fühlen. Nein, die kleinen Hyperaktiven leugnen die Realität, nicht nur vor den Anderen, sondern in gewisser Weise sogar vor sich selber. Sie haben den geklauten 50-Euroschein in der Jackentasche, beschwören aber, darauf angesprochen, dass sie nie und niemals („und dich schon gar nicht, wo wir doch so gute Freunde sind“) einen Geldschein entwenden würden. Sie sind zutiefst davon überzeugt, wieder einmal völlig ungerechtfertigt zur Verantwortung gezogen zu werden - und in gewisser Weise ist es vielleicht auch so. Sie tun es, sie wissen es auch, aber sie geben ihr Wissen ebenso wie ganz allgemein jeden Realitätsbezug sofort auf, wenn er sie in Bedrängnis bringt, und versteifen sich auf ihre weltverlorene Egozentrik.

An dieser Stelle erscheint es sinnvoll, die durchgängig zu beobachtende Symbolisierungsschwäche nahezu aller Kinder mit ADS-Diagnose in die Überlegungen einzubeziehen:

Kinder „interpretieren“ bereits wenige Tage nach der Geburt die Gesten und Laute von Mama mit erstaunlicher Genauigkeit. Sie erfassen die kleine Falte des Ärgers in Mamas Gesicht und warten ungeduldig darauf, dass es sich wieder glättet und erneut den Ausdruck strahlender Freude über die kindliche Existenz annimmt. Mit hoher Genauigkeit, wie die Experimente der Bindungsforschung zeigen, vermag ein Kind auch die mütterlichen Sprachlaute und die sie begleitenden Signale zu verstehen und, auf sie antwortend, in ihr gefühltes Selbst zu verankern. Dadurch wird es ihm möglich, in Phasen der mütterlichen Abwesenheit oder der Missstimmung die Erinnerung an „glücklichere“ Momente aufzubewahren, seelisch gegenwärtig zu halten, zu „er-innern“. Die Zeit der mütterlichen Abwesenheit – Mama ist „fort“ – wird auf diese Weise zu einer zwar schwierigen, aber mit besonderer Innigkeit erfahrenen Dauer. So formen sich im kindlichen Bewusstsein erste Konturen eines Zeitgefühls. Fehlt freilich die emotionale Sicherung des Austausches mit Mama, fehlt also die Verankerung der ausreichend aufgesogenen Bindung, dann entfaltet sich auch das Zeitempfinden nicht, die Kinder stürzen in eine Zeitleere. Erinnern wir uns, dass unsere hyperaktiven Kinder durchweg ein verarmtes, ungenaues Zeitgefühl haben.

Festhalten und Einprägen, Abwarten und das strahlende Erwidern und beglückte Glucksen, wenn Mama zurückkehrt und ihr mütterliches Lächeln wieder erkannt wird – all dies ist bereits symbolisch-geordnetes Verstehen und Handeln. Die Einprägungen verdichten sich zu „Zeichen“, die erinnert werden und die die Welt später über Mama hinaus mit anderen „guten“ Bindungspersonen, den Vater voran, und schließlich ganz aus eigener Kraft regelhaft verstehbar und handhabbar erscheinen lassen.

Die gespeicherten „Zeichen“ machen das „Jetzt“-Erleben erst dem Bewusstsein zugänglich, kognitiv und emotional. Das Greifen nach Gegenständen beispielsweise, wenn das Kind sich zögernd, aber entschlossen aus der kollusiven Bindungsnähe zu Mama zu lösen beginnt, treibt die skizzierte Entwicklung weiter voran. Zum einen greift das Kind, um zu be-greifen (dieses kleine Wortspiel hat der Schriftsteller Manfred Hausmann einst am Beispiel seines Sohnes Martin entdeckt, seither kommt es in jeder pädagogischen Debatte mindestens einmal vor – so auch hier!), darüber hinaus erfasst es den Gegenstand auch als im Raum situiert und vermag dabei seinen eigenen Körper im Verhältnis zu ihm in den Dimensionen des Räumlichen zu begreifen, während es sehnsuchtsvoll oder gierig nach dem Gegenstand greift. Begreifen umfasst neben dem aufmerksamen Erkunden der Materialität und Funktion des Objekts also auch seine Raum- und Zeitstruktur, sie wird später in der sprachlichen und der schriftlichen Syntax abgebildet. Hier führt eine Interpretationslinie hin zu dem unsicheren, wenngleich fixen Körperbewegungen der hyperaktiven Kinder im Raum wie ebenso zu ihrer häufig hastig-verarmten Sprache.

Ein Zweijähriger kann beispielsweise seine Bauklötze stapeln und ordnen, berühren und dabei ganz versunken sein, er kann sie aber auch vergnügt gackernd gegen die Wand schleudern und bewundernd zuschauen, wie sie sich mit eigensinnigen Bewegungen im Raum tummeln. Wie immer sie sich im Raum verhalten, sie bleiben doch dieselben Klötze - und während das Kind noch verzückt auf die polternden Klötze schaut, steigt in ihm eine Ahnung davon auf, dass die Dinge eine ganz eigene Art haben, es atmet sozusagen die Autonomie der Ding-Existenz ein, die sich erst durch das Erfassen in Zeit und Raum deutlich zeigt.

Die Dinge, mit denen das Kind spielt oder auf die es munter einplappert, bergen ein Versprechen. „Die Welt ist immer noch mehr, viel mehr“, bedeuten sie, und die Kinder lassen sich, forschend und abenteuerlustig, darauf ein. Gerade die Autonomie der Dinge, ihre Fremdheit, wird durch eifriges Beleben der symbolischen Fähigkeiten erkundet und in gewissem Umfang überwunden. Während es sich mit seinen Fähigkeiten in den Dingen „spiegelt“, erfasst ein Kind zugleich die schier unendliche Plastizität der Objektwelt. Jedes Begreifen ist zugleich ein Überschreiten - das ist die hoch komplexe Symboltätigkeit des Kindes. Auf dieser Entwicklungsstrecke sind die ADS-Kinder weitgehend oder ganz gescheitert.

Sie können ihre Welt nicht symbolisch ordnen und deshalb auch nicht verlässlich festhalten, für sich selber so wenig wie für die „Anderen“. Die Selbstvergegenwärtigung in diesem offenen und stabilen Spannungsfeld von Selbst und Objekt steht ihnen nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung – das gilt für die Zweijährigen ebenso wie für die acht- oder neunjährigen Kinder. Das vorhin erwähnte „Vergessen“ aller Verabredungen in der Therapiestunde ist ein Beispiel dafür. Sobald eine neue Situation eintritt, entgleitet ihnen ihr durchaus ernst gemeintes und tief empfundenes Vorhaben wieder; sie finden in sich nicht genügend strukturierende Bindungen, um das Neue mit dem eben erst Vergangenen zu vereinen, sie „entwerfen“ sich nicht entlang erlebter Ordnungen, sondern gleiten von einem Moment in den nächsten und dann immer weiter, und letztlich Nirgendhin. Symbole fixieren das Erleben, durchtränken es mit dem gefühlten Selbst: ohne diese Kohärenz bleibt selbst das ganz aktuelle Erleben seltsam abstrakt und das Erinnern ohne kraftvolles Bedeuten. Eben dies ist die Tragödie des hyperaktiven Kindes.

Aus diesen Defiziten heraus ist es seinen jeweiligen Wahrnehmungen und Befindlichkeiten fast hilflos ausgesetzt. Kommt es zum Streit, ist der kleine getriebene „impulsive“ Schläger zutiefst davon überzeugt, dass „alle“ ihn angegriffen haben und wenn er dann von Kindergärtnerin oder Lehrerin ermahnt wird („hauen ist böse“), dann weißt er oft buchstäblich nicht, wovon die Rede ist.

Die Objekte und Menschen fügen sich nicht in eine „Bedeutungseinheit“: die Dinge stehen wie fremd und bezugsleer im Raum, die Menschen agieren wie hinter Glaswänden – und zugleich tobt ringsum alles geräuschvoll verwirrend durch den kleinen Kopf. Sie sind ganz verloren; man muss nur ihrem heftigen Bemühen, sich jeder Regel, jeder Anordnung zu widersetzen oder sich ihr hastig und übereifrig zu fügen, geduldig zuschauen, um ihre Verfassung nachzuempfinden.

Aus demselben Grund verfestigen sich nicht einmal ihre Erfolge zu stabilisierenden Selbstbildern. Der Sieg in einem Fußballspiel könnte eine schöne Bestätigung ihrer Kräfte bedeuten, aber sogar dies wird kaum aufbewahrt, sondern geht sogleich in einem übermäßigen brüllenden Jubel unter, der durch sie hindurchtobt und genau so rasch verfliegt und sie anschließend wie selbstvergessen in ihre unruhig-träge Depressivität zurückzusinken lässt. Dass man aus der Struktur und der Funktionsweise der Objekte freudig die Gewissheit der eigenen Geschicklichkeiten ablesen kann, dass man in den sozialen Kontakten die Bedeutsamkeit des Eigenen auffinden könnte – dies alles bleibt ihnen weitgehend verschlossen, ungefühl und ungewusst.

