



Eine Generation wird krank geschrieben.

Die Ausbreitung der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)

Charlotte Köttgen

ADHS sei ein Paradebeispiel für eine fabriizierte Erkrankung, so drückte es Leo Eisenberg selbst aus, wie berichtet wurde (Blech 2012, 2014). Eisenberg war der Erstbeschreiber des hyperkinetischen Syndroms und ebnete damit den Weg für das Geschäft vieler Profiteure mit den Diagnosen, für die Medikamente verordnet wurden; hyperkinetisch steht für Zappelphilipp, Trotzkind u. a. (Schönhöfer 2014).

Es handele sich eben nicht um eine definierbare Krankheitseinheit, fügte Eisenberg hinzu: „Fragen nach psy-

chosozialen Ursachen seien vielmehr wichtig, aber sie nähmen viel Zeit in Anspruch“ ... „Eine Pille verschreibt sich dagegen ganz schnell.“ Eltern fühlten sich endlich von Vorwürfen entlastet, sobald eine medizinische Diagnose sie nicht mehr für Erziehungsfehler verantwortlich macht.

Eltern schulpflichtiger Kinder geraten unter Druck, wenn ihre Kinder – insbesondere Jungen – im Bildungssystem nicht leistungsorientiert und dem schulischen Standard gemäß angepasst funktionieren. Nur Eltern können und

müssen schließlich der Verordnung der Medikamente zustimmen, da Schule und Arzt das sehr oft mit Nachdruck verlangen. Das trifft besonders jene, die mit sozial schwierigen Lebensverhältnissen kämpfen müssen. Zu selten erhalten Familien alternative pädagogisch-ergo-therapeutische Angebote. Manche empfinden eine familiäre Beratung eher als bedrohlich. Wirklich wichtige Fragen, wie elternabhängige Risikofaktoren, Überforderung und Leistungsdruck bei Kindern in einer von Reizüberflutung geprägten Zeit, wurden zwar bei der Barmer-GEK

(2013) als notwendig genannt, bisher aber wissenschaftlich nicht untersucht.

Pädagogische und psycho-soziale Probleme – und um solche handelt es sich überwiegend bei der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) – wurden mit dem F 90 (im Diagnoseschlüssel der ICD-10) zu einer nur mehr von Mediziner*innen zu diagnostizierenden Störung, die gleichsam wie eine Krankheit ge- und behandelt wurde. Für diese Diagnose werden seither methylphenidathaltige Mittel (z. B. Ritalin) und Folgepräparate trotz ihres erheblichen Suchtpotentials und anderer Nebenwirkungen (s. Packungsbeilage) als Mittel der Wahl ärztlich verordnet.

Nachdem ein Abrechnungstitel für die Diagnose im ICD-10 vorhanden war und das Medikament mit den Krankenkassen abgerechnet werden konnte, verbreiteten sich Störungen als ADHS und die ärztlichen Verordnungen in einem Tempo, wie sie sonst nur durch von Erregern erzeugte Seuchen zu erklären sind. Es gibt aber keinen Anhaltspunkt für eine Infektion oder Hirnstoffwechselstörung; der oft behauptete Dopaminmangel konnte bisher ebenso wenig – wie eine Ähnlichkeit mit Diabetes, bei dem Insulin gebraucht wird – wissenschaftlich belegt werden (Leuzinger-Bohleber, Brandl & Hüther 2006).

Die wirklich schweren seelischen Störungen, wie Depressionen, Manien und Psychosen, sind nicht nachweislich angestiegen. Über die Ursachen wird seit mehr als 150 Jahren gestritten.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen wurden inzwischen in bis zu 750.000 Fällen diagnostiziert; dabei ist hier nicht einmal die große Zahl privat Versicherter einbezogen; die Barmer-GEK stellt einen bedenklichen Anstieg ärztlicher Ver-

ordnungen von Ritalin, Medikinet und Concerta sowie anderen Mitteln wie Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizern an Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene fest (Barmer-GEK 2013).

1. Folgeschwere Medikation – einige der Nebenwirkungen

Von den in jedem Beipackzettel nachlesbaren, meist verharmlosten Nebenwirkungen der methylphenidathaltigen Präparate seien hier nur einige aufgezählt:

- Sucht
- Wachstums- und Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit
- Angst
- Psychosen
- Aggressivität
- Schlaganfall
- Blutdruckveränderungen u.a.

Die Nebenwirkungen müssen von den Herstellern der Mittel aufgeführt werden, weil sie vorgekommen sind und die Industrie sich durch die Bekanntheit vor Schadensersatzforderungen schützt, falls die Betroffenen Klagen erheben.

