



„Eine Generation wird krankgeschrieben“

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Straße 9 · 50969 Köln
Tel.: +49 221 51 10 02 · Fax: +49 221 52 99 03
E-Mail: dgsp@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/dgsp

Psychiatrie in Bewegung... ...beweg sie mit Mitglied werden in der DGSP!

Die **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.** ist der größte berufsübergreifende unabhängige Fachverband für alle, die in der Psychiatrie arbeiten oder ehrenamtlich tätig sind. Seit ihrer Gründung 1970 setzt sie sich dafür ein, die Behandlung psychisch erkrankter Menschen zu verbessern und ihre Integration in die Gesellschaft zu fördern.

■ Sie wollen sich auch für eine soziale Psychiatrie einsetzen?

In der DGSP finden Sie Gleichgesinnte.

■ **Sie brauchen Informationen?** Schauen Sie in unsere Fach- und Mitgliederzeitschrift »Soziale Psychiatrie« – sie erscheint viermal im Jahr. Darüber hinaus gibt's viele Infos, Links und Downloads im Internet.

■ **Sie suchen den fachlichen Austausch?** Sie haben die Möglichkeit dazu in aktiven Regionalgruppen, qualifizierten Fachausschüssen und unseren engagierten Landesverbänden.

■ Sie möchten sich weiterqualifizieren?

Die DGSP bietet ihren Mitgliedern ein umfangreiches Fortbildungsangebot zu Sonderkonditionen an.

■ Engagement, Austausch, Information, Qualifikation:

Unsere Fachtagungen zu den wichtigen und aktuellen Themen bieten alles zusammen.

■ Sie sind überzeugt?

Dann sollten Sie...

**Mitglied werden,
Psychiatrie bewegen!**

Mitglied werden,
Psychiatrie bewegen!



**Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie**
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

„Eine Generation wird krankgeschrieben“, diese Formulierung spiegelt in unseren Augen angesichts der alarmierenden Statistik leider die aktuelle Situation in Deutschland wider: Die Zahl der Fälle, in denen deutsche Ärzte und Kinder- und Jugendpsychiater eine „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) diagnostizierten, ist in den vergangenen Jahren drastisch gestiegen und wird bundesweit derzeit auf mehr als eine halbe Million geschätzt. In ähnlichem Maß aber, in dem ADHS in den Patientenkarteen zunahm, vervielfachte sich auch die Verordnung des Wirkstoffs Methylphenidat, etwa Ritalin.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) veranstaltete am 24. Februar 2012 gemeinsam mit der Hamburger „Patriotischen Gesellschaft von 1765“ und mit Unterstützung der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in Hamburg ein Experten-Hearing unter dem Titel: „ADHS – Eine Kinder- und Jugendgeneration wird krankgeschrieben. Gegen die Medikalisierung eines gesellschaftlichen Problems durch Psychopharmaka und Methylphenidat!“

Wir danken Dr. med. Terje Neraal, Prof. Dr. med. Peter S. Schönhöfer, Dr. med. Miriam Haagen und Dr. Charlotte Köttgen sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Jugendhilfe, Schule, Kindertagesstätten und Gesundheitsämtern für ihre Beiträge.

Die Sprecherin des DGSP-Fachausschusses Dr. med. Charlotte Köttgen und der Diplom-Psychologe und -Pädagoge Stephan Richter haben aus den Ergebnissen der Veranstaltung ein Positionspapier erarbeitet, in dem sie Kritik am aggressiven Marketing der Pharmaindustrie und an den von ihr finanzierten Studien äußern. Dieser Kritik stellen sie alternative Modelle und Forderungen nach pädagogischen und therapeutischen Hilfen sowie nach notwendigen strukturellen Veränderungen gegenüber.

Wir freuen uns, wenn Sie uns Ihre Anregungen – auch Ihre Kritik – zu diesem Positionspapier mitteilen!

Köln, im Februar 2013

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Der Vorstand

Herausgeber und Korrespondenzadresse:

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Zeltinger Straße 9, 50969 Köln

Tel.: +49 221 51 10 02, Fax: +49 221 52 99 03

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Text: Charlotte Köttgen, Stephan Richter

Titelfoto: vortritt

1. Auflage, Februar 2013

Inhalt

1	Einleitung: Was ist ADHS?	6	4	Forderungen und Vorschläge zum Schutze der Kinder und Jugendlichen	21
2	Die medikamentöse Behandlung bei ADHS	8	4.1	Alternative Angebote berufsgruppen- und institutionsübergreifend entwickeln	21
2.1	Die Einführung der Diagnoserubriken in der ICD-10 und der Anstieg von Diagnosen und Verordnungen	8	4.2	UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen beachten	21
2.2	Marketing durch gesponserte wissenschaftliche Gesellschaften	9	4.3	Keine Medikamentenverordnung, bevor pädagogische und therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft sind	22
2.3	Langzeitriskien werden kaum beachtet	9	4.4	Kontrolle des Verschreibungsverhaltens	22
2.4	Beipackzettel als Schutz der Hersteller gegen Regressforderungen	10	4.5	Freie und öffentlich nachvollziehbare Forschung	23
2.5	Noch ein Milliardengeschäft tut sich mit dem DSM-V auf	11	4.6	Jugendhilfe muss gleichberechtigt auf Augenhöhe mit der Medizin verhandeln	24
2.6	Zulassungsbeschränkungen und Arzneimittel-Richtlinien ohne unabhängige Kontrollen	11	4.7	Entschädigungsfonds vorbereiten?	25
2.7	Absatzorientierte Forschungsergebnisse als fragwürdige Informationsquellen für Ärzte	13	Anhang		26
2.8	Studien belegen alarmierende Erkenntnisse zu strukturellen Fehldiagnosen bei ADHS	14	Anmerkungen		26
2.9	Pharmaunabhängige Forschung fehlt	15	Literaturhinweise		29
2.10	Fehlinformationen über ADHS	15			
3	Soziale, pädagogische und therapeutische Handlungsmöglichkeiten	16			
3.1	Sorgfältige Diagnostik	16			
3.2	Therapie	17			
3.3	Enge Abstimmung der Hilfen	17			
3.4	Zeit ist entscheidend	19			
3.5	Ermutigende Beispiele	19			

1 Einleitung: Was ist ADHS?

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist als medizinische Diagnose umstritten, wird aber immer häufiger diagnostiziert. Bei ADHS handelt es sich um eine Sammelbeschreibung von Verhaltenssymptomen unterschiedlicher Ursache, die nicht auf eine einheitliche organische Störung zurückgeführt werden können. Die Annahme einer Dopaminmangel-Störung als Verursacher oder Auslöser von ADHS hat sich als nicht haltbar erwiesen. Die Suche nach einem biologisch fassbaren Krankheitsverlauf bei ADHS wird sich voraussichtlich als ebenso ergebnislos herausstellen wie bei der Minimalen Cerebralen Dysfunktion (MCD), einer Vorgängerdiaagnose, die heute kaum noch gebräuchlich ist. Ähnlich wie der Begriff „Stress“ ist auch ADHS lediglich eine Beschreibung von Auffälligkeiten (Aufmerksamkeitsschwäche, motorische Unruhe, Impulsivität in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination), die nichts über Ursachen aussagt.

Zu den Ursachen zählen sicherlich vielfältige Belastungen und der dadurch oft entstehende Druck auf die Kinder in der heutigen Familie. Hochgeschraubte Leistungserwartungen verunsicherter Eltern können eine Rolle spielen. Finanzielle Not und soziale Isolation erzeugen in vielen Fällen eine gereizte Familienatmosphäre, die bei den Kindern durch motorische Unruhe zum Ausdruck kommen kann. Belastungen und fehlende Perspektiven für das eigene Leben und dasjenige ihrer Kinder führen bei vielen Eltern dazu, dass die Erziehungsaufgaben zu einer Überforderung werden. Es gelingt dann nicht mehr, den Kindern Struktur durch Regeln und Grenzsetzung zu geben und ihnen Halt und Sicherheit zu gewähren. Psychische und körperliche Erkrankungen der Eltern mit daraus folgender Inanspruchnahme oder auch Vernachlässigung der Kinder sind ebenfalls Faktoren, die Kinder beunruhigen, ihre Aufmerksamkeit in Beschlag nehmen und sekundär in rastloser Umtriebigkeit zum Ausdruck kommen können. Dasselbe gilt für den Verlust wie auch für den Wechsel wichtiger Bezugspersonen in Familie, Kindertagesstätte oder Schule sowie für Tod oder lebensbedrohliche Erkrankungen in der Familie, die es den Eltern oder anderen Bezugspersonen unmöglich machen, aufmerksam gegenüber den emotionalen Bedürfnissen ihrer Kinder zu sein.¹ Ausschließliche und zu einengende Beziehungen zwischen einem Elternteil und dem Kind können beim Kind zu einem Unvermögen führen, sich zu trennen. Dadurch entsteht Angst mit folgender motorischer Unruhe, wenn das Kind z.B. im Unterricht versucht, die alleinige Aufmerksamkeit der Lehrerin zu erzwingen. Andererseits kann aber auch ein Mangel an Kontakt zwischen Eltern und Kind, zum Beispiel bei Vernachlässigung oder bei zu früher Geburt mit mehrwöchiger Separation von den Eltern, zu einem erhöhten Risiko führen (27%), später ADHS-Symptome zu entwickeln, wobei auch hirnorganische Schäden in Betracht gezogen werden müssen.²