Der bedeutenden französische Psychoanalytiker J. Lacan sprach von einem Spiegel, vor dem das 18-monatige Kind jubelnd verharrt: „Das bin ich!“ Dieser Spiegel steht unseren hyperaktiven und nervös-verträumten Kindern nicht zur Verfügung.

Wolfgang Bergmann ist Diplom-Erziehungswissenschaftler. Er leitet das Institut für Kinderpsychologie und Lerntherapie in Hannover und arbeitet dort als Kinder- und

Familientherapeut mit dem Schwerpunkt Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen über ADHS und Eltern-Kind-Beziehungen und Mitglied des Expertenrates der Zeitschrift Familie & Co.

*Methylphenidat und HKS: Verordnungsmuster und Prävalenz auf der Basis von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Ergebnisse einer Studie von Schubert I, Köster I, Lehmkuhl G, 2007)*

**Dr. Ingrid Schubert**

Die Häufigkeit von ADHS liegt je nach den zugrunde gelegten Kriterien und der Methodik der Erhebung bei 2 - 10 % aller Kinder und Jugendlichen. Laut aktuellem Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) wurde bei 4,8 % aller Kinder im Alter von 3 - 17 Jahren ADHS diagnostiziert, und fast 5 % werden als Verdachtsfälle eingestuft. Die Mehrheit der ADHS-Kinder weist zudem eine hohe psychische Komorbidität auf.

Der Methylphenidatverbrauch ist in Deutschland durch die Daten des GKV-Arzneimittelindex – veröffentlicht im jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Report – gut dokumentiert. Aus diesen Angaben ist ersichtlich, dass zwar schon zu Beginn der 1990er Jahre deutliche Steigerungsraten zu verzeichnen waren – allerdings ausgehend von einem insgesamt geringem Verordnungsvolumen. Auch konnte der Mitte der 90er Jahre zu beobachtende Anstieg von einer auf vier Millionen verordneter Tagesdosen Methylphenidat pro Jahr noch im Kontext der ersten Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Behandlung des ADHS interpretiert werden. Seit 1997 hat sich das Verordnungsvolumen ca. verzehnfacht (s. Lohse et al. Psychopharmaka. In Schwabe U, Paffrath D. (Hrsg.). Arzneiverordnungs-Report 2007. Springer-Verlag, Heidelberg 2008:775-819). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist es zu verstehen - und auch erforderlich -, dass die Indikationsstellung und die Verordnungsqualität kritisch hinterfragt werden. (Auf das Problem der Diagnostik und das Erfordernis multimodaler Therapieansätze bei ADHS wird durch andere Referenten noch eingegangen werden).

Die im Arzneiverordnungs-Report dokumentierte Pro-Kopf-Verbrauchsentwicklung gibt keine Auskunft darüber, ob und zu welchem Anteil der Anstieg der Verordnungsmenge auf eine höhere Behandlungsprävalenz zurückzuführen ist (Werden heute mehr Kinder und Jugendliche behandelt als früher?) und ob die Kinder und Jugendlichen, die Methylphenidat erhalten, heute im Vergleich zu früher im Durchschnitt länger bzw. kontinuierlicher und intensiver medikamentös behandelt werden. Um diese Fragen zu beantworten, sind versichertenbezogene Daten notwendig, wie sie der PMV forschungsgruppe mit einer Zufallsstichprobe aus knapp 2 Millionen Versicherten der AOK Hessen (Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen) – vorliegen. Bei der Analyse der pseudonymisierten Inanspruchnahmedaten von rund 55.000 Kindern und Jugendlichen für die Jahre 2000 bis 2005 zeigt sich in Bezug auf den Beratungsanlass ADHS und die Verordnungsweise von Methylphenidat Folgendes:

Der Behandlungsanlass ADHS tritt bei Jungen und Mädchen in einem Verhältnis 3:1 auf; bei beiden Geschlechtern mit steigender Tendenz.

Im Alter zwischen 6 und 18 Jahren lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnosenennung im Jahr 2000 bei 1,9% (Jungen: 2,9%, Mädchen 0,8%), im Jahr 2005 bei insgesamt 2,5% (Jungen: 3,7%, Mädchen 1,1%).

Bei Kindern unter 5 Jahren sind zwar Behandlungsanlässe mit der Diagnose ADHS dokumentiert (dies muss nicht bedeuten, dass wirklich eine ADHS-Erkrankung vorlag), es erfolgten im Jahr 2005 jedoch keine Methylphenidatverordnungen.

Die 10 Jahre und älteren Kinder und Jugendlichen weisen im Jahr 2005 im Vergleich zum Jahr 2000 zu einem höheren Anteil einen Beratungsanlass mit der Diagnose ADHS auf. D. h. im Jahr 2005 sind die Kinder und Jugendlichen, die den Arzt mit diesem Behandlungsanlass aufsuchen tendenziell älter als im Jahr 2000.

Vergleicht man die Behandlungsprävalenzen mit Methylphenidat nach den verschiedenen Altersgruppen zwischen den Jahren 2000 und 2005 zeigt sich auch hier eine deutliche Verlagerung zu den Jugendlichen. Insgesamt erhielten im Jahr 2005 1,1% der 6- bis 18-Jährigen mindestens eine Methylphenidatverordnung (Jungen: 1,8%, Mädchen 0,5%). Gegenüber dem Jahr 2000 bedeutet dies eine Zunahme um 43% bei den Jungen und um 150% bei den Mädchen.

Bei den über 20-Jährigen wird die Diagnose nur selten gestellt, Methylphenidatverordnungen kommen nur in geringem Umfang vor.

Festzuhalten ist, dass nicht jeder ADHS-Behandlungsanlass zwangsläufig zu einer Methylphenidatverordnung führt. Dies war im Jahr 2005 bei ca. einem Drittel der Jungen und einem Viertel der Mädchen mit einem ADHS-Beratungsanlass der Fall. Die oftmals geäußerte Meinung, dass jedes Kind mit einer ADHS-Vorstellung beim (Kinder-)Arzt eine Stimulantienverordnung erhält, kann folglich nicht aufrechterhalten werden. Die Diagnose wird, wie bekannt, häufiger bei Jungen gestellt und diese erhalten auch häufiger eine medikamentöse Therapie. Möglicherweise ist dies auch ein Ausdruck dafür, dass bei den Jungen im Vergleich zu den Mädchen eher schulische Probleme, erhöhte Aggressivität und Impulsivität auftreten, die dann den Ausschlag für eine Verordnung geben.

Für eine Bewertung des Methylphenidatverbrauchs ist nicht nur die Entwicklung der Behandlungshäufigkeiten sondern auch die Frage nach der Intensität und Kontinuität der Therapie von besonderem Interesse:

Im Jahr 2005 erhielten 22% der Kinder eine Einmalverordnungen im ersten Behandlungsjahr – d. h., auf die erste Verordnung erfolgte keine weitere. Der Anteil lag in früheren Jahren etwas niedriger. Da die Non-Responder-Rate bei Methylphenidat zwischen 15% und 20 % liegt, kann die hier beobachtete nicht erfolgte Weiterverordnung durchaus darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder nicht auf das Medikament ansprachen. Eine Einmalverordnung kann auch darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder/Jugendlichen oder auch die Eltern eine weitere medikamentöse Therapie abgelehnt haben.

Knapp die Hälfte der Kinder und Jugendlichen erhielt Methylphenidat-Verordnungen über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr. Die durchschnittliche Tagesdosis war allerdings nur bei 10 % der Kinder ausreichend, um jeden Tag eine definierte Tagesdosis (entsprechend 30 mg Methylphenidat) einnehmen zu können. Man muss davon ausgehen, dass die anderen Kinder über diesen Zeitraum mit geringeren Dosierungen bzw. diskontinuierlich behandelt wurden.

Insgesamt zeigt sich im Vergleich der Jahre, dass 2005 nicht nur mehr Kinder und Jugendliche eine Methylphenidatverordnung erhielten, sondern im Mittel auch mehr Tagesdosen pro Empfänger verordnet wurden – was evtl. auch eine Folge der Verordnung in höheren Altersgruppen ist.

Zuletzt die Frage: Wer initiiert die Verordnung? Betrachtet man die Erstverordnungen, so ist der Anteil der Kinderärzte, die im Jahr 2000 fast 50 % der Erstverordnung

initiierten, mit 41% etwas rückläufig, hingegen werden im Jahr 2005 rund ein Fünftel der Erstverordnungen durch die Institutsambulanzen initiiert. Kinder und Jugendpsychiater sowie Neurologen, Psychiater veranlassten sowohl im Jahr 2000 als auch in 2005 31% der Erstverordnungen.

