

Vilzmann, Raluca

Eltern-Compliance bei medikamentöser Behandlung von AD(H)-S

eingereicht als

MASTERARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2017

Erstprüfer: Prof. Dr. Dr. G. Zurhorst

Zweitprüferin: Dipl.-Psych. A. Biskupek

Bibliographische Beschreibung:

Vilzmann, Raluca:

Eltern Compliance bei AD(H)-S Medikation. 72 S.

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Masterarbeit, 2017

Referat:

Die Masterthesis befasst sich mit der Compliance von Eltern, während ihre Kinder Medikamente zur Behandlung von AD(H)-S einnehmen oder kurz davor stehen. Untersucht wird die Höhe der Therapietreue und mögliche Ursachen dafür.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche, durch die vorhandene Problemstellungen ermittelt und Lösungsmöglichkeiten gefunden werden sollen.

Daneben wurde der wissenschaftliche Diskurs zur Ätiologie der AD(H)-S Erkrankung anhand von Mediendebatten, Pressemitteilungen und Interviews herausgearbeitet. Die Darstellung des wissenschaftlichen Diskurses stellt keine Untersuchung im Sinne einer Beweisführung dar, sondern soll Fragestellungen und Probleme aus der wissenschaftlichen Literatur verdeutlichen, differenzieren und erweitern.

Inhaltsverzeichnis

1 Fragestellung und Hypothese	4
1.1 Fragestellung	4
1.2 Hypothese	5
2 Hinführung an das Thema Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS/ADHD)	7
2.1 Störungsbild Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	8
2.2 Diagnosekriterien	9
2.3 Symptome	11
2.4 Komorbidität	12
2.5 Diagnostik und Differentialdiagnostik	13
2.6 Kritik an der Diagnostik	14
2.7 Ätiologie	15
2.8 Prävalenz	17
2.9 Verlauf und Prognose	19
3 Die Behandlung von ADHS	20
3.1 Die Leitlinienempfehlung	20
3.2 Psychoedukation	22
3.3 Verhaltenstherapie	22
3.4 Medikamentöse Behandlung	23
3.5 Wirksamkeitsnachweise von Psychopharmakotherapie	28
3.6 Sonstige Therapiemethoden	28
3.7 Vergleiche von Effektstärke VT und Psychopharmakotherapie	29
4 Medikamentöse Versorgung in Deutschland	30
5 Compliance bei Psychopharmakotherapie	32
5.1 Compliance	32
5.2 Die fünf Ebenen der Compliance (WHO)	33
5.3 Die zwei Phänomene der Compliance	34
5.4 Compliance vs. Non-Compliance	34
5.5 Direkte und indirekte Methoden zur Compliancemesung	35
5.6 Compliance bei der Psychopharmakotherapie von ADHS	35
5.7 Erhöhung der Compliance	37
5.8 Probleme bei der aktuellen Versorgungssituation	39

6 Die Eltern im Rahmen der Behandlung	41
6.1 Besondere Herausforderung für Eltern von ADHS Betroffenen.....	41
6.2 Familiendynamische Dimensionen	43
6.3 Medikamente ja – oder nein?	44
6.4 Viele Eltern selbst betroffen	48
6.5 Gesundheitsbedürfnis, Versorgungsbedürfnis	48
6.6 Was Eltern in Bezug auf die Behandlung ADHS denken.....	50
7 Untersuchung der Gründe für mangelnde Compliance	51
7.1 Biologisches vs. Soziales Konstrukt	51
7.2 Ausweitung der Diagnosekriterien (DSM-V) - als Übel der Diagnoseinflation	52
7.3 Die Mediendebatte in Deutschland	54
7.4 Diagnoseinflation in Deutschland – die Erklärung des bkjpp.....	57
8 Diskussion	65
8.1 Diagnostische Abgrenzbarkeit	65
8.2 Behandlungsplanung	65
8.3 Verhaltenstherapie	65
8.4 Zu schnell Psychopharmakotherapie?	66
8.5 Diskrepanz zwischen Versorgungsbedürfnis und Versorgungsbedarf	66
8.6 Der Leidensdruck unter dem die Eltern stehen	66
8.7 Einschränkung der Untersuchung.....	68
9 Resümee	69

Anlagen

Literaturverzeichnis

Quellenverzeichnis

Erklärung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Multifaktorielle Genese	15
Abbildung 2: ADHS-Diagnosehäufigkeit	17
Abbildung 3: Anteil Kinder und Jugendliche mit Verordnung von Methylphenidat nach Geschlecht und Alter	30
Abbildung 4: Die fünf Ebenen der Compliance	33
Abbildung 5: vereinfachte, graphische Darstellung der Theorie der Verhaltensänderung	46
Abbildung 6: Versorgungsbedürfnis vs. Versorgungsbedarf	49

Tabellenverzeichnisverzeichnis

Tabelle 1: Symptom-Kriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung nach DSM- IV:	11
Tabelle 2: Prävalenzraten	17
Tabelle 3: Zusammengefasst sehen die Empfehlungen so aus:	20
Tabelle 4: Übersicht der bedeutendsten Wirkstoffe für ADHS, Stimulanzien	26
Tabelle 5: Ebenen von möglichen Belastungsfaktoren für Eltern, Geschwister, Familien	42

1 Fragestellung und Hypothese

1.1 Fragestellung

Kinder mit ADHS¹ stellen für die Eltern im besonderen Maße eine Herausforderung dar. Die betroffenen Kinder fallen häufig durch ihr „extrovertiertes“ Verhalten auf und stören ihr soziales Umfeld. Zudem wird Eltern oft vermittelt, sie könnten ihr Kind nur mangelhaft steuern.

Eltern von Kindern mit ADHS müssen über ihre Elternschaft hinaus für ihre chronisch kranken Kinder viele bedeutende Entscheidungen treffen. Sie sind die Hauptentscheidungsträger, wenn es um die Frage: „Medikation bei ADHS – ja oder nein?“ bei ihrem Kind geht. Verschiedene Faktoren spielen eine Rolle für die Eltern, wenn sie diese Entscheidung treffen. Egal für welche Variante sie sich entscheiden, zurück bleibt eine große Verunsicherung, ob sie die richtige Entscheidung getroffen haben.

Deshalb ist es von zentraler Bedeutung, sich mit den auftretenden Bedürfnissen der Eltern für die notwendige Versorgung für ihr Kind, aber auch für sie selbst als Eltern, auseinander zu setzen.

Die vorliegende Arbeit hat sich hauptsächlich zur Fragestellung gemacht, wie die Eltern die Versorgung wahrnehmen und ob sie diese positiv bewerten – anders gesagt, wie compliant sind die Eltern bei der medikamentösen Behandlung von ADHS ihres Kindes?

Wie gut fühlen sich Eltern informiert über das Störungsbild und die Umsetzung der Behandlung? Welche „Versorgungsbedürfnisse“ entwickeln Eltern, lassen sie sich durch verschiedenen Studien detektieren? Dadurch soll auf die Situation der Eltern hingewiesen werden, für die ich gerne im Besonderen sensibilisieren würde.

Detaillierte Fragestellungen betreffen den Bereich: Welche Auswirkungen hat die Erkrankung des Kindes auf die Familie? Warum fällt es Eltern schwer ein ursächliches Modell für die Erklärung der Krankheit zu finden?

Wie ist der aktuelle Stand der Wissenschaft?

Zur Bestätigung oder Widerlegung der oben genannten Hypothese hätte

¹ Im Titel der Arbeit wird AD(H)-S in der traditionellen Schreibweise angeführt, der Einfachheit halber, wird jedoch im Text die Schreibweise ADHS verwendet. ADHS steht für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom. Und meint sowohl die einfache Aufmerksamkeitsstörung als auch die einfache Aufmerksamkeitsstörung gepaart mit Hyperaktivität.

ich gerne eine groß angelegte empirische Arbeit mit Elterninterviews durchgeführt. Die äußere Struktur ermöglicht mir dies jedoch leider nicht, deshalb wähle ich eine Herangehensweise in welcher ich mich mit Erfahrungsberichten von Eltern auseinandersetzen werde und mich mit aktuellen Forschungsergebnissen und Literatur zu diesem Fachgebiet vertraut mache.

1.2 Hypothese

Eltern und Patienten weisen eine niedrige Compliance² im Rahmen der Behandlung auf, was sich an einer hohen Abbruchquote oder zu später Einnahme des Folgerezeptes beim behandelnden Arzt festmachen lässt oder auch an der Weigerung, Medikamente für die Behandlung überhaupt einzusetzen. Die niedrige Compliance lässt sich unter anderem auch auf eine große Verunsicherung zurückführen, ob die Diagnose für das eigene Kind tatsächlich gerechtfertigt ist. Ich setze hierbei hypothetisch eine niedrige Compliance voraus, zusammenhängend mit der in den letzten Jahren entstandenen Diskussion um das Thema ADHS als Modediagnose. Eltern fühlen sich unsicher, ob der Validität der Diagnose und der darauf aufbauend ausgesprochenen Empfehlungen. Eltern beschäftigen die Frage, sind Medikamente für die Behandlung meines Kindes tatsächlich angezeigt, oder lassen sich unsere Probleme vielleicht auch anders „in den Griff bekommen“? Es ist wichtig, dass Eltern eine möglichst rationale Entscheidung im Bezug auf die Medikamentengabe treffen, um zu gewährleisten, ihrem Kind die optimale Therapie zukommen zu lassen. Dazu benötigen sie gute Informationen, die sich mit beiden Seiten der wissenschaftlichen Debatte um eine Medikamentenüberversorgung und dem wissenschaftlichen Stand zur Krankheit und Diagnostik befassen. Ich hoffe, diese Untersuchung kann einerseits einen Beitrag zu einer verbesserten Sicht auf die Beratung im Rahmen der Verordnung von Medikamenten bei ADHS bieten. Vor allem deshalb, weil sie einen Beitrag aus Sicht der betroffenen Eltern mit einem

² Compliance: umschreibt die Therapietreue eines Patienten. Die Therapietreue spielt vor allem bei chronischen und psychischen Krankheiten eine nicht zu vernachlässigende Rolle, da der Therapieerfolg davon abhängig ist. Z. B. Regelmäßigkeit mit der ein Medikament eingenommen wird.

ADHS diagnostizierten Kind bieten soll. Sie möchte die Perspektive der Eltern in den Vordergrund rücken, da diese bisher in der Behandlung zu stark vernachlässigt scheint. (Gebhardt, B., Finne, E., van Rahden, O., Kolip, P., Glaeske, G. & Würdemann, E., 2008). Andererseits soll sie Eltern eine knappe Übersicht über den aktuellen Stand der Wissenschaft mit den zentralen Diskussionen bieten. So können sich Eltern selbst eine Meinung bilden.

2 Hinführung an das Thema Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS/ADHD)

Die Mehrzahl der Studien in Bezug auf ADHS befasste sich mit Untersuchungen bezüglich der Ursachen, Symptome und Typen von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Gebhardt et al., 2008).

In den letzten Jahren ist das Bewusstsein gewachsen, welchen wichtigen Einfluss auch die sozialen und kulturellen Begebenheit auf die Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsdefizitsyndromen haben. Es gibt vermehrt auch Studien über Faktoren, welche Einfluss auf die Therapiebereitschaft nehmen. Vor allem im angloamerikanischen Raum lassen sich vermehrt Studien zu umweltbezogenen Faktoren und Psychopharmakotherapie finden. Eine Recherche vom 03.09.2016 auf der Seite des „National Center for Biotechnology Information“ (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>) der U. S. National Library of Medicine ergab 1059 Resultate für den Suchbegriff: „Parents adherence ADHD medication“. Für mich verwertbare Studien, die tatsächlich Ergebnisse zu Compliance, in Bezug auf ADHS und Psychopharmakotherapie enthielten waren nur in einem Bruchteil enthalten (ca. 8 Studien).

Eltern sind aufgrund von kritischen Berichterstattungen in verschiedenen Medien über die extreme Zunahme an Verordnungen für Methylphenidat³ verunsichert. Sie fragen sich, ob eine tatsächlich gesicherte Diagnosestellung überhaupt möglich ist. Zur Klärung dieser Fragestellung ist es notwendig, die aktuellen Erkenntnisse in Bezug auf diese Krankheit zusammenzufassen und sich ein Bild über den Prozess der Diagnostik und Behandlungsempfehlung zu machen.

³ Methylphenidat ist ein Arzneistoff mit stimulierender Wirkung aus der Gruppe der Phenylethylamine. Er wird zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung eingesetzt.

2.1 Störungsbild Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

In deutschsprachigen Ländern wird der Begriff ADHS verwendet, er steht für Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung. Liegt keine Hyperaktivität vor, so wird von ADS gesprochen. Im Englischen / Amerikanischen wird von ADHD gesprochen, der Attention-Deficit Disorder. Häufig wird die Abkürzung ADHD aber auch in deutschsprachigen Ländern verwendet (Hingst, 2008).

Die Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung stellt eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter dar (Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G., 2013).

„Als ADHS wird eine verminderte Fähigkeit zur Selbststeuerung bei Kindern und Jugendlichen beschrieben“ (BZgA, 2014, 5). Die Störung beeinflusst die Fähigkeit, Aufmerksamkeit zu fokussieren und unwichtige Reize gegenüber wichtigen zu filtern. Somit wirkt sich die Störung auf die Lernfähigkeit des Kindes, auf seine soziale Kompetenz und auf die Interaktion mit den Eltern, sowie in der Schule und im Gemeinschaftsleben aus (Cantwell, 1996). Als späterer Folge daraus ergeben sich häufig tiefgreifendere Lernschwierigkeiten, Lernstörungen sowie Verhaltensprobleme, fehlende Akzeptanz Gleichaltriger sowie ein niedriges Selbstbewusstsein (Shaywitz et al. 1997, zit. nach Hingst, 2008).

2.2 Diagnosekriterien

Es existieren zwei gängige Klassifikationssysteme: das ICD-10⁴ der World Health Organisation (WHO)⁵, welches in Deutschland verbindlich zur Kodierung der Krankheiten und Abrechnungen mit den Krankenversicherungen eingesetzt werden muss und das DSM-IV⁶, ein diagnostischer und statistischer Leitfaden für psychische Störungen. Die beiden Klassifikationssysteme sollen auch den internationalen Austausch über Störungsbilder vereinfachen und gewährleisten, dass Patienten überall auf der Welt für ein bestimmtes Symptombild die gleiche Diagnose erhalten würden. Folgende drei Kernsymptome beschreibt das ICD-10 in Bezug auf ADHS/ADHD:

- Aufmerksamkeit: Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit
- Impulsivität: Impulskontrolle
- Selbstregulation: Hyperaktivität/Aktivität

Damit nach ICD-10 Kriterien die Störung F90.0, Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, erfüllt ist, müssen Störungen in allen drei oben genannten Teilbereichen vorliegen, zudem müssen die Einschränkungen situationsübergreifend vorhanden sein und bereits vor dem 6. Lebensjahr begonnen haben. Wenn gleichzeitig auch noch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens vorliegen, so wird eine Störung F90.1, Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, diagnostiziert (Döpfner et al., 2013).

Nach den Kriterien des DSM-IV sind drei Untertypen in Abhängigkeit der

⁴ ICD 10 ist die Abk. für: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die deutsche Übersetzung lautet: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Sie stellt ein weltweit anerkanntes Diagnose-klassifikationssystem der Medizin dar. Herausgeber der ICD ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10 in der Version 2016, in der 10. Revision.

⁵ WHO: World Health Organization: Die Weltgesundheitsorganisation ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen und hat ihren Sitz in Genf. Sie 1948 gegründet, 194 Länder sind Mitglied. Sie stellt eine Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen dar.

⁶ Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = „diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“. Es ist wie das ICD 10 ein in der Psychiatrie verwendetes Klassifikationssystem. Definition und Diagnostik von Störungen soll dadurch besser zu vereinheitlichen sein. Das DSM IV wird von der APA (American Psychiatric Association) herausgegeben. Die aktuelle Version DSM V ist seit 12/2014 verfügbar.

klinischen Ausprägung definiert:

- Mischtyp (hier liegen alle Kernsymptome vor)
- Vorwiegend unaufmerksamer Typ
- Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

Diese Auffälligkeiten müssen nach DSM-IV schon vor dem 7. Geburtstag vorgelegen haben (in der aktuellen Version des DSM-V reicht das 12. Lebensjahr aus), und treten auch in mehreren, also verschiedenen Lebensbereichen wie Schule / Kindergarten und zu Hause / Untersuchungssituation in Erscheinung. Die Störungen der Bereiche müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorgelegen haben und des weiteren in einem Ausmaß, so dass es zu einer Fehlanpassung des Kindes gekommen ist und diese zu einem Entwicklungsrückstand geführt hat. (ebd.)

Der vorwiegend unaufmerksame Typ wird vom Diagnosesystem DSM-IV erfasst, nach den Kriterien des ICD-10 erfolgt keine Diagnosestellung, da das Symptom Hyperaktivität fehlt. Wiederum ergab eine Studie in Amerika, dass von 379 an ADHS erkrankten Kindern 151, also 40 %, übersehen worden wären, wenn nur die Kriterien nach DSM-IV angewandt werden würden. Vor allem ältere Kinder seien aus dem Schema gefallen. Hierbei wird offensichtlich, dass es wichtig ist, verschiedene Quellen für eine Diagnose zu Rate zu ziehen, sich als Diagnostiker nicht nur auf ein Standardwerk zu fokussieren (Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Leibson, C. & Jacobsen, S., 2005).

Eine Versichertenstichprobe, die zwischen den Jahren 1998 und 2001 durchgeführt wurde, ergab, dass in der untersuchten Gruppe 54% der ADHS Diagnosen von einem Kinderarzt, 29% von einem Allgemeinarzt und 15% von einem Psychiater diagnostiziert worden sind (Koster, 2004). Dieses Verhältnis verwundert, da 83% der Diagnosen von keinem Facharzt auf dem Gebiet erstellt wurden. Interessant wäre herauszufinden, wie der diagnostische Prozess beim Kinderarzt abläuft. Über welche diagnostischen Ressourcen wie Fragebögen, Konzentrationstests, Intelligenztests verfügen Kinderärzte? In welchem Umfang können sie sie einsetzen, wie werden sie von den Krankenkassen bezahlt?

2.3 Symptome

Tabelle 1: Symptom-Kriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV:

U n a u f m e r k s a m k e i t	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder anderen Tätigkeiten. 2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten. 3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen. 4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten) 5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren 6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben) 7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug) 8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken. 9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.
H y p e r - a k t i v i t ä t	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. 2. Steht (häufig) in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. 3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben). 4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. 5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“. <p>(Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)</p>

I m p u l s i v i t ä t	<p>1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.</p> <p>2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen).</p> <p>3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).</p> <p>4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). (Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.)</p>
--	--

(Döpfner et al., 2013, 1f)

Auch wenn in der Untersuchungssituation Symptome fehlen, kann die Erkrankung nicht eindeutig ausgeschlossen werden, denn situationsbedingt kann das Auftreten von Symptomen stark variieren. Beispielsweise bei neuen Situationen stark zurückgehen und in Situationen, bei denen eine längere Aufmerksamkeitsspanne erforderlich ist, typischerweise vermehrt auftreten (Döpfner et al., 2013). Für viele Kinder mit ADHS stellt deshalb auch die Schulsituation sowie die Hausaufgabensituation eine besondere Herausforderung dar. In diesen Situationen wird fokussierte Aufmerksamkeit erforderlich und ruhiges Verhalten eingefordert.

2.4 Komorbidität

ADHS mit einer zusätzlichen komorbiden Störung stellt eher die Regel als die Ausnahme dar (Döpfner et al., 2013). Bei bis zu 80% der Kinder werden komorbide Störungen diagnostiziert (Jensen P., Mrazek D, Knapp P., Steinberg L, Pfeffer C, Schowalter J, Shapiro T., 1997).

50% : Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens

30-50%: Störung des Sozialverhaltens (ohne Opposition)

10-40%: Affektive, vor allem depressive Störungen

30-40%: Angststörungen

10-40%: Lernstörungen, Teilleistungsschwächen

bis 30%: Tic-Störungen (Döpfner et al., 2013, 7)

Kinder mit kombinierten Störungen haben höhere Entwicklungsrisiken als die mit der simplen ADHS. Ihr Risiko, im Verlauf delinquent oder substanzabhängig zu werden, ist signifikant erhöht. Ebenso erscheint das

Risiko der Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erhöht (Döpfner et al., 2013).

2.5 Diagnostik und Differentialdiagnostik

Im Rahmen der Diagnostik geht es um die Erhebung der klinischen Symptomatik. Hierzu dient die klinische Exploration des Kindes und dessen Eltern, sowie die Einholung verschiedener Informationen von Erziehern/Lehrern. Empfohlen wird hierbei eine multiaxiale Diagnostik durchzuführen:

Achse I: klinisch-psychiatrisches Syndrom

Achse II: umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse III: Intelligenzniveau

Achse IV: körperliche Symptomatik

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Achse VI: globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

(Bundesärztekammer, 2007)

Um auszuschließen, dass die vorliegende Symptomatik „nicht durch eine andere psychische Störung (z. B. affektive Störung, Angststörung) besser beschrieben werden kann“ (ICD 10), müssen differentialdiagnostisch Ausschlusskriterien herausgearbeitet werden:

- Andere körperliche Ursachen (organische Primärstörungen): Seh- und Hörstörungen, Epilepsie, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, mangelnder Schlaf, Nebenwirkungen von Medikamenten (med.-induzierte Störungen)
- Altersgemäßes Verhalten bei sehr aktiven Kindern
- Oppositionelle Verhaltensweisen
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Ausgeprägter Intelligenzmangel
- Psychiatrische Krankheitsbilder (Bundesärztekammer, 2007)

Liegen o. g. Beschwerden vor, so gilt es z. B. die biologischen Komponenten durch Diagnostik auszuschließen. An apparativer Diagnostik kommen zum Ausschluss von Anfallsleiden das EEG sowie bildgebende Verfahren in Betracht (Hingst, 2008). Bei der differenzierten diagnostischen Betrachtung können weitere Hilfsmittel wie Entscheidungsbäume für artverwandte Störungen zum Einsatz kommen (Bsp. Döpfner, 2013, 58).

2.6 Kritik an der Diagnostik

Es gäbe keine die Diagnose als eindeutig richtig bestätigende psychologische Tests oder Laborparameter, deshalb werde ein erhöhter Wert auf die Anamnese gelegt (Gebhardt, 2008). Natürlich kann die Diagnose durch Konzentrationstests (z. B. d2) oder mittlerweile bereits computer-gestützte Testverfahren (bei einigen kann sogar eine Messung der Kopfbewegungen mittels Kamera erfolgen (Qb-Test)) sowie durch Fremd- und Eigenbeurteilungsverfahren (bei älteren Kindern) weiter eingegrenzt werden, z. B. CBCL, FBB, VBV usw. Einen eindeutigen Beleg, dass man die Krankheit nun gefunden hat, gibt es trotzdem nicht (Timimi, 2004)

Auch in der wissenschaftlichen Debatte lässt sich Kritik an der Diagnosestellung finden, Riedesser sehe in dieser Etikettierung beispielsweise eine unzulässige Vereinfachung komplexer psychischer und sozialer Probleme, eine auf Medikation gerichtete Sichtweise des Problems sowie eine Stigmatisierung des Kindes und eine Behinderung eines differenzierten Forschungsprozesses (Riedesser, 2006; Amft, 2006). Mattner betont 2006, dass „innerhalb der diagnostischen Blickreduzierung dieser Konzeptionen die oftmals als problematisch erkannten psychosozialen Lebenshintergründe von betroffenen Kindern als mögliche primäre Verursachungen der Verhaltensprobleme weitestgehend bewusst ausgeblendet bleiben.“ (Mattner 2006, zit. nach Gebhardt, 2012,26).

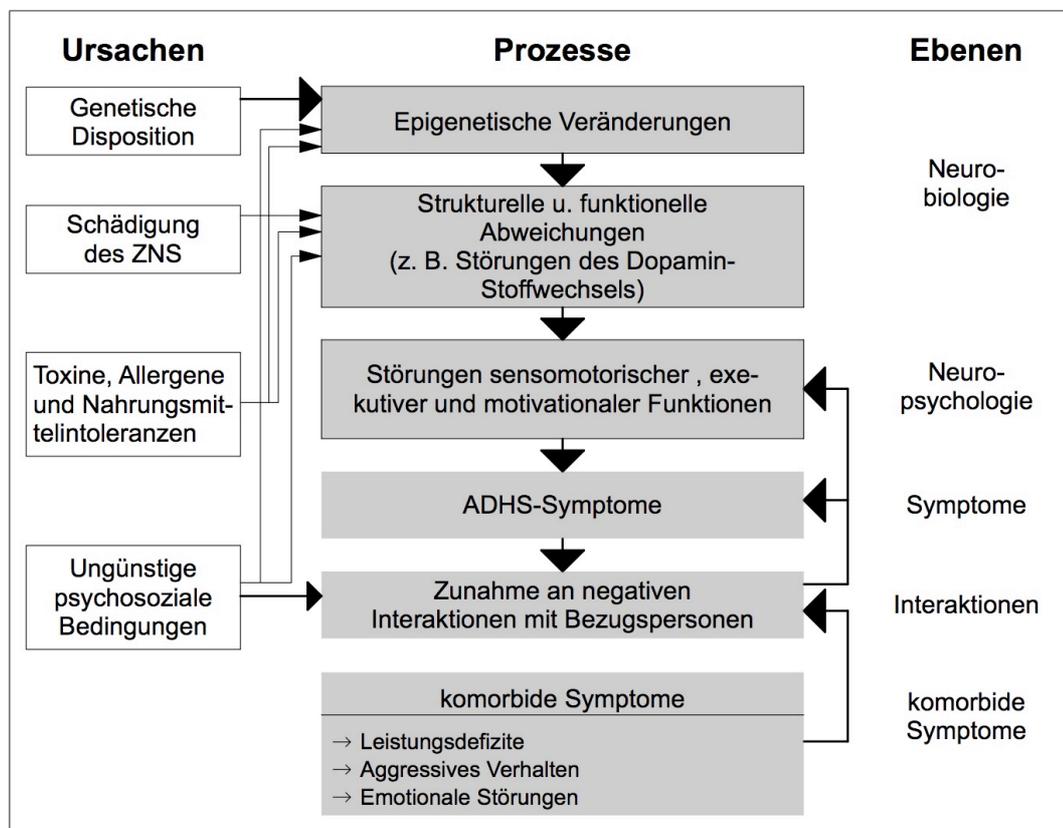
Im Zuge dieser Kritik wurden auch die diagnostischen Leitlinien für Deutschland immer mehr verfeinert.

Trotzdem ist die biologische Komponente sicher nicht von der Hand zu wiesen, so dass eine Verbindung zwischen der Hyperaktivität von Patienten und psychischen Erkrankungen der Eltern oder unsozialen Interaktionen im Elternhaus besteht. Beispielweise ergab eine Studie, dass deutlich mehr adoptierte Kinder oder Pflegekinder, deren Eltern psychopathologische Probleme oder Verhaltensprobleme hatten, aufgrund von Hyperaktivität behandlungsbedürftig waren (Cadoret et al., 1975, zit. nach Hingst, 2008). Der Einfluss der (v. a. außerbiologischen) Faktoren auf die ADHS ist bis heute nicht ausreichend geklärt (Biederman et al. 2005, Remschmidt et al. 2004, zit. Nach Hingst, 2008).

