

ADHS – wird ein gesellschaftliches Problem medikalisiert?



Dr. Kirsten Stollhoff

Gibt es ADHS überhaupt?

ADHS ist doch gar keine Krankheit, es handelt sich um handlungsbereite und wahrnehmungsstarke Kinder, deren Mütter zu viel stimulieren, so äußert sich der Psychoanalytiker Bonney.¹ Und die Laienpresse betet es ihm nach. Erneut wird den ohnehin schon schwer belasteten Eltern die Schuld gegeben. Ähnliches ereignete sich in den 1960er Jahren, in denen Eltern mit autistischen Kindern als „Kühlschränkeltern“ von analytisch orientierten Kollegen bezeichnet wurden oder in den 1980er Jahren, als Müttern, die den Schock eines plötzlichen Kindstods bewältigen mussten, unterstellt wurde, sie seien an dem Tod des Kindes schuld, da sie es innerlich abgelehnt hätten.

Die Familien- und Eigenanamnesen der meisten Kinder mit ADHS, die ich sehe, bestätigen jedoch nicht die Hypothese einer primären Mutter-Kind-Beziehungsstörung als Ursache der ADHS.

Ole wurde mir mit neun Jahren erstmals vorgestellt. Mit 10 Monaten lief er und von da an nur noch weg. Die Mutter gab sich die Schuld an seinen vielen Verletzungen und wurde darin noch von ihrem Umfeld bestätigt, inzwischen auch von dem Arzt aus der Notaufnahme, der Oles Nikotintoxikation, seine Verbrennungen durch heißes Wasser, diverse Kopfwunden incl. Comotio und einen Armbruch diagnostizierte. Die Erzieher riefen die Mutter wiederholt an mit der Aufforderung, ihren Sohn abzuholen, da er andere Kinder verletzt habe. Er wurde schließlich aus dem Kindergarten ausgeschlossen, obwohl er ihn gerne besuchte. In der Schule fiel den Lehrern neben einem erheblichen Störpotential auf, dass Ole schnell abgelenkt war, seine Aufgaben selten beendete, langsam im Beginnen war und immer wieder seine Tätigkeit unterbrach, um Mitschülern

zu helfen. „Er könne viel mehr, als er zeige“ bescheinigten sie der Mutter, aber mit dem jetzt erreichten Wissensstand sei fraglich, ob er die Anforderungen einer Hauptschule erfüllen würde. Es fiel ihnen auch auf, dass Ole kaum Freunde in der Klasse habe und in der Pause oft alleine spielte. In den Ferien fand Ole schnell Kontakt zu anderen Kindern, auf Grund seines sehr dominanten und spielbestimmenden Verhaltens hielten die Kontakte aber nicht lange.

Diverse therapeutische Maßnahmen wie Ergotherapie, Erziehungsberatung erbrachten keine Veränderung seines Verhaltens. Eine Psychotherapie wurde von der Therapeutin beendet, nachdem Ole in einem Wutanfall ihr Puppenhaus zerlegt und sie am Auge verletzt hatte.

Die Lehrer legten der Mutter nahe, die Verhaltensauffälligkeiten ihres Sohnes medizinisch untersuchen zu lassen.

Die Abklärung gemäß den Leitlinien ADHS² ergaben die Diagnose einer ADHS (Aufmerksamkeitshyperaktivitätsstörung) mit Störung des Sozialverhaltens bei Normintelligenz. Es bestanden keine familiären Störungen bis auf eine reaktive depressive Störung der Mutter, die sich damit überfordert fühlte, auf der einen Seite viel Zeit und Kraft in die Strukturierung des Alltags ihres Sohnes zu investieren und auf der anderen Seite „wohlmeinenden Schwiegereltern, Nachbarn und Bekannten“ standzuhalten.

Eine multimodale Therapie, bestehend aus Psychoedukation und medikamentöser Therapie, minderten innerhalb weniger Monate deutlich und dauerhaft die Kernsymptomatik der ADHS: die Unfallhäufigkeit sank rapide, Ole beteiligte sich positiv am Unterricht, erzielte Erfolgserlebnisse durch gute Klassenarbeiten und fand zunehmend Anschluss an seine Mitschüler und wurde erstmals auch zu Geburtstagen eingeladen. Affektdurchbrüche traten nur noch selten auf. Bei der letzten Vorstellung bei mir, inzwischen 16 Jahre, berichtete er zufrieden von seinem Realschulabschluss und von der bevorstehenden Lehre.