Als kurzes Fazit kann festgehalten werden, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem Behandlungsanlass ADHS deutlich höher ist als die Behandlungsprävalenz mit Methylphenidat und somit nicht jedes Kind, bei dem eine Diagnose in den Abrechnungsunterlagen genannt wird, auch eine Verordnung erhält. Die Verordnung erfolgt vorrangig in der Altersgruppe 9 - 16 Jahre und nur bei einzelnen Kindern, die jünger als 6 Jahre alt sind. Es konnten keine Hochdosistherapien beobachtet werden. Seit dem Jahr 2000 hat sich allerdings die Zahl der Empfänger vervierfacht, die Zahl der Tagesdosen pro Empfänger verdoppelt. Etwas mehr als die Hälfte der Erstverordnungen wird von Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Institutsambulanzen veranlasst.

Die Häufigkeit des Beratungsanlasses ADHS als auch die Behandlungsprävalenz mit Methylphenidat sind – auch wenn die Prävalenzen hier zunächst geringer erscheinen als evtl. vermutet – dennoch als Signal zu werten und sollten dazuführen, sich den darin ausdrückenden individuellen wie auch gesellschaftlichen Problemen zu stellen. Hierzu gehört neben den in den anderen Beiträgen zu diesem Fachgespräch angesprochenen Punkten auch die Klärung der Frage, ob ADHS richtig diagnostiziert wird und ausreichende Ressourcen für eine multimodale Behandlung zur Verfügung gestellt werden können. Erfahrungen aus USA zeigten beispielsweise, dass Kinder und Jugendliche, bei denen kein ADHS vorlag, mit Methylphenidat behandelt wurden und umgekehrt, die Erkrankung bei betroffenen Kindern nicht erkannt wurde (Angold A, Erkanloi A, Egger H, Costello, EJ. Stimulant Treatment for Children: A Community Perspective. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000; 39: 975-98). Zur Klärung dieser relevanten Frage sind Primärstudien (z. B. Nachuntersuchung von Kindern/ Screening) erforderlich.

Darüber hinaus fehlen Langzeituntersuchungen zu Nutzen und Risiken einer medikamentösen Therapie ebenso wie ein personenbezogenes Verbrauchs-Monitoring. Auf der Basis von sektorübergreifend erhobenen Routinedaten wie der vorliegenden Versichertenstichprobe können wichtige versorgungsepidemiologische Aspekte wie beispielsweise Inzidenzschätzungen, Therapiemuster (Umsetzung von Leitlinienempfehlungen) und Ressourcenverbrauch, auch in Abhängigkeit von Komorbidität, untersucht werden. Aber die zurzeit noch fehlenden Informationen sollten nicht den aktuellen Handlungsbedarf für die betroffenen Kinder und Familien aufschieben. Hier sind in erster Linie ein schneller Zugang zur medizinischen Abklärung und entsprechende familiäre Unterstützung zur Bewältigung des Alltags notwendig.

Ausgewählte Veröffentlichungen zum Thema HKS/Methylphenidat auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen:

Lehmkuhl Gerd, Köster Ingrid, Schubert Ingrid. Gesundheitsökonomie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Gesundheitsökonomie und Pädiatrie. Gerber A, Lauterbach KW (Hrsg.), Schattauer: Stuttgart, New York: 2006; 229-239

Schubert Ingrid, Köster Ingrid, Ihle Peter, Lehmkuhl Gerd. Häufigkeit und Behandlung der Hyperkinetischen Störung im Kindes- und Jugendalter. Kinderärztliche Praxis 2004; Sonderheft ADHS: 10-16

Köster Ingrid, Schubert Ingrid, Döpfner Manfred, Adam Christopher, Ihle Peter, Lehmkuhl Gerd. Hyperkinetische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Zur Häu-

figkeit des Behandlungsanlasses in der ambulanten Versorgung nach den Daten der Versichertenstichprobe. AOK Hessen/KV Hessen (1998-2001). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2004; 32: 157-166

Schubert Ingrid, Köster Ingrid, Adam Christopher, Ihle Peter, Döpfner Manfred, Lehmkuhl Gerd. Psychopharmakaverordnung bei Kindern und Jugendlichen mit Behandlungsanlass »Hyperkinetische Störung«. Eine Untersuchung zur Arzneimittelanwendung in der ambulanten Versorgung auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (1998-2001). Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2003; 11: 306-324

Ihle P, Köster I, Herholz H, Rambow-Bertram P, Schardt T, Schubert I. Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen - Konzeption und Umsetzung einer personenbezogenen Datenbasis aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen 2005; 67: 638-645

(Eine aktuelle Veröffentlichung zur versichertenbezogenen Entwicklung des Methylphenidatverbrauchs ist in Vorbereitung)

Dr. Ingrid Schubert leitet die Forschungsgruppe zur Primärmedizinischen Versorgung (PMV), die an die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters der Universität Köln angegliedert ist. Sie arbeitet dort u.a. mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung. In diesem Zusammenhang hat sie in den Jahren 2002/2003 eine Studie zur therapeutischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Diagnose mit geleitet. Zudem ist sie im Vorstand der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie.

## *ADHS- Behandlung: Konzepte, Wirksamkeit, Leitlinien*

**Prof. Dr. Manfred Döpfner**

ADHS ist ein Phänomen im Schnittpunkt von sehr vielen Disziplinen; Pädagogik, Medizin und Psychologie greifen hier ineinander. In der Versorgung sind sowohl Regelschulen wie auch Sonder- und Förderschulen sowie die Jugendhilfe beteiligt. Frühförderung, Ergotherapie, Mototherapie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und einige andere Disziplinen leisten hier einen wertvollen Beitrag, indem sie ihre jeweiligen spezifischen Sichtweisen einbringen. Das ist sicherlich auch einer der Gründe, weshalb dieses Thema so kontrovers diskutiert wird.

Das Störungsbild von ADHS umfasst Symptome wie Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität. Der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit“ passt eigentlich nicht, denn es handelt sich um kein Defizit im eigentlichen Sinn, sondern eine Aufmerksamkeitsstörung. Die betroffenen Kinder können in bestimmten Situationen ihre Aufmerksamkeit nicht steuern, in anderen Situationen aber wunderbar. Spielen Sie mit diesen Kindern mal Gameboy, dann werden Sie eines anderen belehrt!

Nach den beiden bereits genannten Klassifikationsschemata DSM-IV und ICD-10 müssen Betroffene bestimmte Symptome aufweisen, damit man die Diagnose ADHS stellen kann. Es gibt eine Vielzahl von Symptomen bei ADHS. Einzelne Symptome kommen recht häufig vor. So geben rund 25% aller Lehrer an Kölner Grundschulen an, die von ihnen unterrichteten Jungen seien häufig unkonzentriert; fast 20 % geben an, Jungen reagierten häufig impulsiv und könnten nicht stillsitzen. Für Mädchen sind diese Werte geringer (ca. 13 % und ca. 6 %).

Um aber von einer ADHS-Erkrankung zu sprechen, muss zudem – und das ist wichtig – die Symptomatik deutlich stärker ausgeprägt sein als bei Kindern gleichen Alters. Wir müssen außerdem die Intelligenz eines Kindes berücksichtigen, da Kinder mit Intelligenzminderungen vergleichbare Symptome zeigen. Des Weiteren muss die Symptomatik schon vor der Einschulung aufgetreten sein und sich in mehreren Lebensbereichen zeigen. Es reicht also nicht, wenn die geschilderten Probleme nur in der Familie auftreten und in der Schule nicht. Und schließlich muss die Symptomatik insgesamt zu einer deutlichen Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens führen. Der glückliche Hyperkinetiker, der damit gut durch die Welt kommt und dessen Umfeld auch mit ihm zufrieden ist, hat kein ADHS. Ihm fehlt eben das Entscheidende für eine psychische Störung, nämlich die Funktionsbeeinträchtigung.

Mit ADHS verhält es sich anders als mit Erkrankungen wie Masern oder Mumps. Diese Erkrankungen hat man oder man hat sie nicht. Vergleichbar ist ADHS eher mit Bluthochdruck und Übergewicht: wenn die Erkrankung massiv ausgeprägt ist und der Betroffene große Schwierigkeiten hat, ist es ein sehr ernsthaftes Problem. Die Übergänge dahin sind aber fließend, was bei manchen den Eindruck erwecken mag, es handele sich um keine wirkliche Krankheit. Dies stimmt allerdings nicht – ADHS ist genauso eine Erkrankung wie Bluthochdruck eine ist. Die Grenzen werden nur mal so und mal so gesetzt. Aus diesem Grund sind auch Unterschiede bei den Prävalenzzahlen zweitrangig; sie machen sich immer sehr stark an den selbstdefinierten Grenzen fest.

Wir haben im Rahmen einer bundesweiten Studie Eltern in Kindergärten befragt; nach ihren Angaben erfüllen rund 11 Prozent die DSM-IV-Diagnosekriterien von

ADHS (nach ICD-10 liegt die Prävalenz nur bei rund 4 %). Nach Erzieherangaben sind die Kriterien bei 6,6% (DSM-IV) bzw. 1,5% (ICD-10) der Kinder erfüllt. In Europa liegen die Prävalenzraten nach neueren Studien aus verschiedenen Ländern zwischen 4 – 7 % für Kinder unter 11 Jahren; bei Jugendlichen liegen sie etwas niedriger.