2.7 Ätiologie

Auch wenn die Ursachen und Entstehungsbedingungen der Erkrankung ADHS noch nicht abschließend geklärt werden konnten, so besteht in der psychotherapeutischen Fachwelt Konsens darüber, dass ursächlich für die Störung ein komplexes Geschehen zu sehen ist. Generell wird angenommen, dass eine „Interaktion von psychosozialen und biologischen Faktoren (...) (vorliegt), die letztlich zum klinischen Bild der ADHS führen.“ (Döpfner et al., 2013, 16)

Abbildung 1: Multifaktorielle Genese



(Döpfner et al., 2013, 17)

Wie aus dieser Tabelle ersichtlich ist, können auch pränatale Dispositionen von Alkohol und Nikotin ein Riskofaktor sein, ebenso wie Erkrankungen des ZNS⁷ oder psychosoziale Bedingungen.

Hierbei kristallisieren sich zwei Pole heraus: Einerseits die Untersucher und/oder Behandler, die eher von einem primär medizinisch-pathogeneti-

⁷ Zentrales Nervensystem: Ein Teil des Nervensystems. Beim Menschen Rückenmark und Gehirn. Z. B. zentralnervöse Störungen usw.

schen Ansatz ausgehen. Sie schreiben den genetischen Faktoren zwischen 70-90% Relevanz zu, hinzu kommen „nicht geteilte Umweltfaktoren“, denen in etwa ein Anteil von 10-25% zugesprochen wird. Die meisten gehen somit auch von einer höheren Prävalenz⁸ von 10-15% plus Dunkelziffer aus (Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M. & Huss M., 2007, 828). Diesen Behandlern und deren Annahmen stehen auf der anderen Seite die Untersucher/Behandler gegenüber, die eher von einem sozialpsychologischen Ansatz ausgehen, der den Umweltfaktoren einen höheren Stellenwert beimisst. Der Teil der Behandler, welche sich die Entstehung von ADHS eher als Ursache von schlechten sozialen Rahmenbedingungen erklärt. „ADHS wurde häufiger bei Teilnehmern mit niedrigem sozioökonomischen Status diagnostiziert als bei Teilnehmern mit hohem Status (ebd., 829). Des Weiteren gibt es auch Hinweise, dass ADHS mit Störungsmustern in der Beziehung von Elternteilen und Kindern einhergeht, sowie eine mangelnde Strukturgabe durch Erziehungsbeauftragte mitursächlich sein könnte (Döpfner et al., 2013).

„Diese Aussage wird von Hüther und Bonney (2011) unterstützt, die neueste Erkenntnisse aus der Hirnforschung anführen. Demnach ist es entgegen der bisherigen Annahme, die während der Hirnentwicklung ausgebildeten, neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen seien nicht wandelbar, möglich, dass sich die Struktur des Gehirns aufgrund von psychosozialen Einflüssen verändern lässt“ (Hüther & Bonney, 2011, zit. nach Birck, 2016, 93).

Im primär medizinisch-pathogenetischen Ansatz geht man davon aus, dass vermutlich die Signalübertragung zwischen den verschiedenen Hirnarealen gestört ist. Dadurch wird der Botenstoff Dopamin zu schnell abgebaut (Walitza & Berger, 2016). Geht man ätiologisch von einem primär medizinischen Ansatz aus, so ist es naheliegend, das Problem auch primär medizinisch zu behandeln, also zu Psychopharmaka zu greifen.

⁸ Epidemiologische Maßzahl, die die Anzahl an Menschen mit einer bestimmten Population/Krankheit/Zeitraum angibt

2.8 Prävalenz

Die Basiserhebung des KIGGS⁹ von 2003-2006 ermittelte in Deutschland Prävalenzraten von Kindern- und Jugendlichen zu 4,8%, bei noch einmal 4,9% lag ein Verdacht auf ADHS vor (Schlack et al., 2007).

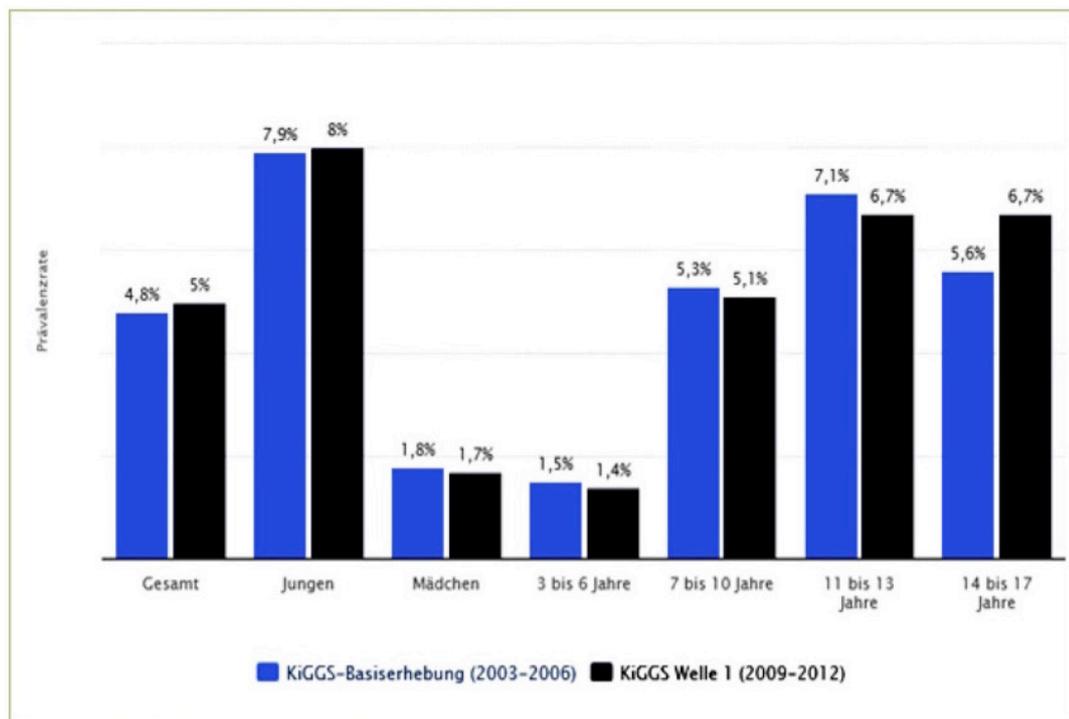
Tabelle 2: Prävalenzraten¹⁰

Altersgruppen	3-6 Jahre	7-10 Jahre	11-13 Jahre	14-17 Jahre	Gesamt
Geschlecht					
Jungen % (95% KI)	2,4 (1,7-3,4)	8,7 (7,3-10,3)	11,3 (9,5-13,3)	9,4 (7,9-11,3)	7,9 (7,1-8,7)
Mädchen % (95% KI)	0,6 (0,3-1,2)	1,9 (21,3-2,7)	3,0 (2,1-4,3)	1,8 (1,3-2,6)	1,8 (1,4-2,2)

(Schlack et al., 2007, 831)

Die spätere Welle I Erhebung von 2009-2012 ergab einen leichten Anstieg der Prävalenzrate von 0,2% und somit eine Rate von 5%.

Abbildung 2: ADHS-Diagnosehäufigkeit



(Hölling, H., Schlack, R., Petermann F., Ravens-Sieberer & Mauz, E., 2014).

⁹ Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ist eine vom Robert-Koch-Institut seit 2003 durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren sowie zu deren gesundheitlicher Entwicklung bis ins Erwachsenenalter.

¹⁰ Anzahl der Erkrankten, geteilt durch die Ges.-zahl der Pop. Die in dem bestimmten Zeitraum unter dem beobachteten Risiko standen.

Die international berichteten Prävalenzen für ADHS in bevölkerungsbasierten Studien variieren von 2 bis 7% (Bundesärztekammer, 2007).

Die Prävalenzraten liegen laut Skounti et al. (2007) in anderen europäischen Ländern bei Kindern zwischen 3,6% und 6,7%, bei Jugendlichen deutlich niedriger zwischen 2,2% und 2,6%. Polanczyk et al. gehen rechnerisch von einer weltweit durchschnittlichen Prävalenzrate von 5,3 % aus (zit. nach Döpfner et al., 2013).

In den USA sind 2002 ungefähr 7% aller Kinder betroffen (Dey, A., Schiller, J. & Tai, D., 2004), wobei das Verhältnis auch hier 4 : 1 für Jungen vs. Mädchen steht (Debar, L., Lynch, F. & Boles, M., 2004).

Untersuchungen der Barmer GEK ermittelten: „Innerhalb des Jahres 2014 dürfte die Diagnose F90 nach Hochrechnungen der Ergebnisse bei etwa einer von 100 Personen und damit schätzungsweise bei 808.000 Menschen in Deutschland dokumentiert worden sein (...) vorrangig sind Kinder und Jugendliche betroffen. Von den rund 14,7 Millionen Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 19 (...) waren schätzungsweise 4,3 Prozent betroffen, was einer absoluten Zahl von 628.000 Kindern und Jugendlichen mit einer „gesicherten“ Diagnose F90 in Deutschland entspricht.“ (Grobe, 2016).

Eine Untersuchung von Döpfner et al. 2006 zeigt folgende Befragungsergebnisse nach Elternurteil:

Wie aus der Tabelle ersichtlich, ergibt sich eine rein nach dem Elternurteil beschriebene höhere Prävalenz für Jungen, die sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen mit zunehmenden Alter geringer wird. Interessant hierbei herauszuarbeiten ist, dass Prävalenzraten für Kinder im Alter von 3-6 Jahren verglichen worden sind nach Eltern- und Erzieherinnenurteil. Nach den ICD-10 Kriterien, die etwas engere Maßstäbe für die Vergabe der Störung ansetzt als das DSM-IV, erhalten Breuer und Döpfner 2006 eine Prävalenzrate von 3,8% nach Elternurteil und von 1,5% nach Erzieherurteil. Interessant wäre hierbei genau herauszuarbeiten, worin dieser Unterschied in der Einstufung liegt. Eventuell an einem unterschiedlichen Wissen von kindlichen Entwicklungspsychologischen Prozessen, bspw.: Wann ist ein Verhalten noch als im Normbereich einzustufen. Abgrenzung von Trotzverhalten vs. psychischer Auffälligkeit (Döpfner et al., 2013).

2.9 Verlauf und Prognose

Verlaufsuntersuchungen legen nahe, dass bei 40-80% der Kinder die Diagnose ADHS bis ins Erwachsenenalter persistiert. Die Diagnose ADHS ist im Erwachsenenalter häufig mit affektiven Störungen (bis zu 26%), Substanzmissbrauch (bis zu 24%), antisozialer Persönlichkeitsstörung (bis zu 25%), Delinquenz und dissozialem Verhalten (mind. bis 27%) assoziiert. Das Risiko für Unfälle bleibt auch im Erwachsenenalter erhalten. Des weiteren persistiert auch die Beeinträchtigung an sozialen Anpassungsprozessen teilzuhaben. (Bundesärztekammer, 2007)

3 Die Behandlung von ADHS

Die stärksten Effekte erziele man mit der Behandlung nach einer multimodalen Therapie, in den meisten Fällen wird sie ambulant von einem Kinder- und Jugendlichenpsychiater durchgeführt. Teile der Behandlung sind die Psychoedukation¹¹ oder Aufklärungsarbeit sowie die Psychotherapie (meist durchgeführt von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sowie soziale (Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch, z. B. Jugendhilfe) und auch pädagogische Maßnahmen (z. B. Austausch mit dem Lehrer, Erstellung eines Tokenprogrammes) (Döpfner et al., 2013). „Eine kausale Therapie existiert, da die Ursache in Neurotransmitterstörungen gesehen wird, leider nicht.“ (Hingst, 2008, 9).

3.1 Die Leitlinienempfehlung

Die Leitlinien für die Behandlung von ADHS wurden in Zusammenarbeit von den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden (zentrales adhs-netzwerk, 2012) sowie den pädiatrischen Fachverbänden (Grosse & Skrodzki, 2007) erarbeitet. Auch gibt es eine europäische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von ADHS. (Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P. & Buitelaar, J. et al., 2006, 2008a, b; Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T. & Buitelaar, J. et al., 2004).

Tabelle 3: Zusammengefasst sehen die Empfehlungen so aus:

L1	Exploration der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und der Erzieher/Lehrer
L2	Durchführung der Exploration von Kindern und Jugendlichen mit ADHS
L3	Standardisierte Fragebögen für Eltern, für das Kind/den Jugendlichen und für Erzieher/Lehrer
L4	Testpsychologische Untersuchung
L5	Körperliche Untersuchung
L6	Verlaufskontrolle

(zentrales adhs-netzwerk, 2012)

¹¹ Psychoedukation stellt die Information des Patienten und dessen Angehörigen dar. Es geht darum, das Verständnis für die Krankheit zu erhöhen und den eigenverantwortlichen Umgang damit aufzubauen und zu stärken

Um zu überprüfen, ob die Diagnosekriterien für ADHS vorliegen, empfiehlt das deutsche adhs netzwerk (2012) in seinem „Leitlinienbasierten Protokoll“ folgende Vorgehensweise:

An erster Stelle (L1) steht die Exploration der Erziehungsberechtigten und des Patienten, möglichst auch ohne seiner Eltern (L2). An zweiter Stelle (L3) steht die Untersuchung mehrerer Sachverhalte anhand verschiedener Fragebögen, konkret werden in den Leitlinien empfohlen: DCL-ADHS (Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) sowie des ES-HOV (Explorationsschema für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten) oder die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Explorationsbogen ADHS/ADS.

Zur Erfassung der Komorbiditäten werden verschiedene Fragebögen genannt: FBB-SSV oder ODD/ADHD-Checkliste (SNAP), CBCL 4-18, TRF, YSR.

Als nächstes wird die Erhebung von Informationen aus dem sozialen Umfeld empfohlen, durch die Fragebögen: FBB-ADHS für Lehrer oder den FBB-ADHS-V Erzieher im Kindergarten für 3 bis 6-jährige. Dadurch kann abgeklärt werden, ob die Störung auch situationsübergreifend festgestellt wurde, als ein ausschlaggebender Punkt für die Diagnose. Die testpsychologische Untersuchung soll dazu dienen, den allgemeinen Entwicklungsstand des Kindes zu beurteilen und Aufschluss über seine kognitiven Fähigkeiten zu geben. Empfohlen wird hierfür der CFT, CPM als eindimensionale Intelligenzdiagnostik, sowie der K-ABC oder der WISC-IV als mehrdimensionale Intelligenzdiagnostik. Am Ende dieser genannten Untersuchungen steht das Resultat, die Diagnose und Differenzialdiagnose. Je nach Grad der Ausprägung der Symptomatik im individuellen Fall wird die Indikation für Interventionen therapeutischer Art und die Behandlungsplanung abgeleitet.

3.2 Psychoedukation

Am Beginn der Behandlung steht häufig die Frage, was ist mit meinem/unserem Kind los? Woher rühren die Probleme, die wir mit ihm haben? Die Diagnostik soll Antworten auf diese Fragen liefern. Es ist wichtig, den Eltern die Ergebnisse und den Weg zur Diagnose für sie nachvollziehbar zu erklären.

Dem Punkt des Erfassens von individuellen Störungskonzepten kommt hierbei ein besonderer Stellenwert zu. Es ist wichtig zu wissen, wie sich Eltern die Störung selbst erklären und ob sie selbst eher an ein biologisches oder soziales Modell glauben. Danach können die Erwartungen hinsichtlich der Intervention mit den Eltern und dem Patienten selbst bearbeitet werden. Dem Therapeuten kommt an dieser Stelle die äußerst diffizile Aufgabe zu, die Sorgen und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Vergabe der Diagnose zu erkennen und mit den Beteiligten zu bearbeiten.

Die Psychoedukation stellt die Basis der Behandlung dar. Studien erwiesen die Bedeutung für die Behandlung, dass Eltern, Kind und Therapeut ein übereinstimmendes Erklärungsmodell für die Störung erarbeiten konnten, denn sonst gehe die Behandlung an den Eltern und dem Kind vorbei (Petermann & Petermann, 2008).

3.3 Verhaltenstherapie

Allgemeine symptomatische Therapien werden nicht so häufig vorgeschlagen wie eine Pharmakotherapie (Corkum, P., Rimer, P. & Schar, R., 1999).

Die Verhaltenstherapie soll nach dem Leitlinienprotokoll auch die „Primäre Intervention bei leichtem bis mittleren Schweregrad der Symptomatik und damit einhergehender leichter bis mittlerer Funktionseinschränkung und einer hinreichenden Therapie-Compliance für Verhaltenstherapie“ sein. (zentrales adhs-netz, 2012, 15)

In der Verhaltenstherapie wird davon ausgegangen, dass alles Verhalten einmal gelernt worden ist und dementsprechend auch wieder verlernt werden kann. Besonderen Einfluss kann man damit vor allem auf die

psychosozialen Faktoren nehmen. Der Einfluss auf die Kernsymptomatik scheint nicht ausreichend gegeben (BKJPP¹², 2012) Der Schwerpunkt in der Therapie wird dabei zunächst auf den familienzentrierten Interventionen liegen. Um so älter die Patienten werden, um so weiter verschiebt sich der Fokus dann in die Richtung der patientenzentrierten Interventionen.

Kinder können anhand von Therapieprogrammen erlernen, ihre Spieldauer bezogen auf ein bestimmtes Verhalten zu erhöhen, und Frustrationstoleranz erlernen. Spezielle Konzentrations- und Aufmerksamkeitsübungsprogramme dienen dazu, die Fokussierung und die Ausdauer des Kindes aufzubauen, z. B. Marburger Konzentrationstraining, Selbstinstruktionstrainings.

Als sekundäre Intervention könne die Verhaltenstherapie dann eingesetzt werden, wenn nach erfolgter medikamentösen Behandlung immer noch Symptome vorhanden sind und die Familie sich Verhaltenstherapie wünscht oder wenn die Pharmakotherapie nicht anschlägt. Als sekundäre Intervention kann Verhaltenstherapie auch dann dienen, wenn trotz hoher klinischer Ausprägung der Symptome Pharmakotherapie abgelehnt wird. Unter diesen Umständen kann es Zielsetzung der Verhaltenstherapie sein, eine Motivation für Pharmakotherapie herzustellen, in dem die vorliegenden Gründe für die mangelnde Therapiebereitschaft bearbeitet werden (zentrales adhs-netz, 2012).

Ob eine Verhaltenstherapie Erfolg haben wird, hängt entscheidend von deren individuellen Planung ab (Pisterman et al. 1992, zitiert nach Hingst, 2008).

3.4 Medikamentöse Behandlung

Nicht alle Kinder, die unter ADHS leiden, bedürfen zwingend einer Behandlung mit Psychopharmaka.

„Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist dann

¹² Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland. Gegründet: 1978. Ziele: Ausbildung der Ärzte fördern, Öffentlichkeit auf die Möglichkeiten, die sich durch Diagnostik eröffnen Kund zu tun.

medikamentös behandlungsbedürftig, wenn eine schwere Beeinträchtigung beim Kind oder Jugendlichen vorliegt oder andere Maßnahmen nicht ausreichend helfen oder verfügbar sind.“ (Walitza & Berger, 2010, 22). Eine schwere Beeinträchtigung kann sich auch in einer krisenhaften Zuspitzung der Situation in der Schule (z. B. bevorstehender Schulausschluss) oder in der Familie zeigen. Sie kann eine primäre Versorgung mit MPH oder Alternativen dazu erforderlich machen, denn o. g. Situationen erfordern eine möglichst schnelle Symptomminderung, die durch Psychopharmakotherapie am ehesten erreichbar sein wird. Verhaltenstherapeutische Effekte sind erst nach einem längeren Zeitraum zu erzielen und insgesamt schwerer zu erreichen, wenn die Störung massiv ausgeprägt ist (Döpfner & Wolf-Metternich, 2010). Ansonsten sollte die Handhabung so erfolgen, dass erst nach einem angemessenen Zeitraum, in welchem psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen ausprobiert wurden, die Indikation zu einer medikamentösen Therapie gegeben werden sollte. Für Kinder im Vorschulalter sollte aber eine medikamentöse Behandlung nur im Einzelfall nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Analyse erfolgen.

Das Ziel der Behandlung mit Medikamenten ist es, die vorrangigen Symptome der ADHS abzumildern. Das Kind soll motorisch ruhiger (falls Hyperaktivität vorliegt), konzentrierter, weniger ablenkbar werden und sein eigenes Verhalten besser planen und steuern können (Selbststeuerung). Ärzte in Deutschland wählen zur Behandlung von ADHS an erster Stelle Amphetamin¹³-ähnliche Substanzen aus (Walitza & Berger, 2010, 22). Darunter fällt auch das Stimulans (stimulierende, aufmerksamkeitsfokussierende Wirkung) Methylphenidat®, welches in Deutschland für Kinder ab 6 und Jugendliche zugelassen ist. Seit April 2011 kann MPH auch für die Behandlung von Erwachsenen mit ADHS eingesetzt werden. Die erste Zeit erfolgte der Einsatz aber „off label“ und war somit nicht erstattungsfähig. Seit Mai 2014 liegt mit Ritalin adult® aber eine neue Behandlungsoption vor, seit diesem Zeitpunkt übernehmen auch die Krankenkassen die Kosten der Psychopharmakotherapie.

¹³ Synthetischer Stoff mit stimulierender und aufputschender Wirkung. Häufige Anwendung in USA. Kann auch als Droge missbraucht werden.

MPH ist ein Dopaminagonist. Es erhöht die Freisetzung im synaptischen Spalt und führt gleichzeitig zu einer Wiederaufnahmehemmung (Seemann et al. 1998, zit. nach Hingst, 2008). Die klinische Wirksamkeit der Stimulanzien auf die Kernsymptomatik konnte nachgewiesen werden. So werden Hyperaktivität, Impulsivität sowie die Aufmerksamkeitsspanne positiv beeinflusst. Die Effekte auf Verhalten und Kognition werden kontrovers diskutiert (Shaywitz et al. 1997, zit. nach Hingst, 2008). Die Dauer der Therapie mit Stimulantien ist als nicht von vorne herein begrenzt anzusehen. (Hingst, 2008)

Die Bundesärztekammer bezeichnet die Stimulanzien als Medikamente der 1. Wahl und Atomoxetin als Wirkstoff der 2. Wahl (Bundesärztekammer, 2007).

Tabelle 4: Übersicht der bedeutendsten Wirkstoffe für ADHS, Stimulanzen

Klasse	Rezeptur, Name des Generikas, Markenname	Tagesdosierung	Wirkungsdauer	Wirkungsmechanismus	Häufige Nebenwirkungen
Methylphenidat	sofort freisetzender Wirkstoff, kurzwirkendes MPH wie Ritalin®, Medikinet®, Equasym®	Initial 5-18 mg, Erhöhung bis erwünschte Wirkung erzielt werden konnte oder unerwünschte Nebenwirkungen auftraten 2-3 Gaben am Tag, kann so lange titriert werden wie notwendig, so lange positive Effekte den Nebenwirkungen überwiegen	3-6 Stunden	Blockiert die Wiederaufnahme von Dopamin, Noradrenalin	Appetitlosigkeit, verspätetes Einschlafen, Bauch- und Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Tics und Unruhe
	Mittelfristig freisetzender Wirkstoff, längere Wirkungsdauer: wie Ritalin LA®	1-2 Gaben am Tag	3-8 Stunden	s. o.	s. o.
Amphetamine	Verzögert freisetzendes, Langzeitwirksames Medikament wie Concerta®	1 x täglich	8-12 Stunden	s. o.	s. o.
	Sofort freisetzendes, kurzwirkendes Medikament	2-3 x am Tag, Anfangsdosis halb so hoch wie beim sofort freisetzenden MPH	4-6 Stunden	Setzt Dopamin frei, neues künstlich hergestelltes Dopamin; blockiert die	s. o.
Prodrug Amphetamin	Lisdexamphetamin z. B. Elvanse®	Anfangsdosis 4x so hoch wie beim sofort freisetzenden MPH, 1x täglich	8-12 Stunden	s. o.	s. o.

Nicht-Stimulanzen, Alpha 2 Agonisten

Klasse	Rezeptur, Name des Generikas, Markenname	Tagesdosierung	Wirkungsdauer	Wirkungsmechanismus	Häufige Nebenwirkungen
Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	Atomoxetin ¹⁴ z. B. Strattera®	Startdosis 0,5 mg/kg Körpergewicht bis zu 1,2-1,8 mg/kg Körpergewicht; 1-2 x pro Tag Nebenwirkungen überwiegen	18-24 Stunden	Blockiert die Wiederaufnahme von Noradrenalin am synaptischen Spalt -> erhöht die Konzentration von N	Müdigkeit; allgemeine Reizbarkeit, Herzrasen, Schwitzen, Zunahme von Suizidgedanken
Guanfacin	Sofort freisetzendes Guanfacin	Startdosis 1 mg/Tag; kann so lange titriert werden, bis zu 4 mg Tageshöchstdosis	12-24 Stunden	Erregung des Locus caeruleus durch Hemmung des Noradrenalins	Müdigkeit, niedriger Blutdruck

(Antshel et al. 2011, Tabelle 2, o. S.)

¹⁴ Atomoxetin ist ein Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer zur Behandlung von ADHS, es wurde ursprünglich als Antidepressivum entwickelt. Seit 2005 in Deutschland erhältlich.

3.5 Wirksamkeitsnachweise von Psychopharmakotherapie

Die bis dato umfangreichste kontrollierte Therapiestudie in Bezug auf ADHS ist die MTA-Studie (Multimodal Treatment of ADHD), sie wurde 1999 in den USA durchgeführt und umfasste 579 Kinder mit ADHS. Durch sie konnte die Effektivität der Stimulanzientherapie bestätigt werden. Insgesamt betrachtet zeigen 70-85% der behandelten Patienten mit ADHS einen positiven Response auf MPH. Reagiert ein Patient nicht in der Form wie erwünscht auf das MPH, kann alternativ D,L-Amphetamin oder Antidepressiva sowie Atomoxetin gegeben werden (Wewetzer & Walitza, 2010, S.398).

Seit Juni 2013 gibt es in Deutschland mit dem Wirkstoff Lisdexamphetamin eine neue Therapieoption. Diese ist so wie der Wirkstoff Atomoxetin erst dann zugelassen, wenn Methylphenidat nicht genug wirkt oder die Nebenwirkungen zu erheblich sind. In einer Metaanalyse von Amphetamin-Präparaten konnten Faraone and Glatt (2010) sogar eine moderat höhere Wirksamkeit aufzeigen, es gibt jedoch keine klinischen Vergleichsstudien.

Insgesamt betrachtet bedarf die pharmakotherapeutische Behandlung in deren Umsetzung jedoch der Verbesserung. Die kontinuierliche Überwachung der medikamentösen Versorgung spielt hierbei eine zentrale Rolle. „Körpergröße, Gewicht und Appetit, Blutdruck und Puls sowie der psychische Status müssen bei jeder Dosisanpassung und dann mindestens alle 6 Monate kontrolliert werden, da die medikamentöse Behandlung zu Hypertonie, Tachykardien aber auch zu einer Wachstumsverzögerung führen kann.“ (zentrales adhs-netz)

3.6 Sonstige Therapiemethoden

Die Wirksamkeit von Ergotherapie und ähnlichen Verfahren auf die Kernsymptomatik sowie als isolierte Behandlungsmethode konnte bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden. Ebenso wenig konnten Nachweise erbracht werden, dass Diäten einen signifikanten Einfluss auf die Kernsymptomatik hätten. Erfolge durch eine multimodal ausgerichtete Behandlung hängen von psychosozialen Fortschritten der Eltern ab.