2. Die sogenannte multimodale Behandlung findet sehr selten statt

Die Behandlung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, bekannt als ADHS, sei, so wird von Ärzteverbänden vertreten, „multimodal“ orientiert.

Bedeutet demzufolge multimodal in der Praxis, dass der Hilfeplan für die Behandlung fallbezogen in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess erstellt wird?

Sind die verschiedenen Fachkräfte unter Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes aus dem sozialen, pädagogischen, schulischen und the-

Familien in sozial belastenden Konstellationen:

In sozial belastenden Familienkonstellationen werden Medikamente häufiger verordnet (hier Methylphenidat gegen ADHS), wie schwedische Untersucher herausfanden (Hjern, Weltoft & Lindblad 2010):

Mehr Kinder aus unterprivilegierten Familien, von alleinerziehenden Müttern, von Müttern mit niedriger Schulbildung und von der Sozialhilfe lebenden Müttern bekommen Methylphenidat verschrieben.

Es gibt eine mindestens 3-fach höhere Verordnungsrate von Psychostimulantien bei Jungen als bei Mädchen.

Außerdem gehe ein steigendes Bildungsniveau der Eltern einher mit einem sinkenden Risiko an Methylphenidatverordnungen (Barmer-GEK 2013).

rapetischen Bereich herangezogen worden gemäß der bewährten Verfahren, wie sie das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) vorsieht? Hat eine nötigenfalls multiprofessionelle Hilfe stattgefunden?

Was zunächst zum Aufgabenfeld der Jugendpsychiater zählte, ist mittlerweile von Kinder- und allen anderen Ärzten übernommen worden; Verordnungen von Weckaminen/Methylphenidat und Folgepräparaten haben sich seit 1995 von 1,3 Millionen auf 56 Millionen Tagesdosen im Jahr 2011 ausgeweitet – mit steigender Tendenz (Finzen 2012).

Nur ein Bruchteil der Kinder (9,5 %) mit angeblich gesicherter ICD-10 Diagnose hat je einen Kontakt, z.B. zu einem Psychotherapeuten, gehabt, so die Barmer-GEK (2013).

Die mit schwierigen Fällen allein gelassenen Fachleute delegieren die Verantwortung allzu oft bereitwillig

an die Ärzteschaft. Man kann daraus folgern: Nicht die vorgeblich „multimodale“ Behandlung ist Realität; vielmehr sind diese Medikamente die Standardbehandlung (HLS 2014). Mittel der Wahl – trotz der auf jedem Beipackzettel angegebenen erheblichen Nebenwirkungen – ist das Psychostimulanz Methylphenidat (wie Ritalin, Concerta, Medikinet u. a.), das wegen seines hohen Suchtpotentials unter das Betäubungsmittelgesetz fällt.

3. Noch mehr Diagnosen und Medikamente im DSM 5

Derzeit werden für Kinder und Erwachsene beständig neue Diagnosen gefunden, mit denen allgemeine Entwicklungs- oder Befindlichkeitsprobleme, ausgeprägte Gefühlsregungen (Trauer) – oft als Ausdruck psychischer Not- oder Stressfolgen, die mit Unruhe einhergehen – zu Krankheiten gemacht werden. Beispiele sind die pathologische Trauer oder bipolare Störung schon im Kleinkindalter, wie dies mit der 5. Revision des US-amerikanischen Diagnose-Statistik-Manual (DSM 5) bereits im Vorfeld festgeschrieben ist.

Nachdem sich die Ausweitung des Marktes auf Kinder, die evtl. ja potentiell dauerhafte Kunden sein könnten, als so profitabel erwiesen hat und „verhaltens- und emotionale Störungen“ „mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, wie es heißt, sich so rasant ausbreiten, soll das Erfolgsrezept ADHS auch auf das Erwachsenenalter ausgeweitet werden. Es sei dann kaum noch möglich, ohne eine, zwei oder eine Hand voll geistiger Störungen durchs Leben zu kommen, so Frances (2013).