Hirnforscher verweisen darauf, dass im menschlichen Kortex genetisch bedingt etwa ein Drittel mehr Vernetzungsmöglichkeiten der Nervenzellen bereitgestellt werden, als später auch benutzt und stabilisiert werden. Das Maximum wird etwa im 6. Lebensjahr erreicht. Kindern sollten vielfältige Gelegenheiten geboten werden, möglichst viele dieser vorläufigen Angebote nutzungsabhängig zu stabilisieren. Besonders wichtig ist die Erfahrung der „shared attention“ (mit einer oder mehreren anderen Personen geteilte Aufmerksamkeit): Kind und Mutter (oder andere Bezugspersonen) finden sich gemeinsam in etwas Drittem, das sie gemeinsam betrachten, umsorgen oder bewerkstelligen. Ohne die Verankerung der Erfahrung der „shared attention“ im Frontalhirn sind die Kontrolle eigener Impulse und die Fähigkeit, sich auf Gemeinsames einzulassen, beeinträchtigt.³

Aber auch typisch kindliche Verhaltensweisen ohne „besondere“ Ursachen, wie rasch wechselnde Aufmerksamkeit, Impulsivität und hohe Aktivität, führen zu Schwierigkeiten und Konflikten, wenn Bildungseinrichtungen und Elternhaus kein angemessener Umgang damit gelingt.

Verfestigte „störende“ Verhaltensweisen können im Einzelfall immer wieder zu Situationen führen, die sowohl das betreffende Kind als auch die Schule oder das Elternhaus als unerträglich empfinden. Diese Verhaltensweisen sollten jedoch als Notrufe von Kindern begriffen und beantwortet werden, die möglicherweise auf vielfältige Weise individuelle, familiäre und auch gesamtgesellschaftliche Probleme spiegeln. Wenn Verständnis, Zeit und Raum für angemessene pädagogische Reaktionen fehlen, greifen Erwachsene häufig zum rettenden Strohalm der medizinischen Diagnose. Die International Classification of Diseases (ICD-10) bietet dafür unter F90 die Diagnose ADHS an. Soziale und emotionale Probleme, die man bis in die 90er Jahre meist nicht für Krankheiten hielt, können damit als Krankheit verstanden und auch ärztlich-medikamentös behandelt werden. Der Zappelphilipp, den der Frankfurter Nervenarzt Heinrich Hoffmann 1844 in seinem noch heute berühmten Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ unter moralisierend-pädagogischen Gesichtspunkten schilderte, ist zum Patienten der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater geworden – und zu einem wichtigen Umsatzbringer der pharmazeutischen Industrie. An der Ratlosigkeit der Erwachsenen im Umgang mit dem Zappelphilipp hat sich dadurch letztlich wenig geändert: „... und die Mutter blicket stumm auf dem ganzen Tisch herum.“

„ADHS ist ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung“, kritisierte Leon Eisenberg, der Erstbeschreiber des hyperkinetischen Syndroms. „Eine Pille verschreibt sich dagegen ganz schnell“, fügte er hinzu, denn Fragen nach psychosozialen Ursachen seien zwar viel wichtiger, aber sie nähmen zu viel Zeit in Anspruch.⁴ „Ritalin ist eine Pille gegen eine erfundene Krankheit, gegen die Krankheit, ein schwieriger Junge zu sein“, so wird das Phänomen in einem Beitrag der FAZ kommentiert.⁵

Sorge bereitet angesichts einer mittlerweile auf rund 600.000 Kinder in Deutschland geschätzten Fallzahl von ADHS die Steigerung der Vergabe von Methylphenidat (Ritalin® und Nachahmerpräparate) sowie Folgepräparaten und mittlerweile auch von Neuroleptika an Kinder. Dabei fällt Methylphenidat unter das Betäubungsmittelgesetz. Internationale Untersuchungen belegen zudem, dass die Diagnose ADHS und die folgende Verordnung von Methylphenidat in vielen Fällen nicht medizinisch begründbar sind.

2 Die medikamentöse Behandlung bei ADHS

Erkenntnisse über therapeutische und sozialpädagogische, also nicht-medikamentöse Hilfen werden selten publiziert. Es fehlt an Mitteln für entsprechende Forschung in der Praxis. Studien über Medikamente sind dagegen sehr zahlreich. In der Regel sind sie allerdings nicht unabhängig finanziert, sondern erfolgen im Auftrag oder mit Förderung pharmazeutischer Unternehmen, die das Studiendesign und die Veröffentlichung (oder Nicht-Veröffentlichung) beeinflussen. Nur vereinzelt wird über die Folgen und Langzeitwirkungen der Medikalisierung sozialer und emotionaler Probleme geforscht, und entsprechende Ergebnisse finden kaum Verbreitung, es sei denn in unabhängigen Zeitschriften wie dem „arznei-telegramm“.

2.1 Die Einführung der Diagnoserubriken in der ICD-10 und der Anstieg von Diagnosen und Verordnungen

Medizinische Fachgesellschaften und Hersteller kämpften lange – schon im Expertenbericht Psychiatrie, Teil Kinder und Jugendliche, 1988⁶ – für die Aufnahme der Diagnose ADHS in der ICD-10 unter der Rubrik F90 Hyperkinetische Störungen (USA: DSM-IV⁷). Es kam danach zur explosionsartigen Zunahme dieser Diagnosen auch in Deutschland. Der Kampf im Vorfeld erwies sich als erfolgreich im Sinne der Fachverbände aufstrebender neuer medizinischer Disziplinen und im Sinne der Pharmaunternehmen, wie die ansteigenden Zahlen belegen:

- 1995 wurden in Deutschland noch knapp 5.000 Fälle von ADHS diagnostiziert.
- 2008 wurden rund 380.000 Fälle angegeben.⁸

Für 2012 ist mit rund 600.000 Fällen zu rechnen.

Dem Anstieg der Diagnosen folgt die Medikation mit methylphenidathaltigen Präparaten – und mit hohen Gewinnmargen:

- 1993 wurden in Deutschland 34 Kilogramm Methylphenidat vertrieben.
- 2011 waren es 1.760 Kilogramm, das ist das über 50-Fache.⁹

In Deutschland verordnete definierte Tagesdosen (DDD)¹⁰:

- 2001: 16 Mio. DDD
- 2005: 33 Mio. DDD
- 2010: 56 Mio. DDD

Die Diagnoseschlüssel ICD-10 und DSM-IV verzichten weitgehend auf die Zuordnung von Störungen zur angenommenen Entstehungsursache der jeweiligen Krankheit und beschränken sich auf eine beschreibende Klassifikation der Störungen. Dieser Ansatz hat sicherlich Vorteile, aber er lässt die Grenzen zwischen „Krankheit“ und anderweitigen Problemen und Schwierigkeiten verschwimmen und erleichtert es Interessengruppen, nahezu beliebige störende Erlebnis- und Verhaltensweisen in abrechenbare Diagnoseziffern zu verwandeln, zu denen dann die pharmazeutischen Hersteller das passende Medikament anbieten.¹¹

2.2 Marketing durch gesponserte wissenschaftliche Gesellschaften

Mit massivem Marketing fördern die Herstellerfirmen weltweit die Verbreitung der Diagnose ADHS und der Medikamente; sie sponsern Angehörigengruppen, Ärztefortbildungen und lancieren umsatzfördernde Forschung. Neue Gesellschaften entstanden, wie die „World Federation of ADHD“¹², die sich der Verbreitung der Information zu ADHS und Methylphenidat widmen. Diese Vereinigung wurde 2008 Novartis-nah und außerhalb der deutschen Aufsicht in Zürich gegründet, der Gründungsvorstand der „World Federation“ setzte sich fast ausschließlich aus Professoren einer einzigen Universität (Würzburg) zusammen. Shire und Novartis kooperieren bei der Werbung und Beeinflussung von Ärzten im Rahmen der Ärztefortbildung. Die konkurrierende Firma Eli Lilly sponserte daraufhin eine „World Federation of Mental Health“, mit der sie Strattera® (Atomoxetin), ihren Methylphenidat-Konkurrenten, bei ADHS propagiert.