Erfolge der kombinierten Behandlung gehen mit der Reduktion von negativen und ineffektiven Methoden der Kindererziehung einher und wirken sich positiv auf den schulischen Alltag aus (Wewetzer & Walitza,).

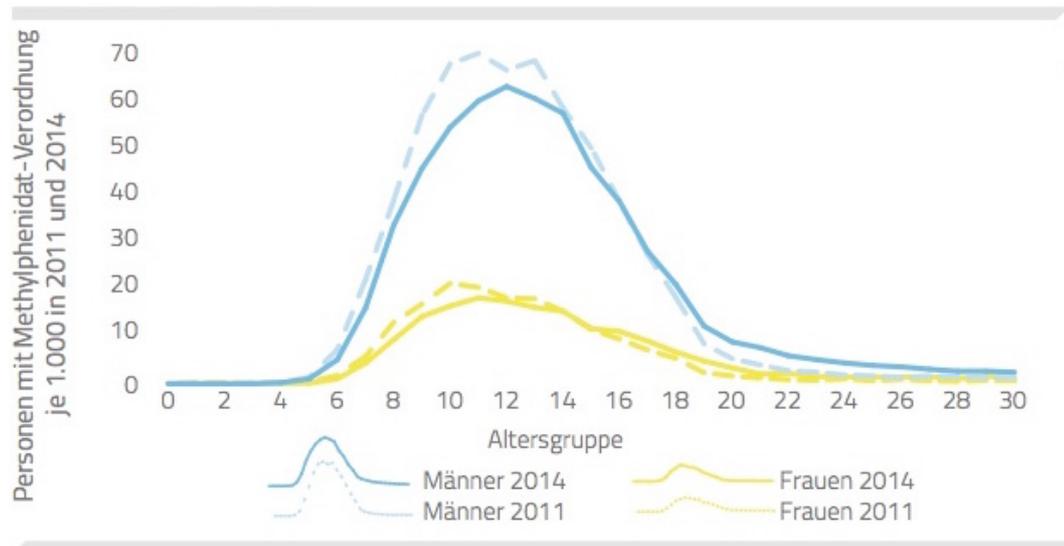
3.7 Vergleiche von Effektstärke VT und Psychopharmakotherapie

Pelham und Fabiano (2008a, b) legten Übersichtsarbeiten vor, in denen eine Vielzahl von Studien und deren Wirksamkeitsnachweise untersucht wurden. (Pelham & Fabiano 2008) „Die Effektstärken lagen für Parallel-Kontrollgruppenstudien im Median bei $d=0.47$ und für Eigenkontrollgruppenstudien bei $d=0.64$. Im Vergleich dazu werden bei Studien mit Stimulanzientherapie Effektstärken von bis zu 1,0 erreicht. Die in verhaltenstherapeutischen Studien erzielten Effekte liegen hinsichtlich der Effektstärken im mittleren Bereich, allerdings eher unter den Effekten von Stimulanzientherapie.“ (zit. nach Döpfner et al., 2013, 24).

Eine der neueren Cochrane Analysen stellt die bisher vorausgesetzten Effektstärken von 0.8 bis 1 für MPH beispielsweise jedoch in Frage (Walitza & Berger, 2016).

4 Medikamentöse Versorgung in Deutschland

Abbildung 3: Anteil Kinder und Jugendliche mit Verordnung von Methylphenidat nach Geschlecht und Alter



(Grobe, 2016, 267)

Die Diagnoseraten in jüngeren Altersklassen ging nach 2011 zurück, allerdings gab es für ab 15-jährige auch wieder eine deutliche Steigerung. Die höchste Diagnoserate findet sich bei Jungen, sowohl als auch bei Mädchen im Alter von 10 Jahren (11,9%, Jungen 2011; 4,4% Mädchen 2011) ermitteln. Eine längere Betrachtungsdauer zeigt auf: „Bereinigt um demographische Effekte stieg der Anteil von 2006 bis 2013 geschlechts- und altersübergreifend kontinuierlich um 46 Prozent von 2,9 auf 4,2 Betroffene je 1.000 Personen (...) Demnach dürften im Jahr 2014 in Deutschland schätzungsweise 330.000 Personen (mindestens) eine Methylphenidat-Verordnung erhalten haben.“ (Grobe, 2016, 265 ff).

In den letzten Jahren hat sich nicht nur die Diagnoserate für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sondern auch die Verordnungsrate in Deutschland deutlich erhöht, im wesentlichen festgestellt durch Vollerhebungsergebnisse, da lediglich solche als per se repräsentativ gelten können (Hering et al., 2014, zit. nach Grobe, 2016). Bezogen auf Kinder und Jugendliche läßt sich im Newsletter des Versorgungsatlas die Zahl 250.000 pro Jahr finden, die eine solche Diagnose erhalten. Hierfür ausgewertet wurden die ambulanten Abrechnungs- und Verordnungsdaten gesetzlich Versicherter zwischen

fünf und 14 Jahren. Dies waren in den untersuchten Jahren 2008 bis 2011 jeweils zirka sechs Millionen Kinder und Jugendliche, im Untersuchungszeitraum stieg der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose von 3,7 auf 4,4 Prozent, wobei auf größere regionale Unterschiede hingewiesen werden muss. Die medikamentöse Therapie sei in den Jahren 2008 bis 2011 von 2,9 auf 3,3 Prozent angestiegen. Die Detailanalyse zeigt aber, dass die Verordnungen von Methylphenidat im Jahr 2011 sogar etwas zurückgegangen sind, teilweise sogar unter das Niveau von 2008 gesunken sind. Hering vermutet zu Beginn, dass dies etwas mit der Stärkung der Fachärzte zu tun haben könnte. Er widerspricht sich selbst aber im Laufe des Artikels, da Regionen, in denen ein höherer Anteil an Fachärzten ermittelt wurde, über noch höhere Diagnoseraten verfügten (Hering et al., 2014).

Auch andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass es hierbei große regionale Unterschiede gibt. Beispielsweise konnte die Untersuchung der GEK herausarbeiten, dass die KV im Bundesland Schleswig Holstein vom Jahr 2005 zu 2006 nur einen Zuwachs an Ausgaben für die Stimulanzienverordnung von + 13,44 % zu verorten hat. Dahingegen musste die KV im Bundesland Sachsen-Anhalt mit dem intern stärksten Ausgabenzuwachs von + 67,13 % zurecht kommen (Gebhardt et al., 2008).

5 Compliance bei Psychopharmakotherapie

Trotz eines nachweislichen Effekts von Psychopharmakotherapie¹⁵, hören viele Kinder die Medikamente ausprobieren wieder damit auf sie einzunehmen. (Corkum et al. zit. nach Charach et al., 2006). Die Non-Compliance stellt in den Industrieländern das größte Gesundheitsproblem dar.

5.1 Compliance

Der Begriff Compliance bzw. Komplianz des Patienten, stellt in der Medizin den Oberbegriff dar, für das kooperative Verhalten dessen im Rahmen einer Therapie. Man könnte den Begriff mit „Folgsamkeit und Therapietreue“ (WHO 2003) wieder geben. Die WHO definiert dafür „das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten in Bezug auf Arzneimitteleinnahme, Befolgen eines Ernährungsplanes oder Anpassungen der Lebensweise mit den Empfehlungen eines Heilberufes übereinstimmt.“ (WHO, 2003, 2). Der modernere Begriff „Adherence“ oder Einhaltung beschreibt, dass der Patient mit einbezogen wurde und der Behandlung zugestimmt hat. Im Englischen wird der Begriff Adherence synonym verwendet. Auch im deutschen wird der Begriff „Adhärenz“ verwendet, der so viel meint wie „sich an die Vorgaben zu halten.“ (ebd.) Eine „Gute Compliance“ meint demnach ein konsequentes Befolgen der ärztlichen Ratschläge. Laut der Weltgesundheitsorganisation haben im Durchschnitt die Hälfte aller Patienten eine gute Compliance. Besonders wichtig ist die Compliance bei chronisch erkrankten Personen, vor allem in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten. Weiter gefasst versteht man unter dem Begriff Compliance die „Bereitschaft des Patienten und seines relevanten Umfeldes, sich gegen die Erkrankung zur Wehr zu setzen.“ (ebd., S. 2) Man geht davon aus, dass es eine bewusste und unbewusste Compliance gebe (wikipedia, 2016). So haben z. B. Untersucher herausgefunden, dass bei genauerem Hinsehen viele der Patienteneitern, die sich selbst als hoch compliant eingeschätzt hatten, die Medikamente komplett anders gaben, als mit dem Therapeuten besprochen war, z. B. öffnen der Kapsel, Auslass am Wochenende. Aus ärztlicher Sicht würde man diese Patienten

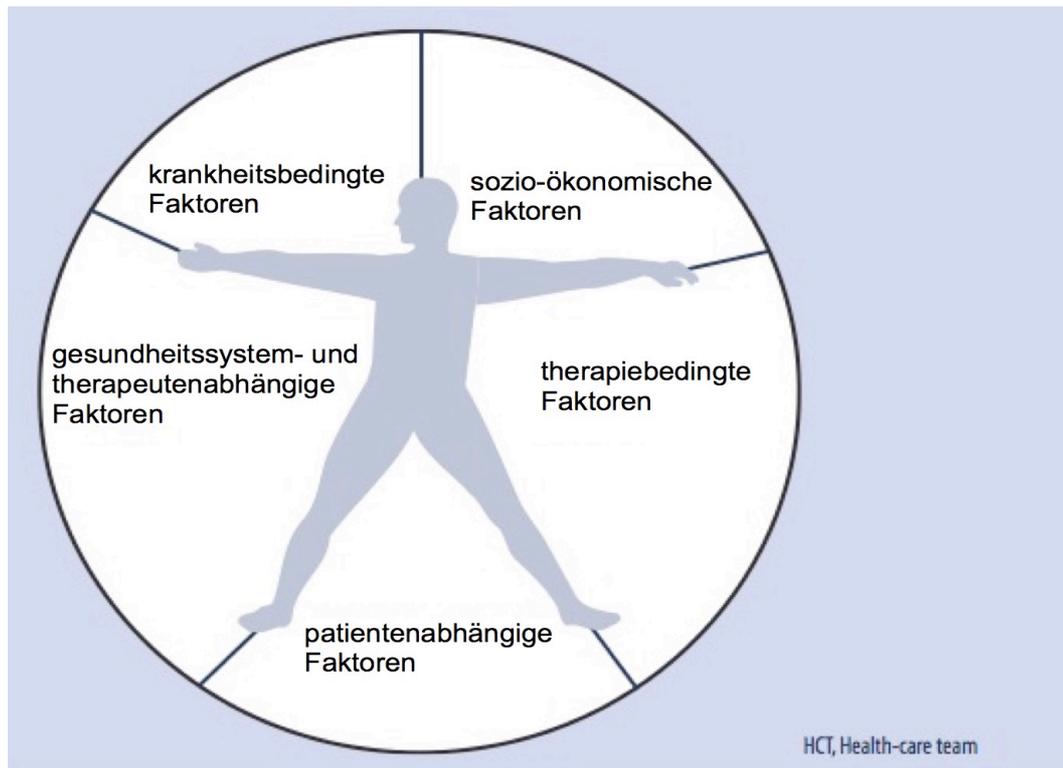
¹⁵ Medikamentöse Behandlung der psychischen Probleme

durch ihr Verhalten als wenig compliant einstufen. Ein Beispiel für unbewusste Non-compliance. (Coletti, 2012)

5.2 Die fünf Ebenen der Compliance (WHO)

Die WHO definiert im WHO Report 2003 fünf miteinander verknüpfte Ebenen, die die Therapietreue beeinflussen:

Abbildung: 4: Die fünf Ebenen der Compliance



(WHO Report, 2003, 27)

1. **sozio-ökonomische Faktoren:** finanzielle Situation, kultureller Hintergrund, Alter, Entfernung zur Arztpraxis
2. **patientenabhängige Faktoren:** Fähigkeit zur Selbstorganisation, Vergesslichkeit, Wissen
3. **krankheitsbedingte Faktoren:** Symptome, gefühlter Nutzen, vorliegen einer gleichzeitigen Depression
4. **therapiebedingte Faktoren:** Nebenwirkungen, Komplexität der Verabreichung
5. **gesundheitssystem- und therapeutenabhängige Faktoren:** Kostenübernahme, Behandlungsmöglichkeiten, Kommunikation

(WHO Report, 2003, 27ff)

5.3 Die zwei Phänomene der Compliance

Im Rahmen der Compliance lassen sich zwei Phänomene darstellen:

- Ausführungsqualität: quality of execution
- Persistenz: persistence

Die Ausführungsqualität meint die Art und Weise, wie Tabletten beispielsweise gegeben werden, ob sie regelmäßig um eine bestimmte Uhrzeit gegeben werden, ob dazu tatsächlich wie häufig empfohlen, gefrühstückt wird, ob die Kapsel auch als Kapsel verabreicht wird, manchmal werden diese auch unzulässig geöffnet und die Wirkung ist verpufft. Ob das Kind die Kapsel leicht schlucken kann oder ob sie immer wieder im Mund herumgeführt wird und evtl. wieder herausgenommen wird.

Die Persistenz meint die Regelmäßigkeit, mit der die Tabletten verabreicht werden. Wird häufig die Gabe vergessen oder wird das erforderliche Rezept erst zu spät abgeholt und es entstehen Einnahmepausen? Oder wird die Behandlung sogar am Wochenende, in den Ferien unterbrochen? Wird die Behandlung ohne Rücksprache abgebrochen?

5.4 Compliance vs. Non-Compliance

Der Untersuchungsbericht der World Health Organisation stellt dar, dass „organisatorische Faktoren“ eine größere Bedeutung für die Compliance im Allgemeinen haben als „sozio-demographische Faktoren.“ Obwohl ein Ergebnis der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Schlack, 2007) war, dass 2,5 mal so oft Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien von ADHS betroffen sind. Dies hat aber offensichtlich einen nicht so großen Einfluss wie man vermuten könnte. Bedeutendere Prädiktoren für Compliance werden im WHO Report benannt: „Eine interessante Studie von Albaz in Saudi Arabien ergab, dass organisatorische Faktoren wie z. B.: die mit dem Arzt verbrachte Zeit, Versorgungskontinuität, der Kommunikationsstil des Arztes sowie die zwischenmenschliche Art des Mediziners, weit mehr bedeutend sind als sozio-demographische Faktoren (Geschlecht, Familienstand, Alter, Ausbildungsstand und Gesundheitszustand).“ (WHO, 2003,).

5.5 Direkte und indirekte Methoden zur Compliancemesung

Das Messen der Therapietreue ist schwierig. In der Medizin gibt es die Möglichkeit zur Messung der Compliance durch Bestimmung der Werte im Blut, eine sogenannte „Diagnostik in vitro“ oder das MEMS, was eine elektronische Überwachung der Entnahme aus einem Tablettenbehälter beschreibt. Diese beiden beschriebenen Methoden erscheinen im Allgemeinen als nicht sinnvoll für die Medikation bei ADHS von Kindern, da sie für das Vertrauensverhältnis von Arzt-Patient und somit für deren Beziehung als hinderlich anzusehen wären. Der die Medikation verordnende Arzt kann eher Beobachtungen anstellen, über: die verordnete Pillenanzahl und eine Berechnung über deren Verfügbarkeit im vorhandenen Zeitraum, beispielsweise vom letzten verordneten Rezept bis zum nächsten verordneten Rezept, erheben. Es kann beobachtet werden, ob die Rezepte auch eingelöst worden sind, ansonsten ist der verordnende Arzt auf die Selbstdeklaration (Gespräch, Fragebogen) oder auf den Bericht der Angehörigen angewiesen.

5.6 Compliance bei der Psychopharmakotherapie von ADHS

Die Psychopharmaka Non-Compliance war in den letzten Jahrzehnten verhältnismäßig stark ausgeprägt: Untersuchungen von Ley (1976): 42%, FDA (1979): 42%, Barolsky (1980): 42% lassen darauf schließen, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Personen, die mit Psychopharmaka behandelt wurde, auch eine Einsicht und Notwendigkeit dafür empfindet. (Universität Freiburg, 2000)

Neuere Studien fanden Ergebnisse zu positiver Compliance zwischen 25% und 50% nach einem Jahr des Beginns der Medikation (Corkum, Rimer & Schachar, 1999; Kent, Camfield & Camfield, 1999, Schachar, Tannock, Cunningham & Corkum, 1997, zit. nach Gajria, 2014). Trotz Behandlungsempfehlung mit Psychopharmaka und nachgewiesener Wirksamkeit bleibt die Compliance niedrig. (Sanchez, R., Crismon, M., Barner, J., Bettinger, T. & Wilson, J., 2005)

Verschiedene Studien zu Compliance wiesen eine Besitzrate von Stimulanzien während eines 12-monatigen Untersuchungszeitraums nach,

die sich wie folgt verteilen:

Hodgkins (2011) 0.64 bei einer Stichprobengröße von 4.801.

Christensen (2010) 0.56 bei einer Stichprobengröße von 21.386.

Gemittelt ergibt das einen Wert von 0.57 bei einer Stichprobengröße von 26.187 (zit. nach Gajria, 2014).

Wie man ableiten kann ist der Anteil an Tagen, an denen Medikation überhaupt eingenommen werden konnte, relativ gering für eine chronische Erkrankung, die eigentlich eine tägliche Gabe erfordern würde.

Adler und Nierenberg konnten 2010 eine Non-Compliance zwischen 13% und 64 % nachweisen. (Adler&Nierenberg 2010, zit. nach Coletti, D., Papadopoulos, E., Katsiotas, Nikki J., Berest, Alison, Jensen, Peter S., Kafantaris & Vivian, 2012) Diese Zahl hängt aber auch weitestgehend von der Informationsquelle ab und auch davon, was von den Untersuchern für eine optimale Compliance gehalten wird. Aber selbst in hoch strukturierten, klinischen Studien lies sich nur eine niedrige Compliance abbilden (Pappadopoulos et al., 2009, zit. nach Coletti et al., 2012).

Coletti et al. fanden in ihrer Untersuchung, dass die innere Haltung der Eltern eine zentrale Rolle bei der Compliance spielte. Erleichternd war, wenn Eltern annahmen, dass die Psychopharmakotherapie mehrfachen praktischen Nutzen hatte und die Gabe von Medikation zwingend notwendig für die Sicherheit des Kindes war. Darüber hinaus war für eine bessere Compliance auch Ausschlag gebend, ob der diagnostizierende Psychiater ein Experte auf seinem Gebiet war. Des Weiteren zuträglich war auch, wenn die Psychoedukation über mehrere Erklärungsmodalitäten verfügte und vom Therapeut die Metapher der chronischen Erkrankung für ADHS eingesetzt wurde (Coletti et al., 2012).

Grundsätzlich lies sich herausarbeiten, dass die Bereitschaft Medikamente über den Zeitraum von drei Jahren regelmäßig einzunehmen dann höher war, wenn die Kinder bei der Diagnose jünger waren, die Symptome der ADHS weiterhin bestehen blieben und wenn die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens ausblieb (Tiruchelvam, Charach & Schachar, 2001 zit. nach Gajria, 2014).

„Nebenwirkungen waren die am häufigsten zitierte Begründung für die zeitweise Unterbrechungen oder den Abbruch der medikamentösen

Behandlung, gefolgt von Unannehmlichkeiten bei der Gabe der Medikation, der sozialen Stigmatisierung durch die Gabe von Medikamenten gegen ADHS und die Haltung/Einstellung der Patienten gegenüber Psychopharmakotherapie.“ (Schachar, 1997, zit. nach Gajria, 2014, 1). Manche Patienten bleiben aber trotz beobachteter Nebenwirkungen dabei, Medikamente einzunehmen, sogar über den Zeitraum von 5 und mehr Jahren (Charach, Ickowicz & Schachar, 2004 zit. nach Gajria, 2014).

Eine Medicaid Untersuchung ergab, dass nur etwa die Hälfte aller neu diagnostizierten ADHS Patienten auch zu Pharmakotherapie greift. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass die Hälfte von denen, die zu den Tabletten greifen, innerhalb von einem Jahr beginnen, die Behandlung zu vernachlässigen (Coletti et al., 2012).

„Die Entscheidung, die Behandlung abubrechen, kann auf verschiedene Gründe zurückgeführt werden, insbesondere patientenbezogene, wie die Entscheidung des Patienten oder des Erziehungsberechtigten ebenso auf das Medikament bezogenen Faktoren (Wirkungsdauer, Risiko-Nutzen-Abwägung usw.) und therapeutenbezogene oder gesundheitssystembezogene Faktoren“ (Gajria, 2014, 2).

5.7 Erhöhung der Compliance

Beschäftigt man sich mit den Basis-Werten der Compliance bei der ADHS, so ist davon auszugehen, dass deren Erhöhung unter bestimmten Aspekten erreichbar erscheint: und zwar dann, „wenn ...

... der Patient

- von einer allgemeinen Krankheitsanfälligkeit überzeugt ist...
- die Ernsthaftigkeit seines Leidens erkennt
- an die Wirksamkeit der Therapie glaubt
- mit der medizinischen Betreuung zufrieden ist
- von seiner Familie in seinem Befolgungsverhalten unterstützt wird...

... die Krankheit

- akut ist
- die Leistungsfähigkeit deutlich einschränkt

... der Arzt

- die Erwartungen und Bedürfnisse des Patienten miteinbezieht
- die Konsultationstermine individuell mit dem Patienten abstimmt
- den Patienten vor der Behandlung aufklärt.“ (Universität Freiburg, 2000)

„Ärzte könnten einen Beitrag dazu leisten, um die Zustimmung und Kontinuität bei der Behandlung von ADHS zu erhöhen, indem sie Erziehungsberechtigte und Patienten über die Behandlungsziele besser in Kenntniss setzen, langzeitwirksame Medikamente verabreichen und regelmäßige Wiedervorstellungen mit Patienten vereinbaren, um zu überprüfen, ob die Medikation gleichbleibend effektiv ist und gut vertragen wird.“ (Gajria, 2014, 1).

Damit soll sichergestellt werden, dass Arzt und Familie das gleiche Behandlungsziel verfolgen und darin übereinstimmen. Langzeitwirksame Medikamente sind für viele Familien besser zu handhaben, die Mittagsgabe des Medikamentes kann entfallen. Häufig ist es schwierig, die Mittagsgabe bei Nachmittagsunterricht, Mittagsbetreuung oder Hortbesuch zu organisieren und eine regelmäßige Einnahme zu gewährleisten. Die Langzeitpräparate können häufig eine Wirkdauer bis über die Hausaufgabenzeit hinweg haben, was für Patienten und Betreuer ein wichtiger Punkt sein kann. Regelmäßige Termine in der Praxis können dazu dienen, die Verträglichkeit des Medikamentes sowie den Allgemeinzustand des Patienten zu untersuchen und die Familie über normale und wahrgenommene Gewöhnungseffekte aufzuklären. Mangelnde Wirksamkeit kann dem Behandler mitgeteilt werden und es kann von Seiten des Therapeuten rechtzeitig darauf reagiert werden, evtl. bevor sich Abneigung gegen das Präparat bildet (Compliance-Aufrechterhaltung).

„Die Förderung der Kooperation von Patienten und Bezugspersonen ist ein wichtiger Aspekt für die Erhöhung der Effizienz nicht nur der medikamentösen Therapie der ADHS.“ (zentrales adhs-netz, 2016)

Eltern, die über die Behandlung zufrieden waren, konnten in Studien zum Ausdruck bringen:

„Es fühlt sich so an, wie wenn die Behandlung zu deinem Freund geworden wäre, weil du dein Kind glücklich und erfolgreich erlebst.“

„Mein Sohn ist von einer Sonderausgabe zu einer Normalausgabe geworden. Er hat keine Probleme mehr, er ist beliebt, alles klappt sehr gut.“ „er würde einfach in den Verkehr hineinrennen (...) es wurde für seine eigene Sicherheit notwendig“
(Coletti et al., 2012, 231).

Das Papier „Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsforschung (ADHS) in Deutschland“, welches vom zentralen adhs-netzwerk herausgegeben wurde, konnte nach mehrmaliger Überarbeitung am 15.01.2016 von der Leitungsgruppe bestehend aus Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Prof. Dr. Michael Rösler und Dr. Klaus Skrodzki verabschiedet werden. Unter Punkt 8 lassen sich interessante Hinweise zur TherapieCompliance unter der pharmakotherapeutischen Langzeitbehandlung finden. Die Experten-Gruppe räumt ein, dass die Behandlung einer Verbesserung bedarf: (...) da Patienten und ihre Bezugspersonen die Behandlungsempfehlungen mitunter nicht umsetzen und die Pharamkotherapie oft frühzeitig abbrechen, aber auch, um mögliche unerwünschte Wirkungen und die Notwendigkeit zur Fortsetzung von Pharmakotherapie zu prüfen (...) Regelmäßige kontrollierte Therapiepausen sind ebenso zu empfehlen. Die Förderung der Kooperation von Patienten und Bezugspersonen ist ein wichtiger Aspekt für die Erhöhung der Effizienz nicht nur der medikamentösen Therapie der ADHS.“ (zentrales adhs-netz, 2016, o. S.)

5.8 Probleme bei der aktuellen Versorgungssituation

In den USA stieg der Anteil von Kindern mit ADHS von 5% (1989) innerhalb von sechs Jahren auf 25 % (1995). Ab 1990 gab es eine Gesetzesänderung, durch welche einkommensschwache Familien mit Kindern, die von ADHS betroffen waren, eine finanzielle Unterstützung von 450 US Dollar pro Monat/ pro Kind bezahlt wurde. Ab 1991 wurden 400 US-Dollar zusätzlich pro diagnostiziertem Kind/ pro Jahr an die Schule gezahlt. Insgesamt wurden 1997 4,4 Millionen Kinder in den USA mit ADHS diagnostiziert (Washington 2000, zit. nach Jantzen, 2016).

Es ist offensichtlich schwierig einzuschätzen, woher der Anstieg an ADHS-

Diagnosen herrührt. Aber der o. g. signifikante Zuwachs an Diagnosen legt nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen finanziellen Interessen einer Familie und dem Interesse an einer Diagnose geben könnte. Sozialpolitische Entwicklungen haben in den USA zu einem enormen Kostendruck geführt. Die Versorgung mit Ritalin® stellt eine kostengünstige Lösung dar (Steinschulte 2000, zit. nach Jantzen, 2016).

In den USA aber auch in Deutschland lässt sich ein weiteres wichtiges Problem ermitteln: das der ungleichen Verteilung der Diagnose zwischen den Geschlechtern. Nach Statistiken sind Mädchen vier mal so selten von ADHS betroffen wie Jungen. Als Grund für diese Verteilung wird von verschiedenen Autoren vermutet, dass bei Mädchen häufig die Hyperaktivität als Diagnosekriterium fehlt. Ein simples Aufmerksamkeitsdefizit ist jedoch schwieriger als ADHS zu erkennen. Dies birgt das Risiko, dass Mädchen häufig unterdiagnostiziert sind, schützt sie aber auch davor, übermedikalisiert zu werden (Gebhardt, 2008).