Während über Jahrhunderte die ADHS als ein pädagogisches und dann als ein psychodynamisches Phänomen interpretiert wurde, ist nach heutigem Kenntnisstand davon auszugehen, dass ADHS eine neurobiologische Störung darstellt, die zu einer Dysfunktion von neuronalen Netzwerken führt. Das klinische Äquivalent besteht aus Störungen in der Impulskontrolle, der Motivation sowie der Aufmerksamkeit. Unbehandelt besteht ein hohes Risiko für eine gestörte psychosoziale Entwicklung. Folgen davon

können eine fehlende soziale Integration, Schulabbruch, Arbeitslosigkeit und Depressionen sein. Studienbelegt kommt es überdurchschnittlich häufig zu Unfällen, Sucht, Kriminalität und Suizid.^{3,4}

ADHS sollte also weder als Modediagnose verharmlost noch als Ursache den bereits schwer belasteten Eltern die Schuld gegeben werden.

Steht uns eine ADHS-Generation bevor?

Anfang des Jahres wurden in der Laienpresse Daten aus dem Barmer/GEK-Arztreportes 2013⁵ veröffentlicht. Der stellvertretende Vorsitzende äußerte sich in der Presse: **Der Anstieg der ADHS-Diagnostik und Therapie steigt inflationsan. Wir müssen aufpassen, dass die ADHS-Diagnostik nicht aus dem Ruder läuft und wir eine ADHS-Generation fabrizieren. Pillen gegen Erziehungsprobleme sind der falsche Weg..., es sind die überforderten Mütter mit wenig Erziehungskompetenz, deren Kinder überdurchschnittlich häufig die Diagnose ADHS erhalten.**

Was war geschehen: Mit Blick auf die stark ansteigenden ADHS-Diagnosen und -Therapien in der USA,⁶ ebenso auf die Kosten von 10 Billionen Dollar/Jahr⁷ hatte die Barmer GEK in aufwendiger Kleinarbeit Krankenscheindaten und Kassenrezepte ausgewertet. Sie beobachtete einen relativen Anstieg der Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen von 0-19 Jahren um 42 %, bei 20-24 Jährigen sogar um 204 % von 2006 auf 2011. Regionale Unterschiede sind signifikant: Bayern und Rheinland-Pfalz liegen mit 1,1 % gesicherter ADHS-Diagnosen an der Spitze, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern mit 0,67 % bilden das Schlusslicht. Die Verordnungshäufigkeiten liegen zwischen 0,24 % (Mecklenburg-Vorpommern) und 5,45 % (Rheinland-Pfalz). Häufiger erhalten Kinder allein erziehender und junger Mütter sowie Kinder aus unterprivilegierten sozialen Schichten die Diagnose ADHS.⁵ Die Prävalenzen der Diagnosen für ADHS steigen zwar an bis 6,1 % für männliche und 2 % für weibliche Kinder und Jugendliche im Jahre 2011. Sie übersteigen aber nicht die in der internationalen Literatur angegebenen Prävalenzen für ADHS von 5-7 %.⁸

Auch wenn die Methodik der Erhebung und Auswertung der Barmer GEK-Daten viele Fragen aufwirft, so ist von einem Anstieg der Diagnosen und parallel dazu der medikamentösen Therapie in den letzten 10 Jahren auszugehen. Vergleicht man die Diagnoseraten mit internationalen europäischen Daten, so ist nicht von einer Überdiagnostik auszugehen, wohl aber von einer Unterdiagnostik in Mecklenburg-Vorpommern (8,9). Laut Barmer GEK-Daten werden 1,5 % aller Jungen mit ADHS im Alter von 0-17 Jahren und 0,3 % aller Mädchen mit ADHS mit Stimulantien behandelt. Damit erhalten weniger als 50 % der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS eine medikamentöse Therapie, wie es in den Leitlinien empfohlen wird. In der Presse nicht

erwähnt wurde, dass es ab 2010 zu einem Stillstand der medikamentösen Verordnungszunahme kam und dann sogar zu einem Rückgang.⁵