2.3 Langzeitrisiken werden kaum beachtet

Die Folgen und Nebenwirkungen von Amphetaminen wie Methylphenidat beschrieb Professor Peter S. Schönhofer wie folgt¹³:

Die pharmakologischen Wirkungen von Amphetaminen wie gesteigerte Erregbarkeit, Unruhe, Agitation u.a. werden mit einer Steigerung der Freisetzung biogener Amine im Zentralnervensystem (ZNS) infolge Hemmung der Wiederaufnahme aus dem synaptischen Spalt in Verbindung gebracht. In längerfristigen Tierversuchen gehen diese Wirkungen mit einem vermehrten Untergang dopaminerger Nervenendigungen im ZNS, einer Hemmung der Hirnreifung und einer verminderten Dichte an Dopamintransportern (Markern der Innervationsdichte) einher, die anscheinend auch nach Absetzen des Amphetamins fortbesteht. Auch bei Menschen mit langfristigem oder hoch dosiertem

Amphetaminmissbrauch wird eine erhöhte Rate an Parkinson-Erkrankungen beobachtet. Im Hirn von Parkinsonkranken findet sich ebenfalls eine deutliche Minderung der Dichte von Dopamintransportern. Deshalb erscheinen Hirnschädigungen und Parkinsonismus als Folge langfristiger Anwendung von Amphetaminen auch beim Menschen plausibel, zumal klinisch auch zentral bedingte Wachstumshemmungen bei Kindern unter Amphetaminen auffallen.

Nicht zu unterschätzen ist zudem die psychische Wirkung: Psychotherapeuten weisen darauf hin, dass der verbreitete Konsum von Psychostimulanzien den betreffenden Kindern den Eindruck vermittelt, dass sie nur mit Hilfe solcher Mittel sozial angepasst „funktionieren“ können. Dies kann negative langfristige Auswirkungen für die Persönlichkeitsbildung und das Selbstwertgefühl haben und die Ausbildung von Mustern für Suchtverhalten begünstigen.

2.4 Beipackzettel als Schutz der Hersteller gegen Regressforderungen

Zahlreiche Störwirkungen sind in den Beipackzetteln aufgelistet: Schlafstörungen, Wachstumsstörungen, unbewusste und unkontrollierbare Tics, Angst, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Psychosen, depressive Verstimmung, Hirnblutungen, Schlaganfall, Leberfunktionsstörungen, Drogenabhängigkeit, Muskelkrämpfe, Unruhe, Aggressivität, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckveränderungen (meist Erhöhung), Magenbeschwerden, Nesselsucht, Suizidalität.

Wird der Patient mit den Nennungen der Nebenwirkungen in den Begleitzetteln von zum Beispiel Methylphenidat hinreichend aufgeklärt? Sind so die jugendlichen Patienten wirksam gewarnt? Es handelt sich hier um die Vergabe von Medikamenten mit möglicherweise schädigenden Nebenwirkungen und wenig erforschten Langzeitfolgen an Kinder und Jugendliche, die noch nicht voll einwilligungsfähig sind. Die Einwilligung der Erziehungsberechtigten mag rechtlich als Ersatz gelten, ethisch ist dieser Ersatz bedenklich. Die Eltern befinden sich in aller Regel nicht in einer Lage, in der sie die Hoffnung auf kurzfristige medikamentöse Besserung einer für sie unerträglichen Situation sorgsam und unvoreingenommen gegen die mögliche Schädigung der Gesundheit ihres Kindes abwägen könnten.

Die Aufzählung beobachteter Nebenwirkungen dient vor allem der Absicherung des Herstellers, denn was aufgelistet ist, kann im Schadensfall nicht als Regressforderung eingeklagt werden. Die Nebenwirkungen werden gegenüber Eltern und Lehrern verharmlost, viele treten ja auch erst nach längerer Zeit auf.

Alle gelisteten Nebenwirkungen kommen vor. In pharmagesponserten und damit selektierten Untersuchungen sind Angaben über Häufigkeit, Dosisabhängigkeit oder Zeitpunkt des Auftretens von Störwirkungen oft unzureichend.

2.5 Noch ein Milliardengeschäft tut sich mit dem DSM-V auf

Nach Vorstellung der American Psychiatric Association (APA)¹⁴ können mittels der Neufassung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*¹⁵ noch mehr Jugendliche als behandlungsbedürftig definiert werden. Durch neue Diagnoseziffern soll in dem noch nicht veröffentlichten DSM-V die Anzahl der betroffenen Jugendlichen noch weiter gesteigert werden, warnt auch Allen Frances, emeritierter Professor der Duke University in North Carolina, USA, früher Schirmherr des DSM-IV. Das Geschäft mit der Krankheit und den Pillen soll zudem auch auf Erwachsene ausgedehnt werden. Angst wird zur Panikstörung, Trauer zur pathologischen, behandlungspflichtigen Trauerreaktion oder besser klingend zum Sissy-Syndrom. Das Burnout-Syndrom tritt an die Stelle von Arbeitsüberlastung oder Erschöpfung. Bipolare Depressionen werden zunehmend schon bei Kleinkindern diagnostiziert, nachdem der amerikanische Psychiater Biederman im Jahre 1998 diese Diagnose auch für Kleinkinder propagiert hatte. Im Jahre 2008 ergaben Untersuchungen des Kongresses der Vereinigten Staaten, dass er dafür von der Pharmaindustrie 1,6 Millionen US-Dollar erhalten, aber der Öffentlichkeit und der Hochschule gegenüber verheimlicht hatte. Er wurde dafür im Jahre 2011 öffentlich gemäßigelt, aber uninformierte, unkritische oder firmenhörige Fachkollegen machen noch heute mit solchen Diagnosen weiter. Der Akzeptanz neuer Diagnosen wird auf Kongressen durch pharmafinanzierte Experten der Weg geebnet. „Es ist ein Experiment außer Kontrolle“, warnt Allen Frances.¹⁶ Der Psychologe weiß, wovon er spricht: Als seinerzeit kleine Veränderungen in der Klassifikation der Störungen beim DSM-IV vorgenommen wurden – nämlich einige neue Kriterien für Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) eingeführt wurden –, habe man damit eine dann einsetzende ADHS-Epidemie unerwarteten Ausmaßes begünstigt. „Wir kommen an den Punkt, wo es kaum noch möglich ist, ohne eine geistige Störung durchs Leben zu kommen oder zwei oder eine Handvoll“, prognostiziert Frances.¹⁷

2.6 Zulassungsbeschränkungen und Arzneimittel-Richtlinien ohne unabhängige Kontrollen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat mit Wirkung vom 1. September 2009 die Zulassung von Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Methylphenidat (z.B. Ritalin) geändert. Das BfArM setzte so eine Entscheidung der Europäischen Kommission zur Risikobewertung um. Auch die entsprechend geänderte Arzneimittelrichtlinie des G-BA schreibt vor, dass eine Behandlung von ADHS grundsätzlich ohne Medikamente beginnen muss und die Verordnung von Stimulanzien wie Methylphenidat nur noch in bestimmten Ausnahmefällen zu Lasten der Krankenkassen erfolgen kann.¹⁸ Leider steigt die Zahl der Fälle dennoch weiter an, denn Pharmavertreter geben behandelnden Ärzten selektierte Informationen und pharmagesponserte Elterngruppen oder

überforderte Lehrer machen Druck. Fehlende psychotherapeutische Ausbildung und eine mitunter nicht ausreichende Zusammenarbeit mit sozialpädagogisch, ergotherapeutisch u.a. geschulten Berufsgruppen begünstigen den raschen Griff zum Rezeptblock. Dass die geänderten Richtlinien nicht greifen, zeigt sich an den wachsenden Zahlen von Verschreibungen durch Ärzte mit und ohne Spezialausbildung: ADHS-Medikamente erhielten in Hamburg allein zu Lasten der Techniker Krankenkasse – 2006 fast 20.000 Kinder zwischen 6 und 17 Jahren, – 2010 aber bereits 29.000 Kinder, ein Anstieg um 32%.¹⁹

Die Verordnung von Neuroleptika bei diesen Kindern²⁰ nimmt ebenfalls zu: 2006 verordneten Ärzte in Hamburg 682 bei der Techniker Krankenkasse versicherten Kindern zwischen 6 und 17 Jahren das atypische Neuroleptikum Risperidon, 2010 waren es schon 1.532 Kinder, die Anzahl hat sich damit mehr als verdoppelt.²¹

Nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK nahm die Verordnung von Risperidon von 2001 bis 2006 für 10- bis unter 15-Jährige um das 36-Fache und für 15- bis unter 20-Jährige um das 2,7-Fache zu.²²

Neuroleptika sind zur Behandlung von Kindern mit ADHS nicht zugelassen. Ein therapeutischer Nutzen bei Kindern mit dieser Diagnose ist für diese in Psyche und Persönlichkeit tief eingreifenden Mittel nicht belegt. Nervenärzte warnen zudem, dass unter Neuroleptika gravierende, auch irreversible Störungen der unwillkürlichen Motorik ausgelöst werden können, die Lebenserwartung verkürzt werden kann, neben gravierenden anderen Folgeerscheinungen.²³

Eine unabhängige Beratung und Kontrolle zum Verschreibungsverhalten niedergelassener Ärzte findet praktisch nicht statt. Krankenkassen können im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen Verstöße gegen die Arzneimittelrichtlinie identifizieren und die verschreibenden Ärzte für die entstandenen Kosten in Regress nehmen. Wegen des hohen bürokratischen Aufwandes und der zu erwartenden juristischen Auseinandersetzungen wird diese Möglichkeit wenig genutzt. Regressforderungen, über die Monate oder gar Jahre nach der Medikamentenverordnung gestritten wird, sind ohnehin kein besonders geeignetes Mittel, um die fachliche Kompetenz niedergelassener Ärzte zu erhöhen und die Entwicklung institutions- und berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit zu fördern.

Die steigenden Verordnungszahlen werden bisher anscheinend auch nicht durch das erhöhte Haftungsrisiko gebremst, das Ärzte bei der Verordnung von Neuroleptika für Kinder mit ADHS trifft. Mangels einschlägiger Zulassung der Medikamente handelt es sich hier um „off-label use“ mit der Folge erhöhter Aufklärungs- und Einwilligungserfordernisse, Verlagerung der Schadenshaftung vom Hersteller auf den Verordner und Umkehr der Beweislast sowie möglicher Verweigerung der Erstattung durch die Krankenkasse.

2.7 Absatzorientierte Forschungsergebnisse als fragwürdige Informationsquellen für Ärzte

Zu pharmafinanzierten und den Absatz fördernden, selektiv ausgewählten Untersuchungen sei auf zwei Beispiele verwiesen:

- Eine „Metaanalyse“ zur gesteigerten Lebensqualität von ADHS-Kindern durch Methylphenidat von Danckaerts et al.²⁴ ist eine Publikation der industrienahen „European Guidelines Group on ADHD“, die durch ein „unrestricted grant“ (finanziell unbegrenzte Förderung) der Firmen Eli Lilly, Janssen-Cilag, Shire und Novartis finanziert wurde. Die Autoren selektierten für ihre Metaanalyse aus 1.145 firmenfinanzierten Publikationen nur 36 als geeignet heraus. Mittels einer solchen Auswahlmethode kann man sich jedes erwünschte Resultat bestätigen und mit vorgeblicher Eindeutigkeit belegen.
- Die Verordnung von Medikamenten wie Methylphenidat bekam im Jahre 1999 durch die MTA-Studie (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD)²⁵ Auftrieb. Diese Studie behauptete, dass die Kombination aus Verhaltenstherapie und Methylphenidat die besten Ergebnisse auf die Symptome der ADHS erbrachte und der alleinigen psychotherapeutischen Intervention überlegen war. Die Studie diente dem Marketing von Methylphenidat im medizinischen Establishment sehr. Seit für Methylphenidat verordnende Ärzte deshalb eine Spezialausbildung in Verhaltenstherapie gefordert wird, wird diese dann auch von Herstellerfirmen wie Shire oder Novartis gesponsert bzw. angeboten.

Entgegenstehende Forschungsergebnisse werden dagegen von der Industrie und ihr nahestehenden Wissenschaftlern nicht verbreitet. In der Nachuntersuchung von Teilnehmern der MTA-Studie durch Molina et al.²⁶ zeigte sich bei den 14 Monate mit Methylphenidat behandelten Jugendlichen 36 Monate später eine erhöhte Rate an Straffälligkeit (27,1% versus 7,4%) und an Drogenmissbrauch (17,4% versus 7,8%). Die in der MTA-Studie beschriebene Besserung der ADHS-Symptomatik unter Methylphenidat korrelierte also nicht mit einer Besserung hinsichtlich Schulleistung, Berufsausbildung, sozialen Bindungen oder Lebensbewältigung.

Die exorbitante Steigerung der Verordnung von Methylphenidat oder Folgepräparaten und mittlerweile auch von nicht für ADHS zugelassenen Neuroleptika ist also nicht das Ergebnis der Forschung, sondern des gezielten Marketings der Arzneimittelhersteller, die andere Informationen überlagern und unterdrücken. Durch Werbung, firmengesteuerte Fortbildung der Ärzte, einseitige Informationskampagnen bei Betroffenen sowie gezieltes Sponsoring von Experten, Meinungsbildnern, betroffenen Eltern und Selbsthilfegruppen werden herstellerfreundliche „Lehrmeinungen“ geschaffen und verbreitet.

2.8 Studien belegen alarmierende Erkenntnisse zu strukturellen Fehldiagnosen bei ADHS

Zwei Studien aus den USA (Michigan) und aus Kanada (Vancouver) weisen auf strukturelle Probleme bei ADHS-Diagnosen hin, die potenziell für Millionen von Kindern von Bedeutung sein können^{27, 28}:

- Nach der Studie an der Universität von Michigan wurde die Diagnose ADHS bei den jüngsten der neu eingeschulten Kinder eines Jahrgangs besonders oft gestellt. Die Autoren weisen darauf hin, dass die zu jung eingeschulten Kinder eines Jahrgangs wegen entwicklungsbedingter Überforderung häufiger mit Angst, Unruhe und Konzentrationsstörungen reagieren. Diese altersbedingten Entwicklungsdefizite mit der Diagnose ADHS zu belegen sei eine Fehldiagnose, die etwa 20% der mit ADHS diagnostizierten Kinder betreffen könnte.
- Eine weitere Untersuchung an etwa 900.000 Kindern in Kanada im Alter von 6 bis 12 Jahren kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. In dieser Studie sind es jedoch 48% der Jungen und 77% der Mädchen der jüngsten Kinder eines Jahrgangs, die fälschlich als ADHS diagnostiziert werden und/oder ADHS-Medikamente bekommen. ADHS ist also eher ein Zeichen (altersgemäßer) kindlicher Unreife. Kinder reagieren auf eine Situation der Überforderung mit Angst, Unruhe und Konzentrationsstörung. Das Reifungsdefizit der Kinder potenziert sich in der nächsthöheren Klassenstufe weiter. Es wird häufiger bei Kindern aus bildungsferneren Schichten und bei Jungen diagnostiziert.
- In einer schwedischen Studie²⁹ wurden die sozialen Daten von 7.960 Schulkindern, die im Jahre 2006 wegen ADHS mit Psychostimulanzien behandelt wurden, mit einer nationalen Kohorte von 1,1 Millionen Kindern verglichen. Es stellte sich heraus, dass ein niedriger Bildungsstatus der Mutter, alleinerziehende Elternschaft, psychische Erkrankungen der Eltern sowie der Bezug von Sozialunterstützung als Faktoren 61% der Verschreibungen erklären konnten. Die „Diagnose“ ADHS und die Gabe von Psychostimulanzien weisen demnach eher auf das Vorhandensein belastender psychosozialer Bedingungen hin als auf eine „Krankheit“.
- Forscherinnen der Universitäten Basel und Bochum ließen schriftliche Fallgeschichten durch eine repräsentative Stichprobe von 473 niedergelassenen westdeutschen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiatern beurteilen.³⁰ Drei der vier Fallgeschichten erfüllten eindeutig nicht die Diagnosekriterien für ADHS, dennoch vergaben insgesamt 16,7% der Therapeuten hierfür die Diagnose ADHS, in der Regel verbunden mit der Empfehlung entsprechender psychotherapeutischer sowie in einem Drittel dieser Fälle auch medikamentöser

Maßnahmen. Weitere 5,8% vergaben ADHS als Verdachtsdiagnose. War die Fallgeschichte mit einem Jungennamen versehen, wurde die Diagnose ADHS doppelt so oft falsch vergeben wie bei einem Mädchennamen (22% vs. 11%). Männliche Therapeuten vergaben diese Diagnose signifikant häufiger als weibliche. Schätzungen über die Gesamtzahl der Kinder (insbesondere Jungen), die in Deutschland vor-schnell mit der Diagnose ADHS belegt werden, obwohl die hierfür vorausgesetzten Diagnosekriterien des ICD-10 nicht erfüllt sind, lassen sich aus der Anlage dieser Studie leider nicht ableiten.