Des Weiteren kann vermutet werden, dass Kinder mit Migrationshintergrund eine zu geringe Diagnoserate aufweisen, was darauf hindeuten könnte, dass sie unterdiagnostiziert sind. (Schlack, 2007)

6 Die Eltern im Rahmen der Behandlung

6.1 Besondere Herausforderung für Eltern von ADHS Betroffenen

Psychische Auffälligkeiten „gehen häufig mit erheblichen Beeinträchtigungen des familiären, schulischen oder erweiterten sozialen Umfelds einher“ (Hölling et al., 2014, 807). Die Kinder und Jugendlichen sind oftmals sehr aktiv und benötigen viel Bewegung sowie häufig wenig Schlaf. Durch Probleme in der Interaktion mit anderen Kindern, sowie allgemein im Sozialverhalten kommt es häufiger zu konfliktreichen Interaktionen zwischen Eltern und Kindern. Die „erpresserischen“ Interaktionen spielen hierbei eine besondere Rolle. Zudem haben Kinder, die unter ADHS leiden, ein vier mal so hohes Risiko für Unfälle und ein drei Mal so hohes Risiko für Vergiftungsunfälle. Betroffene Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko für Verkehrsunfälle. Im jungen Erwachsenenalter, wenn sie selbst fahren dürfen, besteht zusätzlich noch ein erhöhtes Risiko für riskantes oder unsicheres Fahrverhalten (Barkley (2011), zit. nach Schlack, 2007). Gründe, die dafür in Zusammenhang gebracht werden, sind die mangelnde Fähigkeit, Gefahren adäquat einschätzen zu können und mangelndes vorausschauendes Handeln in Gefahrensituationen (Schlack, 2007). Eltern sind sich diesem bewusst, manchmal auch unbewusst herbeigeführtem Risikoverhalten gewahr und ihnen kommt die Aufgabe zu, für ihr Kind zu sorgen. Dies ist mit ständiger Anspannung und Ängsten verbunden. „Der oftmals hohe individuelle Leidensdruck“ (Hölling et al., 2014, 807). erfordert die Wahrnehmung von Öffentlichkeit und sollte dazu mahnen, Strategien für den Umgang (im Interesse der Public Health Relevanz) mit dem Thema zu entwickeln, z. B. Präventionsprogramme Eltern, die ein mit ADHS diagnostiziertes Kind haben, haben gleichzeitig ein Kind mit einer chronischen Erkrankung. Hauptächlich als schwierig wird von Eltern empfunden, dass sie mit ihrem Erziehungsverhalten weniger Einfluss auf das Verhalten des Kindes nehmen können, als sie zunächst erwartet hätten (reduzierte Effektivität der Elternkompetenz). Oftmals führt das zu Frustrationen und negativen Interaktionskreisläufen mit den betroffenen Kindern. Dies belastet Familien auf verschiedenen Ebenen:

Tabelle 5: Ebenen von möglichen Belastungsfaktoren für Eltern, Geschwister, Familien

Ebene	Mögliche Stressoren und Belastungen
Eltern-Kind-Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsaufbau und –pflege unter erschwerten Bedingungen (z. B. inadäquate soziale Interaktion) • Besonderer Betreuungs-, Pflege- und Erziehungsbedarf des Kindes • Umgang mit Verhaltensbesonderheiten des Kindes (z. B. Unruhe, Schlafstörungen, Aggressivität, Ängstlichkeit)
Familiäre Alltags- und Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Anforderungen bezüglich des Zeitmanagements • Fehlen von bzw. Mangel an zeitlichen (und eventuell gedanklichen) Freiräumen, vor allem für die <ul style="list-style-type: none"> o Paarbeziehung o Geschwisterbeziehung • hohe Anforderungen, gesamtfamiliäre Kommunikations- und Interaktionsstrukturen für alle Beteiligten angemessen zu gestalten
Außerfamiliäre Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit öffentlichen Reaktionen auf die Behinderung des Kindes • Erfahrungen sozialer Regelverletzungen im Sinne des Fehlens adäquater Anerkennung, Achtung und Unterstützungsbereitschaft im sozialen Kontext • Abnahme sozialer Kontakte • erschwerter Zugang zu benötigten institutionellen Hilfsangeboten • unbefriedigte Gestaltung des Kontaktes zu Fachleuten
Individuelle, insbesondere emotionale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Sorge um die Zukunft des Kindes, ungewisse Zukunftsaussichten und deren Auswirkungen auf die familiäre Situation • Nachdenken über die Behinderung (Ambivalenz von Akzeptanz und Ablehnung, Sinnfragen, Schuldfragen) • Zweifel an eigener Handlungsfähigkeit und persönlicher Kompetenz • Vernachlässigung eigener Bedürfnisse und Interessen

(Heckmann, 2004, zit. nach Birck, 2016, 17f.)

Die Studie der Gmünder Ersatzkasse kommt durch qualitative Interviews zu dem Ergebnis, dass eine Diagnosestellung mehrere Jahre dauerte.

„Viele Eltern haben einen langen Leidensweg, bevor sie Hilfe finden.“

„Das schlimmste war, dass es Jahre gedauert hat (vom Kindergarten bis zum 13. Lebensjahr) bis endlich die richtige Diagnose gestellt wurde.“

(Gebhardt et al., 2008, 150)

Besonders belastend waren während dieser Zeit für die Eltern ihre massiven Selbstvorwürfe sowie Anschuldigungen aus dem sozialen

Umfeld, z. B. dass ihnen von Lehrern eine mangelnde Erziehungskompetenz vorgeworfen wurde.

„Der Leistungsdruck in der Schule war bei uns das größte Problem und beeinträchtigte die Stimmung in der Familie.“

„Das schlimmste an unserem ADS-Problem waren die Schule und die Lehrer. Sie waren vollkommen überfordert und setzten unseren Sohn häufig unter Druck. Wir passten einfach nicht in ihr Konzept.“ (Gebhardt et al., 2008, 64)

Ebenso konstatierten die Eltern einen langen Leidensweg, an dessen Ende dann mit der Diagnose eine Erleichterung auf Seiten der Eltern stattfand. Sie waren nicht mehr selbst „Schuld“. Die Eltern begannen die Ursache der Erkrankung in einer (wenig beeinflussbaren) Erbkrankheit zu sehen. Eltern beschrieben die Informationslage zum Thema ADHS als mangelhaft und fühlten sich selbst durch die Ärzte unzureichend informiert, viele wandten sich daraufhin Selbsthilfegruppen zu. Auch bei Lehrern wurde kritisiert, dass sie nur unzureichend Wissen über ADHS hätten und insgesamt wenig Austausch stattfinden würde. Wünsche die Eltern äußerten:

- größere Toleranz in der Gesellschaft
- bessere Aufklärung von Lehrern
- bessere Erreichbarkeit von Spezialisten (z. B. Fachärzte usw.)
- bessere Elterninformation durch Ärzte

(Gebhardt et al., 2008)

Als kritisch anzusehen ist die kleine Untersuchungsgröße bei den qualitativen Interviews. Hierbei wurden nur 4 Familien befragt. Hingegen fand die quantitative Analyse bei fast 2.300 Familien statt. Wünschenswert wäre eine größere qualitative Untersuchung.

6.2 Familiendynamische Dimensionen

Von ADHS betroffene Kinder weisen häufig bereits im Kleinkindalter ein diffiziles Temperament auf. Sie sind in besonderem Maße aufgeweckt, motorisch meist früh entwickelt und benötigen oft nur wenig Schlaf. Häufig sind ADHS Kinder auch Schreikinder im Säuglingsalter (Petermann &

Petermann, 2008). Die Eltern fühlen sich dadurch im Besonderen beansprucht, überfordert und ausgelaugt. Gerade diese Kinder benötigen verlässliche, beständige Grenzen. Andererseits können aber auch zu wenige Grenzen zu aggressivem Verhalten führen. Liegen zu wenig Grenzen in einer Familie vor kann es passieren, dass Kinder aggressives Verhalten einsetzen, um ihre Grenzen auszuloten und fordern ihren Eltern damit oftmals viel Kraft ab. Manchmal entwickelt sich die Situation dann auch so, dass der Vater (häufig in der Arbeit, zu Hause abwesend) nicht verstehen kann, warum das Kind nicht auf die Mutter hört und deren Anweisungen nicht befolgt. Vielleicht denkt mancher Elternteil, der nicht so häufig mit der Erziehung betraut ist, dass der andere wohl etwas „falsch“ machen würde. Dann fühlt sich der Elternteil, häufig die Mutter, vom Vater nicht mehr so unterstützt und es können sich vermehrt Konflikte entwickeln. Pelham belegt eine Scheidungsrate bei Kindern mit ADHS unter 8 Jahren von 22,7 %. Sie ist fast doppelt so hoch wie bei Kindern ohne ADHS. (Pelham, 2008)

Eltern sind die Schlüsselpersonen in Bezug auf die Gesundheitsfürsorge ihrer Kinder. Deshalb ist ihre Sicht auf die Ätiologie und Psychopharmakotherapie entscheidend dafür, ob Kinder Stimulanzien etc. einnehmen oder nicht (Coletti et al., 2012).

Eltern machen zahlreiche Schritte mit, bevor sie sich mit der Behandlung konfrontiert sehen. Zum einen nehmen sie erst einmal wahr, dass ihr Kind ein Problem hat, nach Wahrnehmung der Problematik nehmen sie manche früher, manche später an einer Untersuchung teil und sie erhalten schließlich eine Diagnose, die sie einerseits akzeptieren können oder andererseits ablehnen (Bussing, Mason, Leon & Sinha, 2003; Bussing, Zima, Gary & Garvan, 2003, zit. nach ebd.).

6.3 Medikamente ja – oder nein?

Eltern beschrieben in einer Vergleichsgruppenstudie zwischen mit Medikamenten behandelten Kindern und unbehandelten Kindern, dass die eigentliche Entscheidung für oder gegen eine medikamentöse Therapie letztlich nur eine von vielen Entscheidungen im Bezug auf die Behandlung ist. Themen die präsent waren sind:

- 1.) „eine Erfahrung der Verwirrtheit und Beschämung sowie Verantwortung für das Verhalten des Kindes, vor allem als Haltung vor der Untersuchung, sowie
- 2.) das Bedürfnis nach Zeit, um die Informationen über die Schwierigkeiten des Kindes zu verdauen und zu reflektieren“ nach der Diagnosestellung. (Charach, S. 78)

Eine in den USA durchgeführte qualitative Studie, die sich mit den Perspektiven der Eltern in Bezug auf die Entscheidung, ADHS bei ihrem Kind medikamentös zu behandeln, beschäftigte, kam zu dem Schluss, es gibt 17 Haltungen, die Compliance erhöhen und 25, die Compliance erschweren. Die wichtigsten seien genannt:

Erhöhung der Compliance:

- der Glaube der Eltern, dass eine Behandlung mit Medikamenten, gleich mehrere zweckmäßige Nutzen hat
- dass die Medikamente zwingend notwendig seien für die Sicherheit des Kindes (z. B. Verhalten im Straßenverkehr, häufige Verletzungen im Haushalt)

Verringerung der Compliance:

- Nebenwirkungen, Angst vor nicht erkennbaren Spätfolgen
- Soziale Stigmatisierung aufgrund von einer psychischen Erkrankung allgemein, aber auch der Therapie mit Psychopharmaka

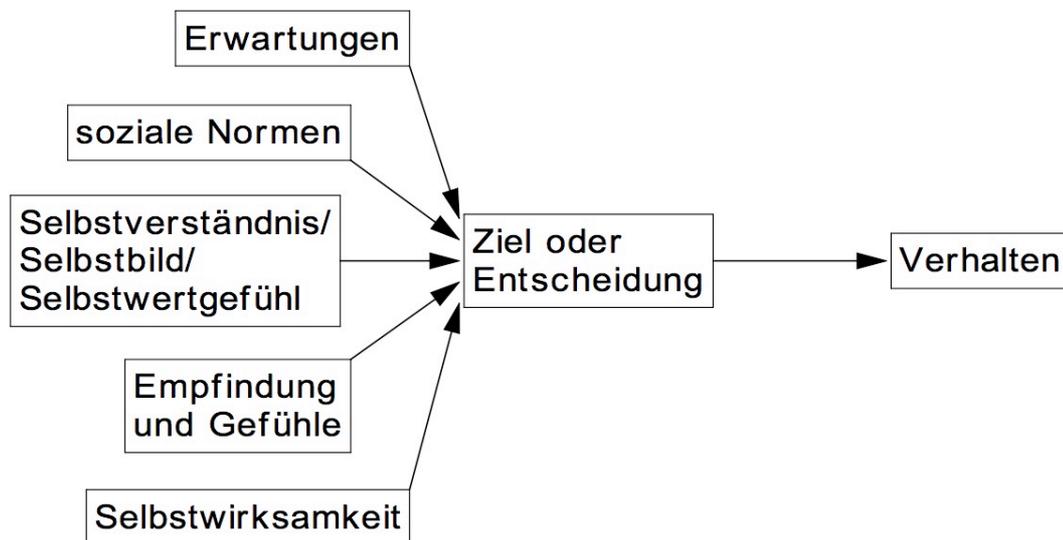
(Coletti et al., 2012)

Um die Entscheidungen, die Eltern trafen, besser zu verstehen, wurden soziale und kognitive Theorien angewandt. Ziel der Studie war es, Daten zu liefern, wie Compliance erhöht werden kann.

In der Studie wird benannt, dass Psychopharmakotherapie in Verbindung mit höheren Schulabschlüssen (Powers et al., 2008), verbesserten familiären Interaktionen (Gustafsson et al., 2008), protektiven Faktoren gegen späteren Substanzmissbrauch (Katusic et al., 2005) sowie vermutlich einer Erhöhung der Lebensqualität gebracht wird (Coghill, 2010 alle zit. nach Coletti et al., 2012). Haltungen der Eltern bewegen sich in großer Ambivalenz zwischen den vom Psychiater angebotenen

Konzeptualisierungen über die Krankheit ADHS und die Verhaltensprobleme in Bezug auf das ADHS (Pescosolido, zit. nach ebd.). Andere Studien konnten ebenso darlegen, dass die Eltern voller ambivalenter Gefühle in Bezug auf die medikamentöse Behandlung waren. Einerseits wurde große Hoffnung in die Effekte auf Verhalten und Symptomminimierung gelegt, andererseits war die Angst vor Nebenwirkungen und auch Spätfolgen groß (Hansen und Hansen, 2006; Brinkman, W., Sherman, S., Zmitrovich, A., Visscher, M., Crosby, L., Phelan, K. & Donovan, E., 2009).

Abbildung 5: vereinfachte, graphische Darstellung der Theorie der Verhaltensänderung



(Guilamo-Ramos et al., 2008, zit. nach Coletti et al., 2012, 227,)

In der Studie unter Coletti et al. (2012) wurden Elterninterviews durchgeführt. Danach wurde versucht, die Einstellung der Eltern in Bezug auf Compliance der o. g. Theorie des Verhaltens zuzuordnen, aus welchem Bereich kamen die Aussagen. Hier folgen ein paar Zitate von Eltern, als Beispiele für die übergeordneten Dimensionen:

„Mein Sohn ist nun sehr beliebt. Alles läuft wunderbar.“

➔ Erwartung: Die Medikation wird meinem Kind helfen, sein vollständiges Potenzial auszuschöpfen.

„Ich habe Angst, dass dabei ein Zombie rauskommt...“

➔ Erwartung: Medikamente haben Nebenwirkungen, die den Benefit aufwiegen.

„Ich hatte Angst vor Ritalin, ich hatte Angst vor den Nebenwirkungen ... vor allem vor den suizidalen Tendenzen...“

➔ Gefühl/Sorge: die Medikamente könnten meinem Kind schaden.

„Ich habe mich so gefühlt, als ob ich eine böse Mutter wäre...“

➔ Selbstbild: Können gute Eltern entscheiden ihrem Kind Medikamente zu geben?

„Es ist so als ob man denken würde, wenn du wirklich willst, dass etwas richtig gemacht wird, dann musst du es schon selber machen ... du kannst doch nicht wirklich die Verantwortung für die Gesundheit deines Kindes an andere abgeben.“

➔ Selbstwirksamkeit: Ich habe alles, was es dazu braucht um gute Entscheidungen für die Gesundheit meines Kindes zu treffen.

„Meine Eltern wissen nichts davon, die Schule weiß nichts davon...“

➔ soziale Normen: Familienmitglieder und andere Personen haben eindeutige Meinungen darüber, wie die Verhaltensprobleme in den Griff zu bekommen sind. (Coletti et al., 2012, 231)

Das zentrale Ergebnis der Untersuchung war, dass bei der medikamentösen Behandlung der inneren Haltung der Eltern gegenüber der psychiatrischen Behandlung ein bedeutsamer Stellenwert zukommt.

Den sozialen und emotionalen Einflüssen kommt ebenso eine hohe Bedeutung hinzu. Wie genau die Haltung die Entscheidung beeinflusst, muss noch weiter untersucht werden. Vor allem müssen Strategien in Gesprächsführung und Therapie entwickeln werden, die helfen sollen, die Compliance zukünftig zu erhöhen (Coletti et al., 2012).

Die hier angeführte Studie wurde u. a. von einem Pharmaunternehmen finanziert. Da hier aber ein deckungsgleiches Ziel von meiner Absicht der Darstellung bezüglich der Compliance und dem des Unternehmens vorliegt, denke ich, dass das Ergebnis als für mich relevant anzusehen ist.

6.4 Viele Eltern selbst betroffen

Wie diverse Studien belegten, ist bei Kindern mit ADHS häufig mindestens ein Elternteil selbst von der Störung betroffen. Die Häufung von ADHS in der Familie ist hoch. Trotz externer Evidenz für eine sich gegenseitig bedingende Beziehung zwischen der elterlichen und kindlichen Symptomatik, gehört es bislang nicht zur gängigen Praxis, ADHS generationsübergreifend zu diagnostizieren und zu therapieren. (Gebhardt, 2008) Häufig haben Eltern im Laufe der Jahre wirksame Strategien für den Umgang mit ihrer eigenen Problematik entwickelt. Irgendwann jedoch kommt die chronische Erkrankung des eigenen Kindes hinzu, somit sind Eltern in dieser Konstellation mehreren Belastungen ausgesetzt. Deshalb erscheint es auch für die Behandlung von Kindern äußerst wichtig, Informationen darüber zu gewinnen, wie die Eltern mit diesen Belastungen umgehen und was sich für „Versorgungsbedürfnisse“ bei ihnen bilden und regen. Dies ist wichtig, um bei der Versorgung von Kindern auch den gewünschten „Therapieerfolg“ zu erzielen.

6.5 Gesundheitsbedürfnis, Versorgungsbedürfnis

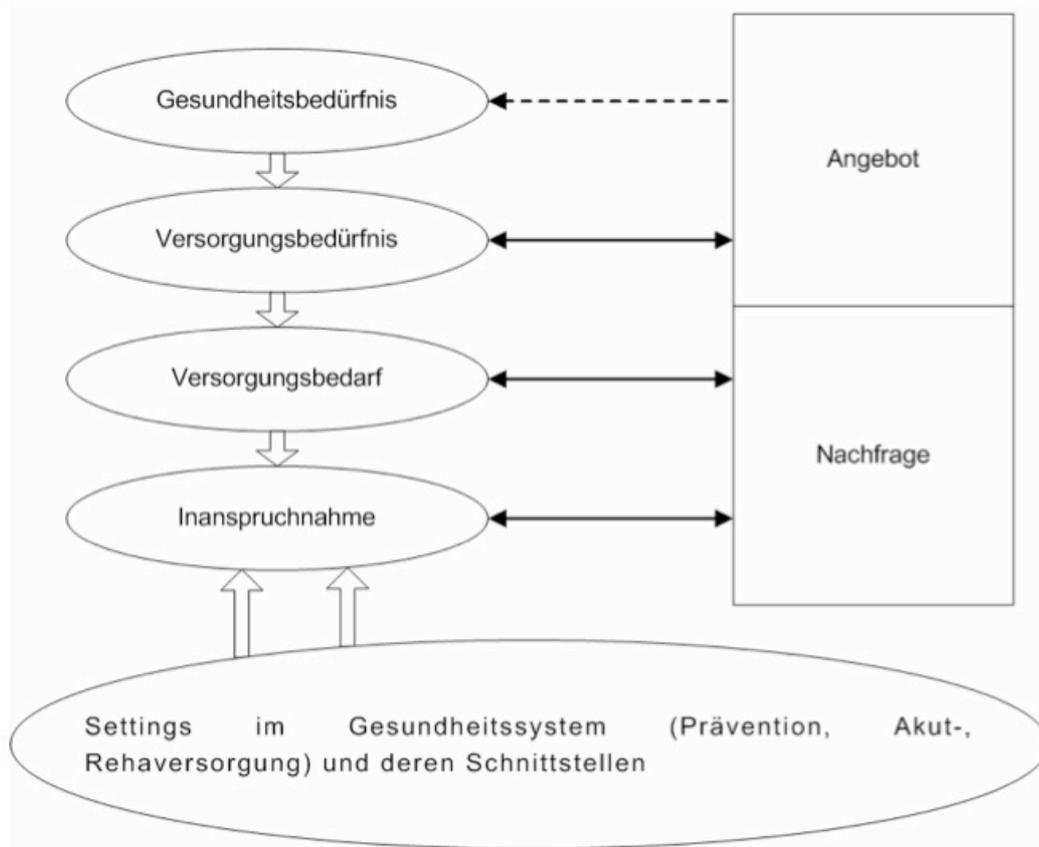
Der Begriff des Gesundheitsbedürfnisses meint ein grundsätzliches menschliches Bedürfnis, in Anlehnung an die Definition der WHO. Zum Beispiel die Empfindung: Ich bin krank, mir fehlt etwas. Im nächsten Schritt wird wahrgenommen, ich benötige etwas. Ich habe das Bedürfnis nach Gesundheit, um diese herzustellen Bedarf es einer Intervention. Das Versorgungsbedürfnis eines Menschen deckt sich nicht immer mit dem angenommenen Versorgungsbedarf (als politischer Begriff). Die Planung des Versorgungsangebotes ist mit Sicherheit als äußerst diffizil anzusehen. Deshalb kann es hier zu einem Konflikt zwischen dem angenommenen Bedarf, Angebot und dem eigentlichen Bedürfnis kommen.

„Bewertet man diese Konstrukte in ihrer Relevanz für die Versorgungsforschung, so ließe sich folgern, dass idealtypische Definitionen, wie es dem Konzept des Gesundheitsbedürfnisses zugrunde liegt, für die Versorgungsforschung prinzipiell zwar relevant sind, aber der explizite Bezug zu Versorgungsangeboten fehlt. Die Konzepte des

Gesundheitsversorgungsbedürfnisses und -bedarfs stellen diesen Bezug her, indem sie sich darauf beziehen, dass Individuen oder Gruppen spezifische Versorgungsleistungen benötigen, wobei davon ausgegangen werden muss, dass sie von diesen Leistungen auch profitieren können. Aus theoretischer Perspektive dürfen Versorgungsbedürfnisse mit der subjektiven Einschätzung, ob Versorgungsangebote gebraucht oder nicht gebraucht werden, der Bewertung der Qualität der Versorgung und der Zufriedenheit mit der Versorgung als subjektives Maß zur bisherigen Bewertung der Versorgungsleistung zusammenhängen.“ (Hingst, 2008, 13f).

Je höher die Diskrepanz der Bereiche Gesundheitsbedarf und Versorgungsangebot, desto höher die Non-Compliance.

Abbildung 6: Versorgungsbedarf vs. Versorgungsbedarf



(Hingst, 2008, 14)

Thyen stellte 1999 fest, dass sich der Versorgungsbedarf bei chronisch kranken und behinderten Kindern im Allgemeinen gut mit der Grundversorgung abdecken ließ. Er wies darauf hin, dass vor allem im

Bereich der „psychosozialen Beratung“ (Thyen, 1999) eine Unterversorgung dargestellt werden konnte:

Im Bereich der psychosozialen Versorgung wurden nicht erfüllte Versorgungsbedürfnisse angegeben, insgesamt berichteten 41,4% der Eltern über Lücken in der Versorgung. (Thyen 1999).

Interessant wäre an dieser Stelle mehr über die Bedürfnisse der Eltern zu erfahren. Studien wie die der GEK und das KIGGS sind ein wichtiger und richtiger Anfang, es sollte aber dennoch mehr Bemühungen geben, um die Versorgungssituation der Kinder von ADHS und deren Eltern zu erläutern. So könnten Informationen darüber gewonnen werden, wie Prozesse gestaltet werden müssen, um die Compliance zu erhöhen und wie damit auch enorme Kosten des Gesundheitssystems eingedämmt werden könnten. (Auch an Untersuchungen im Rahmen des Praxismanagements mit Kostenbeteiligung durch öffentliche Träger oder Krankenkassen usw. könnte nachgedacht werden. Die Praxis und die Kostenträger könnten so zu wertvollen Informationen gelangen im Sinne eines gemeinsamen Interesses.

6.6 Was Eltern in Bezug auf die Behandlung ADHS denken

In der Analyse der Gmündner Ersatzkasse, die sich zur Aufgabe gestellt hat, die Versorgungssituation aus Sicht der Eltern zu analysieren, konnte dargestellt werden, dass: „sich die Haltungen der Eltern zwischen diesen in der Fachwelt vertretenen Positionen bewegen. So dokumentieren die qualitativen Interviews die Überzeugung vieler Eltern von einer genetischen Veranlagung und Auswertungen der quantitativen Befragung zeigen, dass sie die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien häufig als erfolgreichste Maßnahme beurteilen. Gleichzeitig machen die Befragten jedoch deutlich, dass Umgebungsfaktoren – insbesondere die Schule und die Kooperation mit den Lehrenden – oft ausschlaggebend für die weitere Entwicklung ihrer Kinder waren und sind. Besorgt sind die Eltern in Bezug auf die Nebenwirkungen, die in vielen Fällen die Suche nach Behandlungsalternativen begründen.“ (Gebhardt, 2008, 57).

7 Untersuchung der Gründe für mangelnde Compliance

Im folgenden Kapitel sollen die Gründe für mangelnde Compliance von Eltern unter der Behandlung von ADHS erörtert werden.

7.1 Biologisches vs. Soziales Konstrukt

Die bisherige Untersuchung arbeitet heraus, dass sich die Eltern mit den gleichen Fragestellungen beschäftigen als auch die Fachwelt. Meine Vermutung ist, dass durch die in den letzten Jahren vermehrt in den Medien geführten Diskussionen die Öffentlichkeit stark auf die Kontroversen um ADHS aufmerksam wurde. Meiner Einschätzung nach wurde das Thema teilweise sehr populärwissenschaftlich in den Medien aufbereitet. Je nachdem, welchem etiologischen Modell Eltern eher glauben schenken können, wird ihre Entscheidung in Richtung Medikamente ja oder nein gehen. Um besser nachvollziehen zu können, welche Theorien und Annahmen Einfluss auf ihre Entscheidung haben werden, möchte ich noch näher auf die fachlichen Kontroversen eingehen. Der wissenschaftliche Diskurs bezieht sich vor allem auf das Entstehungsmodell der Krankheit. Auf der einen Seite lassen sich Wissenschaftler finden, die von einer vorrangig biologischen Entstehungsweise (genetische Disposition) überzeugt sind. Genannt seien allen voran Barkley R., Brown R., Anastopoulos A., DuPaul G., Cook E., Zemetkin, A., Faraone, S., Biederman J., et al. Die Wissenschaftler gaben in einem internationalen Zusammenschluss ein Internationales Consensus Papier heraus, in welchem sie sich für die biologische Ätiologie der Krankheit einsetzen und das Anliegen haben, diese Auffassungsweise in der internationalen wissenschaftlichen Fachwelt auch publik zu machen und noch mehr Behandler und Untersucher davon zu überzeugen.