Die Komorbidität von ADHS, also das Zusammentreffen von ADHS-Symptomen und anderen Störungen oder Erkrankungen, ist sehr hoch. 50 - 60 % der Kinder mit ADHS zeigen aggressiven Verhaltensauffälligkeiten. Aggressivität gehört nicht zum Kernsymptom von ADHS, und man ist sich ziemlich sicher, dass die Aggressionen, die die Kinder entwickeln, in diesem Fall eine Folgeproblematik der Grundprobleme ADHS darstellt. Bei diesen Kindern zeigt sich beispielsweise auch ein deutlich erhöhtes Unfallrisiko.

Die Diagnostik, insb. die Differentialdiagnostik bei ADHS ist in der klinischen Routineversorgung häufig unzureichend. Mängel ergeben sich beispielsweise aus Zeitproblemen: Die Diagnose von ADHS verlangt lt. den gültigen Leitlinien die Auswertung von Informationen aus mehreren Quellen. Eigentlich darf man keine Diagnose stellen, wenn man nicht bspw. mit dem Lehrer oder mit der Erzieherin des Kindes geredet hat. Das passiert in der Praxis aber häufig nicht. Qualitätsmängel bei der Diagnostik ergeben sich auch dadurch dass die Grundversorgung in vielen Fällen von Kinderärzten geleistet werden muss. Für die meisten Kinderärzte ist dieses Thema erst einmal fremdes Gebiet. Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters gehören nicht zu ihrer primären Ausbildung; sie brauchen deswegen auch eine besondere Schulung. Die diagnostischen Standards insgesamt müssen dringend verbessert werden.

ADHS hat eine starke neurobiologische Komponente. Aber allein die Tatsache, dass man bei Kindern mit ADHS Veränderungen im Gehirn findet, besagt für sich noch nicht, dass diese unter einer Erkrankung leiden. Veränderungen im Gehirn können auch psychosozial bedingt sein, bspw. durch Traumatisierungen, durch gute bzw. schlechte Erziehung oder auch durch therapeutische Maßnahmen. Als Ursache von ADHS konnte die evidenzbasierte Forschung allerdings einen erheblichen Einfluss genetischer Faktoren ausmachen; darauf deutet eine Vielzahl von Studien hin. Wir streiten uns derzeit lediglich über die Höhe dieses genetischen Anteils: macht sie nun 60 % oder 80 - 90 % der ADHS-Symptomatik aus? Genetische Disposition heißt aber nicht Unveränderbarkeit; es bedeutet nur, dass – wenn wir diese genetische Disposition haben – die Umwelt die genannten Symptome auslösen und verstärken kann. Wenn ich die Umwelt verändere, kann ich also auch die Symptomatik verändern. Körpergröße beispielsweise ist zu 99,9 % genetisch definiert, dennoch sind die Leute heute aufgrund der Ernährungsbedingungen rund 20 cm größer als vor 200 Jahren. Daran kann man erkennen, wie Genetik und Umweltbedingungen komplex miteinander interagieren.

Es gibt andere, erworbene biologische Ursachen von ADHS, die wir gut identifizieren können. Alkohol- und Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft hat einen massiv schädigenden Einfluss; auch Kinder mit einem geringen Geburtsgewicht haben ein 50 - 60prozentiges Risiko, später ADHS-Symptome zu zeigen.

Psycho-soziale Faktoren haben in diesem Zusammenhang in erster Linie eine modulierende Funktion. Kinder aus sozial belasteten Gruppen zeigen beispielsweise wesentlich häufiger aggressives Verhalten; bei ADHS hingegen ist dieser Schichteffekt nicht sehr groß. Auch hier kommen zwar die betroffenen Kinder häufiger aus belasteten Schichten, aber der Unterschied zu anderen Bevölkerungsgruppen ist nicht so massiv.

Bei der Behandlung von ADHS haben wir es mit verschiedenen Problembereichen zu tun: Bei dem Kind selbst gibt es die Kernsymptome, komorbide Probleme und oft andere Funktionsbeeinträchtigungen. Im Bereich der Familie trifft man auf Erziehungs- und Beziehungsprobleme oder andere familiäre Belastungen, vielleicht auch psychische Störungen der Eltern (bei Kindern mit ADHS gibt es eine erhöhte Rate von psychischen Störungen der Eltern, insb. ebenfalls ADHS). In der Schule gibt es Lernschwierigkeiten, in der Regel auch eine belastete Lehrer-Schüler-Beziehung und eine belastete Beziehung zu Gleichaltrigen; es droht Schulversagen. Bei dieser Vielzahl von Problemen muss man auf verschiedenen Ebenen intervenieren (sog. multimodale Interventionen). In einer gut aufeinander abgestimmten Behandlung entwickelt sich die Mehrzahl der Kinder positiv. Natürlich gibt es welche, die auch im Erwachsenenalter auch noch das Problem in ausgeprägter Form haben, aber das ist vermutlich eher eine Minderheit.

Was kann man also tun? Wir können den Betroffenen behandeln, wir können die Eltern mit einbeziehen (sie vielleicht sogar in den Fokus der Behandlung rücken) und vielleicht auch die Schule oder den Kindergarten. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst gibt es Psychoedukation und Verhaltenstherapie, und es gibt die Pharmakotherapie. Eltern können ebenfalls psychoedukativ behandelt werden; zudem gibt es die Möglichkeit einer Verhaltenstherapie, um die Eltern-Kind-Interaktionen zu beeinflussen. Dieselben Therapieformen sind auch schulzentriert möglich: wir erarbeiten – gemeinsam mit den Lehrern - Interventionen in der Schule, mit dem Ziel, die Verhaltensprobleme dort zu vermindern.

Die wichtigsten Grundlagen für eine solche Behandlung sind die Stellungnahme der Bundesärztekammer von 2005 und die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Es gibt ebenfalls europäische Leitlinien von 2004 („Clinical guidelines for hyperkinetic disorder“). Wie bereits erwähnt befindet sich ein zentrales ADHS-Netz im Aufbau, auf dessen Internetseite ([www.zentrales-adhs-netz.de](http://www.zentrales-adhs-netz.de)) man auch noch andere Quellen finden kann. Dieses Netz wird derzeit von uns aufgebaut und vom Bundesgesundheitsministerium gefördert, mit dem Ziel, die Versorgungssituation von Kindern und Jugendliche zu verbessern.

Pharmakotherapie mit Methylphenidat ist kurzfristig hochgradig wirkungsvoll im Hinblick auf die Behandlung der Symptome und komorbider Störungen wie oppositionell-aggressivem Verhalten. Es gibt eine Vielzahl von Studien, die dies belegen. Die so genannte Responderate, also der Anteil der Kinder mit ADHS-Diagnose, die auf diese Behandlungen positiv reagiert, liegt bei 60 - 80 %, und dies innerhalb von Wochen. Als Psychotherapeut wäre ich froh, wenn psychotherapeutische Therapien im kurzzeitigen Vergleich eine ähnliche Wirkung zeigen würden. 40 - 50 % der Kinder normalisieren sich unter der Behandlung im Hinblick auf die beschriebenen Symptome, sind also von anderen Kindern nicht mehr unterscheidbar. Es handelt sich allerdings um eine rein symptomatische Therapie, d.h. wenn Sie das Medikament absetzen, treten die alten Beschwerden wieder auf. Es wird nicht die Ursache der Erkrankung dauerhaft verändert, und positive Langzeiteffekte lassen sich nur schwer quantifizieren.

Die häufigsten Nebenwirkungen der Einnahme von Methylphenidat sind Appetitminderungen und Schlafstörungen. Man kann dies bei oraler Einnahme aber meist gut kontrollieren, wenn man sich an die Vorgaben in der Verschreibung hält. Wir wissen nicht, ob die Gabe von Methylphenidat Einfluss auf die Neuroplastizität des Gehirns hat. Es gibt keine Studien, die dies belegen, ebenso wie es nur wenige Studien über die Langzeitauswirkungen einer Methylphenidat-Therapie insgesamt

gibt. Eine körperliche Abhängigkeit von dem Wirkstoff konnte bislang nicht festgestellt werden, ebenso wenig ein erhöhtes Risiko für späteren Drogenkonsum (die Mehrzahl der Studien weist eher auf ein vermindertes Risiko hin). Es gibt aber - wie bei anderen Psychostimulanzien auch - ein Missbrauchspotenzial.

Dennoch haben wir bislang in der Bundesrepublik - selbst im Hinblick auf die deutlich gestiegenen Verordnungszahlen - keinen Hinweis auf eine grundsätzliche Überversorgung der Kinder mit Pharmakotherapie. Das heißt allerdings nicht, dass die medikamentöse Therapie im Einzelfall immer richtig und indiziert ist.