Die Hersteller propagieren eine ebenso erfolgreiche Vermarktung nurmehr auch der Antidepressiva und Neuroleptika bei Kindern, wie ihnen dies mit Ritalin und Folgepräparaten mit Hilfe des finanziellen Sponsorings der angeheuerten Experten, Elternvertreter und Meinungsbildner gelungen ist:

Neuroleptika:

Neuroleptika, z.B. Risperidon, greifen tief in die Persönlichkeit von Kindern ein:

Sie tragen zur Verlangsamung des Denkens, der Mobilität (mit der Folge einer Gewichtszunahme bis hin zu massivem Übergewicht) sowie der intellektuellen Leistungsfähigkeit bei. Es kommt überdies zu unwillkürlichen Zwangsbewegungsstörungen im Sinne des Parkinson, zu Sitzunruhe sowie zu Stoffwechselstörungen wie Diabetes. Mögliche Folgen sind auch eine erhöhte Prolaktinbildung (ein Hormon, das zur Milchausschüttung nötig ist und das Brustwachstum fördert); insbesondere kann die Bildung von Sexualhormonen zu Störungen der sexuellen Reifung und sexuellen Prägung führen. Weitere Folgen können irreversible Fruchtbarkeitsstörungen sein (Schönhöfer 2014, Finzen 2012).

Diese Mittel sind für die Behandlung von kindlichen Auffälligkeiten nicht vertretbar. Vielmehr sind Notrufe von Kindern als solche zu verstehen, und es sollen die zugrunde liegenden Konflikte bearbeitet werden. Diese Kinder brauchen familiäre, ergotherapeutische, pädagogische und sozialtherapeutische Unterstützung, auch Unterstützung in der Schule.

4. Wie erfolgt die fachliche Information von Ärzten?

Eine sogenannte Metaanalyse von Danckaerts et al. (2010) ist eine Publikation der industrienahen „European ADHD Guidelines Group“, die durch ein „unrestricted grant“ der Firmen Eli Lilly, Janssen-Cilag und Novartis/Shire finanziert wurde.

Die Autoren selektierten für ihre Metaanalyse aus 1.145 firmenfinanzierten Publikationen nur 36 als geeignet für die Information von Ärzten heraus. Was

in den über tausend nicht selektierten Untersuchungen steht, wird nicht mitgeteilt, könnte aber von großem Interesse sein.

Mittels dieser Methode gelingt es, erwünschte Resultate auszuwählen und damit vorgebliche Eindeutigkeit zu suggerieren.

Solch eine firmenfinanzierte, absatzorientierte Forschung ist fragwürdig als Informationsquelle für die bei ADHS beratenden und behandelnden Ärzte.

5. Zahlreiche Fehldiagnosen

5.1 Unreife SchülerInnen

Epidemiologische Untersuchungen lassen Zweifel an dem pathophysiologischen medizinisch adaptierten Konzept zu ADHS begründet erscheinen. So fanden Forscher heraus, dass in der Schulpraxis wahrscheinlich die Unreife der jüngsten SchülerInnen eines Jahrgangs häufig zur Fehldiagnose ADHS Anlass gibt.

Eine Überforderung der Jahrgangsjüngsten führt kindgemäß zu Unruhe; Verunsicherung führt auch zu höherer Aggressivität, explosionsartigem Bewegungsdrang, Ablenkbarkeit und schwankender Aufmerksamkeit, die in der Schule als störend empfunden werden. Anstatt als pädagogische Herausforderung werden diese Notrufe als Krankheit – ADHS – (fehl-)interpretiert. Deshalb erhalten die jahrgangsjüngsten Kinder einer Klasse deutlich häufiger die Diagnose „ADHS“ als die Jahrgangsalteren.

Auf diesen Sachverhalt weisen zwei Studien hin. Eine stammt aus Michigan/USA (Elder et al. 2010): „Nearly 1 million children are potentially misdiagnosed with ADHD“, d. h. „potentiell sind fast 1 Millionen Kinder fehldiagnostiziert mit ADHS“. Eine zweite große epidemiologische Studie mit 900.000 Kindern aus Vancouver/Canada (Morrow et al. 2012) beschreibt



Forscher fanden heraus, dass wahrscheinlich die Unreife der jüngsten SchülerInnen eines Jahrgangs häufig zur Fehldiagnose ADHS Anlass gibt.

dieses Phänomen wie folgt: „Unreife wird als ADHS missverstanden“, („Immaturity mistaken for ADHD“).

5.2 Überdiagnostizierung

Das Problem der Überdiagnostizierung von ADHS untersuchten auch Bruchmüller & Schneider (2012) empirisch und kamen zu dem Ergebnis, dass Fehldiagnosen (in deren Folge häufig auch eine Medikalisierung) überwiegen.

6. Marketing

Die unabhängige MTA-Studie von Molina et al. sei hier hervorgehoben. Sie zeigt u. a., wie Forschungsergebnisse für die Vermarktung genutzt werden (MTA Studie: MTA Cooperative Group 1999).