Dagegen lehnen sich einige Wissenschaftler auf. Genannt seien Timimi S., Moncrieff J., Jureidni J., Leo J., Cohen D., Whitfield C., Double D., Bindman J., et al., (Timimi, 2004) die von der Hypothese ausgehen, dass ADHS ein soziales Konstrukt ist, in welchem definiert wird, ab wann das Verhalten eines bestimmten Menschen sich außerhalb der kulturell erwarteten Norm befindet und deshalb ab einem gewissen Ausmaß als

„krankhaft“ definiert wird. Die Idee ist also, dass ADHS keine wirkliche Pathologie vorweist, sondern erst durch einen Etikettierungsprozess zu einer Krankheit gemacht wird. Als Ursprung dafür wird erlerntes oder anderweitig bedingtes Verhalten dargestellt, das aber von der Norm abweicht. Die Anhänger der Sozialen-Konstrukt-Theorie betonen damit die Seite der sozialen sowie der Umweltfaktoren stärker, messen der genetischen Disposition weniger Gewichtung bei (Gebhardt, 2008). Die ätiologische Konzentration auf biologische Erklärungsmuster wird skeptisch betrachtet und eine Psychopharmakotherapie aufgrund des abweichenden Verhaltens gänzlich abgelehnt. (Jantzen, 2016) Trimimi geht davon aus, dass ADHS in erster Linie eine Stressreaktion auf das moderne Leben sei. Als erste Reaktion auf Stress kann Hyperaktivität auch zu einem Modus dauerhafter Stressbewältigung werden und damit dazu zu dienen, Stress abzubauen (Kryzhanovsky, 1986, zit. nach Jantzen, 2016). Um dem Internationalen Consensus Papier etwas entgegen zu setzen, gaben internationale Wissenschaftler um Trimimi einen Gegenentwurf zu dem Papier heraus, in welchem sie auf den wesentlichen Beitrag von Umweltfaktoren hinweisen (Beide Papiere im Anhang).

7.2 Ausweitung der Diagnosekriterien (DSM-V) - als Übel der Diagnoseinflation

Ein anderer Teil der Wissenschaftler, der die Hypothese des sozialen Konstruktes unterstützt, geht aber davon aus, dass es die Krankheit ADHS sehr wohl gibt (klinische Validität), sie aber zu häufig diagnostiziert wird und es deshalb zu einer Überdiagnostizierung und daraus folgenden Überversorgung mit Medikamenten kommt. Das bedeutet, dass die Diagnosekriterien zu stark ausgeweitet wurden und werden. Deshalb wird eine größere Anzahl an Kindern als „krank“ erfasst als dies bei einem strenger angelegten Maßstab der Fall sein würde. Gestützt wird diese Hypothese von den bekannt gewordenen Fällen, dass Beteiligte Psychiater der DSMIV/DSMV task force group Verbindungen zur Pharmaindustrie hatten und haben. Ein am 06.05.2008 in der „New York Times“ erschienener Artikel von Tara Parker-Pope, berichtet über das

Wissenschaftszentrum für die Wahrung des öffentlichen Interesses (Center for Science in the Public Interest), welches auf seiner Homepage Integrität in der Wissenschaft (Integrity in Science) die Verbindungen zwischen Psychiatern, die das DSM-IV überarbeiteten und der Pharmaindustrie, hervorheben konnte. Wie in dem Artikel erwähnt wurde, waren es nicht die ersten Verbindungen zwischen APA (American Psychiatric Association) und der Pharmaindustrie. Die Psychiater wurden dazu angehalten ihre Verbindungen zur Pharmaindustrie öffentlich darzulegen. Bereits 2006 konnten Forscher der Tuft Universität (Boston) darlegen, dass 95 von 170 Experten (56 %) eine finanzielle Verbindung zu einem Pharmaproduzenten hatten. In manchen Bereichen war die Verbindung sogar höher, in Einzelfällen sogar bei 100 %, wenn man die Experten untersuchte, die sich mit einzelnen Teilen des Manuals befassten, in denen es um ein bestimmtes Störungsbild ging. Die APA erlaubt ihren Mitgliedern finanzielle Zuwendungen von Pharmafirmen anzunehmen, allerdings darf ihre persönliche Einnahme aus industriellen Quellen während der Arbeit am Manual 10.000 Dollar pro Jahr nicht überschreiten. Dr. Carolyn B. Robinowitz, die damalige Präsidentin der Organisation äußerte sich hierzu so: „Wir haben alles dafür getan, um sicherzustellen, dass das DSM-V auf den besten und neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen aufbaut und um Interessenskonflikte bei der Entwicklung zu eliminieren.“ (Parker-Pope, 2008) Durch die gefasste Regelung wird trotzdem nicht per se ausgeschlossen, dass Zuwendungen in andere Zeiträume fallen oder anderer Natur als der Finanziellen sind.

„Die aggressive Werbung einiger pharmazeutischer Firmen beeinflusst sehr stark das Verschreibungs- und Konsumverhalten“ so eine Feststellung in einer Pressemitteilung des UNO-Informationendienstes, INCB 1998 (zit. nach Jantzen, o. S.) .

7.3 Die Mediendebatte in Deutschland

Doch nicht nur die Debatte in den USA erweist sich als sehr kontrovers, diese wurde in Deutschland ebenso kontrovers weitergeführt:

Am 12. Februar 2012 erschien in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung ein provokanter Artikel, der die Überschrift trug: „Ritalin: Wer nicht passt (...) wird passend gemacht.“ In dem Artikel wurden verschiedene Politiker zitiert, die sich kritisch zur aktuellen Versorgungsrate für die Behandlung von ADHS äußerten. Von Jens Spahn wurde gefordert, das Thema „in Form eines Expertengesprächs im Gesundheitsausschuss zu diskutieren.“ Des Weiteren wurde im Artikel kritisiert, dass „Die Pharmaindustrie unterstütze die Bedürfnisse einer Gesellschaft, in der Kinder unter erheblichem Erwartungsdruck stehen, indem sie MPH als schnelle und einfache Lösung bewirbt und die erheblichen Risiken verschweigt“.

Untermuert werden solche kritischen Äußerungen mitunter, weil sich viele Studien (i. W. im angloamerikanischen Raum) vor allem mit der „biologischen“ Seite des ADHS beschäftigen. Staatliche Forschung gibt es kaum. Eine Ursache hierfür könnte sein, dass Studien finanziert werden müssen und Interessenten an Ergebnissen v. a. aus der Pharmaindustrie kommen, die diese Studien oft in Auftrag geben und finanzieren. Dies ist so auch legal. Es gibt aber ein Problem, zu dem es hierbei kommen könnte. Das ist der sogenannte: „Information Rebound“. (Rebound, meint so viel wie „Rückprall an Information“). Dieses Phänomen beschreibt die Situation, dass Negativergebnisse in der Pharmaforschung weit weniger häufig veröffentlicht werden als Positivergebnisse. Darüber hinaus kommt es zu einer Wahrnehmungsverschiebung in der Öffentlichkeit oder sogar bis in die Fachwelt hinein (Frenkel & Randerath, 2015). Die neue Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kurz DSM-V vom 18.05.13 brachte Veränderungen in den Diagnosekriterien mit sich. Diese erweiterten zuletzt die Diagnosemöglichkeit für ADHS: mitunter reicht es nun für eine Diagnose aus, wenn die Symptome vor dem 12. Lebensjahr begannen und nicht mehr zwingend vor dem 7. Lebensjahr vorlagen, wie bisher, etc.

Dies wird zwangsläufig dazu führen, dass bereits aktuell und auch zukünftig mehr Diagnosen vergeben werden. Allen Frances geht sogar davon aus, dass es durch die Herausgabe des DSM-V zu einer Hyperinflation von Krankheiten kommen wird: „Wir brauchen zu viele Medikamente für Leute, die ohne Medikation oder mit Psychotherapie besser zurechtkämen.“ (Frances im Interview mit Burger, 2014) Die Autorinnen des oben genannten Buches Frenkel und Randerath gehen aber weiter als Allen und führen hierbei Interessen der Pharmaindustrie an. Sie hätten verfolgt, dass die „task force“ (Arbeitsgruppe je Störungsbild) der zuständigen Gruppe für die Entwicklung des DSM-V pharmaaffine Mediziner gewesen seien. Sie hätten ein Interesse daran gehabt, dass mehr Diagnosen vergeben werden, damit die Unternehmen durch einen höheren Absatz an Tabletten auch höhere Gewinne erwirtschaften könnten. Auch wenn o. g. Buch nicht zur wissenschaftlichen Literatur zu zählen ist, so spielt diese Sichtweise auf die Diagnosekriterien sowie die Vergabe von Medikamenten auch für die Eltern trotzdem eine Rolle. Vielleicht nehmen sie wahr, wenn zu wenig auf den individuellen Fall ihres Kindes eingegangen wird und bei Durchführung der Diagnostik beispielsweise aufgrund mangelnder Zeit nicht alle relevanten Informationen eingeholt wurden. Wenn der Behandler im Gespräch zu wenig auf die Eltern und das Kind mit seinen Nöten eingeht. Dies sollte Ziel nächster Untersuchungen sein.

Die negative Compliance könnte dazu führen, dass die Medikamente unregelmäßiger gegeben werden und somit eine erneute Veränderung auf die Wirksamkeit des Medikamentes haben. Die Eltern könnten den unzureichenden Benefit der Medikationsgabe zuschreiben und sich in ihrer Annahme z. B. „Mein Kind benötigt keine Medikamente“ wieder selbst verstärken.

Die Empfehlung in den Leitlinien besagt, wie oben beschrieben, dass ein Einsatz von Medikamenten für ADHS erst dann erfolgen soll, wenn eine andere therapeutische Maßnahme als nicht ausreichend erachtet worden ist, oder aber der Leidensdruck sehr groß ist. Frenkel und Randerath (2015) gehen davon aus, dass es nicht genügend Therapieplätze für Kinder gibt, die unter ADHS leiden. Was mitunter ein Grund für eine

frühere Verordnung von Psychopharmaka sein könnte. Ebenso nehmen sie an, dass nicht alle medikamentös eingestellten Kinder, akut unter solch einem großen Leidensdruck stehen, als dass man nicht eine Zeit lang einen alternativen Versuch starten könnte. Sie setzen hierbei vielmehr den Schwerpunkt auf dem elterlichen Willen ein, die sich offensichtlich aktiv für diese Möglichkeit einsetzen. (Frenkel & Randerath, 2015). Die Untersuchung der GEK ergab, dass „multimodale Behandlungskonzepte nicht der Regelfall“ sind (Gebhardt, 2008, 151). Nur in 27,4 % wurde Verhaltenstherapie eingesetzt, nur in 19,2 % der Fälle ein Elterntaining. (ebd.) Daraus lässt sich eine mangelhafte Berücksichtigung von Behandlungsalternativen als den Medikamenten feststellen und die Vermutung aufkommen, dass häufig nicht die Leitlinienempfehlung angewandt wird. Welche Gründe hierfür vorliegen, müsste näher untersucht werden.

Im Zuge der Leitlinien, für eine multimodale Behandlung, die eine Erstversorgung mit Therapie und Beratung usw. vor medikamentöser Einstellung vorsieht, existiert der Vorwurf in der Fachwelt, dass vorschnell zu einer rein medikamentösen Versorgung gegriffen wird (Gebhardt et al., 2008).

Ob sich der Vorwurf auch in größeren Untersuchungen bestätigen lässt, wäre höchst interessant und zeigt weiteren Forschungsbedarf auf.

Eine mögliche Erklärung für diese Dynamik wäre, dass Psychiater als Ärzte abgeleitet von ihrem Wissen über körperliche Prozesse, eher von einem größeren biologischen Anteil an der Entwicklung der Symptomatik ausgehen und deshalb eher eine „biologische Behandlung“ wählen. Weitere Untersuchungen zur Bestätigung oder Widerlegung der These wären vonnöten.

7.4 Diagnoseinflation in Deutschland – die Erklärung des BKJPP

Dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. ging die Darstellung in den Medien und die Debatte um (Erb-) Krankheit oder nicht, zu weit. Er gab eine detaillierte Stellungnahme seiner Sichtweise auf die Problematik kund. Die BKJPP gab zum 23. Februar des Jahres 2012 folgende Pressemitteilung heraus:

„ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung“

„Sowohl einige Abgeordnete des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages als auch einige Pressartikel der letzten Tage äußerten sich kritisch zur medikamentösen Behandlung von ADHS. Leider hat dabei das Bemühen, fundierte Diagnostik einzufordern, offensichtlich dazu geführt, ADHS als Krankheit insgesamt in Frage zu stellen und damit die Betroffenen zu stigmatisieren. Es ist warnend darauf hinzuweisen, dass bereits früher psychiatrische Erkrankungen als persönliche Schuld, „Besessenheit“ oder (göttliche) Strafe gedeutet und damit Betroffene diskriminiert wurden. Dies veranlasst den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland zu folgender Stellungnahme:

1. Wir teilen das Anliegen, dass bei Diagnose und Therapie der ADHS der Stand der Wissenschaft eingehalten wird. Es gibt sowohl nationale als auch internationale Leitlinien, die von den Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie von den Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie eingehalten werden. Eine Untersuchung bei diesen Fachärzten dauert mehrere Stunden und beinhaltet eine umfassende Untersuchung, bei der auch Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) erfasst werden. Die gesamte Breite des psychiatrischen Wissens ist hierfür erforderlich.

2. Die Angaben zu Häufigkeiten falscher Verdachtsdiagnosen können nur episodische Informationen darstellen, systematische Untersuchungen hierzu gibt es nicht. Wenn von „Zuschreibungsdiagnosen“ gesprochen wird, die unter gesellschaftlichem Druck ausgestellt würden, so sind dies Privatmeinungen, die von keinerlei überprüfbaren Befunden gestützt werden können. Tatsächlich aber erfordert die korrekte Diagnose von Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung spezifisches Fachwissen und sollte dem Regelfall den Fachärzten vorbehalten bleiben.“ (BKJPP, 2012)

Der o. g. Begriff der Zuschreibungsdiagnosen geht auf Prof. Glaeske zurück, einem Bremer Arzneimittelforscher, der sich hierbei an die „Soziale-Konstrukt-Theorie“ anlehnt. Unter Verwendung des Begriffs spielt er darauf an, dass Kinder oftmals in der Schule auffällig werden und von Seiten der Lehrer ein Handlungsbedarf an die Eltern gemeldet wird. Durch

Beschreibungen der Eltern und der Lehrer wird dann deutlich, wo das Kind mit seinem Verhalten aneckt. Wird dann aufgrund von Aussagen eine Diagnose gestellt, so kann es sich hierbei ohne weitere Diagnostik um eine Zuschreibungsdiagnose handeln. Des Weiteren wirft Prof. Glaeske die Frage auf, ob wir (als Gesellschaft) die Aufgabe haben, die Kinder an die Schule anzupassen oder ob es nicht darum gehe, die Bedingungen in der Schule derart anzupassen, dass sie mit solch einer Problematik der Kinder zurecht kämen. Des Weiteren wird unter Punkt 2 m. E. darauf angespielt, dass Diagnosen auch von Kinderärzten gestellt werden können, die im Regelfall nicht über die selben umfangreichen Tests und auch nicht das spezifische Fachwissen im Vergleich zu einem Kinder- und Jugendpsychiater vorweisen können. Dem Kinderarzt steht i. d. R. wahrscheinlich auch nicht die für die Diagnostik relevante Zeit zur Verfügung. Aber auch Kinderärzte verordnen u. U. ohne eine eingehende Diagnostik, manchmal basierend auf einer „Klinischen Einschätzung“ Psychopharmaka gegen ADHS. „Zweifelloos kann daher aus der nur gelegentlichen Beobachtung (Untersuchungssituation ist ja nur als gelegentlich anzusehen) eines solchen Verhaltens nicht auf das Vorliegen einer Erkrankung geschlossen werden.“ (Grobe, 2016, 258) Meiner Meinung nach übt der Verband durch diese Aussage an der Vorgehensweise Kritik.

„3. Die ADHS wird in Deutschland genauso häufig diagnostiziert wie in unseren Nachbarländern. Es handelt sich nicht um ein Problem, das es nur in Deutschland gibt. Es ist auch keine Erkrankung, die nur Jungen betrifft, sondern auch Mädchen und Frauen.“ (BKJPP, 2012)

An diesem Punkt wird meiner Ansicht nach angesprochen, dass die Erkrankung in Deutschland nicht häufiger als im Vergleich zu anderen europäischen Ländern diagnostiziert wird. Dagegen gestellt werden könnte jedoch auch, dass Pharmaunternehmen nicht an den deutschen Grenzen Halt machen mit Vermarktungsstrategien und dass wir vielmehr von einem Anstieg an Diagnosen sowie Verordnungen weltweit denken müssen und es m. E. nach deshalb nicht viel Sinn macht, Deutschland mit den Nachbarländern zu vergleichen.

Weiter oben in der vorliegenden Arbeit, unter dem Punkt Prävalenz beschrieben, wurde dargestellt, dass Jungen in einem Verhältnis von in etwa „4 zu 1“ von ADHS betroffen sind. Dies veranlasst dazu, über den Punkt Hyperaktivität nachzudenken. Jungen sind insgesamt häufiger mit dem Zusatz Hyperaktivität diagnostiziert worden. Experten vermuten, dass dies auch damit zusammen hängt, dass Mädchen allgemein introvertierter Probleme ausmachen und Jungen eher in die Konfrontation gehen. Provokativ könnte man sagen, dass Jungen mehr anecken, häufiger unter auffälligen Komorbiditäten leiden wie Störung des Sozialverhaltens, oppositionelles Verhalten usw. Deshalb ist die Störung bei ihnen offensichtlicher, und kann vielleicht sogar früher erkannt werden. Experten gehen davon aus, dass viele Mädchen, die unter einer „Einfachen Aufmerksamkeitsstörung“ leiden, überproportional häufig nicht adäquat diagnostiziert werden. Dies hänge wohl damit zusammen, dass sie meist weniger auffallen würden. Phänomenologisch betrachtet bleibt ADHS trotzdem mehr jugenzentriert, auch wenn ich dem Hinweis in der Pressemitteilung in soweit zustimmen würde, dass selbstverständlich auch viele Mädchen und Frauen betroffen sind.

„4. Bei der ADHS handelt es sich nicht um eine reaktive Fehlanpassung eines Menschen an pathogene äußere oder kulturelle Bedingungen, sondern um eine biologisch fundierte Beeinträchtigung exekutiver Funktionen. Das Störungsbild wurde in der wissenschaftlichen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts bereits gut beschrieben. Studien der Weltgesundheitsorganisation haben ergeben, dass dieses Störungsbild in der gleichen Häufigkeit in allen Ländern dieser Welt auftritt. Die Diagnose ist sehr gut operationalisiert und hat sich als sehr valide und reliabel erwiesen.“ (BKJPP, 2012)

Das Erklärungsmodell wird hierbei als rein biologisch beschrieben. Dies ist ein Expertenstreit, in dem sich zwei Lager gegenüber stehen. Ärzte gehen häufig vorrangig von dem biologischen Krankheitsmodell aus, was aber doch gegen die empfohlenen Leitlinien spricht. Da die Leitlinien erst eine therapeutische Behandlung empfehlen und nur nach unzureichender Besserung der Symptomatik eine medikamentöse Therapie empfehlen, gehen die Experten davon aus, dass eine Veränderung des Verhaltens von Bezugspersonen und das Einüben von Verhalten auf Seiten des

Kindes zumindest eine Linderung der Symptome bringen könnte. Wäre dies, so wie oben beschrieben, nicht beeinflussbar, wäre nur die medikamentöse Therapie als einzige empfohlen und man benötigte auch keine weitere Behandlung des Kindes oder Beratung der Eltern per se. So verhält es sich aber aktuell nicht. Viele Patienten mit ADHS haben, wie wir gesehen haben, Probleme im Bereich der sozialen Interaktion, fühlen sich häufig kritisiert und zurückgewiesen, auch wenn dies für Aussenstehende manchmal objektiv nicht nachvollziehbar scheint. Aus diesen Gründen werden, auch im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung (in einigen Bundesländern), viele Eltern durch Ärzte und häufig auch durch ihre interdisziplinär ausgebildeten Mitarbeiter (wie Psychologen, Sozialpädagogen, Therapeuten usw.) beraten, Kinder nehmen an Konzentrationstrainings, Gruppensettingübungen oder Entwicklungstherapeutischen Gesprächen teil. Das zentrale ADHS Netzwerk geht in seinem Eckpunktepapier davon aus: „Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor (...) Genetische Ursachen haben den größten Anteil bei der Entstehung von ADHS, wobei Umweltfaktoren an der Entwicklung der ADHS beteiligt sind. Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge noch nicht abschließend geklärt. Ein weitere Erforschung der Ursachen von ADHS ist daher notwendig.“ (zentrales adhs-netz, 2016) Auch wenn einzelne Behandler unterschiedliche Sichtweisen haben und mehr auf der biologischen oder psychosozialen Seite stehen, so konnte man sich insgesamt doch auf eine Leitlinie für die Behandlung entscheiden. Auf ihre Einhaltung sollte von allen verbindlich geachtet werden.

„5. Menschen mit ADHS tragen ein hohes Risiko auf der Krankheit aufbauender Fehlentwicklungen, die sich nicht nur auf die schulische Situation beschränken: gefährdet ist neben der beruflichen vor allem die soziale Integration. An ADHS erkrankte leiden häufig unter quälenden Beziehungsproblemen. Statistisch nachgewiesen ist überdies eine die körperliche Unversehrtheit nachhaltig bedrohende, stark gesteigerte Unfallhäufigkeit, wenn ADHS nicht fachgerecht behandelt wird.“ (BKJPP, 2012)

Wie von mir unter dem Absatz 6.1 Besondere Herausforderung für Eltern von ADHS Betroffenen eingegangen wurde, liegen hierzu mehrere Studien vor, die z. B. das erhöhte Unfallrisiko bestätigen. Im Einzelfall abgewogen werden sollte, ob die Störung bereits ein solches einschränkendes Ausmaß erreicht hat, als dass eine sofortige Medikation erforderlich ist oder ob auch eine Verhaltenstherapie oder vergleichbare Maßnahmen eine fachgerechte Behandlung sein können.

„6. Von einer Medikamentenüberverordnung in Deutschland kann nicht pauschal die Rede sein. Nach Untersuchungen erhalten allenfalls die Hälfte der Menschen, die an einer ADHS leiden, auch Medikamente. Im Vergleich zu anderen Staaten in der Welt ist die Verordnung in Deutschland eher zurückhaltend. Selbstverständlich müssen unnötige oder fehlerhaft dosierte Verordnungen verhindert werden. Daher ist es umso wichtiger, dass bei Verdachtsfällen ein hierzu qualifizierter Facharzt herangezogen wird, so wie es die Leitlinien auch empfehlen.“ (BKJPP, 2012)

Die GEK Untersuchung sowie das KIGGS kommen hier zu unterschiedlichen Ergebnissen. Wobei die GEK Untersuchung von einem massiven Anstieg an Diagnosen ausgeht (Gebhardt et al., 2008) und das KIGGS (Hölling diesen nicht zu orten vermag. Hierzu sind weitere Untersuchungen nötig. Letztlich Vollerhebungen, die wohl als einzige wirklich repräsentativ gelten können.

„7. Die Behandlung mit Methylphenidat ist wissenschaftlich fundiert, nebenwirkungsarm und zeigte in den letzten 60 Jahren keine ernsthaften unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die nicht reversibel gewesen wären. Es gibt nur wenige Medikamente, die so oft und so intensiv auf Wirkungen und unerwünschte Wirkungen geprüft wurden wie diese Substanz (annähernd 200 allgemein anerkannte, wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechende Studien).“ (BKJPP, 2012)

Im folgenden führe ich den Beipackzettel von Ritalin® (mph) der Firma Novartis, im Auszug die Nebenwirkungen, an:

„Als sehr häufige Nebenwirkungen treten Schlaflosigkeit, verstärkte Reizbarkeit, Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden auf. Diese unerwünschten Wirkungen klingen im Laufe der Therapie zumeist ab.
Darüber hinaus werden sehr häufig Kopfschmerzen und Schwindel beobachtet.

Häufig werden folgende Nebenwirkungen beobachtet: Schläfrigkeit, Störungen der Bewegungsabläufe (Dyskinesien), Unruhe, Übererregbarkeit, Aggressivität, Herzjagen, Herzklopfen, Herzrhythmusstörungen, Veränderungen (meist Erhöhung) des Blutdrucks,

Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Überempfindlichkeitsreaktionen und allergische Hauterscheinungen wie Juckreiz, Kribbelgefühle, Hautausschläge, Haarausfall, Fieber, Gelenkschmerzen.

Gelegentlich sind Gewichtsverlust und geringfügig verzögerte Wachstumsgeschwindigkeit bei der Langzeittherapie von Kindern.

Selten treten auf: Sehstörungen und verschwommenes Sehen, Herzschmerzen.

Sehr selten wurden beobachtet: Hyperaktivität, Krampfanfälle, Muskelkrämpfe, zuckende Bewegungen, Auslösung von Muskelzuckungen (Tics) und Verhaltensstereotypien, Verstärkung von bestehenden Tics und unwillkürlichen Gesichtsbewegungen (Tourette-Syndrom), psychotische Reaktionen mit Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen, vorübergehende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Weinerlichkeit, Entzündung oder Verschluss von Hirngefäßen, vermehrtes Träumen, gestörte Leberfunktion mit Transaminasenerhöhungen bis zum hepatischen Koma, Durchfall und Verstopfung, Bläschenbildung der Haut und Schwellungen auch mit Fieber. Verminderungen der Anzahl der Blutplättchen (Thrombozytopenie), wodurch auch punktförmige Hautblutungen hervorgerufen werden können (Thrombozytopenische Purpura), der weißen Blutkörperchen (Leukopenie) sowie der roten Blutkörperchen (Anämie).“

„Wenn behauptet wird, dass eine Substanz keine Nebenwirkungen zeigt, so besteht der dringende Verdacht, dass sie auch keine Hauptwirkung hat.“ Gustav Kuschinsky deutscher Pharmakologe (1904-1992). Es ist davon auszugehen, dass jede Substanz die derart positive Effekte auf die Konzentration und die Selbststeuerungsmechanismen eines Menschen hat, Prozesse im Körper verändert, die sich in irgendeiner Art und Weise auswirken. In der Pressemitteilung wird erwähnt, dass MPH seit 60 Jahren Einsatz findet. Trotzdem können kaum Aussagen über Langzeitauswirkungen gemacht werden. Solche Untersuchungen sind ethisch nur schwer umsetzbar. (BARKLEY, 2011) Einige Untersucher fanden einen Zusammenhang zu Parkinson, was aber die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zu ADHS im Jahre 2005 dementiert. Noch weiter kritisch zu erwähnen ist auch, dass immer mehr Kinder bereits unter 6 Jahren mit dem Medikament behandelt werden. Hierzu sind keine Aussagen über die Folgen der Behandlung zu machen. „Die breite und zum Teil unkritische Verwendung steht in auffälligem Kontrast dazu, wie wenig über Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und die langfristigen Folgen bei Einnahme im Kindesalter (unter 6; eigene Ergänzung) bekannt sind. (arznei telegramm, 2002, 16; zit. nach Gebhardt).