Nicht alle Kinder brauchen eine Pharmakotherapie. Die Behandlungsleitlinien der verschiedensten Fachgesellschaften sagen, dass eine Pharmakotherapie nur bei einer sehr stark ausgeprägten, situationsübergreifenden Symptomatik angewendet werden sollte. In allen anderen Fällen sind zunächst Beratung und psychotherapeutische Verfahren, vor allem Verhaltenstherapie, angezeigt. Abhängig von den erzielten Effekten kann man erst im Anschluss beurteilen, ob und welche Pharmakotherapie zusätzlich notwendig ist.

Verhaltenstherapie hat sich in der Praxis ebenfalls bewährt, insbesondere die Arbeit mit den Eltern und die Arbeit in Schulen, in nicht so gutem Maße auch Interventionen bei dem Kind selbst. Eine in Köln durchgeführte Studie zu den Langzeiteffekten einer multimodalen Therapie, dass nach 8½ Jahren sich die ADHS-Symptomatik deutlich vermindert hat und dass sich Kinder, die mit Verhaltenstherapie und mindestens ein Jahr mit Methylphenidat behandelt wurden, sich nicht von Kindern unterscheiden, die nur verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Leider gibt es in Deutschland eine extreme Unterversorgung mit Kinderverhaltenstherapeuten, so dass viele Kinder, die von einer Verhaltenstherapie profitieren würden, nicht versorgt sind. Die Verbesserung der Versorgung mit Kinderverhaltenstherapeuten wäre daher eine wichtige politische Aufgabe.

Wir brauchen auch weitere Forschung im psychotherapeutischen Bereich. Anders als im pharmazeutischen Bereich gibt es dafür viel weniger finanzielle Ressourcen, und diese werden über viel komplexere Förderungswege zur Verfügung gestellt. Daher gibt es einen hohen Bedarf an Studien zur Wirksamkeit, insb. Alltagswirksamkeit von Psychotherapie, Ergotherapie und multimodaler Therapie insgesamt.

Die vorhandenen (zu knappen) Ressourcen bei der Behandlung von ADHS müssen sich besser vernetzen. Das Zentrale ADHS-Netz ist hier ein erster Ansatzpunkt. Darüber hinaus brauchen wir aber deutliche Steigerung der Zahl von Kinderverhaltenstherapeuten und eine Verbesserung der Ausbildung von Ärzten und Ergotherapeuten.

Auch Prävention ist ein durchaus hilfreich. Wir haben mit Unterstützung der DFG drei Präventionsstudien bei Kindern im Kindergartenalter durchgeführt, bei denen mit Eltern und Erziehern auf verhaltenstherapeutischer Grundlage gearbeitet wurde. Die Ergebnisse zeigen deutliche Effekte bei der Verminderung von ADHS-Symptomatik und der Reduktion aggressiven Verhaltens. Weitere Studien aus der Kölner Gruppe zeigen auch deutliche Effekte von Selbsthilfeprogrammen: Eltern von Kinder mit ADHS konnten deutlich von einem Selbsthilfebuch (Wackelpeter und Trotzopf) in Verbindung mit wöchentlicher telefonischer Unterstützung profitieren.

Leider findet bislang keine systematische Prävention auf diesem Gebiet statt und auch der Einsatz von Selbsthilfeprogrammen, die sich in empirischen Studien bewährt haben, steht erst am Anfang. Hier wäre ein stärkeres Engagement der Krankenkassen wünschenswert, das sich zusätzlich auch ökonomisch auszahlen würde.

Die ethischen Probleme einer medikamentösen Behandlung wurden in einem Bericht der Bioethikkommission des U.S.-amerikanischen Präsidenten von 2003 (Beyond Therapy – Biotechnology and the pursuit of happiness, Washington D.C. 2003) diskutiert, der den Einsatz von Psychopharmaka, aber auch von anderen Medikamenten thematisiert, die nicht zur Behandlung von Krankheiten dienen. Dieser Bericht weist sehr deutlich auf die Risiken einer solchen Vorgehensweise hin und stellt die berechtigte Frage, ob bei einer pharmakologischen Behandlung von ADHS nicht vorrangig die Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht und die Kindlichkeit keinen ausreichenden Raum mehr hat. Die Frage, wie stark wir die Pharmakotherapie generell zur Lebensverbesserung einsetzen, muss von der Frage, inwieweit dies im Rahmen der Behandlung einer psychischen Störung erfolgen sollte, abgegrenzt werden. Wie so oft sind auch hier die Grenzen fließend. Der Einsatz der Pharmakotherapie zur Lebensverbesserung bedarf einer ethischen Diskussion; hier stehen wir erst noch am Anfang.

Prof. Dr. Manfred Döpfner ist Leitender Psychologe an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters der Universität Köln. Er beschäftigt sich seit vielen Jahren intensiv mit der Behandlung von Kindern, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, und ist Autor einer Vielzahl von Studien und Veröffentlichungen, insb. auch zu medikamentösen Behandlung von ADHS.

### *Der Umgang mit ADHS unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Frankfurter Präventionsstudie*

#### **Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber**

Ich würde gern mit der Schilderung eines konkreten Fallbeispiels beginnen: Im Rahmen der von uns durchgeführten Frankfurter Präventionsstudie bin ich selbst als Supervisorin in einem Kindergarten tätig gewesen, der in einem sozialen Brennpunktgebiet liegt. Von einer solchen Supervisionssitzung möchte ich kurz berichten:

Als ich zur Sitzung komme, finde ich eine aufgeregte Stimmung vor. Eine Erzieherin, die sonst kaum etwas sagt, scheint außer sich zu sein: „Nun ist Schluß mit Peter. Er hat mich doch tatsächlich mitten ins Gesicht gespuckt. Dies ist zu viel – ich will ihn nie mehr in meiner Gruppe sehen. Und dies nach allem, was ich für ihn getan habe...Auch Supernanny sagt, irgendwann müssen klare Grenzen gesetzt werden...“ – „Ich kann gut verstehen, dass Sie erbost und enttäuscht sind. Und Sie haben recht: Wir können sicher nicht zulassen, dass ein Kind eine Erzieherin anspuckt ... Doch lassen Sie uns zuerst versuchen, besser zu verstehen, was heute mit Peter los war und warum er gerade Sie angespuckt hat...Nachher können wir gemeinsam überlegen, was zu tun ist...“, schlage ich vor. Eine andere Erzieherin teilt dann mit, dass der Junge im Anschluss zur Köchin der Kita geflüchtet sei und ihr gesagt habe: „Ach weißt du, manchmal mag ich gar nicht mehr leben.“ Bei einem fünfjährigen Kind müssen wir solche Äußerungen sehr ernst nehmen. Eine weitere Erzieherin berichtet dann, dass der Junge morgens von seinem Vater gebracht wurde und dieser erzählte, er habe wegen einer akuten Erkrankung seine Arbeitsstelle verloren. Sie vermutet, dass der Junge nun denke, er käme auch ins Heim, da zwei seiner Geschwister bereits im Kinderheim leben, und er zuhause immer wieder die Drohung erlebe: „Wenn du nicht brav bist, dann kommst du auch ins Heim!“. Die Mutter des Kindes hat schwere psychische Probleme und bereits mehrere Psychiatricaufenthalte hinter sich. Sie kann die Kinder körperlich nicht anfassen und verlässt die Familie im-

mer wieder zeitweise oder geht fremd. Der Vater ist 20 Jahre älter als seine Frau und hat nach dem Tod seiner ersten Frau nicht wieder ins Leben zurück gefunden; er war lange Zeit arbeitslos und schöpfte erst neuen Mut, als er nach langer Zeit wieder heiratete. Jahrelang versuchte er verzweifelt, seine neue Familie zusammenzuhalten und zu stabilisieren. Er scheint panische Angst zu haben, seine Frau und die Kinder zu verlieren. Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutete für ihn - und daher auch für Peter - eine Katastrophe.

Wir wissen, dass wenn ein Kind sich hilflos fühlt und alles über ihm zusammen bricht, es zuweilen aktiv irgend etwas Schlimmes, Verbotenes anstellt, um nicht nur passiv die unerträglichen Ereignisse, denen es ausgesetzt ist, erleiden zu müssen. „Es könnte durchaus sein, dass Peter Sie angespuckt hat, weil er weiß, dass dies verboten ist und er deswegen getadelt wird. Wenn er dann - wie seine Geschwister - ins Heim eingeliefert wird, weiß er wenigstens warum: Er hat es selbst verschuldet und ist nicht nur ohnmächtiges Opfer „seines Schicksals“... Vielleicht wollte er zudem mit dem Spucken auf seine Verzweiflung und seine Not aufmerksam machen, eine Art verdrehter Hilfeschrei. Dass er gerade Sie dazu ausgewählt hat, würde dann Sinn machen: Zu Ihnen hat er die intensivste Beziehung.“, fasse ich das Gespräch zusammen. Der Erzieherin geht daraufhin ein Strahlen über das Gesicht: „Meinen Sie wirklich? Ja, wenn das so ist, dann kann ich es ja nochmals mit Peter versuchen...“, sagt sie daraufhin.