6.1 Erwünschte Forschungsergebnisse

Die Verordnung von Medikamenten wie Methylphenidat bekam im Jahre

1999 durch die MTA-Studie (a. a. O.) Auftrieb. Diese Studie behauptete, dass eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Methylphenidat die besten Ergebnisse bei der Unterdrückung von Symptomen des ADHS erbringt und damit der alleinigen psychotherapeutischen Intervention überlegen ist. Das Mittel dämpfte während der Einnahme den Bewegungsdrang, die Erregung und Wutanfälle.

Die Studie förderte das Marketing von Methylphenidat im medizinischen Establishment sehr. Da nach dieser Studie von Methylphenidat verordnenden Ärzten eine spezielle Ausbildung in Verhaltenstherapie verlangt wurde, boten die Hersteller von methylphenidathaltigen Präparaten Shire/Novartis, den Ärzteorganisationen umgehend kostenlos entsprechende Fortbildungskurse in Verhaltenstherapie für die verordnenden Ärzte an.

6.2 Unerwünschte Forschungsergebnisse

Weniger Begeisterung bei den Herstellern von methylphenidathaltigen

Medikamenten fanden die Resultate einer Nachuntersuchung an Teilnehmern der MTA Studie 36 Monate später (Molina et al. (2007):

Es zeigte sich bei den 14 Monate lang mit Methylphenidat behandelten Jugendlichen eine erhöhte Rate an Straffälligkeit (27,1 % vs. 7,4 %) und Drogenmissbrauch (17,4 % vs. 7,8 %). Die in der MTA-Studie beschriebene Besserung der ADHD-Symptomatik unter Methylphenidat korrelierte nicht mit einer Besserung hinsichtlich Schulleistung, Berufsausbildung, sozialen Bindungen oder Lebensbewältigung. Diese empirischen Untersuchungsergebnisse wurden wenig publiziert.

6.3 Formen des finanzkräftigen Marketings

„Vorsicht Diagnose“ heißt ein Kapitel in dem Buch „Die Psychofalle“ von Blech (2014), in dem er u. a. darauf hinweist, dass Ärzte und Forscher als Seelsorger der Industrie für ihre Diagnoseerfindungen die Hand aufhalten und dies bisher jedenfalls nicht veröffentlichten mussten, wie es in den USA mittlerweile mit dem Physician Payment Sunshine Act gesetzlich verankert ist.

Bei der Erarbeitung des neuen Diagnosemanuale DSM 5 seien in der Gruppe „psychotische Störungen“ 83 % der Kommissionsmitglieder finanziell mit der Pharmaindustrie verbunden gewesen, bei den Schlafstörungen waren es 100 %. Diese Nähe zu den Herstellern spiegelt sich im DSM 5 wider, in dem noch mehr Diagnosen für Kinder katalogisiert werden, diesmal auch Diagnosen, die absehbar mit den noch folgenschwereren Neuroleptika (s. o.) behandelt werden sollen.

Dazu ein Beispiel, das zeigt, wie sich das Sponsoring auszahlt:

In Deutschland können Hersteller unkontrolliert und ohne Offenlegung Angehörigengruppen, Ärzefortbildungen und umsatzfördernde Maßnahmen sponsern, so wie sie die „World Fede-

führen vielmehr zur Fehldiagnose ADHS, vor allem aber auch zu Überforderung und Verunsicherung der Kinder in den darauffolgenden Jahrgangsstufen, wie epidemiologische Studien an nahezu einer Million Kindern gezeigt haben (USA: Elder et al. 2010, Kanada: Morrow et al. 2012).

Diese alarmierenden Erkenntnisse haben in der Praxis nicht dazu geführt, die dringend benötigten multiprofessionellen (multimodalen) Hilfen als Chance zur Bewältigung der psychischen und der viermal häufigeren sozialen oder familiären Konflikte angemessen zu beantworten, wie es nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA 2009) gefordert wurde. Tatsächlich gab es nur bei 9,5% der Kinder mit ADHS überhaupt Kontakte zu Psychotherapeuten (HLS 2014).

Anstatt die zu frühe Einschulung wegen der möglichen Überforderungen der Kinder zu hinterfragen, wird zunehmend auf das „Problemlösungspotential“ der Ärzte und der Pille vertraut. Ärzte sind nicht obligatorisch qua Ausbildung Experten für pädagogische Fragen und/oder psychosoziale Probleme, um die es vorrangig geht.

Unter diesen Umständen sind Eltern völlig überfordert, wenn sie unter großem Druck von Seiten der schulischen und sozialen Umwelt der Medikamentengabe ihrer Kinder zustimmen sollen (müssen); sie sind in der Regel schutzlos und mit einer prognostisch so weitreichenden Entscheidung alleine gelassen, das zeigt die Praxis.