„8. Eine Leistungssteigerung mit diesem Medikament ist nicht möglich. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit nimmt nicht zu, bisher ist es nicht gelungen, bei nicht ADHS-Betroffenen leistungssteigernde Effekte nachzuweisen!“ (BKJPP, 2012)

Hier wird m. E. auf den Punkt des Medikamentenmissbrauchs angespielt, bei welchem nicht von ADHS betroffene Personen bspw. Methylphenidat meist ohne ärztliche Verordnung einnehmen und die Substanz dazu missbrauchen, längere Wachphasen zur Prüfungsvorbereitung auszulösen. Durch eine Erhöhung der Lernzeit kann ein erhöhtes Pensum an Lernstoff bewältigt werden (Wikipedia, 2016). Offensichtlich einleuchtend erscheint die Feststellung, dass die intellektuelle Leistungsfähigkeit nicht zunimmt. „Eine generelle Besserung kognitiver Fähigkeiten kann nicht erwartet werden.“ (Wewetzer & Walitza, 2010, S.398)

„9. Die Verordnungsmenge von Methylphenidat hat in der Tat in den letzten Jahren zugenommen. Dies liegt zum einen an der höheren Aufdeckungsrate, an der höheren Akzeptanz und am Einsatz von Retardpräparaten. In den letzten beiden Jahren ist die Verordnungsmenge zurückgegangen. Bei jedem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird die Behandlung der Betroffenen leitliniengemäß durchgeführt. Das bedeutet, daß alle Patienten und auch deren Angehörige problembasiert und lösungsorientiert beraten werden, sie erhalten psychoedukative Maßnahmen und werden, soweit erforderlich, sozialpsychiatrisch, familientherapeutisch und/oder psychotherapeutisch begleitet. Allerdings ist es wissenschaftlich erwiesen, daß alle diese Begleittherapien die „Kernsymptomatik“ eines erwiesenen ADHS nicht zu beeinflussen vermögen. Es können nur der Umgang mit der Krankheit und die Bewältigung verbessert und aufgetretene Begleiterkrankungen behandelt werden. Deshalb ist die medikamentöse Behandlung einer eindeutig diagnostizierten ADHS oft unverzichtbar, um die beschriebenen Gefahren für die weitere körperliche und seelische Entwicklung der Betroffenen abzuwenden.“ (BKJPP, 2012)

Das Eckpunktepapier sieht trotzdem eine Empfehlung von bestimmten Programmen zur frühzeitigen Verminderung von ADHS-Symptomen und der Prävention ihrer negativen Auswirkungen vor. „Mehrere auch im deutschen Sprachraum entwickelte Interventionsprogramme haben sich in der Prävention von expansiven Verhaltensauffälligkeiten einschließlich von ADHS-Symptomen bewährt“. (zentrales adhs-netz, 2016)

„10. An ADHS Erkrankte bedürfen ebenso wie ihre Angehörigen Verständnis und Unterstützung. Lange genug sind sie stigmatisiert, diskriminiert und fehldiagnostiziert worden. Das Missverständnis der mit der Erkrankung verbundenen Symptomatik als persönliches Versagen, Faulheit oder Böswilligkeit hat zu viel vermeidbarem Leid geführt. In früheren Jahrzehnten landeten viele der Betroffenen in prekären Lebensumständen, einschließlich Gefängnisaufenthalt, Drogenabhängigkeit und zusätzlichen schweren psychischen Erkrankungen. Der BkJP warnt ausdrücklich davor, in frühere Reflexe im Umgang mit ADHS zurückzufallen und die Betroffenen und ihre Angehörigen zu beschuldigen und ihnen wissenschaftlich als wirksam und hilfreich erwiesene Behandlung zu versagen.“ (BKJPP, 2012)

Der letzte Punkt der Erklärung greift insgesamt auch gut das Leid und die damit verbundenen Wünsche der Eltern auf, sie unterstreicht deren Interessen. Eine erhöhte Akzeptanz in der Gesellschaft wäre wünschenswert, dazu beitragen könnte eine weitere Aufklärung der Lehrer und Verantwortlichen in der Erziehung der Kinder (z. B. Kindergarten, KiTa, Hort, Mittagsbetreuung). Prognostisch ungünstig wäre jedoch, zu wenig auf die Anteile einzugehen, bei denen Kinder sowie Eltern/Erwachsene an der Linderung der Symptomatik mitwirken könnten. Was keiner Schuldzuweisung gleich kommen soll. Vielleicht wäre es eine Chance, sich der Krankheit gegenüber nicht so „ohnmächtig“ zu fühlen und selbst etwas aktiv dagegen tun zu können. Auch im Sinne der Vermeidung einer Langzeitbehandlung mit Psychopharmakotherapie kann eine Medikation um so früher abgesetzt werden, um so eher ein Kompetenzzuwachs festgestellt werden konnte.

Durch die öffentliche Stellungnahme des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird offensichtlich, bis in welche Ebenen die kontroversen Ansichten über das Thema diskutiert werden.

8 Diskussion

Kaum eine andere Störung löst momentan gesellschaftlich so viel Resonanz aus wie die Störung ADHS.

8.1 Diagnostische Abgrenzbarkeit

Aufgrund des Expertenstreits sind viele Fachleute selbst hin- und hergerissen sowie verunsichert. Es gibt insgesamt eine Neigung oder Tendenz Verhaltensprobleme mit ADHS zu erklären. „In zunehmendem Maße wird jedoch akzeptiert, dass die hyperkinetische Störung keine diskrete, gut von der Normavariation abgrenzbare diagnostische Einheit darstellt, sondern dass eine dimensionale Betrachtung eher angemessen ist. Die Bestimmung von Grenzwerten für die Definition von Auffälligkeit muss unter diesem Gesichtspunkt immer fragwürdig bleiben.“, (Döpfner et al., 2013, 6). Es bleibt einzuräumen, dass bei vielen psychischen Störungen die Ursachenzusammenhänge noch nicht abschließend geklärt sind, auch bei vielen körperlichen Erkrankungen ist das der Fall.

8.2 Behandlungsplanung

Eltern fragen sich, wenn die Ursache noch nicht richtig geklärt ist, wie soll man dann die Behandlung planen? Es verunsichert sie, wenn sie hören, sie sollen erst einmal an einer Therapie teilnehmen und Dinge „neu lernen“. Vielleicht sind sie skeptisch oder auch erfreut, dass sie etwas tun können. Wenn vielleicht gleich zu Beginn Medikamente empfohlen werden, verunsichert dies Eltern meist sehr. Sie versuchen den besten Weg für ihre Kinder zu finden. (Charach, 2006)

8.3 Verhaltenstherapie

In nur in etwa einem Drittel aller Fälle der GEK Studie (Gebhardt) an fast 2.300 Versicherten wurde VT eingesetzt. Dies entspricht so nicht den Empfehlungen der Leitlinien, VT wird zu selten eingesetzt. Ob der seltene Einsatz mit mangelnden Therapieplätzen, langen Wartezeiten oder schlechter Erreichbarkeit usw. zu tun hatte, sollte Ziel nächster Untersuchungen sein.

8.4 Zu schnell Psychopharmakotherapie?

Die in der Arbeit aufgenommene Kritik, dass in der Fachwelt zu schnell zu Psychopharmakotherapie gegriffen wird, muss angesichts der Untersuchungsergebnisse bestätigt werden. Die Bundesärztekammer gibt eine Wartezeit von wenigen Wochen an, unter denen man bereits Fortschritte erkennen sollte, ansonsten wäre die Indikation¹⁶ zur medikamentösen Behandlung gegeben. Es ist nicht zu erwarten, dass in solch einer kurzen Zeit wesentliche Effekte erkennbar sind.

8.5 Diskrepanz zwischen Versorgungsbedürfnis und Versorgungsbedarf

Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass es eine große Diskrepanz zwischen einem Versorgungsbedürfnis einerseits und dem Versorgungsbedarf gibt. Die Notwendigkeit der psychosozialen Beratung als ein Versorgungsbedürfnis wurde in der Untersuchung hervorgehoben. Jedoch ist dies auch einer der zeitaufwändigsten Punkte in der Behandlung von ADHS. Angesichts der Anzahl der Fälle in Deutschland und der Anzahl der Experten/Fachärzte auf dem Gebiet komme ich zu dem Schluss, dass eine relative Unterversorgung vorherrscht. (regionale Unterschiede)

8.6 Der Leidensdruck unter dem die Eltern stehen

Aus diesen oben genannten Gründen vermag kaum jemand zu sagen, was die richtige Lösung im Umgang mit den betroffenen Kindern sei. Ziel, darüber besteht Konsens, wäre eine erhöhte **Selbststeuerung** zu erreichen. Doch wie ist diese für alle Beteiligten am besten zu erreichen? Mit den geringsten Nebenwirkungen, dem kleinsten Risiko und dem größtmöglichen Nutzen.

Man denkt an Behandlungsalternativen zur medikamentösen Unterstützung durch das soziale Umfeld z. B. an eine Unterrichts Anpassung durch den Lehrer mit Wechsel der Unterrichtsmethoden oder an Eltern, die versuchen ihrem Alltag mehr Struktur zu geben, die Kinder auf ihrem Niveau direkt anzusprechen. Oft

¹⁶ Grund für das Ergreifen einer medizinischen Maßnahme

bieten aber diese auf Seiten der Erzieher unternommenen Veränderungen nicht (v. a. in dem erforderlichen Zeitraum) die gewünschte Lösung, so dass das Kind nach wie vor den Eltern Kopf zerbrechen bereitet. Die Eltern geraten unter Zugzwang. Oft können sie die positiven Langzeiteffekte einer Therapie nicht mehr abwarten, da sich die Situation in Schule oder Gleichaltrigengruppe zugespitzt hat.

Die medikamentöse Unterstützung jedoch bietet eine schnelle und meist sehr wirksame Methode an, um die Selbststeuerung der Kinder zu erhöhen und sie somit „sozial besser integrierbar“ zu machen. Die Eltern sind oft erleichtert und können wieder durchatmen, wenn nur bei vielen das schlechte Gewissen nicht wäre. Viele Eltern sind sich darüber bewusst, dass die Medikamente teils starke Nebenwirkungen haben können und die Langzeitfolgen bisher auch nur wenig untersucht wurden (Gebhardt et al., 2008). Manche Eltern haben vielleicht sogar das Gefühl sie „müssen“ ihrem Kind ein Medikament verabreichen, damit der Schulalltag überhaupt funktionieren kann (Social functioning).

Manchmal vielleicht sogar, obwohl die Eltern mit ihrem Kind zu Hause eigentlich zurecht kommen würden, eigentlich keinen Bedarf für eine Medikation sehen würden. Aber das soziale Umfeld sehr wohl. Sie sind dann verunsichert, ob es tatsächlich notwendig ist, dass Kind medikamentös zu versorgen.

Aus dieser Unsicherheit heraus werden auch Psychotherapeuten von Eltern befragt, ob sie eine medikamentöse Einstellung empfehlen würden. Das betrifft nicht direkt die Zuständigkeit des Psychotherapeuten sondern fällt in den Zuständigkeitsbereich des Kinder- und Jugendpsychiaters, der dies unter Zuhilfenahme seines medizinischen sowie psychotherapeutischen Wissens entscheidet. Trotzdem würden die Eltern gerne die Meinung eines zweiten Fachmannes, der kein Arzt ist hören um das Für und Wider einer medikamentösen Behandlung besser abschätzen zu können.

8.7 Einschränkung der Untersuchung

- Der Diskurs in der Fachwelt könnte von mir weitaus kontroverser wahrgenommen worden sein, als er dies in der Realität ist. Barkley schreibt in seinem Internationalen Consensus Papier, dass die Kritiker des biologischen Modells die Diskussion absichtlich größer erscheinen ließen, als dies tatsächlich der Fall sei. Also, dass zahlenmäßig mehr Forscher und Experten in die Kritik des biologischen Modells involviert wären, als dies tatsächlich der Fall ist.
- Viele Studien, die ich herangezogen habe, wurden teilweise von Pharmafirmen finanziert. Es könnten hierbei Interessenskonflikte vorliegen, die nicht offensichtlich sind.
- Es könnte auch vorgekommen sein, dass ich vielleicht manche Ergebnisse dazu herangezogen, habe um gesamtgesellschaftliche Betrachtungen zu untermauern, ohne noch einmal genau die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse, deren Repräsentanz eindeutig überprüfen zu können.

9 Resümee

Die Ätiologie von ADHS ist nach wie vor nicht abschließend geklärt. Die Frage ist, ob das überhaupt jemals möglich sein wird. Ethische Interessen werden dem vielleicht immer entgegen stehen. Eltern müssen sich bewusst machen, was sie selbst für eine innere Haltung der Psychopharmakotherapie gegenüber haben. So kann bewusst mit dem Arzt das Problem der Compliance angesprochen werden. In der heutigen Ausbildung der Ärzte wird verstärkt auf ein neues Arzt-Patient-Modell hingewirkt. Es soll eher ein partnerschaftliches Verhältnis als ein paternalistisches praktiziert werden, dies erhöht die Compliance nachweislich. Auch gibt es mittlerweile verschiedene Möglichkeiten, sich z. B. an die Tabletteneinnahme erinnern zu lassen (Speziell verpackte Produkte, digitale Wege usw.). (Mahtani, 2011)

Nach Abwägung aller erhaltenen Informationen, der Erhebung des aktuellen Standes der Wissenschaft sowie Empfehlungen der Experten auf dem Fachgebiet erscheint folgendes Vorgehen für Eltern, die einer Psychopharmakotherapie eher kritisch gegenüberstehen, empfehlenswert:

1.) Eltern sollten sich möglichst viel Hintergrundwissen aneignen über die Störung ADHS.

2.) Eltern sollten sich nicht scheuen dem Arzt Fragen zu stellen. Barkley (2011) empfiehlt direkt eine Liste mit Fragen, die Eltern vor medikamentöser Behandlung zusammen mit dem Arzt abarbeiten sollten:

„Was Sie Ihren Arzt über Medikamente fragen sollten:

Wenn Ihr Arzt Ihnen empfiehlt, es mit einer medikamentösen Behandlung zu versuchen, ...

I. „Welche kurzfristigen und langfristigen Wirkungen und Nebenwirkungen hat dieses Medikament?

II. Wie wird das Medikament dosiert und wann muss es eingenommen werden?

- III. Wie häufig sollte mein Kind zu Ihnen in die Sprechstunde kommen, solange es das Mittel nimmt?
- IV. Wann sollte die Einnahme unterbrochen werden, um zu sehen, ob das Kind das Medikament noch braucht?
- V. Gibt es bestimmte Lebensmittel oder andere Substanzen, die mein Kind nicht zu sich nehmen sollte, während es das Mittel nimmt, weil es sonst zu unerwünschten Wechselwirkungen kommen könnte?
- VI. Werden Sie gelegentlich in der Schule nachhören, welche Auswirkungen des Medikaments dort beobachtet werden, oder soll ich mich darum kümmern?
- VII. Was muss ich tun, wenn mein Kind versehentlich eine Überdosis des Medikaments einnimmt?
- VIII. Haben Sie ein Informationsblatt über dieses Mittel, das Sie mir mitgeben können?“ (Barkley 2011, 291)

3.) Eltern sollten sich mit der Leitlinienbehandlung vertraut machen und ihre Einhaltung einfordern.

Letztlich bleibt es die Entscheidung der Erziehungsberechtigten, ob sie eine medikamentöse Behandlung befürworten oder nicht. Es gilt hierbei abzuwägen, in welcher klinisch relevanten Ausprägung das Störungsbild beim individuellen Kind vorliegt. Wenn der Leidensdruck des Kindes und der Familie noch nicht sehr erhöht ist und die Eltern Medikation gegenüber non-compliant sind, so kann daran gedacht werden, erst einen alternativen Therapieversuch wie z. B. Verhaltenstherapie zu unternehmen. Nach einer Kurzzeittherapie bspw. könnte abgewogen werden, ob ein gewisser Therapieerfolg festzustellen ist. Als Hilfsmittel können Fragebögen für Eltern, Patient und Lehrer/Erzieher usw. eingesetzt werden, die zu Beginn der Behandlung und am Ende der Kurzzeittherapie als Vergleich herangezogen werden. Falls notwendig, könnte man bei Ausbleiben eines Therapieerfolges immer noch die medikamentöse Therapie im Verlauf der Behandlung oder zum Abschluss hin in Erwägung ziehen. Man hätte vorher aber niedrigschwellig angefangen und so ausgeschlossen, dass eine wohl nebenwirkungsärmere Behandlung ebenso Erfolg gehabt hätte.

4.) Trotzdem bleibt zu erwähnen, dass Gründe vorliegen können, die pädagogisch und therapeutisch so relevant sind, dass dies eine umgehende medikamentöse Einstellung begründet. (zentrales adhs-netzwerk) Eltern sollten sich dennoch gedanklich bewusst kritisch auch mit den nicht ausreichend erforschten Langzeitwirkungen auseinandersetzen und im Sinne einer vernünftigen Nutzen-Risiko Abwägung eine verantwortungsvolle Entscheidung treffen.

Meiner Meinung nach sollten hierfür nicht in erster Linie rein schulische Aspekte eine Rolle spielen. Der Stellenwert sollte eher auf der persönlichen Entwicklung des Kindes und seines eigenen Wohles liegen. Es sollte eher um die Eindämmung von Insuffizienzgefühlen und den Aufbau des Selbstbewusstseins des Kindes gehen. Ihm sollte die Möglichkeit gegeben werden, adäquate Beziehungen zu seinen Mitmenschen aufzubauen, am soziokulturellen Leben in angemessener Weise teilhaben zu können.

Man kann hierauf auf verschiedene Arten und Weisen Einfluss nehmen, bspw. könnte man Wert auf einen anderen Sitzplatz in der Schule legen, mit der Lehrerin über die Diagnose sprechen und Tokensysteme installieren, letztlich eine andere Schulungsform versuchen. Auch für Eltern, die ablehnen, das Kind in ein Förderzentrum zu geben, könnte eine Alternative die Schule zur Erziehungshilfe sein, in denen das Kind einen gewöhnlichen Abschluss der Mittelschule erreichen kann, aber unter anderen Bedingungen beschult werden kann. Differenzierte pädagogische Methoden, Arbeit in Kleingruppen mit Kindern ähnlicher Probleme. Sicherlich ist das aufgrund nur weniger verfügbarer Plätze nicht für jedes Kind eine adäquate Lösung, sollte aber in bestimmten Situationen als Alternative erwägt werden (Maßnahme aus der Erziehungshilfe).

5.) Der Frühprävention erscheint im Hinblick auf die weite Verbreitung der Diagnose in der Gesellschaft eine besondere Rolle zuzukommen. (Mattner, 2006)

6.) Meiner Einschätzung nach können Ärzte viel dazu beitragen, die Compliance bei Eltern zu erhöhen. Aber auch Eltern können einen großen

Anteil daran haben, indem sie ihre Bedenken kongruent einbringen und so die Arzt-Patient-Beziehung verbessern. Die Behandlung von ADHS erfordert einen multimodalen Ansatz, mit einer individuellen Behandlungsplanung um so den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen besser Rechnung tragen zu können.

Anlagen

Timimi S, Moncrieff J, Jureidini J, Leo J, Cohen D, Whitfield C, Double D, Bindman J, Andrews H, Asen E, Bracken P, Duncan B, Dunlap M, Albert G, Green M, Greening T, Hill J, Huws R, Karon B, Kean B, McCubbin M, Miatra B, Mosher L, Parry S, DuBose Ravenel S, Riccio D, Shulman R, Stolzer J, Thomas P, Vimpani G, Wadsworth A, Walker D, Wetzel N, White R; 33 Coendorsers.

Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 7, No. 1, March 2004:

Kritik der internationalen Konsenserklärung zur ADHS

Die Autoren fragen sich und uns zunächst, warum bedeutende Psychiater und Psychologen um Barkley eine Erklärung beschließen, die die freie Diskussion über Sinn und Unsinn der weitverbreiteten Diagnose und medikamentösen Behandlung von ADHS unterbinden will. Wenn wissenschaftliche Erkenntnisse zu ADHS so eindeutig seien wie behauptet, bräuchte es doch eigentlich gar keine solche Konsenserklärung.

Der wirkliche Grund für das Konsenspapier von Barkley et.al. liege darin, dass die Annahmen, ADHS sei eine echte medizinische Krankheit und Psychopharmaka seien wirkliche Heilmittel, inzwischen durch die wissenschaftliche Kritik erschüttert wurden. Es sei nicht nur gegen Geist und Praxis jeder Wissenschaft, den wissenschaftlichen Diskurs über die Gültigkeit von "ADHS" zu beenden, wie es das Barkley-Konsenspapier verlange. Es gebe im Gegenteil eine ethische und moralische Verpflichtung zu einem solchen Diskurs, meinen die Autoren vollkommen zu Recht.

Die Autoren führen weiter aus (wobei wir die jeweiligen Literaturbelege des Originalartikels weglassen. Der hieran interessierte Leser wird auf den Originalartikel verwiesen; es bleibt dort jedenfalls keine der gemachten Aussagen wissenschaftlich unbelegt),

1. dass der Forschungsstand nicht die Behauptung stütze, bei ADHS-Kindern handle es sich um eine homogene Gruppe mit einer gemeinsamen und spezifischen neurobiologischen Störung. Es gebe keine kognitiven, metabolischen oder neurologischen Marker für ADHS, weshalb es auch keinen medizinischen Test für die Diagnose gebe. Es gebe bereits seit 30 Jahren offenkundige Schwierigkeiten, die Störung überhaupt eindeutig zu definieren;
2. dass trotz der Versuche, die Diagnosekriterien zu standardisieren, erhebliche Unterschiede zwischen Diagnostikern nicht nur verschiedener Nationen, sondern sogar ein und derselben Nation bestehen. In den USA schwanke zum Beispiel die Zahl der Diagnosen innerhalb eines Staates von Gemeinde zu Gemeinde um den Faktor 10;
3. dass drei Viertel aller mit ADHS diagnostizierten Kinder auch die Kriterien für andere psychiatrische Störungen (Verhaltensstörungen, Angststörungen, Depressionen etc.) erfüllen. Solch hohe Komorbiditäten legten aber den Schluss nahe, dass sich das ADHS-Konstrukt zur Erklärung des klinischen Alltags gar nicht eigne;

4. dass nach nunmehr 25jähriger bildgebender Forschung und über 30 Studien immer noch die simple Studie fehle, in der eine Gruppe unbehandelter ADHSler mit einer Gruppe behandelter verglichen werde. Die bisherigen bildgebenden Studien hätten unspezifische und inkonsistente Ergebnisse erbracht, wobei die Untersuchungsgruppen klein waren und in keinem Falle klinisch abnormale Gehirne gefunden worden seien (ganz zu schweigen von ADHS-spezifisch abnormalen). Tierstudien lassen zudem vermuten, dass die in einigen Studien bei Kindern gefundenen Hirnbesonderheiten eine Folge ihrer Medikamentierung sein können;
5. dass sogar ein Regierungsbericht der USA zu ADHS feststelle, dass es keine überzeugenden Belege dafür gebe, dass ADHS eine biochemische Störung sei;
6. dass die Erforschung möglicher Umweltfaktoren als Ursache für ADHS bisher weitgehendst unterblieben ist, obwohl es vielfältige Erfahrungen gibt, dass psychosoziale Faktoren wie Traumen oder Missbrauch ursächlich sein können;
7. dass Forschungsergebnisse zur Genetik und Vererbung Interpretationssache seien. Die Genetik von ADHS sei nicht unterscheidbar von Verhaltensstörungen und anderen externalisierenden Störungen, und auch die Vererbung sei nicht spezifisch, falls es eine solche überhaupt gibt;
8. dass die Menge der an Kinder gegebenen Psychopharmaka in den USA besorgniserregend sei. Im Jahre 1996 hätten 6 Prozent aller Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren Psychopharmaka bekommen, ein Prozentsatz, der heute wahrscheinlich noch höher sei. Auch der Psychopharmakaverbrauch bei Vorschulkindern im Alter von 2 bis 4 Jahren sei stark angestiegen. Eine Studie in Virginia habe in zwei Schuldistrikten bei 17 Prozent aller weißen Grundschüler Psychopharmaka-Konsum festgestellt. Aber die Autoren der internationalen Konsenserklärung um Barkley glauben dennoch, dass derzeit leider nur weniger als die Hälfte aller Kinder mit ADHS angemessen medikamentös behandelt würden;
9. dass viele der Mitautoren der Barkley-Konsenserklärung wohlbekannte Fürsprecher einer medikamentösen Behandlung von Kindern mit ADHS seien, aber nirgends ihre diesbezüglichen finanziellen Interessen und Verbindungen zur Pharmaindustrie offenlegten;
10. dass Psychostimulanzien keine ADHS-spezifische Behandlung darstellen, sondern auch bei normalen Kindern und ganz unabhängig von ihrer Diagnose wirken. Eine kürzliche Metaanalyse von Studien zur Methylphenidatwirkung zeige, dass die Studien methodisch schlecht und voller Fehler seien, dass Kurzzeiteffekte inkonsistent, Nebenwirkungen aber häufig seien, und dass Langzeiteffekte über 4 Wochen hinaus nicht belegt werden;
11. dass die Autoren der Konsenserklärung behaupten, unbehandelte ADHS führe bei den Betroffenen zu erheblichen Folgebeschwerden, wobei sie aus einem statistischen Zusammenhang eine fragliche Kausalbeziehung ableiten. Andere Forschungen hätten ergeben, dass medikamentöse Behandlung bestenfalls einen fast bedeutungslosen Langzeiteffekt habe;
12. dass den möglichen Langzeitwirkungen von Psychostimulanzien mehr Sorge zukommen sollte, als Barkley u.a. zulassen wollen. Psychostimulanzien haben

erhebliche medizinische, aber auch psychosoziale Nebenwirkungen und sind grundsätzlich suchterzeugend;

13. dass man trotz der heftigen Bemühungen des Barkley-Papiers, Kinder, Eltern oder Lehrer aus der Verantwortung für ADHS heraus zu nehmen, ein aufbauendes und engagiertes familienberaterisch-erzieherisches psychosoziales Unterstützungsangebot aufbauen müsse.

Die Autoren berücksichtigen auch ausführlich kulturell-gesellschaftliche Aspekte bei ADHS, worauf wir hier der Kürze halber nicht weiter eingehen können. Sie fassen abschließend zusammen, dass sich Barkley u.a. sehr schlecht verkaufen, wenn sie weitere Kritik an Diagnostik und Behandlung von ADHS mit der Behauptung gleichsetzen, die Erde sei eine Scheibe. Es sei sehr bedauerlich, dass Barkley die wissenschaftliche Diskussion vorzeitig beenden wolle, denn der Forschungsstand zeige, dass die Debatte noch lange nicht zu Ende sei.