Nach vielen Gesprächen mit den Erzieherinnen und den Eltern willigen diese schließlich ein, Peter in eine Kindertherapie zu schicken, die in der Kindertagesstätte selbst stattfinden kann. Dies ist ein wichtiges Angebot, da Eltern wie jene von Peter nie den Weg in eine Beratungsstelle oder eine Privatpraxis eines Therapeuten finden.

Im Rahmen dieser Therapie lassen sich viele Hintergründe des aggressiven und hyperaktiven Verhaltens von Peter verstehen. Für die Erzieherinnen neu ist, dass er eine typische kindliche Phantasie entwickelt hat, die dem magischen Denken von Kindern im Alter von Peter entspricht: Wenn er ein Mädchen wäre, wäre alles besser. Seine Mutter wäre nicht psychisch krank, der Vater hätte seine Arbeitsstelle nicht verloren, die Geschwister wären nicht im Heim etc. In der Therapie kann diese Phantasie erkannt und bearbeitet werden, sodass Peter schon nach 40 Sitzungen „wieder ein ganz normaler Junge“ sein will. Zudem haben sich seine aggressiven und hyperaktiven Symptome gebessert: Er hat Freunde in seiner Kindergruppe gefunden und ist sozial kaum mehr auffällig, obschon sich an seiner familiären Situation wenig geändert hat. Die Kindertherapie, die Elterngespräche und vor allem auch der verstehende Umgang der Erzieherinnen mit Peter führten zu diesen erstaunlichen Verhaltensänderungen.

Peter ist ein Beispiel, wie viel in diesem frühen Lebensalter bei Kindern in Not mit pädagogischen und psychologischen Mitteln erreicht werden kann, falls es gelingt, die seelische und psychosoziale Situation des Kindes gemeinsam zu entschlüsseln und ihm jene Hilfe anzubieten, die es so dringend braucht. Daher betrachten wir Frühprävention als eine enorme Chance und gesellschaftliche Herausforderung. Dass sie wirkt, konnten wir durch unsere Studie wissenschaftlich belegen.

Angesichts der Zunahme von sozialer Gewalt und schweren Aggressionskonflikten auch schon in den Kindertagesstätten ist Frühprävention zu einer dringenden gesellschaftlichen Aufgabe geworden. Einer der vielen Gründe für die drohende soziale Desintegration ist u.a. die Beobachtung, dass die Schere zwischen Kindern, denen es - gerade in einem Land wie Deutschland - so gut geht, wie historisch kaum in

einer Zeit zuvor und jenen, die am Rande der Gesellschaft leben (vgl. u.a. der kürzlich veröffentlichte Armutsbericht der Bundesregierung), immer weiter auseinander klafft. Für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frankfurter Präventionsstudie - und auch für mich persönlich - war die Dokumentation dieser extrem unterschiedlichen Kinderschicksale in der einen Stadt Frankfurt, die wir dank der repräsentativen Stichprobe von Kindertagesstätten gewonnen hatten, das eindrucklichste Ergebnis unserer Studie. Neben den privilegierten Kindern, sahen wir die Auswirkungen einer neuen Wohlstandsverwahrlosung, von sinkenden Familieneinkommen, (die die Erwerbstätigkeit der Mütter- und die frühe Fremdbetreuung - schon aus ökonomischen Gründen oft unverzichtbar macht), von Langzeitarbeitslosigkeit, dramatisch verlaufenen Scheidungen und fehlenden Vätern (oft bedingt durch die enormen Veränderungen in der Arbeitswelt wie etwa dem Zwang zur Flexibilisierung) aber auch von Flucht aus Kriegsgebieten, Migration und dem Aufwachsen in einer fremden Kultur. Wir haben Kinder gesehen, bei denen wir den Eindruck gewannen, dass sie schon mit drei Jahren ein düsteres Schicksal vor sich haben, wenn wir als Gesellschaft ihnen nicht eine zweite Chance geben. Dies ist eine enorme Herausforderung für alle unsere Bildungsinstitutionen. Wenn uns die soziale Integration in den Kindergärten oder in der Grundschule nicht gelingt, dann werden wir später eben mit jenen Formen von Gewalt und Desintegration konfrontiert sein, die uns alle beschäftigen bzw. beschäftigen müssen. Die Erzieherinnen und Erzieher in den Kindertagesstätten leisten daher eine enorme gesellschaftliche Integrationsaufgabe, oft im Stillen und wenig beachtet oder wertgeschätzt von der Öffentlichkeit.

Wir konnten in unserer Studie belegen, wie verbreitet soziale Integrationsstörungen sind. Eine der verschiedenen Formen sozialer Integrationsstörungen ist aus unserer Perspektive auch die sogenannte ADHS, die Aufmerksamkeits - Defizit - (Hyperaktivitäts) - Störung, mit denen Kinder bezeichnet werden, die sich nicht konzentrieren können, und meist auch durch ihre Hyperaktivität und ihr aggressives Sozialverhalten auffallen. Für uns ist ADHS eine Störung, die im Spannungsfeld steht zwischen neurobiologischen oder genetischen, entwicklungspsychologischen, erziehungswissenschaftlichen und gesellschaftlichen Erklärungsansätzen. ADHS ist nach unserer Ansicht lediglich ein Syndrom, aber keine eigenständige Krankheit. Die Grenzen zu „normalem“ Verhalten sind fließend.

Es gibt u.M.n. verschiedene Ursachen, die zu einem ADHS - Störungsbild führen. Wenn die Kinder, die die Diagnose ADHS erhalten, genauer untersucht werden, stößt man oft auf ganz individuelle Kinderschicksale: Es gibt Kinder mit hirnrorganischen Problemen, schwer traumatisierte oder emotional verwaehrte Kinder, Kinder aus Flüchtlingsfamilien, hochbegabte Kinder, aber auch Kinder, die durch ihr hyperaktives Verhalten versuchen, eine depressive Mutter zum Leben zu erwecken. Zudem kann unkonzentriertes, hyperaktives Verhalten auch Reaktion auf eine problematische Pädagogik sein, die zu wenig auf die kindlichen Bedürfnisse z.B. nach motorischer Aktivität, ganzheitlichem Lernen in einem rhythmisierten Schulalltag etc. eingeht. So können ganz verschiedene Gründe zum gleichen diagnostischen Bild, dem ADHS und sogar zu ähnlichen neurobiologischen Befunden (wie Störungen im Neurotransmittersystem) führen.

Jaak Panksepp, ein international anerkannter Neurobiologe und Emotionsforscher, hat sich besonders mit diesen neurobiologischen Befunden von ADHS-Kindern befasst. Er wandte sich aufgrund differenzierter Überlegungen zur Neuroplastizität des Gehirns, die seiner Auffassung nach durch eine Medikation eingeschränkt wird, schon 1998 gegen die viel beschriebene, enorme Zunahme der Verschreibung

von Medikamenten bei ADHS-Kindern<sup>1</sup>. Ich kann hier nicht auf seine Argumente eingehen, sondern nur seine Schlussfolgerung kurz zitieren:

„Außer für eine Minderheit von Fällen, in denen medizinische Probleme wie z. B. Stoffwechselstörung oder explizite Hirnverletzungen festgestellt werden, handelt es sich bei Kindern, die mit ADHS diagnostiziert werden, schlichtweg um normale, ausgesprochen spielerische Kinder, die Schwierigkeiten haben, sich an bestimmte institutionelle Realitäten anzupassen. Aus dieser Perspektive muss vieles des ADHS eher rekonzeptualisiert werden als ein Symptom unserer modernen Gesellschaft und unsere Art und Weise, kindliches Verhalten zu regulieren, statt eines Symptoms, das auf einer neurobiologischen Nicht-Balance oder einer Störung basiert.“ (S.92 f., Übersetzung: M.Leuzinger-Bohleber).

Da die enorme Steigerung der Verordnungszahlen von Methylphenidat kaum auf eine bisherige Unterversorgung zurückgeführt werden kann, stellt sich für viele Sozialwissenschaftler und Pädagogen z.Zt. die Frage nach einer Medikalisierung sozialer Probleme. Es beschäftigt sie die verständliche Versuchung, Kinder mit psychosozialen Problemen mit Hilfe der hoch wirksamen Medikamente vor allem für unsere Schulen „pflegeleichter“ zu machen, statt ihnen bei der Bewältigung ihrer psychischen und sozialen Probleme zu helfen.