Die Frage stellt sich, warum es zu einer Zunahme von immerhin 42 % der Diagnosen in den Jahren 2006-2011 kam. Es ist davon auszugehen, dass mehrere Faktoren eine Rolle spielten.¹⁰

- Diagnostiziert und therapiert werden kann nur etwas, was bekannt ist, der Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz der Diagnose unter Ärzten aber auch in der Bevölkerung nimmt zu. Als studienbelegt wirksamstes und sofort einsetzbares Mittel stehen dem Arzt die Stimulantien zur Verfügung. Eine Metaanalyse zeigte hingegen das Fehlen einer Wirksamkeit auf die ADHS-Kernsymptomatik durch zentrierte Trainingsprogramme.¹¹
- Frühere Arbeitshypothesen, die ADHS als gesellschaftliches Konstrukt bzw. als Normvariante sehen oder von einer psychodynamischen Ursache ausgehen, schwächen sich mangels nachweisbarer Belege ab. Für eine genetisch bedingte neurobiologische Ursache sprechen hingegen Daten aus der Molekulargenetik, der Neurophysiologie und der Neuroanatomie.⁴ Prof. Steinhausen, inzwischen emeritierter Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, fasst seine Erfahrungen mit Kindern mit ADHS zusammen in den Worten: „diese Kinder sind von Beginn an anders und bleiben anders.“
- Es ist nicht auszuschließen, dass die Inzidenz von ADHS leicht zunimmt, da studienbelegt selbst betroffene Erwachsene mit ADHS mehr Kinder haben als nicht von ADHS betroffenen.¹² Auch die Beobachtung, dass ADHS gehäuft bei Kindern aus unterprivilegierten Schichten diagnostiziert wird, kann zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass Eltern mit ADHS häufig einen sozialen Abstieg erleben bis hin zu den unterprivilegierten Schichten. Die pauschale Aussage, schlechte soziale Verhältnisse würden zu einer ADHS führen, erscheint wenig differenziert.
- Resilienzfaktoren können sowohl bei organischen wie auch psychiatrischen Erkrankungen die Symptomatik abschwächen. Umgekehrt können Risikofaktoren dazu führen, dass die Symptomatik verstärkt wird und damit erst störungsrelevant wird.¹³ So wird auch bei ADHS beobachtet, dass ungünstige soziale Verhältnisse die Kernsymptomatik verstärken und zu Folgestörungen wie oppositionelles Verhalten und Störungen des Sozialverhaltens führen können. Früher extensiver visueller Medienkonsum kann zu ADHS-Symptomatik führen.¹⁴ Eine ungünstige Schulsituation kann eine ADHS verstärken. Kinder mit ADHS benötigen auf Grund ihrer erhöhten Ablenkbarkeit ein ruhiges Umfeld mit wenig Störfaktoren. Dies ist in der heutigen Schulumwelt vor allem in den ersten vier Klassen nur noch

selten anzutreffen. Sie benötigen weiterhin externe Strukturen und Unterstützung im Handlungsplanen und –durchführen. Auch dies ist mit dem Schultrend zum „selbstverantwortlichen Lernen“ und der Gruppenarbeit schwer zu vereinbaren. Prof. Biegert, Leiter der HEBO-Privatschule in Bonn, weist auf die Bedeutung wirksamer Begleitkonzepte bei der Behandlung von ADHS hin und unterstreicht dabei vor allem die Rolle des Lehrers. **„Lehrerinnen und Lehrer, die die spezifischen Verhaltensmuster, aber auch die wirksamen Entlastungskonzepte bei ADHS nicht erkennen oder sich ihnen verschließen, reagieren oft falsch und damit erfolglos und tragen zu einer Verstärkung des ADHS-Problemverhaltens bei. Nicht ADHS ist das Problem, sondern wie wir gegenüber betroffenen Kindern damit umgehen“.** Im praktischen Alltag haben nur wenige Kinder mit ADHS die Chance mit einem verständnisvollen Umgang ihrer Problematik in der Schule, aber auch im weiteren Umfeld. Wir sehen eine deutliche Zunahme des Leidendruckes mit Einschulung.