2.9 Pharmaunabhängige Forschung fehlt

Die wirklich wichtigen Fragen werden kaum untersucht, weil das Marketing der Firmen daran nicht interessiert ist und kein Geld zur Verfügung steht. Es sind vermehrt Kinder aus sozial benachteiligten Familien, die Medikamente bekommen. Was fehlt, sind schulische, sozialtherapeutische und familientherapeutische Projekte mit Langzeitnachbeobachtungen der kindlichen Entwicklung, die der produktorientierten Pharmaforschung entgegengestellt werden können. Es ist nach wie vor nicht unabhängig untersucht, ob Methylphenidat schulische Leistungen, Persönlichkeitsentwicklung und soziale Kompetenz positiv beeinflusst. Zur Eindämmung des Gebrauchs von Medikamenten, die teils unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, teils für ADHS nicht zugelassen sind, gibt es bisher keine überzeugenden Richtlinien, Gesetze, alternative Hilfen.

2.10 Fehlinformationen über ADHS

Krankheits-erklärungen wie das angebliche Dopaminmangelsyndrom sind Krankheits-erfindungen, die das Vorliegen einer somatischen Erkrankung statt einer psychotherapeutisch oder pädagogisch beeinflussbaren Verhaltensstörung suggerieren. Es ist abwegig und grob irreführend, bei ADHS einen physiologischen Bedarf für Methylphenidat zu postulieren ähnlich dem Insulinbedarf bei Diabetes. Der Bedarf, der durch verordnete amphetaminartige Stimulanzien wie Methylphenidat und Folgepräparaten bei Kindern mit ADHS erzeugt wird, entsteht durch die für Amphetamine bekannte Abhängigkeit.

3 Soziale, pädagogische und therapeutische Handlungsmöglichkeiten

3.1 Sorgfältige Diagnostik

Die Diagnose ADHS allein nach dem Abprüfen bestimmter deskriptiver (nicht an Ursachen orientierter) Diagnose- und Ausschlusskriterien zu vergeben, mag den üblichen Diagnoseschlüsseln (ICD-10, DSM-IV) entsprechen. Die tatsächliche Lebenssituation wird dabei leicht übersehen. Was das Kind möglicherweise mit seinen „problematischen“ Verhaltensweisen als Resultat von bisheriger Lebensgeschichte, ungelösten Konflikten, fehlender oder widersprüchlicher Perspektive usw. ausdrückt, kommt nicht in den Blick. Mit der Vergabe der Diagnose scheint ja alles klar – das Kind „hat“ eben eine bestimmte Krankheit, an deren genetischer Ursache die Wissenschaft noch ein wenig forschen muss. Der medizinische Experte spart bei diesem Vorgehen Zeit. Und für die Erziehenden bietet sich so die Möglichkeit, die unvermeidlichen Schuldgefühle zu verdrängen. Wenn ADHS auf eine neurobiologische Ursache zurückgeführt werden kann, fühlen sich die Erziehenden entlastet. Sie müssen sich nicht mehr fragen, ob sie bei der Erziehung einen falschen Weg gegangen sein könnten.

Die Vergabe der Diagnose ADHS ist in solchen Fällen eher ein Hinweis auf ein „Aufmerksamkeitsdefizit auf der Seite der Erwachsenen“.³¹

Eine seriöse Diagnostik aber muss der Frage nachgehen, welche Konflikte und inneren Ängste die Aufmerksamkeit ablenken, welche inneren Spannungen sich in der vermehrten Motorik ausdrücken und woher die fehlende Kontrolle über Impulse herrührt. Die als problematisch empfundenen Verhaltensweisen sind als Symptome zu verstehen, mit denen das Kind seine innere emotionale Befindlichkeit nicht-sprachlich ausdrückt. Eine sorgfältige und ausführliche Anamnese kann Hinweise ergeben, um unspezifische Verhaltenssymptome zu entschlüsseln. Aus der sorgfältigen Beobachtung der Situation im Erstgespräch und den ggf. weiteren zur Diagnostik erforderlichen Sitzungen mit dem Patienten und Familienmitgliedern sind weitere Aufschlüsse zu erwarten. Auch die Analyse der eigenen Gefühle, die die betreffende Familie bzw. die einzelnen Familienmitglieder beim Therapeuten/Berater auslösen, fördert Aspekte zutage, die für das Verstehen der inneren Befindlichkeit des Patienten und der Familie wichtig sind. Am Ende dieser Diagnostik sollte ein Behandlungsplan stehen, der mit der Familie gemeinsam erarbeitet wird und sich bedürfnisorientiert nach den Wünschen und Möglichkeiten des Patienten und der Familie richtet.

Wie oft sich die als ADHS bezeichneten Verhaltensstörungen bei sorgfältiger Diagnostik als psychische Störungen erweisen, belegt eine Studie von Annette Streeck-Fischer³² in Göttingen. Bei der Begutachtung von 30 Kassenanträgen für Psychotherapie mit der Überweisungsdiagnose ADHS fanden sich in allen Fällen bei der Psychodiagnostik emotionale Störungen oder strukturelle Störungen bei den Kindern, die die Symptome

auf der Verhaltensebene erklären konnten. Bei einer Diagnostik, die ihren Blick auf das psychische Innenleben des Kindes richtet, werden also ganz andere Störungskategorien erfasst, die sonst allenfalls als Zweitdiagnose im Sinne einer komorbiden Störung festgestellt worden wären.

3.2 Therapie

Eine Therapie, die sich auf die Behandlung der Symptome beschränkt (z.B. Gabe von Medikamenten zur Dämpfung der unerwünschten Verhaltensimpulse und Steigerung der Konzentration), lässt den Patienten kein Gehör finden für die Spannungen und Konflikte, die er mit seinen Verhaltenssymptomen ausdrückt.

Eine allein medikamentöse Therapie für Kinder mit ADHS-Symptomen wird heute selbst von den Medikamentenherstellern und den ihnen verbundenen Wissenschaftlern nicht mehr empfohlen. Die Kombination mit pädagogisch-therapeutischen Ansätzen, zum Beispiel mit Verhaltenstherapie, gilt als Standard. Auch hier ist aber zu beachten: Das „Wegtherapieren störender Verhaltensweisen“ geht an der Lebenswirklichkeit der kindlichen oder jugendlichen Patienten vorbei und nimmt sie als Person nicht ernst. Eventuelle soziale und familiäre Hintergründe „auffälliger“ Verhaltensweisen – wie Stress, familiäre Not, Verlust wichtiger Bezugspersonen, Armut, Zeitmangel, mediale Reizüberflutung, Migrationskonflikte, fehlende berufliche Perspektive u.a. – müssen gesehen werden, um die Verhaltenssymptome zu verstehen und mit dem Patienten und der Familie Wege zu finden, wie eine befriedigendere und weniger konflikthafte Entwicklung für das Individuum unter diesen Umständen aussehen könnte. Sozialpädagogische und therapeutische Arbeit mit Kindern mit ADHS-Symptomen und ihren Familien sollte von dem Bestreben geprägt sein, genau hinzusehen und zu verstehen und alternative Handlungsmöglichkeiten und Umgangsweisen zu entwickeln, die den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Beteiligten entsprechen. Die Hektik und der Druck, die das familiäre und pädagogische Umfeld eines „ADHS-Patienten“ oft vermitteln, dürfen nicht vorschnell übernommen werden.

3.3 Enge Abstimmung der Hilfen

Die verschiedenen zur Verfügung stehenden Hilfesysteme (Vorschulerziehung und Schule, Medizin, Psychotherapie, Ergotherapie und weitere Therapien, Erziehungsberatung, Jugendhilfe ...) neigen dazu, in den Kategorien ihres jeweils eigenen Handlungsfeldes zu denken und sich von den anderen Systemen abzugrenzen. Sehr unterschiedliche rechtliche und Finanzierungsstrukturen tragen dazu bei. Die Abgrenzung von den anderen Systemen bringt den Beteiligten direkt oder indirekt auch Vorteile. Probleme, die man nicht lösen kann, fallen eben nicht in die eigene Zuständigkeit und können an das jeweils „zuständige“ System weitergereicht werden. Pädagogen halten mitunter an

einem unrealistischen und unreflektierten Glauben, an die Kompetenz des „Medizinmannes“ fest, weil sie die Verantwortung für ein als krank definiertes Kind dort abgeben können. Ärzte lassen sich mitunter zu einfach als „Zwischenlager für pädagogische Misserfolge“ missbrauchen, weil dies einem, schon in ihrer Ausbildung angelegten, umfassenden Kompetenzanspruch entgegenkommt und zudem finanziell honoriert wird. Noch zu selten werden Kollegen aus anderen Berufsgruppen und Institutionen herangezogen, um die eigene Handlungskompetenz zu unterstützen und zu stärken, und zu oft werden sie dafür benutzt, einen Fall zuständigkeitshalber „abgeben“ zu können.