Unbestritten gibt es Kinder, bei denen eine medikamentöse Behandlung – nach einer sorgfältigen medizinischen und psychologischen Abklärung - indiziert ist. Werden aber Kinder – ohne eine solche gründliche Abklärung – medikamentös behandelt, nimmt man sich die Chance, wirklich zu verstehen, welche der oben genannten Gründe das hyperaktive, aggressive oder unkonzentrierte Verhalten (kausal) hervorrufen. Ohne ein solches individuelles Verstehen, können diese Gründe nicht wirklich behoben werden. Es bleibt unklar, was das Kinder wirklich braucht: eine wirkungsvolle Behandlung der Ursachen unterbleibt. Es steht mir fern, Eltern zu verurteilen, die zu Ritalin oder andern Psychostimulanzien greifen, insbesondere wenn sie eine sorgfältige, professionelle Abklärung ihres Kindes in Anspruch genommen haben. Eine medikamentöse Behandlung kann zudem als „Notindikation“ sinnvoll sein, um eine Eskalation in Familie, Kindertagesstätte oder Schule zu unterbrechen. Dennoch sollte bedacht werden, dass, glaubt man Panksepp und vielen anderen Neurobiologen, durch diese hochwirksamen Medikamente die Neuroplastizität des Gehirns einschränkt wird, die diesen Kindern durch geeignete, intensive, psychosoziale Erfahrungen ermöglichen würde, dass sie – eigenständig - mit ihrer Hyperaktivität produktiv umzugehen lernen. Bei einer Medikamentierung besteht immer die Gefahr, dass das Selbstkonzept des Kindes entsprechend geprägt wird, z.B. wenn es die unbewusste Überzeugung ausbildet, für seine Umgebung nur tragbar bzw. liebenswert zu sein, wenn es unter Medikamenten steht. Wenn Kinder dagegen die Erfahrung machen, dass sie ihre Probleme, die ihnen z.B. „ihr lebhaftes Temperament“ einbringt, selbständig bewältigen können und eine eigene Regulati-on ihrer Impulse und Gefühle entwickeln, kann sich dies als enorm stärkend für das

---

<sup>1</sup> Während diese Psychopharmaka 1993 lediglich in 13 Ländern eingesetzt wurden, sind es inzwischen weit mehr als 50 Länder. Dem neuesten Bericht des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sind enorme Steigerungsraten für die Verwendung von Methylphenidat und ähnlichen Medikamenten zu entnehmen: So hat der Verbrauch dieser Mittel zwischen 1993 und 2006 um 3591 Prozent, von 34 Kilogramm auf 1221 Kilogramm zugenommen.

Zudem muss darauf hingewiesen, dass die Langzeitwirkungen vor allem eines frühen medikamentösen Einflusses auf das sich entwickelnde Gehirn noch kaum untersucht sind.

eigene Selbstwertgefühl auswirken „Ich schaff es allein!“, ist oft eine entscheidende Erfahrung für solche Kinder und Jugendliche.

Zudem können, wie Frau Dr. Menter bereits sagte, diese Kinder auch sozial das Salz in der Suppe sein oder später in der Gesellschaft eine wichtige kreative Rolle übernehmen, wenn sie ihre Vitalität und ihre spezifischen Begabung steuern und produktiv gestalten können und nicht sozial in die Außenposition geraten.

Nochmals kurz zur aktuellen grundlagenwissenschaftlichen Diskussion zur Neuroplastizität des Gehirns. Die Wechselwirkung von genetischer Umlage und Frühprägung ist heute kaum noch umstritten. Ob und wann bestimmte genetische Anlagen zum Tragen kommen, ist wesentlich von der Umgebung, bzw. der spezifischen (sozialen) Erfahrung, abhängig. So kann auch ADHS nicht auf eine monokausale (genetische) Ursache allein zurückgeführt werden, sondern basiert immer auf einem komplexen Zusammenwirken biologischer, biografisch-individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ursachen. Selbst wenn ein neurobiologisches Problem vorliegt, stellt sich immer noch die Frage, welche Handlungsspielräume dennoch für pädagogisches und therapeutisches Handeln existieren. In einem neuen Buch von Norman Doidge (*The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science*, Penguin Group, 2007) sind viele Studien zur Neuroplastizität des Gehirns zusammengefasst. Die Ergebnisse sind insgesamt sehr ermutigend, denn sie besagen, dass die genetischen Anlagen noch nicht unbedingt über ein Schicksal entscheiden müssen, sondern intensive Beziehungs- und Lernerfahrungen oft zu erstaunlichen kompensatorischen Entwicklungen des Gehirns (und des Verhaltens) führen können.

Um lediglich ein Beispiel zu erwähnen: Bekanntlich gibt es eine hohe Korrelation von sog. Schreibabys und einer späteren ADHS-Erkrankung. Man hat das häufige und oft zu unerträglichen familiären Situationen führende Schreien von Babys zunächst einfach einem genetisch bedingten Schicksal zugeschrieben. Doch inzwischen haben viele verschiedene Forschergruppen mit Sprechstunden für Schreibabys relativ gute Erfahrungen gemacht, in dem Sinne, dass meist mit wenigen Beratungen den Eltern geholfen werden kann, ihr Schreibaby rasch zu beruhigen. Zum Teil sind die Ursachen für das Schreien Kommunikationsschwierigkeiten, zuweilen begünstigt durch unterschiedliche Temperamente von Kind und Mutter. Der menschliche Säugling braucht Hilfe, um sein Verhalten zu regulieren. Erst durch die Hilfe einer empathischen Bezugsperson wird er in die Lage versetzt, immer wieder aus seinen heftigen emotionalen Zuständen herauszufinden und einen ruhigen, aufmerksamen und emotional positiven inneren Zustand zu entwickeln. Gerade wenn der eigene Säugling über ein völlig anderes Temperament als die Mutter selbst verfügt, ist die Einfühlung in seinen Zustand für diese Mutter oft schwierig, kann aber meist durch professionelle Beratung unterstützt werden. Es wird angenommen, dass häufiges und verzweifertes Schreien auch neurobiologische Spuren hinterlässt und evtl. dadurch das Entwickeln einer späteren ADHS-Symptomatik begünstigt. Daher leisten die sogenannten „Schreibaby-Ambulanzen“ vermutlich eine wichtige präventive Aufgabe, was aber noch weiter wissenschaftlich untersucht werden muss. Es ist anzunehmen, dass eine gelungene Behandlung von „Schrei-Babys“ die Entwicklung eines späteren ADHS verhindern kann.

Abschließend nochmals kurz zur Frankfurter Präventionsstudie. Es war eine große, interdisziplinär angelegte Studie, bei der Psychoanalytiker, Neurobiologen, Kinder-

psychiater und Erziehungswissenschaftler, sowie die Stadt Frankfurt/M. zusammengearbeitet haben.<sup>2</sup>

Im Rahmen der Studie haben wir die Frage untersucht, ob eine zweijähriges, analytisch orientiertes, nicht medikamentöses Präventions- und Interventionsprogramm die Anzahl der Kinder mit psychosozialen Integrationsstörungen statistisch signifikant verringern kann. Dabei haben wir uns nicht nur auf ADHS konzentriert, sondern uns allgemein Kindern mit psychosozialen Integrationsstörungen gewidmet. Es ging uns auch darum, auf die enorme Integrationsaufgabe der frühen Bildungsinstitution hinzuweisen. Nach einer so genannten Basiserhebung bei allen städtischen Kitas (5300 Kinder) haben wir eine Zufallsstichprobe gezogen (eine Interventionsgruppe von 500 Kindern und eine ebenso große Kontrollgruppe). Dazu wurde eine Clusteranalyse gerechnet, in der die Sozialstruktur, sowie die Einschätzung der Hyperaktivität, der Ängstlichkeit und der Aggressivität der Kinder berücksichtigt wurde. Dies erlaubte uns Kindertagesstätten der Interventions- und Kontrollgruppen methodisch adäquat miteinander zu vergleichen, denn man kann natürlich nicht einen Kindergarten in einem schwierigen sozialen Einzugsgebiet mit einem in einer privilegierten Region vergleichen.

Das Präventionsprogramm bestand aus verschiedenen Angeboten. Neben der bereits erwähnten Supervision haben Psychologinnen einen Tag in der Woche in den Kitas gearbeitet und die Erzieherinnen mit ihren Fachkenntnissen vor Ort unterstützt. Wir haben auch intensiv Eltern beraten und weiter gebildet. In Einzelfällen haben wir zudem Psychotherapien in den Kitas angeboten. Können einzelne Kindern in Not mit entsprechenden Hilfen erreicht werden, hat dies bekanntlich immer auch einen Einfluss auf die ganze Gruppe, was als eine enorme Entlastung erlebt wird. Ebenfalls ausgesprochen fruchtbar hat sich die Arbeit mit dem Gewaltpräventionsprogramm FAUST-LOS (von Cierpka et al) im zweiten Jahr des Projektes ausgewirkt. Zudem haben wir mit Kinderärzten, mit der Familienhilfe und mit anderen Institutionen zusammengearbeitet, falls sich dies als notwendig erwies.

Das wichtigste Ergebnis unserer Studie ist: Frühprävention ist wirksam! Die Hyperaktivität (gemessen mit der sogenannten „Döpfner-Skala“) nahm sowohl in der Interventionsgruppe wie auch in der Kontrollgruppe bei den Kindern zwischen drei und sechs statistisch signifikant ab. Unerwarteterweise war der Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe nur bei den Mädchen statistisch signifikant. Offenbar haben die Mädchen, was die Hyperaktivität betrifft, am meisten von unserem Angebot profitiert, für uns ein überraschendes Ergebnis. Auch die Ängstlichkeit der Kinder (Jungs und Mädchen) hat statistisch signifikant abgenommen. Das erfreulichste und sehr ermutigende Ergebnis aber betrifft die Aggressivität. Bei der Interventionsgruppe ist die Aggressivität statistisch signifikant geringer geworden. Dieses Ergebnis hat eine große soziale Bedeutung: Lebendige, „hyperaktive“ Jungen können eine Kindergruppe beleben und bereichern, falls sie nicht gleichzeitig aggressiv sind.