H.-R. Schmidt

**Neuaufgabe für den deutschsprachigen
Raum mit 186 unterzeichnenden Experten,
davon 101 aus Deutschland, der Schweiz,
Österreich und Luxemburg**



im September 2005

Zur Medienberichterstattung über ADHS

Gemeinsame Erklärung internationaler Wissenschaftler

(Übersetzung aus dem Englischen durch die Elterninitiative AdS e.V., Postfach 1165, 73055 Ebersbach)

Ursprünglich veröffentlicht Januar 2002, erneuert nach dem 16. Weltkongress der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Berlin, August 2004

Wir, das unterzeichnende Konsortium internationaler Wissenschaftler, sind zutiefst besorgt über regelmäßig wiederkehrende Falschdarstellungen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in den Medien. ADHS ist eine Störung mit der wir alle sehr vertraut sind und der sich viele von uns mit wissenschaftlichen Studien, wenn nicht gar mit ganzen Karrieren gewidmet haben. Wir befürchten, dass unzutreffende Meldungen, die ADHS als Erfindung, Betrug oder gutartigen Zustand darstellen, dazu führen könnten, dass sich Tausende von Leidenden nicht um eine Behandlung ihrer Störung bemühen. Derartige Meldungen hinterlassen in der Öffentlichkeit auch den allgemeinen Eindruck, dass diese Störung keine Validität besitzt bzw. nicht wirklich existiert, oder dass sie aus eher geringfügigen Beschwerden besteht.

Diese Übereinstimmungserklärung über ADHS haben wir verfasst als Referenz für den Status wissenschaftlicher Erkenntnisse über diese Störung, ihre Validität sowie über deren negativen Auswirkungen auf das Leben derjenigen, die mit dieser Störung diagnostiziert werden, zum Zeitpunkt dieses Schreibens (Januar 2002).

Die Berichterstattung über diese Störung verbreitet gelegentlich die Geschichte in Form einer sportlichen Veranstaltung mit ebenbürtigen Wettbewerbern. Die Ansichten einer Handvoll von Ärzten, die keine Experten sind, wonach es ADHS nicht gibt, werden in Kontrast gestellt zum Hauptstrom wissenschaftlicher Meinung, wonach es ADHS gibt, als ob beide Ansichten gleiche Tragfähigkeit besäßen. Derartige Versuche einer gleichwertigen Gegenüberstellung erwecken in der Öffentlichkeit den Eindruck, als gäbe es einen erheblichen wissenschaftlichen Dissens darüber, ob ADHS eine echte medizinische Störung sei. Tatsächlich gibt es jedoch keinen solchen Dissens – zumindest nicht mehr als beispielsweise über die Fragen, ob Rauchen zu Krebs führt oder HIV/AIDS von einem Virus verursacht wird.

Der U.S.-amerikanische Bundesarzt (Surgeon General), die U.S.-amerikanische Ärztesvereinigung (American Medical Association – AMA), der U.S.-amerikanische Psychiaterverband (American Psychiatric Association), die U.S.-amerikanische Vereinigung der Kinder- und Jugendpsychiater (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – AACAP), der U.S.-amerikanische Psychologenverband (American Psychological Association) und die U.S.-amerikanische Vereinigung der Kinderärzte (American Academy of Pediatrics – AAP), unter anderen, erkennen alle die Validität der Diagnose ADHS an. Während manche dieser Organisationen bereits Richtlinien für die Beurteilung und Handhabung dieser Störung an ihre Mitglieder herausgegeben haben, ist dies die erste von einem unabhängigen Konsortium führender Wissenschaftler herausgegebene Übereinstimmungserklärung über den Status der Störung. Unter Wissenschaftlern, die der Erforschung dieser Störung Jahre, wenn nicht gar ganze Karrieren gewidmet haben, gibt es keinen Dissens über deren Existenz.

ADHS und Wissenschaft

Wir können die wissenschaftliche Tatsache kaum genügend hervorheben, dass die Vorstellung, dass es ADHS nicht gibt, einfach falsch ist. Alle führenden medizinischen Vereinigungen und nationalen Gesundheitsbehörden erkennen ADHS als authentische Störung an, weil die zugrunde liegenden wissenschaftlichen Beweise so überwältigend sind.

Es sind verschiedene Zugänge angewendet worden, um festzustellen, wann ein Zustand die Ebene einer validen medizinischen oder psychiatrischen Störung erreicht. Ein sehr brauchbarer Zugang schreibt vor, dass es wissenschaftlich gesicherte Beweise dafür geben muss, dass die unter dem Zustand Leidenden unter einem schwerwiegenden Mangel oder Versagen eines allen Menschen gemeinsamen physischen oder psychologischen Mechanismus leiden. Das heisst, dass von allen Menschen unabhängig von ihrer Kultur normalerweise erwartet werden kann, dass sie diese geistige Fähigkeit entwickelt haben.

Und es muss ebensolche unbestreitbare wissenschaftliche Beweise dafür geben, dass dieser schwerwiegende Mangel beim Betroffenen zu Schaden führt. Schaden wird festgestellt durch Beweise für erhöhte Sterblichkeit, Krankhaftigkeit oder Behinderung bei der Ausübung wichtiger Lebensaktivitäten, die die jeweilige Lebens-

Entwicklungsstufe erfordert. Wichtige Lebensaktivitäten sind Funktionen in Bereichen, wie z.B. Schule und Ausbildung, sozialen Beziehungen, familiären Funktionen, Unabhängigkeit und Eigenständigkeit sowie Erwerbstätigkeit, in denen von allen Menschen der jeweiligen Entwicklungsstufe erwartet wird, dass sie sie bewältigen.

Wie von den zahlreichen, dieses Dokument unterzeichnenden Wissenschaftlern attestiert wird, steht es unter den führenden klinischen Forschern der Welt außer Frage, dass ADHS mit schwerwiegenden Defiziten in einer Aggregation von psychologischen Fähigkeiten verbunden ist, und dass diese Defizite einen schwerwiegenden Schaden für die meisten Personen, die die Störung haben, darstellen. Die aktuelle Erkenntnislage zeigt, dass Defizite in der Verhaltenssteuerung und Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit zentrale Bestandteile dieser Störung sind – das sind Fakten, die durch Hunderte von Studien aufgezeigt werden. Und es gibt keinen Zweifel, dass ADHS zu Behinderungen bei der Ausübung wichtiger Lebensaktivitäten führt, einschließlich bei sozialen Beziehungen, Schule und Ausbildung, familiären Interaktionen, Erwerbstätigkeit, Eigenständigkeit und Einhaltung sozialer Regeln, Normen und Gesetze. Es gibt auch Beweise dafür, dass Menschen mit ADHS einem erhöhten Risiko körperlicher Verletzungen und unabsichtlicher Vergiftungsunfälle ausgesetzt sind. Dies ist der Grund, warum keine professionelle medizinische, psychologische oder wissenschaftliche Organisation an der Existenz von ADHS als eine legitime Störung zweifelt.

Die zentralen psychologischen Defizite bei Menschen mit ADHS wurden nun durch zahlreiche Studien mittels verschiedenen wissenschaftlichen Methoden mit mehreren spezifischen Hirnregionen in Verbindung gebracht (mit dem Frontallappen, seinen Verbindungen zu den Basalganglien, und ihrem Verhältnis zu zentralen Aspekten des Kleinhirns). Bei den meisten neurologischen Studien wurde festgestellt, dass die Gruppe der Menschen mit ADHS eine geringere elektrische Aktivität sowie eine geringere Reaktivität auf Reize in einer oder mehreren dieser Gehirnregionen aufweist. Und Studien mit bildgebenden Verfahren bei Gruppen von Menschen mit ADHS zeigen in diesen Hirnregionen verhältnismäßig weniger Hirngewebe und eine geringere Stoffwechselaktivität in diesen Regionen, als dies bei den Kontrollgruppen dieser Studien der Fall ist.

Diese gleichen psychologischen Defizite in der Verhaltenssteuerung und Aufmerksamkeit wurden in zahlreichen Studien an eineiigen und zweieiigen Zwillingen in verschiedenen Ländern (USA, Großbritannien, Norwegen, Australien, etc.) als primär ererbt festgestellt. Die genetischen Beiträge zu diesen Eigenschaften werden routinemäßig zu den höchsten unter allen psychiatrischen Störungen gezählt (70 – 90% der Merkmalsvarianz in der Bevölkerung) und erreichen beinahe den genetischen Beitrag zur menschlichen Körpergröße. Ein Gen konnte kürzlich zuverlässig als mit dieser Störung in Verbindung stehend aufgezeigt werden und die Suche nach weiteren Genen ist derzeit weltweit bei mehr als 12 verschiedenen Forscherteams im Gange.

Zahlreiche Zwillingsstudien zeigen auf, dass die familiäre Umgebung keinen bedeutenden eigenen Beitrag zu diesen Eigenschaften liefert. Damit ist aber nicht gesagt, dass die häusliche Umgebung, elterliches Erziehungsverhalten, stresserzeugende Lebensumstände oder abweichende Beziehungen mit Gleichaltrigen unwichtig sind oder keinen Einfluss auf Individuen mit ADHS haben, da dies mit Sicherheit der Fall ist. Genetische Tendenzen kommen durch die Interaktion mit der Umwelt zum Ausdruck. Menschen mit ADHS haben oft auch andere damit in Verbindung stehende Störungen und Probleme, von denen manche klar mit ihren sozialen Umgebungen zusammen hängen. Es ist aber zu sagen, dass die zugrundeliegenden psychologischen Defizite, aus denen ADHS selbst besteht, nicht alleine oder primär das Ergebnis dieser Umweltfaktoren sind.

Dies ist der Grund, warum führende internationale Wissenschaftler, so wie die unten genannten Unterzeichner, die zunehmenden Belege für die neurologischen und genetischen Beiträge zu dieser Störung anerkennen. Diese Belege, verbunden mit zahllosen Studien über die schädlichen Auswirkungen dieser Störung sowie mit Hunderten von Studien über die Effektivität von Medikation, stützen die Notwendigkeit in vielen - wenn auch keineswegs in allen - Fällen, für die Behandlung der Störung mit multiplen Therapien. Diese beinhalten Medikation, verbunden mit pädagogischen, familiären und anderen sozialen Maßnahmen. Dies steht im auffälligen Kontrast zu den vollkommen unwissenschaftlichen Ansichten von manchen Sozialkritikern in einigen regelmäßig wiederkehrenden Medienveröffentlichungen, wonach ADHS einen Betrug darstellen würde, dass die medikamentöse Behandlung der Betroffenen fragwürdig oder gar tadelnswert sei, und dass irgendwelche mit ADHS zusammenhängende Verhaltensprobleme lediglich das Ergebnis von häuslichen Problemen, zu vielem Fernsehen oder zu vielen Videospiele, falscher Ernährung, Mangel an Liebe und Zuwendung oder Mangel an Toleranz der Lehrkräfte/Schulen wäre.

ADHS ist keine gutartige Störung. Denjenigen, die von ADHS betroffen sind, kann die Störung verheerende Probleme bereiten. Folgestudien klinischer Stichproben zeigen, dass Betroffene eine weit größere Wahrscheinlichkeit haben, die Schule vorzeitig abzubrechen (32-40%), ein Studium nicht abzuschließen (5-10%), wenige oder überhaupt keine Freunde zu haben (50-70%), nicht die erforderliche berufliche Arbeitsleistung zu erbringen (70-80%), sich an anti-sozialen Aktivitäten zu beteiligen (40-50%) und Tabak oder illegale Drogen häufiger zu benutzen, als normal. Des Weiteren werden Kinder, die mit ADHS aufwachsen, häufiger eine Schwangerschaft im Teenager-Alter erleben (40%) sowie sexuell übertragbare Krankheiten (16%) bekommen, häufiger Geschwindigkeitsübertretungen begehen und multiple Autounfälle haben, als Erwachsene unter Depressionen (20-30%) und Persönlichkeitsstörungen (18-25%) leiden, und, auf Hunderte von anderen Arten, ihr Leben unglücklich gestalten und in Gefahr bringen.

Und trotz dieser ernsthaften Konsequenzen zeigen Studien, dass weniger als die Hälfte derjenigen mit dieser Störung therapiert werden. Die Medien können bedeutend dazu beitragen, deren Lebensumstände zu verbes-

sern. Zu bewerkstelligen ist dies durch eine Darstellung von ADHS und dessen Wissenschaft, die so akkurat und verantwortlich wie möglich ist, ohne die Propaganda von manchen Sozialkritikern und Außenseiter-Ärzten zu bedienen, deren politische Tagesordnung bei ihnen und der Öffentlichkeit den Eindruck erwecken will, als gäbe es hier keine echte Störung. Die Veröffentlichung von Geschichten, nach denen ADHS eine fiktive Störung oder lediglich ein Konflikt zwischen den heutigen Huckleberry Finns und ihren Sorgeberechtigten sei, ist gleichbedeutend mit der Behauptung, die Erde sei flach, die Gesetze der Schwerkraft seien debattierbar, und die chemische Periodentabelle sei Betrug. ADHS sollte in den Medien genau so realistisch und akkurat dargestellt werden, wie in der Wissenschaft – als eine valide Störung mit unterschiedlichen und erheblichen negativen Auswirkungen bei denjenigen, die davon betroffen sind, ohne deren eigene Schuld und ohne Schuld ihrer Eltern und LehrerInnen.

Mit freundlichen Grüßen

Russell A. Barkley, Ph.D.
Professor

Depts. of Psychiatry and Neurology
University of Massachusetts Medical School
55 Lake Avenue North
Worcester, MA 01655

Ronald T. Brown, Ph.D.

Associate Dean, College of Health Professions
Professor of Pediatrics
Medical University of South Carolina
19 Hagood Avenue
P.O. Box 250822
Charleston, SC 29425

Arthur D. Anastopoulos, Ph.D.

Professor, Co-Director of Clinical Training
Department of Psychology
University of North Carolina at Greensboro
P.O. Box 26164
Greensboro, NC 27402-6164

George J. DuPaul, Ph.D.

Professor of School Psychology
Lehigh University
111 Research Drive, Hilltop Campus
Bethlehem, PA 18015

Edwin H. Cook, Jr., M.D.

Professor
Department of Psychiatry and Pediatrics
University of Chicago
5841 S. Maryland Ave.
Chicago, IL

Alan Zametkin, M.D.

Child Psychiatrist
Kensington, MD

James J. McGough, M.D.

Associate Professor of Clinical Psychiatry
UCLA School of Medicine
760 Westwood Plaza
Los Angeles, CA 90024

Stephen V. Faraone, Ph.D.

Professor of Psychiatry
Harvard University
750 Washington St., Suite 255
South Easton, MA 02375

Mariellen Fischer, Ph.D.

Professor
Department of Neurology
Medical College of Wisconsin
9200 W. Wisconsin Avenue
Milwaukee, WI 53226

Florence Levy, M.D.

Associate Professor
School of Psychiatry
University of New South Wales
Avoca Clinic
Joynton Avenue
Zetland, NSW, 2017, Australia

Joseph Biederman, M.D.

Professor and Chief
Joint Program in Pediatric
Psychopharmacology
Massachusetts General Hospital and
Harvard Medical School
15 Parkman St., WACC725
Boston, MA 02114

Stephen Houghton, Ph.D.

Professor of Psychology
Director, Centre for Attention & Related Disorders
The University of Western Australia
Perth, Australia

Keith McBurnett, Ph.D.

Associate Professor
Department of Psychiatry
University of California at San Francisco
Children's Center at Langley Porter
401 Parnassus Avenue, Box 0984
San Francisco, CA 94143

Oscar Bukstein, M.D.

Associate Professor
Department of Psychiatry
Western Psychiatric Institute and Clinic
3811 O'Hara Street
Pittsburgh, PA 15213

Michelle DeKlyen, Ph.D.

Office of Population Research
Princeton University
286 Wallace
Princeton, NJ 08544

Caryn Carlson, Ph.D.

Professor
Department of Psychology
University of Texas at Austin
Mezes 330
Austin, TX 78712

Patrick H. Tolan, Ph.D.

Director, Institute of Juvenile Research
Professor, Department of Psychiatry
University of Illinois at Chicago
840 S. Wood Street
Chicago, IL 60612

Cynthia Hartung, Ph.D.
Postdoctoral Fellow
Department of Psychology
University of Denver
2155 S. Race St.
Denver, CO 80208

Gabrielle Carlson, M.D.
Professor and Director,
Division of Child and Adolescent Psychiatry
State University of New York at Stony Brook
Putnam Hall
Stony Brook, NY 11794

Linda Pfiffner, Ph.D.
Associate Professor
Department of Psychiatry
University of California at San Francisco
Children's Center at Langley Porter
401 Parnassus Avenue, Box 0984
San Francisco, CA 94143

Ken C. Winters, Ph.D.
Associate Professor
Director, Center for Adolescent Substance Abuse
Research
Department of Psychiatry
University of Minnesota
F282/2A West, 2450 Riverside Ave.
Minneapolis, MN 55454

Lily Hechtman M.D. F.R.C.P.
Professor of Psychiatry and Pediatrics,
Director of Research,
Division of Child Psychiatry,
McGill University and Montreal Childrens Hospital
4018 St. Catherine St. West
Montreal, Quebec, Canada H3Z-1P2

Donald R. Lynam, Ph.D.
Associate Professor
University of Kentucky
Department of Psychology
125 Kastle Hall
Lexington, KY 40506-0044

Jan Loney, Ph.D.
Professor Emeritus
State University of New York at Stony Brook
Lodge Associates (Box 9)
Mayslick, KY 41055

Richard Milich, Ph.D.
Professor of Psychology
Department of Psychology
University of Kentucky
Lexington, KY 40506-0044

Harold S. Koplewicz, M.D.
Arnold and Debbie Simon Professor of Child and
Adolescent Psychiatry and Director of the NYU Child Study
Center, New York, NY

Avi Sadeh, D.Sc.
Director, Clinical Child Psychology Graduate Program
Director, The Laboratory for Children's Sleep Disorders
Department of Psychology
Tel-Aviv University
Ramat Aviv, Tel Aviv 69978, ISRAEL

Hector R. Bird, M.D.
Professor of Clinical Psychiatry
Columbia University
College of Physicians and Surgeons
1051 Riverside Drive (Unit 78)
New York, NY 10032

Mary A. Fristad, Ph.D., ABPP
Professor, Psychiatry & Psychology
Director, Research & Psychological Services
Division of Child & Adolescent Psychiatry
The Ohio State University
1670 Upham Drive Suite 460G
Columbus, OH 43210-1250

Sheila Eyberg, Ph.D., ABPP
Professor of Clinical & Health Psychology
Box 100165
1600 SW Archer Blvd.
University of Florida
Gainesville, FL 32610

Terri L. Shelton, Ph.D.
Associate Professor
Department of Psychology
University of North Carolina – Greensboro
Greensboro, NC 27402

Mina Dulcan, M.D.
Professor
Department of Child and Adolescent Psychiatry
2300 Children's Plaza #10
Children's Memorial Hospital
Chicago, IL 60614

Margot Prior, Ph.D.
Professor
Department of Psychology
Royal Children's Hospital
Parkville, 3952 VIC
Australia

Christopher Gillberg, M.D.
Professor
Department of Child and Adolescent Psychiatry
University of Gothenburg
Gothenburg, Schweden

Bennett L. Leventhal, M.D.
Irving B. Harris Professor of Child and Adolescent
Psychiatry
Director, Child & Adolescent Psychiatry
Vice Chairman, Dept. of Psychiatry
The University of Chicago
5841 S. Maryland Ave.
Chicago, IL 60637

Carl E. Paternite, Ph.D.
Professor of Psychology
Miami University
Oxford, OH 45056

Brooke Molina, Ph.D.
Assistant Professor of Psychiatry and Psychology
Western Psychiatric Institute and Clinic
University of Pittsburgh School of Medicine
3811 O'Hara Street
Pittsburgh, PA 15213

Rob McGee, Ph.D.
Associate Professor,
Department of preventive & Social Medicine
University of Otago Medical School
Box 913 Dunedin,
NEW ZEALAND

Steven W. Evans, Ph.D.
Associate Professor of Psychology
MSC 1902
James Madison University
Harrisonburg, VA 22807

Susan Campbell, Ph.D.
Professor
Department of Psychology
4015 O'Hara Street
University of Pittsburgh
Pittsburgh, PA 15260

Marc Atkins, Ph.D.
Associate Professor
University of Illinois at Chicago
Institute for Juvenile Research
Department of Psychiatry
840 South Wood Street, Suite 130
Chicago, IL 60612-7347

Mary Solanto-Gardner, Ph.D.
Associate Professor
Division of Child and Adolescent Psychiatry
The Mt. Sinai Medical Center
One Gustave L. Levy Place
New York, NY 10029-6574

Jose J. Bauermeister, Ph.D.
Professor
Department of Psychology
University of Puerto Rico
San Juan, PR 00927

Jeffrey Halperin, Ph.D.
Professor
Department of Psychology
Queens College, CUNY
65-30 Kissena Ave.
Flushing, NY 11367

Steven R. Pliszka, M.D.
Associate Professor and Chief
Division of Child and Adolescent Psychiatry
University of Texas Health Sciences Center
7703 Floyd Curl Drive
San Antonio, TX 78229-3900

John S. Werry, M.D.
Professor Emeritus
Department of Psychiatry
University of Auckland
Auckland, NEW ZEALAND

Charlotte Johnston, Ph.D.
Professor
Department of Psychology
University of British Columbia
2136 West Mall
Vancouver, BC, CANADA V6T 1Z4

Thomas Joiner, Ph.D.
The Bright-Burton Professor of Psychology
Florida State University
Tallahassee, FL 32306-1270

Adele Diamond, Ph.D.
Professor of Psychiatry
Director, Center for Developmental Cognitive
Neuroscience
University of Massachusetts Medical School
Shriver Center
Trapelo Rd.
Waldham, MA

Stephen P. Hinshaw, Ph.D.
Professor
Department of Psychology #1650
University of California at Berkeley
3210 Tolman Hall
Berkeley, CA 94720-1650

John Piacentini, Ph.D.
Associate Professor
Department of Psychiatry
UCLA Neuropsychiatric Institute
760 Westwood Plaza
Los Angeles, CA 90024-1759

Salvatore Mannuzza, M.D.
Research Professor of Psychiatry
New York University School of Medicine
550 First Avenue
New York, NY 10016

Mark A. Stein, Ph.D.
Chair of Psychology
Children's National Medical Center and Professor of
Psychiatry & Pediatrics
George Washington Univ. Medical School
111 Michigan Ave, NW
Washington, DC 20010

Joseph Sergeant, Ph.D.
Chair of Clinical Neuropsychology
Free University
Van der Boecharst Straat 1
De Boelenlaan 1109
1018 BT Amsterdam
THE NETHERLANDS

Thomas Spencer, M.D.
Associate Professor and Assistant Director, Pediatric
Psychopharmacology
Harvard Medical School and Massachusetts General
Hospital
15 Parkman St., WACC725
Boston, MA 02114

Rosemary Tannock, Ph.D.
Professor of Psychiatry
Brain and Behavior Research
Hospital for Sick Children
55 University Avenue
Toronto, Ontario, CANADA M5G 1X8

Carol Whalen, Ph.D.
Professor
Department of Psychology and Social Behavior
University of California at Irvine
3340 Social Ecology II
Irvine, CA 02215

Herbert Quay, Ph.D.
Professor Emeritus
University of Miami
2525 Gulf of Mexico Drive, #5C
Long Boat Key, FL 34228

Philip Firestone, Ph.D.
Professor
Department of Psychology & Psychiatry
University of Ottawa
120 University Priv.
Ottawa, CANADA K1N 6N5

Howard Abikoff, Ph.D.
Pevaroff Cohn Professor of Child and Adolescent
Psychiatry
NYU School of Medicine
Director of Research
NYU Child Study Center
550 First Avenue
New York, NY 10016

Laurence Greenhill, M.D.
 Professor of Clinical Psychiatry
 Columbia University
 Director, Research Unit on Pediatric Psychopharmacology
 New York State Psychiatric Institute
 1051 Riverside Drive
 New York, NY 10032

Russell Schachar, M.D.
 Professor of Psychiatry
 Hospital for Sick Children
 555 University Avenue
 Toronto, Ontario, CANADA M5G 1X8

Betsy Hoza, Ph.D.
 Associate Professor
 Department of Psychology, #1364
 Purdue University
 West Lafayette, IN 47907-1364

Bruce Pennington, Ph.D.
 Professor
 Department of Psychology
 University of Denver
 2155 South Race Street
 Denver, CO 80208

Ann Teeter, Ph.D.
 Associate Professor
 Department of Psychology
 University of Wisconsin – Milwaukee
 Milwaukee, WI 53201

Sandra K. Loo, Ph.D.
 Research Psychologist
 University of California, Los Angeles
 Neuropsychiatric Institute
 760 Westwood Plaza, Rm 47-406
 Los Angeles, CA 90024

J. Bart Hodgens, Ph.D.
 Clinical Assistant Professor of Psychology and Pediatrics
 Civitan International Research Center
 University of Alabama at Birmingham
 Birmingham, AL 35914

Eric J. Mash, Ph.D.
 Professor
 Department of Psychology
 University of Calgary
 2500 University Drive N.W.
 Calgary, Alberta, CANADA T2N 1N4

Eric Taylor
 Professor of Psychiatry
 Institute of Psychiatry
 London, England

Mark D. Rapport, Ph.D.
 Professor and Director of Clinical Training
 Department of Psychology
 P.O. Box 161390
 University of Central Florida
 Orlando, Florida 32816-1390

Anita Thapar MB BCh, MRCPsych, Ph.D.
 Professor
 Child and Adolescent Psychiatric Section
 Dept. of Psychological Medicine
 University of Wales College of Medicine
 Heath Park, Cardiff, CF14 4XN
 UNITED KINGDOM

Stephen Shapiro, Ph.D.
 Department of Psychology
 Auburn University
 226 Thach
 Auburn, AL 36849-5214

William Pelham, Jr., Ph.D.
 Professor of Psychology
 Center Children and Families
 State University of New York at Buffalo
 318 Diefendorf Hall
 3435 Main Street, Building 20
 Buffalo, NY 14214

Terje Sagvolden, Ph.D.
 Professor
 Department of Physiology
 University of Oslo
 N-0316 Oslo, NORWAY

Thomas E. Brown, Ph.D.
 Asst. Professor
 Department of Psychiatry
 Yale University School of Medicine
 New Haven, CT

Daniel F. Connor, M.D.
 Associate Professor
 Department of Psychiatry
 University of Massachusetts Medical School
 55 Lake Avenue North
 Worcester, MA 01655

Daniel A. Waschbusch, Ph.D.
 Assistant Professor of Psychology
 Director, Child Behavior Program
 Department of Psychology
 Dalhousie University
 Halifax, NS B6H 4R1, CANADA

Kevin R. Murphy, Ph.D.
 Assistant Professor
 Dept. of Psychiatry
 University of Massachusetts Medical School
 55 Lake Avenue North
 Worcester, MA 01655

Michael Aman, Ph.D.
 Professor of Psychology and Psychiatry
 The Nisonger Center
 Ohio State University
 1581 Dodd Drive
 Columbus, Ohio, U.S.A.