Die Eltern sind zwar durch die zahlreich aufgelisteten Nebenwirkungen im Beipackzettel gewarnt, wissen aber nicht, dass sich die Hersteller durch deren Angaben vor allem selbst vor Schadenersatzzahlungen bei Klagen wegen der Medikamenten-Folgewirkungen absichern.

Psychopharmaka greifen tief in die kindliche Persönlichkeit ein und kön-

nen neben den schwerwiegenden Folge- und Nebenwirkungen abhängig machen, wie im vorliegenden Text beschrieben. Neuroleptika können die sexuelle Prägung junger Menschen stören, einige Folgen können irreversibel sein und auch zu früherem Ableben führen.

Durch eine Ausweitung der psychiatrischen Diagnosen für Kinder und Jugendliche im US-amerikanischen Diagnose-Statistik-Manual DSM 5 wird bei immer jüngeren Kindern eine Psychopharmakotherapie propagiert, und neuerdings soll nicht nur mit methylphenidathaltigen Mitteln wie Ritalin, sondern auch mit Antidepressiva und Neuroleptika behandelt werden. Dies wird im neuen Diagnose- und Behandlungskatalog der WHO in dem ICD-11 übernommen. So werden Kinder zu neuen Umsatzträgern für Hersteller von Psychopharmaka und garantieren auf diese Weise das Milliardengeschäft der Pharmahersteller, die durch angeheuerte Experten, Meinungsbildner wie auch Elternvertreter unterstützt werden.

Forderungen:

Alternative Hilfe-Angebote: Erzieherische, sozial-, ergo- und psychotherapeutische Hilfen sollen durch interdisziplinäre Gremien weiter entwickelt werden, z. B. auch Neurofeedback. Die gleichrangige Kooperation von Fachleuten aus Einrichtungen der Regel- und Behindertenversorgung, der Jugendhilfe und Schulen sowie der Beratungsdienste unter Einbeziehung von Ärzten ist unabdingbar und im Lebensumfeld der Kinder strukturell zu verankern. Multimodale Hilfsansätze und Modelle einer „best practice“, soweit solche bereits vorhanden, sind zu veröffentlichen bzw.



Der Verordnung von Medikamenten sollten grundsätzlich langfristige familiäre, schulische, soziale und therapeutische Hilfsmaßnahmen gut dokumentiert und nachprüfbar vorausgegangen sein.

modellhaft zu verbreiten. Sie brauchen Zeit und sollen gut dokumentiert und überprüfbar erfolgen.

Kontrollen: Die Vergabep Praxis von Abhängigkeit erzeugenden und möglicherweise gesundheitsschädlichen Psychostimulantien, Antidepressiva und Neuroleptika an Kinder und Jugendliche bedürfen der Kontrolle und Überwachung. Deren Anwendung muss nach überprüfbaren wissenschaftlichen Kriterien erfolgen.

Bei der Zulassung und der Nutzenbewertung für die Erstattung von Arzneimitteln dieser Indikation sind vom

Über die Autorin:

Charlotte Köttgen ist Sprecherin des Ausschusses Kinder und Jugend der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. und war Leiterin eines jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienstes im damaligen Landesjugendamt der Stadt Hamburg mit Beratungsfunktion für Kinder in Hilfen zur Erziehung. Zudem ist sie Mitautorin des Werkes „Eine Generation wird krank geschrieben“ (2013) der DGSP.

Lizenzinhaber kontrollierte Studien vorzulegen, die belegen, dass sie nicht schaden. Die Unabhängigkeit dieser Forschungsergebnisse muss offengelegt werden und durch staatliche Stellen überprüft werden.

Kenntnisdefizite beseitigen: Unabhängige Forschung zum Nutzen von Therapien sollte sich auf für die Lebensbewältigung relevante Parameter beziehen; dazu zählen bei Kindern und Jugendlichen die Schulleistung, Berufsausbildung, soziale Bindungs-

fähigkeit und Organisation des eigenen Lebens. Langzeiteffekte und Nebenwirkungen von Medikamenten müssen erforscht, ebenso müssen die finanziellen Abhängigkeiten und Zuwendungen an die Forscher und Behandler öffentlich gemacht werden.

Das Literaturverzeichnis steht unter www.verlag-modernes-lernen.de/literatur zum Download zur Verfügung.

Mit Dank an Prof. Dr. Peter Schönhöfer für seine Unterstützung

Die Autorin:



Dr. med. Charlotte Köttgen

Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
Zeltinger Str. 9
50969 Köln
chkoettgen@t-online.de

Stichwörter:

- ADHS
- Methylphenidat
- Neuroleptika
- Psychostimulantien