Schwierige Situationen und schwierige Kinder erfordern aber ein gut abgestimmtes Netz sozialer, pädagogischer, therapeutischer und medizinischer Hilfen. Kinder mit ADHS-Symptomen und ihre Familien sind von der entstandenen Situation meist überfordert und haben keine Kapazitäten, um die verschiedenen medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, schulischen und sozialen Interventionen und Ratschläge der beteiligten Hilfesysteme und Professionen sinnvoll miteinander zu verknüpfen und in ihrem Alltag zu integrieren. Bei dieser Aufgabe müssen ihnen die Professionellen zur Seite stehen. Bei der Erarbeitung eines Behandlungsplanes mit dem Kind und der Familie müssen deshalb die beteiligten oder zu beteiligenden anderen Hilfesysteme einbezogen werden, um miteinander vereinbare Sichtweisen der Problematik zu entwickeln und ein gemeinsames Vorgehen zu ermöglichen. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch VIII) bietet mit dem dort vorgesehenen Instrument der umfassenden Hilfeplanung eine gesetzliche Grundlage hierfür. Leider führt das auf die Honorierung von Einzelleistungen zentrierte ärztliche Vergütungssystem dazu, dass viele niedergelassene Ärzte kaum bereit sind, sich an den erforderlichen gemeinsamen Besprechungen zu beteiligen. Die Einrichtung gemeinsamer, berufsgruppenübergreifender Fortbildungsangebote könnte das notwendige Bewusstsein für die pädagogisch-therapeutische Begegnung mit unruhigen Kindern schärfen und eine Ausgangsbasis dafür bieten, dass die beteiligten Professionellen trotz aller Hindernisse interdisziplinäre Förderplanungen gemeinsam entwickeln.

Im weiteren Verlauf sind regelmäßiger Informationsaustausch und enge Abstimmung nötig. Diese sollen aber nicht stattfinden, ohne Patienten und ihre Familien einzubeziehen. Es kann notwendig sein, eine Person zu bestimmen, die die laufende Koordination verantwortlich übernimmt. Aus welchem der beteiligten Hilfesysteme und aus welcher Profession diese Person kommt, kann im Einzelfall verschieden sein. Förderkoordinatoren, wie sie derzeit z.B. in Hamburg im Rahmen der Zielsetzung der Inklusion behinderter Menschen (hier: der Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Regelschulwesen) vorgesehen sind, könnten hier eine wichtige Rolle spielen.

3.4 Zeit ist entscheidend

Die Frage nach dem Vorliegen von ADHS und nach entsprechender professioneller Hilfe wird meist dann gestellt, wenn sich in Familie, Kindertageseinrichtung oder Schule eine zugespitzte Situation entwickelt hat. Das kindliche Verhalten scheint Erwachsenen nicht mehr tragbar, sie drängen auf schnelle Hilfe. Diese Erwartung ist verständlich, aber nur teilweise realistisch. Schnell kann – im günstigen Fall – die Zusicherung verlässlicher Hilfe erfolgen. Allein dies kann schon entlastend wirken, wenn das Kind, die Eltern und die Pädagogen das Gefühl bekommen, mit der Situation nicht alleingelassen zu werden. Eine Lösung kann es dagegen meist nicht unmittelbar geben. Medikamente können rasche Verhaltensänderungen bewirken und damit als schnelle Lösung erscheinen, lösen aber die hinter den Verhaltenssymptomen stehenden Konflikte nicht. Problemsituationen, die sich aus einer jahrelangen Vorgeschichte entwickelt haben, sind normalerweise nicht binnen einiger Wochen aufzulösen. Es kommt also darauf an, dass therapeutische Helfer Eltern und Schule entlasten und die notwendige Geduld repräsentieren, die die unmittelbar Beteiligten in der akuten Situation nicht selbst entwickeln können, und dabei gleichzeitig therapeutischen Optimismus vermitteln.

Regelmäßig klagen die Mitarbeiter der beteiligten Hilfesysteme darüber, dass ihnen nicht genügend Zeit zur Verfügung steht, und verweisen auf weitere Einschränkungen durch Sparmaßnahmen oder verschlechterte Vergütungsbedingungen. Diese kritische Sichtweise ist vielfach berechtigt und sollte entsprechend mit Nachdruck vorgetragen werden. Es gibt jedoch auch eine andere Seite der Problematik: Gerade mit Kindern bzw. Familien, bei denen sich erhebliche soziale Probleme in erheblichen so genannten Verhaltensauffälligkeiten ausdrücken, sind oftmals eine große Zahl professioneller Helfer aus unterschiedlichen Hilfesystemen befasst, im Extremfall bis zu 20 Personen. Jeder Einzelne klagt darüber, aus Zeitmangel nicht so arbeiten zu können, wie es nötig wäre. Insgesamt wird in solchen Fällen aber oft eine recht große Menge bezahlter professioneller Arbeitszeit gewährt. Hier sollten Ideen entwickelt werden, um trotz unterschiedlicher Rechtsgrundlagen und Finanzierungswege zu einer verbesserten Kooperation zu kommen und die vorhandenen Ressourcen über die Grenzen der unterschiedlichen Hilfesysteme hinweg zu bündeln und gezielter einzusetzen. Der in der Jugendhilfe und zunehmend auch in der Behindertenhilfe verbreitete Ansatz der „Sozialraumorientierung“ kann hierfür wichtige Anregungen liefern. Strukturelle Rahmenbedingungen für eine verbesserte fachliche Steuerung müssen geschaffen werden.

3.5 Ermutigende Beispiele

Die Suche nach Alternativen zu einer pharmakozentrierten Therapie bei Kindern mit ADHS-Problematik ist nicht neu. Es gibt ermutigende Beispiele, die aber insbesondere

in der medizinischen Fachwelt nicht ausreichend bekannt sind, weil entsprechende Studien und Veröffentlichungen finanziell selten unterstützt werden.

- Die Kinder- und Jugendpsychiater Sant'Unione und Wildermuth legten 2008 eine Nachuntersuchung von 93 Kindern mit den als ADHS bezeichneten Symptomen vor.³³ Alle waren multimodal und bedürfnisorientiert mit unterschiedlichen einzeltherapeutischen Angeboten und immer mit begleitender Familientherapie behandelt worden. Sechs Monate nach Beendigung der Therapie benötigte keines der Kinder Psychostimulanzien, nur eines hatte vorübergehend in einer Trennungskrise der Eltern Ritalin erhalten.
- Das Sigmund-Freud-Institut, das Institut für Analytische Kinder- und Jugendpsychiatrie und das Städtische Schulamt in Frankfurt/Main führten ab 2003 die „Frankfurter Präventionsstudie“ durch.³⁴ Mit einem zweijährigen, psychoanalytischen (nicht medikamentösen) Präventions- und Interventionsprogramm konnte bei einer Versuchsgruppe von ca. 400 Kindergartenkindern eine statistisch signifikante Abnahme der Aggressivität sowie der Ängstlichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe erreicht werden; bei der Dimension „Hyperaktivität“ konnte ein statistisch signifikanter Rückgang im Vergleich zur Kontrollgruppe nur bei Mädchen nachgewiesen werden. Keines der Kindergartenkinder aus der Interventionsgruppe nahm Ritalin oder ein anderes Amphetamin ein.
- In einem von dem Göttinger Neurobiologen Gerald Hüther begleiteten Projekt, das auf großes Interesse der Medien stieß³⁵, lernten zwölf Jungen auf einer Alm in Südtirol das Käsemachen und hatten alle Arbeiten auszuführen, um sich selbst sowie eine Kuh zu versorgen. Schon nach den ersten Tagen auf der Alm brauchten die Kinder kein Ritalin mehr. Hüther führt dies auf die Nachreifung von Hirnarealen und Nervenverbindungen durch eigenverantwortliches Arbeiten zurück, nachdem die Kinder in ihrem bisherigen Leben kaum Gelegenheit hatten, sich auszuprobieren. Unabhängig von der Diskussion über den Stellenwert erlebnispädagogischer Sonderprojekte belegt dieses Experiment jedenfalls, dass intensive pädagogische Bemühungen, die an den Lebensbedürfnissen und Interessen der Kinder ansetzen, die bisher als ADHS diagnostizierten Verhaltensprobleme in den Hintergrund treten lassen und eine medikamentöse Therapie erübrigen können.