Blythe Corbett, Ph.D.
 M.I.N.D. Institute
 University of California, Davis
 4860 Y Street, Suite 3020
 Sacramento, CA 95817

Deborah L. Anderson, Ph.D.
 Professor, Dept. of Pediatrics
 Medical University of South Carolina
 Charleston, SC 29425

Lisa L. Weyandt, Ph.D.
 Professor, Dept. of Psychology
 Central Washington University
 400 East 8th Avenue
 Ellensburg, WA 98926-7575

Michael Gordon, Ph.D.
 Professor of Psychiatry
 Director, Child & Adolescent Psychiatric Services &
 Director, ADHD Program
 SUNY Upstate Medical University
 750 East Adams Street
 Syracuse, NY 13210

Lawrence Lewandowski, Ph.D.
 Meredith Professor of Teaching Excellence
 Department of Psychology
 Syracuse University
 Syracuse, NY

Erik Willcutt, Ph.D.
 Assistant Professor
 Department of Psychology
 Muenzinger Hall D-338
 345 UCB
 University of Colorado
 Boulder, CO 80309

**Anlässlich des 16. IACAPAP-
 Weltkongresses in Berlin, August 2004,
 haben sich die nachfolgend aufgeführ-
 ten Unterzeichner aus dem deutsch-
 sprachigen Raum der Gemeinsamen
 Erklärung angeschlossen:**

(In alphabetischer Reihenfolge)

Prof. Dr. phil. Françoise D. Alsaker
 Professorin in Entwicklungspsychologie
 Universität Bern
 Departement für Psychologie
 Muesmattstr. 45
 CH-3000 Bern 9

Dr. med. Peter Altherr
 ehem. Ärztlicher Direktor
 Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 D-76889 Klingenmünster

Dr. med. Elisabeth Aust-Claus
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin/Neuropädiatrie
 Fortbildungsinstitut OptiMind
 Friedrichstr. 40
 D-65185 Wiesbaden

PD Dr. med. Dipl. Psych. Tobias Banaschewski
 Georg-August-Universität Göttingen
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 v.-Siebold-Str. 5
 D-37075 Göttingen

Birte Behn
 Ärztin
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
 Campus Lübeck
 Hochschulambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Psychotherapie
 Kahlhorststr. 31-35
 D-23562 Lübeck

Dipl.-Päd. Hans Biegert
 Leitender Schuldirektor
 HEBO-Privatschule
 Am Büchel 100
 D-53173 Bonn-Bad Godesberg

Prof. Dr. med. Bernhard Blanz
 Universitätsklinikum Jena
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Philosophenweg 3
 D-07740 Jena

Dr. med. Michael Colla
 Oberarzt, Leiter der Ambulanz ADHS im Erwachsenenalter
 Charité Campus Benjamin Franklin
 Universitätsmedizin Berlin
 Eschenallee 3
 14050 Berlin

Prof. Dr. Kurt Czerwenka
 Universität Lüneburg
 Institut für Pädagogik
 Scharnhorststr. 1
 D-21332 Lüneburg

PD Dr. med. Eugen Davids
 Leitender Oberarzt
 Rheinische Kliniken Essen
 Institutsambulanz III der Klinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 Virchowstr. 174
 D-45147 Essen

Dr. med. Hans-Heiner Decker
 Niedergelassener Internist – Schwerpunkt ADHS bei
 Erwachsenen
 Ludgeristr. 4
 D-59759 Arnsberg

Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Manfred Döpfner
 Universität Köln
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und
 Jugendalters am Klinikum der Universität Köln
 Robert-Koch-Str. 10
 D-50931 Köln

Dr. med. Wolfgang Droll
 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für
 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie,
 Verhaltenstherapie
 ADD Forum Berlin e.V.
 Brain Center Berlin
 Joachim-Friedrich-Str. 10a
 D-10711 Berlin

Prof. Dr. med. Dieter Ebert
 Universität Freiburg
 Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
 Hauptstr. 5
 D-79104 Freiburg

Prof. Dr. Günter Esser
 Universität Potsdam
 Institut für Psychiatrie/Klinische Psychologie
 Postfach 601553
 D-14415 Potsdam

Prof. Dr. med. habil. Christine Ettrich
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
 Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der
 Universität Leipzig
 Wundtstr. 9
 D-04275 Leipzig

Suzette Everling
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
 Service de Consultation et d'Aide Psychomotrice (SCAP)
 Val St. André
 L-1128 Luxembourg

Prof. Dr. med. Peter Falkai
Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
D-66421 Homburg

Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Geschäftsführender Ltd. Oberarzt
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Universität Würzburg
Füchsleinstr. 15
D-97080 Würzburg

Prof. Dr. med. Joerg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Ärztlicher Direktor
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstr. 5
D-89075 Ulm

Prof. Dr. Thomas F. Feltes, M.A.
Professor für Kriminologie
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstr. 150
D-44780 Bochum

PD Dr. med. Edgar Friederichs
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Entwicklungs- und
Familienpädiatrie
Helmut-Schatzler-Str. 12
D-91332 Heiligenstadt

o. Univ. Prof. Dr. Max H. Friedrich
Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und
Jugendalters
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Professor für Psychiatrie
Asterweg 65
D-50259 Pulheim

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel
Leitender Arzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Rheinische Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
D-40629 Düsseldorf

Prof. Dr. med. Markus Gastpar
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Universität Duisburg-Essen
Rheinische Kliniken Essen
Virchowstr. 174
D-45147 Essen

Prof. Dr. Wolf-Dieter Gerber
Direktor, Institut für Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Diesterwegstr. 10-12
D-24113 Kiel

Prof. Dr. Manfred Gerlach
Professor für Klinische Neurochemie
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie der Universität Würzburg
Füchsleinstr. 15
D-97080 Würzburg

Dr. med. Christian Gross
Facharzt für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
Institut für Heilpädagogik, Salzburg
J. Maderspergerstr. 25
A-5020 Salzburg-Taxham

PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse
Stv. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft ADHS der
Kinder- und Jugendärzte e.V.
Anton-Bruckner-Str. 6
D-91315 Höchststadt

Ass. Prof. Dr. med. Brigitte Hackenberg
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Interdisziplinäre Tagesklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und –psychosomatik
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Prof. Dr. med. Frank Häßler
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes und Jugendalter der Universität
Rostock
Ulmenstr. 44
D-18055 Rostock

Dr. med. Wolfram Hartmann
Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte e.V.
Mielenforster Str. 2
D-51069 Köln

Prim. Univ.-Doz. Dr. med. Erwin Hauser
Kinderarzt (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie)
Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde
Sr. M. Restitutagasse 12
A-2340 Mödling

Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -
psychotherapie
Rheinische Kliniken Essen
Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174
D-45147 Essen

Prof. Dr. med. Sabine Herpertz
Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Gehlsheimer Str. 20
D-18147 Rostock

Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann
Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
–psychotherapie
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Neuenhofer Hof 21
D-52074 Aachen

Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss
Oberarzt
Charité Campus Virchow-Klinikum
Universitätsmedizin Berlin
Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Augustenburger Platz 1
D-13353 Berlin

Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Jungmann
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Klinikum am Weissenhof
D-74189 Weinsberg

Prof. Dr. habil. Otmar Kabat vel Job
Universitätsprofessor für Psychologie
Technische Universität Chemnitz
Philosophische Fakultät
Institut für Psychologie
Wilhelm-Raabe-Str. 43
D-09107 Chemnitz

Dr. med. Rudolf Kemmerich
Kinder- und Jugendarzt
Postfach 2170
D-71370 Weinstadt

Dr. paed. Dipl.-Päd. Alfred Kerekjarto
ADD Forum Berlin e.V.
Friedensstr. 28
D-06792 Sandersdorf

Dipl.-Psych. Bernhard Klasen
Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut
Tannenbergr. 5
D-57462 Olpe

Prof. Dr. med. Ulrich Knölker
Direktor der Hochschulambulanz für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des
Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Kahlhorststr. 31-35
D-23538 Lübeck

Prof. Dr. med. Rudolf Korinthenberg
Kinderarzt (Neuropädiatrie)
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Mathildenstr. 1
D-79106 Freiburg

Dipl.-Psych. Ingrid Kraft
Oberpsychologierätin a.D., ehem. Leiterin der
Schulpsychologischen Beratung Landkreis Ludwigsburg
Friedrich-Ebert-Str. 22
D-50374 Erftstadt

Dr. med. Johanna Krause
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Schillerstr. 11a
D-85521 Ottobrunn

Prof. Dr. med. Klaus-Henning Krause
Friedrich-Baur-Institut
Ziemssenstr. 1a
D-80336 München

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Gerhard W. Lauth
Universität zu Köln
Klosterstr. 79b
D-50931

Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl
Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der
Universität Köln
Robert-Koch-Str. 10
D-50931 Köln

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl
Direktorin, Klinik für psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsmedizin Berlin
Charité, Campus Virchow Klinikum
Augustenburger Platz 1
D-13353 Berlin

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Lesch
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität
Würzburg
Füchlsleinstr. 15
D-97080 Würzburg

Prof. Dr. Gudrun Ludwig
Fachhochschule Fulda
Fachbereich Kultur- und Sozialwissenschaften
Postfach 2254
D-36012 Fulda

Prof. (em.) Dr. med. Joest Martinius
ehem. Direktor, Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität
München
Nußbaumstr. 7
D-80336 München

Prof. Dr. phil. Fritz Mattejat
Dipl.-Psychologe
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der
Philipps Universität
Hans-Sachs-Str. 6
D-35039 Marburg

Dr. med. Hermann Mayer
Chefarzt, Klinik Hochried
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
D-82418 Murnau

Prof. Dr. med. Bernd A. Neubauer
Leiter, Abt. Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der
Justus-Liebig Universität
Feulgenstr. 12
D-35385 Gießen

Dipl.-Psych. Dipl.-Heilpäd. Cordula Neuhaus
Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
ADD Forum Berlin e.V.
Alleenstr. 29
D-73739 Esslingen

Prof. (em.) Dr. med. Prof. h.c. (Madrid) Gerhardt Nissen
Psychotherapeutisches Kolleg
Anne-Frank-Str. 9
D-97082 Würzburg

Dr. med. Thomas Nissen
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Berliner Promenade 7
D-66111 Saarbrücken

Prof. Dr. Günther Opp
Martin-Luther-Universität
Fachbereich Erziehungswissenschaften
Institut für Rehabilitationspädagogik
Selkestraße 9
D-06122 Halle (Saale)

Prof. Dr. Franz Petermann
Universität Bremen
Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
Grazer Straße 2 und 6
D-28359 Bremen

Prof. Dr. Ulrike Petermann
Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Emil-Figge-Str. 50
D-44221 Dortmund

Prof. Dr. med. Fritz Poustka
Geschäftsführender Direktor des Zentrums der Psychiatrie
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
D-60590 Frankfurt

Dr. med. Jan Hendrik Puls
Oberarzt, Hochschulambulanz für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universität Lübeck
Kahlhorststr. 31-35
D-23562 Lübeck

Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Philipps Universität
Hans-Sachs-Str. 6
D-35037 Marburg

Prof. Dr. med. Franz Resch
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstr. 8
D-69115 Heidelberg

Professor Dr. med. Wolfgang Retz
Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie
Neurozentrum – Universitätsklinikum des Saarlandes
D-66421 Homburg/Saar

Prof. Dr. med. Michael Rösler
Neurozentrum – Universitätsklinikum des Saarlandes
Gebäude 90/3
D-66421 Homburg/Saar

Dipl.-Psych. Piero Rossi
Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
Breitfeldstr. 24
CH-5600 Lenzburg

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Berufsverband der Deutschen Fachärzte für Psychiatrie
und Psychotherapie
Breite Str. 63
D-56626 Andernach

Prof. Dr. med. Aribert Rothenberger
Georg-August-Universität Göttingen
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
v.-Siebold-Str. 5
D-37075 Göttingen

Prof. Dr. med. Hans Ruder
ITZ Caritas-Haus Feldberg
Passhöhe 5
D-79868 Feldberg

Dr. med. Doris Ryffel
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Johanniterstr. 1
CH-3047 Bremgarten

Dr. med. Meinrad Ryffel
Kinder- und Jugendarzt FMH
Kirchgasse 9
CH-3053 Münchenbuchsee

Dr. med. Ulrike Schäfer
Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Hainholzweg 11
37085 Göttingen

Dr. med. Christa Schaff
Vorsitzende, Berufsverband für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
(BKJPP)
Stuttgarter Str. 51
D-71263 Weil der Stadt

Dr. med. Harald Scherk
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
D-66421 Homburg/Saar

Prof. Dr. med. Michael Schlander
Arzt und Gesundheitsökonom
Hochschule für Wirtschaft -
Institut für Innovation und Evaluation im
Gesundheitswesen
Rathausplatz 12-14
D-65760 Eschborn

Prof. Dr. habil. Peter F. Schlotzke
Direktor, Institut für Erziehungswissenschaft und
Psychologie
Universität Stuttgart
Dillmannstr. 15
D-70193 Stuttgart

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck
Stv. Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhöfelstr. 5
D-89075 Ulm

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin Schmidt
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5
D-68159 Mannheim

Prof. Dr. med. Michael Scholz
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –
psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden
Goetheallee 12
D-01309 Dresden

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort
Direktor, Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychosomatik
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg

Prof. Dr. med. Eberhard Schulz
Ärztlicher Direktor, Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstr. 8
D-79104 Freiburg

Dr. med. Helga Simchen
Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Bonifaziusplatz 4a
D-55118 Mainz

Dr. med. Klaus Skrodzki
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin
1. Vorsitzender, Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder-
und Jugendärzte e.V. (AG-ADHS)
Gleiwitzer Str. 15
D-91301 Forchheim

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Rheinische Kliniken Viersen
Horionstr. 14
D-41749 Viersen

Prof. Dr. med. Jürgen Staedt
Klinikdirektor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Spandau
Griesingerstr. 27-33
D-13589 Berlin

Dr. med. Renate Stein
ADD Forum Berlin e.V.
Wellenallee 32
D-13465 Berlin

Prof. Dr. Dr. H.-Ch. Steinhausen
 Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Universität Zürich
 Ärztlicher Direktor, Kinder- und Jugendpsychiatrischer
 Dienst des Kantons Zürich
 Neumünsterallee 9
 CH-8032 Zürich 8

Dr. med. Kirsten Stollhoff
 Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
 (Sonderbedarfsermächtigung für Neuropädiatrie)
 Schomburgstr. 120
 D-22767 Hamburg

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz
 Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der
 Universität München
 Nußbaumstr. 7
 D-80336 München

Dipl.-Psych. Erika Tittmann
 ADD Forum Berlin e.V.
 Bahnhofstr. 9
 D-79539 Lörrach

Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress
 Klinikdirektor, Institut für Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Moorenstr. 5
 D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. med. Götz-Erik Trott
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 Luitpoldstr. 24
 D-63739 Aschaffenburg

Prof. Dr. med. Gerald Ulrich
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Berliner Hochschulmedizin
 Charité – Campus Benjamin Franklin
 Eschenallee 3
 D-14050 Berlin

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas Warnke
 Direktor, Klinik und Poliklinik für Kinder- und
 Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität
 Würzburg
 Fuchsleinstr. 15
 D-97080 Würzburg

Dr. med. Michael Wey
 ADD Forum Berlin e.V.
 Am Stadtgarten 28
 D-77855 Achern

Dr. med. Martin Winkler
 ADD Forum Berlin e.V.
 Seepark Klinik Bad Bodenteich
 Sebastian-Kneipp-Str. 1
 D-29389 Bad Bodenteich

Thomas Wirth
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 ADD Forum Berlin e.V.
 Benzengasse 11/1
 D-71636 Ludwigsburg

Erstfassung mit 85 Unterzeichnern ursprünglich veröffentlicht im Januar 2002 in:
www.chadd.org/webpage.cfm?cat_id=10&subcat_id=67&sec_id=0
 und: *Clinical Child and Family Psychology Review* 5(2); 89-111; Jun 2002

Inhaltsidentische Neufassung, ergänzt um 101 Unterzeichner aus dem deutschsprachigen Raum,
 übersetzt und veröffentlicht mit freundlicher Genehmigung der Initiatoren der Erstfassung im
 September 2005 von der Elterninitiative AdS e.V., Postfach 1165, D-73055 Ebersbach.

Übersetzt aus dem Englischen von Michael Townson, Elterninitiative AdS e.V., Ebersbach. Für
 etwaige Übersetzungsfehler ist der Übersetzer verantwortlich. In Zweifelsfällen ist die englisch-
 sprachige Fassung für alle Auslegungsfragen maßgeblich, die gegen Einsendung eines selbst-
 adressierten Rück-Umschlags unter Beifügung von € 2,00 in Briefmarken bei der Elterninitiative AdS
 e.V. angefordert werden kann.

© September 2005, Elterninitiative AdS e.V., Ebersbach

Literaturverzeichnis

Antshel, K. M., Hargrave, T. M., Simonescu, M., Kaul, P., Hendricks, K., & Faraone, S. V. (2011). Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Medicine*, 9, 72. <http://doi.org/10.1186/1741-7015-9-72>

Amft, H. (2006): AD(H)-S: Hirnstoffwechsel und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (2006): ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 70-90.

Banaschewski, T., Coghill, D., Paramala, S., Zuddas, A., Asherson, P. & Buitelaar, J. et al. (2008a): Langzeitwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht und europäische Behandlungsleitlinien. Teil I: Übersicht und Empfehlungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 36.81-96.

Banaschewski, T., Coghill, D., Paramala, S., Zuddas, A., Asherson, P. & Buitelaar, J. et al. (2008b): Langzeitwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht und europäische Behandlungsleitlinien. Teil III: Ein quantitativer Vergleich der langwirksamen Präparate. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 36. 97-107.

Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P. & Buitelaar, J. et al. (2006): Longacting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 15, 476-495.

Barkley, R., et al. (2002): International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 5, 89-111. (liegt in dt. Übersetzung als Anlage bei)

Barkley, R. (2011): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Hans Huber.

Birck, A. (2016, 13. Juli): Betrachtung der Familiendynamik bei ADHS-Kindern aus der Geschwisterperspektive. Dissertation. Humboldt-Universität zu Berlin [Elektronische Version] Zugriff am 27. Dezember 2016 unter www.edoc.hu-berlin.de/dissertation/birck-anja-2016-07-13/PDF/birck.pdf

Brinkman, W., Sherman, S., Zmitrovich, A., Visscher, M., Crosby, L., Phelan, K. & Donovan, E., (2009): Parental angst making and revisiting decisions about treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. pediatrics.aappublications.org/content/124/2/580. _g 580-589.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stellungnahme herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Coletti, D., Papadopoulos, E., Katsiotas, Nikki J., Berest, Alison, Jensen, Peter S., Kafantaris & Vivian, (2012): Parent Perspectives on the Decision to Initiate Medication Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* (2012, 22. Juni). 226-237.

Charach, A. et al. (2006): Using stimulant medication for children with ADHD: What do parents say? A Brief Report. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* (2006, 15. Februar). 75-83.

Cantwell, D. (1996): Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 978-987.

Corkum, P., Rimer, P. & Schar, R. (1999): Parental Knowledge of Attention-deficit Hyperactivity disorder and opinions of treatments options: Impact on Enrolment and Adherence to a 12-Month Treatment Trial. *Can J Psychiatry* 44:1043-1048.

Debar, L., Lynch, F. & Boles, M. (2004): Healthcare use by Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder with and without psychiatric comorbidities. *Journal of behavioral Health Services and Research* 31:3.

Dey, A., Schiller, J. & Tai, D. (2004): Summary health statistics for U. S. Children. National Health Interview Survey. 2002. *Vital-Health-Stat-10Mar.* (221): 1-78.

Döpfner, M. & Wolf-Metternich, T. (2010): Hyperkinetische Störungen und oppositionelle Verhaltensstörungen. In: *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* (Hrsg.) Mattejat, Fritz. München: CIP-Medien. 493-506.

Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1. Göttingen: Hogrefe.

Gajria, K., Lu, M., Sikirica, V., Greven, P., Zhong, Y., Qin, P., & Xie, J. (2014). Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, Zugriff am 29. Dezember 2016 unter <http://doi.org/10.2147/NDT.S6572>. 1543–1569.

Gebhardt, B., Finne, E., van Rahden, O., Kolip, P., Glaeske, G. & Würdemann, E. (2008): ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 65 [Elektronische Version] Bremen/Schwäbisch Gmünd: Asgard.

Grobe, T. (2016, 23. Februar): Gesundheitswesen aktuell. Beiträge und Analysen herausgegeben von Repschläger, U., et al., Barmer GEK, 258-279. Zugriff am 10. September 2016 unter <https://www.barmer.de/presse/infothek/.../gesundheitswesen-aktuell/gwa-2016-69654>

Hansen, D. & Hansen, E., (2006): Caught in a balancing act: Parents' dilemmas regarding their ADHD child's treatment with stimulant medication. Qual Health Res. 2006. 63: 38-46.

Hingst, S. (2008): Versorgungsbedürfnisse von Kindern mit ADHS aus Sicht der Eltern, Dissertation am Institut für Medizinische Psychologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [Elektronische Version] Deutsche digitale Bibliothek. Zugriff am 03. September 2016 unter <http://dnb-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:18-37566>.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann F., Ravens-Sieberer & Mauz, E. (2014): KiGGS Study Group: Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland- Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten. (2003-2006 und 2009-2012). Bundesgesundheitsblatt 2014, Heidelberg/Berlin: Springer. 807-816.

Jantzen, W. (2016): Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen – Das Beispiel „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ (ADS). Zugriff am 03. September 2016 unter www.uni-bremen.de

Jensen P., Mrazek D, Knapp P., Steinberg L, Pfeffer C, Schowalter J, Shapiro T. (1997): Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Dec;36(12):1672-9; discussion 1679-81.

Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Leibson, C. & Jacobsen, S. (2005): Case Definition in Epidemiologic Studies of AD/HD. Ann Epidemiol 15(6): 430-437.

Koster, I., Schubert, I., Döpfner, M., Adam, C., Ihle, P. & Lehmkuhl G. (2004): Children and adolescents with hyperkinetic disorder. Frequency of the claims diagnosis in primary care based on the data of a regional Statutory Health Insurance Sample- Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (1998-2001) Z Kinder Jugendpsychiater Psychotherapeuten Juli. 32 (3): 157-166.

Mahtani, K., Heneghan, C., Glasziou, P. & Perer, R. (2011): Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. Issue 9. Art. No.: CD005025.DOI:10.1002/14651858.CD005025.pub3

Mattner, D. (2006): ADS- Die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Leuzinger-Bohleber M., Brandl Y., Hüther G. (2006): AD(H)-S Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.

Pelham, W. & Fabiano, G.(2008): Empirically supported treatments for ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology.37.184-214.

Petermann, F. & Petermann, U. (2008): Training mit aggressiven Kindern, 12. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.

Riedesser, P. (2006): Einige Argumente zur AD(H)-S Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Leuzinger-Bohleber M., Brandl Y., Hüther G. (2006): AD(H)-S Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht. 111-117.

Sanchez, R., Crismon, M., Barner, J., Bettinger, T. & Wilson, J. (2005): Assessment of adherence measures with different stimulans among children and adolescents. Pharmacotherapy 25:909-917.

Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M. & Huss M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch Institut. Berlin: Springer Medizin Verlag. 827-835.

Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T. & Buitelaar, J. et al. (2004). European clinical guidelines for hypercinetic disorder- first upgrade. European Child and Adolescent Psychiatry.13.17-30.

Timimi, S. et al. (2004): A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 7, No. 1, erschienen im März 2004. (Text liegt in dt. Übersetzung als Anlage bei)

Thyen, U. (1999): Chronische Erkrankungen und Behinderungen bei Kindern- und Jugendlichen – häusliche Pflege, Belastungen der Mütter, familiäre Funktion und psychosoziale Unterstützung. Lübeck: Habilitationsschrift an der medizinischen Fakultät zu Lübeck.

Walitza, S. & Berger, G. (2016): (Neue) Medikamente bei ADHS. [Elektronische Version] Kinderärzte in der Schweiz, Fortbildung. Zugriff am

06. September 2016 unter <http://www.dx.doi.org/10.5167/uzh-123596.22-24>.

Wewetzer, C., & Walitza S. (2010): Verhaltenstherapeutische Verfahren und medikamentöse Behandlung. In: Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. (Hrsg.) Mattejat, Fritz. München: CIP-Medien. S. 398.

World Health Organization (2003): Adherence to Long-Term Therapies. Evidence of Aciton Genf: WHO.

Zentrales adhs-netz (Hrsg.) (2012): Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll. Göttingen: Hogrefe.

Quellenverzeichnis

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychiater und -psychotherapeuten: Pressemitteilung bkjpp zum Thema ADHS (2012, 23. Februar): ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung. Zugriff am 3. September 2016 unter www.kinderpsychiater.org

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014, 2. November): adhs. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung...was bedeutet das ? Ausgabe 12.140.11.14. Zugriff am 06. September 2016 unter www.bzga.de.

Burger, R. (2014, 4. Januar): „Wir haben die Unreife von Kindern in Krankheit verwandelt“ Der emeritierte Professor für Psychiatrie Allen Frances sagt, dass das neue Standardwerk der Psychiatrie zur Hyperinflation psychischer Krankheiten führt. Tages-Anzeiger, Zugriff am 03. September 2016 unter www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/...Krankheit.../22036496

Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (2012, 12. Februar): Ritalin: Wer nicht passtReport to the UN Committee on the Rights of the Child. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung.

Frenkel, B. & Randerath, A. (2015): Die Kinderkrankmacher. Zwischen Leistungsdruck und Perfektion- Das Geschäft mit unseren Kindern. Freiburg:Herder.

Grobe, T. (2016): Aktuelle Trends und regionale Unterschiede bei Diagnosehäufigkeiten und medikamentösen Therapien von Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Gesundheitswesen aktuell 2016. 258-279. Zugriff am 29. Januar 2017 unter www.barmer.de

Hoffmann, C. & Schmelcher, A. (2012, 16. Februar): Wo die wilden Kerle wohnten. Report to the UN Committee on the Rights of the Child. Frankfurter Allgemeine Zeitung.

Kornyeyeva, Lena (2015) Zur Epidemie der Medikalisierung mit Psychopharmaka. Tagungsbericht zu „More Harm Than Good: Confronting the Psychiatric Medication Epidemic“, Tagungsdatum: 18.09.2015, Hauptredner: Davies, James und Whitaker, Robert. Roehampton University/London. Zugriff am 03. September 2016 unter doktorlena.de/uebermich/reportpsychologie.html

Parker-Pope, T. (2008, 6. Mai): Psychiatry Handbook Linked to Drug Industry, New York Times.

Versorgungsatlas (2016). Risikofaktoren, Diagnostik und Therapie von ADHS. Zugriff am 3. September 2016 unter www.versorgungsatlas.de/fileadmin/.../VA-NEWSLETTER_2015-1_ADHS_final.pdf

Wikipedia (2016): Compliance. Zugriff am 4. September 2016 unter https://de.wikipedia.org/wiki/Compliance_%28Medizin%29.

Zentrales adhs-netz (2016): Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland. überarbeitete Fassung, vom 15.01.2016. Zugriff am 30. Januar 2017 unter www.zentrales-adhs-netz.de

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bruckberg, 31. Januar 2017

Unterschrift