Besteht eine Überdiagnostik bzw. Therapie

Die bisherigen Daten über ADHS-Diagnosen und auch die der Barmer GEK-Daten bestätigen diese Hypothese nicht. Die jetzige Diagnosehäufigkeit entspricht den europäischen Prävalenzen für ADHS. Ob allerdings die „Richtigen“ diagnostiziert und therapiert werden, darüber wissen wir wenig. Ein wichtiger Schritt hin zu einer qualitativ ausreichenden ADHS-Diagnostik wäre der flächendeckende Einsatz des ADHS-KBV-Vertrags. Dieser wurde multidisziplinär erstellt und regelt eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Therapie der ADHS bei dem Zeitaufwand angemessener Hono-

rierung. Leider weigern sich die meisten Krankenkassen ihn zu implementieren.

Behandeln wir bei Kindern mit ADHS ein gesellschaftliches Phänomen?

Nein, wir behandeln bei ADHS eine neurobiologische Störung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. Und erfreulicherweise ermöglicht uns unser gesellschaftliches System und die damit einhergehenden Fortschritte in der Medizin, Kinder mit einer ADHS mit einer wirksamen Therapie zu behandeln. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass auch in anderen Gesellschaftssystemen eine vergleichbare Prävalenz an ADHS-Diagnosen beschrieben ist.¹⁵ Zu diskutieren ist daher, ob eine Änderung des Gesellschaftssystems zu einer Minderung der Störungsrelevanz der Kinder mit ADHS führen könnte und damit evtl. weniger medikamentös therapiert werden müssten. Sicher gibt es nicht eine für jedes Kind mit ADHS zutreffende Lösung, es gilt, individuell für jedes Kind den besten Weg zu finden.

Dem Kind mit ADHS geht es jetzt schlecht – jetzt muss ihm geholfen werden. Die Gesellschaft verändern zu Gunsten von ADHS – gerne – aber bis dahin sind die Betroffenen in Rente bzw nicht in Rente, da sie gar keine Arbeit finden konnten. Ich will das Beste für meine Patienten mit ADHS – jetzt. Und ich stelle fest, dass viele Kinder und Jugendliche, die unter einer ADHS leiden, mit Hilfe von Psychoedukation und Medikamenten ihr Leben besser bewältigen – und zwar dauerhaft. Ich medikamentiere nicht ein gesellschaftliches Problem, sondern ein Kind mit ADHS, das erheblich unter seiner ADHS ebenso wie seine Familie leidet.

■ Dr. Kirsten Stollhoff

Literatur

1. Bonney, H. 2012 Gehirn und Geist 9 S.37-39
2. www.ag-adhs.de
3. Stollhoff, K et al 2004 Hochrisiko ADHS Schmidt-Römhild Verlag
4. Stollhoff, K 2011 Neuropädiatrie 4. Auflage Unimedscience 705-724
5. Barmer GEK Arztreport 2013 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 18
6. Centers for Disease Control and Prevention 2010: Increasing prevalence of ADHD. MMWR 59:1439-1443
7. Leibson CL et al 2003 Economic implications of ADHD. Pharmacoeconomics 21:1239-1262
8. Huss M. et al 2008: How often are German children and adolescents diagnosed with ADHS. Eur child Adolesc Psychiatry Supp 1 17:52-58
9. KIGGS 2012 Knopf h. et al BMJopen.bmj.com
10. Rapoport J. 2013 Pediatric psychopharmacology: too much or too little. World psychiatry 12:18- 23
11. D. Karch et al. 2013 Wirksamkeit kognitiver Trainingsprogramme im Kindes- und Jugendalter Deutsches Ärzteblatt Jg. 110 Heft 39:643-652
12. Barkley RA 1997: ADHD, selfregulation and time. J Dev Behav Pediatr 18(4): 271-279,
13. Thyen U. 2009 Vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Sozialpädiatrie Hrsg. Schlack, Thyen, von Kries, Springer Verl.: 12-22
14. Christiakis DA. Et al. 2004 Early television exposure and subsequent attentional problems in children. Pediatrics 113:708-713
15. Polanczyk G. et al 2007 The worldwide prevalence of ADHD Am J Psychiatry 164:942-94