4 Forderungen und Vorschläge zum Schutze der Kinder und Jugendlichen

Es kann nicht hingegenommen werden, dass ein großer und ständig weiter wachsender Prozentsatz aller Kinder und Jugendlichen einer Pharmakotherapie unterworfen wird, deren längerfristiger Nutzen nicht belegt und deren längerfristige Schädlichkeit wahrscheinlich ist. Fachliche Standards müssen sich ändern, organisatorische und rechtliche Regelungen müssen getroffen werden, um ein Umsteuern zu erreichen. Das Wohl der Kinder und Jugendlichen muss Vorrang haben vor dem Geschäftsinteresse der pharmazeutischen Industrie.

4.1 Alternative Angebote berufsgruppen- und institutionsübergreifend entwickeln

Angebote alternativer nicht medikamentöser, erzieherischer, schulischer, sozial- und/oder psychotherapeutischer Hilfen sind zu entwickeln und – soweit bereits vorhanden – verstärkt zu veröffentlichen bzw. modellhaft zu verbreiten. Die Entwicklung von Konzepten und ihre Umsetzung soll interdisziplinär und institutionsübergreifend von den verschiedenen beteiligten Hilfesystemen verantwortet werden. Gemeinsame Gremien sind dafür notwendig.

Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung muss behördenübergreifend geregelt sein, unter Einbeziehung der ärztlichen Selbstverwaltung und der Krankenkassen. Die obligatorische Kooperation der Einrichtungen der Regel- und Behindertenversorgung, Jugendhilfe, Schulen, Beratungsdienste, Ärzte und anderer Dienste des Gesundheitswesens im Lebensumfeld der Kinder ist strukturell zu verankern.

4.2 UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen beachten

Dabei sind auch die verbindlichen Vorgaben der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen³⁶ heranzuziehen und zu beachten. Die Definition des Begriffes „Menschen mit Behinderungen“ in Art. 1 der Konvention ist so formuliert, dass Kinder und Jugendliche, bei denen heutzutage ADHS diagnostiziert wird, ebenfalls erfasst sind. Es kommt nicht darauf an, ob diese Kinder im üblichen Sprachgebrauch als „behindert“ bezeichnet werden oder nicht. Die Konvention proklamiert und präzisiert die Menschenrechte behinderter Menschen und fordert u.a. sicherzustellen, dass wirksame individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet, angeboten werden (Art. 24). Als Grundsatz gelten dabei die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechtes auf Wahrung ihrer Identität (Art. 3). Es ist zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen das Recht haben,

ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihrem Alter berücksichtigt wird (Art. 7). Diesen und anderen, mit der Ratifizierung der Konvention seit 2009 auch für Deutschland verbindlichen, Vorgaben muss Geltung verschafft werden. Kindern und Jugendlichen, die sich auffällig und herausfordernd verhalten, mit ärztlicher Autorität die Diagnose ADHS zuzuweisen und sie anschließend mit einer tief in die Persönlichkeitsstruktur eingreifenden Medikation „funktionsfähig“ machen zu wollen, entspricht jedenfalls nicht diesen menschenrechtlichen Anforderungen.

4.3 Keine Medikamentenverordnung, bevor pädagogische und therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft sind

Dem Einsatz tief greifender arzneitherapeutischer Strategien (Psychostimulanzien, Neuroleptika, Antidepressiva) müssen überprüfbare familiäre, schulische, soziale und psychotherapeutische Hilfsmaßnahmen über mindestens ein Jahr vorausgehen. Diese sind nachprüfbar zu dokumentieren. Wird diese Verpflichtung nicht beachtet, sind haftungsrechtliche und finanzielle Konsequenzen vorzusehen. Im Patientenrechtegesetz des Bundes sollte klargestellt werden, dass die vorschnelle Verordnung dieser Medikamente an Kinder und Jugendliche, die altersbedingt nur begrenzt einsichts- und einwilligungsfähig sind, eine Körperverletzung darstellen und demnach auch Haftungsfolgen haben kann.* Eine Verordnung ohne Dokumentation der vorhergehenden Hilfsangebote und ihrer Ergebnisse darf zudem nicht zu Lasten der Krankenkassen erfolgen und muss entsprechende Regressforderungen auslösen.

Ein gewisses Maß an „bürokratischen“ Hürden sollte hier bewusst genutzt werden, um die rasche medikamentöse „Lösung“ von Verhaltensproblemen zu erschweren.

4.4 Kontrolle des Verschreibungsverhaltens

Die Vergabepaxis von Stimulanzien und Neuroleptika an Kinder und Jugendliche bedarf einer standesrechtlichen und kassenarztrechtlichen Regelung und Überwachung, die überprüfbaren wissenschaftlichen Kriterien entspricht. Die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes muss insoweit eingeschränkt werden, da ihr hier Kinder und Jugendliche gegenüberstehen, die altersbedingt nur begrenzt einsichts- und einwilligungsfähig sind, und Eltern, die in einer angespannten Situation nicht immer unbefangen und neutral im Interesse ihres Kindes entscheiden und einwilligen können. Es sollte auch geprüft werden, ob für die medikamentöse „Ruhigstellung“ von Kindern und Jugendlichen zum Beispiel eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung als Korrektiv gefordert werden könnte, analog zur betreuungsgerichtlichen Genehmigung, die für die medikamentöse Sedierung z.B. dementer alter Menschen im Pflegeheim erforderlich ist, wenn diese einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme gleichkommt.

* Das Patientenrechtegesetz (amtl.: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten) hat am 1.2.2013 den Bundesrat passiert. Es tritt nach Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft. Diese hier konkret formulierten Forderungen finden sich im Gesetz nicht wieder. – Red.

Relativ einfach zu realisieren wären automatische Rückmeldungen der Krankenkassen und/oder der Kassenärztlichen Vereinigungen als Hinweis an Ärzte, deren Verschreibungsverhalten auffällig ist. Wirkungsvoller wäre eine Beschränkung der Befugnis zur medikamentösen Therapie bei ADHS auf solche Ärzte, die an näher zu bestimmen den Vereinbarungen und Programmen teilnehmen, die eine kollegiale und berufsgruppen- und institutionsübergreifende Beratung vorsehen und eine gemeinsame Behandlungs- bzw. Hilfeplanung ermöglichen. In der Erwachsenenmedizin können bereits heute verschiedene kassenärztliche Leistungen nur von solchen Ärzten angeboten und abgerechnet werden, die über den Facharzttitel hinaus bestimmte Nachweise und Anerkennungen vorweisen können bzw. an bestimmten Vereinbarungen und Programmen teilnehmen. Regelungsbedarf für eine Überwachung und Einschränkung der Verordnung von Psychostimulanzien, Neuroleptika und anderer, sedierender Medikamente gibt es anscheinend überall dort, wo Menschen betroffen sind, deren Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Das sind zum Beispiel als dement diagnostizierte alte Menschen, bestimmte behinderte erwachsene Menschen, aber auch Personen, die sich in freiheitsentziehenden Maßnahmen befinden. In solchen Bereichen sind regelmäßig berufsgruppen- und gegebeneinstufige institutionsübergreifende Planung und Koordination von Hilfe und Behandlung erforderlich. Es sollte geprüft werden, ob hier gemeinsame Forderungen und Vorschläge für diese verschiedenen Bereiche zu entwickeln und auch gemeinsame gesetzliche Regelungen anzustreben sind.

4.5 Freie und öffentlich nachvollziehbare Forschung

Forschung ist primär auf für die Lebensbewältigung relevante Parameter wie Schulleistungen, Berufsausbildung, soziale Bindungsfähigkeit und Organisation des eigenen Lebens sowie auf unerwünschte Folgewirkungen auszurichten, nicht auf Surrogatkriterien wie Befindlichkeit. Sie ist mit öffentlichen Mitteln zu finanzieren. Bei der Zulassung von Arzneimitteln dieser Indikation und bei der Nutzenbewertung für die Erstattung durch die Krankenkassen sind vom Lizenzinhaber Studien mit entsprechenden Zielparametern vorzulegen. Die Anwendungsdauer ist bei der Zulassung zu befristen und nur zu verlängern, wenn der Nutzen einer längeren Anwendung durch entsprechende Untersuchungen belegt ist.