Schließlich möchte ich erwähnen, dass Kindertherapien in Kindertagesstätten selbst zwar alles andere als einfach sind, sich aber sehr lohnen, denn - wie unsere

---

<sup>2</sup> Die Studie wurde vorwiegend durch die Zinkann Stiftung, aber auch durch die Hertie Stiftung, die Polytechnische Gesellschaft und die International Psychoanalytical Association finanziell getragen.

Beobachtungen zeigen - können mit ihrer Hilfe gravierende Fehlentwicklungen abgemildert und manchmal sogar weitgehend korrigiert werden.

Man kann im präventiven Bereich mit relativ wenig Aufwand viel erreichen. Dies hat übrigens auch die PISA Studie gezeigt. So hat Finnland u.a. so gut abgeschnitten, weil in den finnischen Schulen auf Störungen sehr früh professionell reagiert wird. Fehlentwicklungen bei Kindern werden früher diagnostiziert; korrigierende Hilfestellungen früher eingeleitet.

Bei uns ist im Bereich der Frühprävention noch viel zu tun, trotz aller Ressourcenprobleme. Es ist und bleibt eine große gesellschaftliche Herausforderung, betroffenen Kindern gemeinsam die Chance und Möglichkeit zu geben, aus ihrem ökonomischen, aber vor allem aus ihrem seelischen Elend herauszufinden.

Daher freuen wir uns, dass es uns in Frankfurt gelungen ist, einen Schritt in diese Richtung zu gehen. Wir können unserer Studie fortführen und jene Bausteine, die sich als erfolgreich herausgestellt haben, dauerhaft implementieren. Wir bieten das beschriebene Programm im Folgeprojekt START-HILFE3 jetzt auch anderen Kitas in Frankfurt an. So schaffen wir z.B. durch die Supervisionen vor allem für Erzieherinnen und Erzieher einen Raum des Nachdenkens und der Entschleunigung, was sich als wesentliche Hilfe für ihre wichtige tagtägliche Integrationsaufgabe erweist. Durch solche Supervisionen kann z.B. die Zahl von Burnout - Syndromen kostengünstig gesenkt werden.

Wir führen zudem eine Therapiewirksamkeitsstudie bei hyperaktiven Kindern durch, in der wir die verschiedenen therapeutische Richtungen, Verhaltenstherapien und medikamentöse Therapien auf der einen Seite und psychoanalytische Therapien auf der anderen Seite, miteinander vergleichen. Es gibt im Bereich der Psychoanalyse viele klinische Studien, aber solche Vergleichsstudien zwischen den verschiedenen Formen von Behandlungen, die zudem den Kriterien der evidenzbasierten Medizin genügen, sind international eine Neuheit.

Es gibt kein Patentrezept im Umgang und bei der Behandlung von ADHS, doch brauchen diese oft sehr anstrengenden Kinder vor allem eines, ein großes pädagogisches und psychologisch-therapeutisches Engagement. Eltern und andere erwachsene Bezugspersonen helfen diesen Kinder am ehesten, wenn sie sie empathisch wahrnehmen und begleiten. Diese Kinder brauchen die tagtägliche Hilfe, mit einer drohenden Reizüberflutung umzugehen, ihren Tagesablauf zu strukturieren und in zuverlässigen, liebevollen Beziehungen allmählich eine innere Regulation ihrer Impulse und Emotionen zu entwickeln. Vor allem muss eine soziale Stigmatisierung und Ausstoßung verhindert werden. Dies ist eine gemeinsame Aufgabe von Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer sowie von uns Therapeutinnen und Therapeuten. Unserer Berufsgruppe zeigte die Frankfurter Präventionsstudie eindringlich: Wir Therapeuten müssen vermehrt raus aus den Praxen und rein in diese Form von Arbeit vor Ort, in den Kindertagesstätten und anderen Bildungsinstitutionen. Damit haben wir jetzt in Frankfurt begonnen.

Detaillierte Informationen zur Präventionsstudie unter [www.sigmund-freud-institut.de](http://www.sigmund-freud-institut.de) sowie Leuzinger-Bohleber / Brandl / Hüther (Hrsg.): ADHS-Frühprävention

---

· Das Projekt wird von der Polytechnischen Gesellschaft, der Crespo Foundation, der Ursula Ströher Stiftung und der Zinkann Stiftung getragen.

statt Medikalisierung - Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2006).

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber ist geschäftsführende Direktorin des Instituts für Psychoanalyse der Universität Kassel und Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt. Sie hat die Frankfurter Präventionsstudie geleitet, in der die Möglichkeiten untersucht wurden, Verhaltensauffälligkeiten durch Prävention und Intervention im Kindergartenalter zu verhindern. Zudem ist sie Mitautorin eines Buches über Frühprävention bei ADHS.

## *Fazit*

### **Dr. Harald Terpe MdB**

Zunächst möchte ich mich bei unseren Referentinnen und Referenten sowie bei allen Gästen für ihre Teilnahme und ihre Aufmerksamkeit bedanken.

Eines ist durch dieses Fachgespräch deutlich geworden: Bei der Behandlung von Kindern, bei denen eine ADHS-Erkrankung diagnostiziert wurde, besteht noch erheblicher Handlungsbedarf. Zum einen müssen wir sicherstellen, dass die Diagnose und Behandlung einer solchen Verhaltensstörung nach verbindlichen Kriterien nur durch dafür qualifizierte Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten erfolgt. Nur so können Fehldiagnosen und insbesondere auch Therapiemaßnahmen ohne hinreichende Indikation vermieden werden. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass eine Verordnung von Psychostimulanzien erst nach einer qualifizierten Diagnostik und Einbindung nichtmedikamentöser Präventions- und Therapiemaßnahmen, also möglichst als ultima ratio erfolgt.

Diese Forderung stützt sich – wie wir heute gehört haben – im Wesentlichen auf folgende Erkenntnis: Die Gabe von Methylphenidat hat immer nur eine zeitweilige Linderung der Symptome zur Folge. Eine Therapie im eigentlichen Sinn, d.h. eine Auseinandersetzung mit den Ursachen der Verhaltensstörung, kann ein Medikament nicht leisten. Dafür sind andere Wege erforderlich, und hier haben betroffene Kinder und Eltern Anspruch auf jede Form der gesellschaftlichen Unterstützung.

Diese Unterstützung muss auch beinhalten, dass wir nichtmedikamentöse Behandlungsformen nicht allein aus dem Grund hintanstellen, weil sie vermeintlich teuer oder aufwendig sind. Dies gilt insbesondere für die Versorgung mit qualifizierten Kinder- und Jugendtherapeuten. Wenn Kapazitäten fehlen, müssen diese geschaffen werden. Wenn Strukturen unzureichend sind, müssen diese verbessert werden. Wirtschaftliche Rationierungsmaßnahmen auf Kosten der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind hier nicht nur aus medizinisch-therapeutischer Sicht wenig hilfreich, sondern auch unethisch.

Wir haben heute ebenfalls gehört, dass wir dringend Forschung zu den Langzeitwirkungen einer Stimulanzientherapie bei Kindern brauchen, insbesondere zu den Auswirkungen einer solchen Therapie auf die Gehirnentwicklung. Auch aus der bisherigen Unsicherheit, wie diese Auswirkungen aussehen, sollten wir mit einer Gabe von Psychopharmaka an Kinder – wie bei anderen Arzneimitteln ja auch - zurückhaltend sein.

Und noch etwas ist wichtig: Wir müssen uns vor einer mangelnden Wertschätzung von Kindern hüten, die nicht den gesellschaftlichen Normen oder den eigenen persönlichen Vorstellungen entsprechen. Die Normalität eines Verhaltens wird immer bestimmt von den Maßstäben, die andere dafür setzen. Daher müssen wir uns fragen: Hat sich beim kindlichen Verhalten in den vergangenen Jahren etwas verändert? Oder wird beispielsweise etwas, was vor 40 Jahren noch als typisches Jungenverhalten gewertet wurde, nunmehr als Störung diagnostiziert?

Wenn Kinder nicht in der Lage sind, die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen, kann dies auch bedeuten, dass etwas mit den Anforderungen nicht stimmt oder dass diese Kinder sich dafür nicht unter adäquaten Bedingungen entwickeln können. Die Erfahrung, die Erwartungen anderer nicht erfüllen zu können, kann prä-

gend für das ganze weitere Leben und insbesondere die Selbstwahrnehmung eines Kindes oder Jugendlichen sein. Schon aus diesem Grund müssen wir eine Stigmatisierung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen verhindern und alles dafür tun, dass sie nicht in eine Außenseiterrolle geraten.

Vielen Dank.