Alle für die Beurteilung des Nutzens und der Risiken bestimmter Medikamente oder Substanzgruppen relevanten Studien sind bereits zu Beginn der Studie in einem zentralen, öffentlich zugänglichen Studienregister zu erfassen, wie es schon bei der US-

amerikanischen Zulassungsbehörde geführt wird (www.ClinicalTrials.gov).³⁷ Nur so kann bei der Zulassung und bei der Nutzenbewertung eines Medikamentes festgestellt werden, welche Informationen und Erfahrungen tatsächlich vorliegen. Gerade „gescheiterte“ oder abgebrochene und deshalb nicht veröffentlichte Studien geben oft Hinweise auf Probleme oder Risiken, an deren weiterer Untersuchung und Veröffentlichung die Geldgeber kein Interesse haben. Wissenschaftler müssen die Möglichkeit haben, bei der Erarbeitung von Übersichtsreferaten den „publication bias“ zu vermeiden, der bisher regelmäßig zu einer Überbewertung der (veröffentlichten) positiven Effekte gegenüber den (nicht immer veröffentlichten) negativ ausgefallenen Studien führt und damit eine einseitige wissenschaftliche und ärztliche Meinungsbildung provoziert. Alle von pharmazeutischen Herstellern geleisteten Zuwendungen an Wissenschaftler müssen veröffentlichungspflichtig werden; also zum Beispiel die Finanzierung von Studien, Honorare für Vortrags-, Gutachter- oder Beratertätigkeit usw., ebenso die finanzielle Förderung von Instituten oder Abteilungen, die von den betreffenden Wissenschaftlern geleitet werden. Bisher fordern zwar bereits etliche wissenschaftliche Zeitschriften von ihren Autoren, Interessenkonflikte anzugeben. Diese Angaben beruhen jedoch auf einer Selbsteinschätzung des jeweiligen Wissenschaftlers, ob ein Interessenkonflikt vorliegt. Nötig ist eine gesetzliche Verpflichtung der Hersteller, Zahlungen und Zahlungsempfänger ihrerseits zu veröffentlichen und im Internet zugänglich zu machen. In den USA ist dies nach dem „Physician Payments Sunshine Act“ ab 2013 Pflicht.³⁸ In Deutschland veröffentlichen die pharmazeutischen Hersteller zwar ihre Zahlungen an Selbsthilfegruppen von Patienten und Angehörigen, aber nicht die Zahlungen an Ärzte und Wissenschaftler.

4.6 Jugendhilfe muss gleichberechtigt auf Augenhöhe mit der Medizin verhandeln

Die pädagogischen Institutionen und hier insbesondere die Jugendhilfe sollten sich darauf besinnen, dass sie eigene Fachlichkeit, Rechtsgrundlagen und Definitionsmacht haben und der Medizin prinzipiell gleichberechtigt und auf Augenhöhe gegenüber treten müssen, um eine gemeinsame Erarbeitung von Situationsanalyse, Hilfe- und gegebenenfalls Behandlungsplanung zu ermöglichen. Der ärztlichen Definitionsmacht über Krankheitsdiagnosen und der ärztlichen Befugnis zur Ausübung der Heilkunde, die die Verordnung von Medikamenten einschließt, steht die Definitionsmacht der Jugendhilfe über Kindeswohlgefährdung gegenüber und die Befugnis zur Hilfeplanung und ihrer Umsetzung, aber auch z.B. zu Maßnahmen wie Inobhutnahme. Definitionen und vorgeordnete Maßnahmen des einen Systems können in Widerspruch zu denen des anderen geraten, und in solchen Fällen gibt es keine Vorrangigkeit des einen oder anderen Systems. Statt Unterordnung unter die ärztliche Definitionsmacht ist die selbstbewusste

Wahrnehmung der eigenen Verantwortung der Jugendhilfe, der Schule und anderer Institutionen nötig, die dann in einen gemeinsam abzustimmenden Prozess der Hilfeplanung einzubringen ist.

4.7 Entschädigungsfonds vorbereiten?

In den letzten Jahren entstanden in Deutschland aus öffentlichen Mitteln und aus Mitteln kirchlicher Wohlfahrtsverbände Fonds, die gewisse Entschädigungszahlungen leisten sollen als Wiedergutmachung für Menschen, die in den 50er und 60er Jahren als Kinder und Jugendliche Opfer unmenschlicher Praktiken in der Heimerziehung wurden. Vielleicht ist es an der Zeit, gesetzliche Regelungen für einen Fonds zu fordern, in den pharmazeutische Hersteller und auch die Kassenärztlichen Vereinigungen einzahlen, um Wiedergutmachungen leisten zu können für die „Generation Ritalin“. In den USA, deren gesetzliche Regelungen zur Durchsetzung von Schadensersatz sich allerdings von den deutschen unterscheiden, sah sich zum Beispiel der Pharmahersteller Lilly bis 2009 durch das US-Justizministerium (DOJ) gezwungen, an durch sein atypisches Neuroleptikum Zyprexa® (Olanzapin) geschädigte Patienten, die bei der Behandlung an Diabetes, an lebensbedrohlichen Überzuckerungen und gefährlicher Gewichtszunahme erkrankt waren, 4,6 Milliarden US-Dollar Schadensersatz zu zahlen, weil er die vorhandenen Informationen über das Nebenwirkungsrisiko gegenüber Ärzten und Patienten zurückgehalten hatte.³⁹ Außerdem musste er dafür ein Bußgeld von 1,4 Mrd. Dollar an das DOJ abführen.⁴⁰ Es drängt sich die Frage auf, ob die Zurückhaltung von Informationen über langfristige Risiken, zum Beispiel der Herausbildung einer Parkinson-Erkrankung, als Nebenwirkung von Methylphenidat (Ritalin® und andere Präparate) nicht zu vergleichbaren juristischen bzw. finanziellen Konsequenzen führen müsste.

Auch die ärztlichen Berufshaftpflichtversicherer wären gut beraten, Mittel zurückzulegen für Entschädigungszahlungen für zu erwartende Langzeitschäden aufgrund einer Verschreibungspraxis, die zu keinem Zeitpunkt seriösen und herstellerunabhängigen wissenschaftlichen Standards entsprochen hat.

Anhang

Anmerkungen

- 1 Haagen, M.; Möller, B. (2013): Sterben und Tod im Familienleben – Beratung und Therapie von Angehörigen von Sterbenskranken. Göttingen: Hogrefe.
- 2 Ulvund, S. E. et al. (2001): Psykologisk status ved 8–9 års alder hos barn med fødselsvekt under 1501 gram (Psychological status at 8–9 years of age in children with birth weight below 1501 grams). In: Tidsskrift for Den norske legeforening, 121, S. 235–302.
- 3 Hüther, G. (2011): Generation Ritalin. Die Ursachen von Lern- und Verhaltensproblemen und die Wirkung von Psychostimulanzien bei Schülern mit ADS-Symptomatik. In: Praxis Schule 4/2011, S. 4–8; auch abrufbar unter: www.sinn-stiftung.eu/wissen/
- 4 Zitiert nach: Blech, J. (2012): Schwermut ohne Scham. In: Der Spiegel 6/2012, S. 122–131.
- 5 Hoffmann, C.; Schmelcher, A. (2012): Ritalin gegen ADHS: Wo die wilden Kerle wohnten. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 16.2.2012 (zitiert nach www.faz.net).
- 6 Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn: Aktion Psychisch Kranke e.V.
- 7 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV); dt.: Saß, H. et al. (2003): Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen. 4. Aufl. Göttingen (nationales Klassifikationssystem der USA).
- 8 Newsletter der Kinderschutzzentren, Nr. 8, September 2009.
- 9 Blech, J. (wie Anmerkung 4).
- 10 Schwabe, U.; Paffrath, D. (2011): Arzneiverordnungs-Report 2011. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 843–846.
- 11 Finzen, A.; Hoffmann-Richter, U. (2002): Schöne neue Diagnosewelt. In: Soziale Psychiatrie 1/2002, S. 4–8.
- 12 ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (= ADHS).
- 13 Schönhöfer, P.S. (2012): Vortrag bei der Veranstaltung der Patriotischen Gesellschaft von 1765 und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in Hamburg am 24.2.2012.
- 14 Amerikanische Psychiatrische Vereinigung, DSM-Herausgeberin.
- 15 Finzen, A. (2012): In freudiger Erwartung von DSM-5. In: Psychosoziale Umschau 1/2012, S. 8 f.
- 16 Zitiert nach: Blech, J. (wie Anmerkung 4).
- 17 Zitiert nach: Simon, N. (2011): Was ist schon normal? In: Der Tagesspiegel vom 13.5.2011 (zitiert nach www.tagesspiegel.de).
- 18 Pressemitteilung Nr. 27/2010 des G-BA vom 16.9.2010.
- 19 Anstieg der Verschreibungen bereinigt um den Anstieg der TK-Versicherten dieser Altersklasse im selben Zeitraum. Techniker Krankenkasse, Pressemitteilung vom 9.10.2011.
- 20 Finzen, A. (2010): Neuroleptika für Kinder? Ein Lehrstück. In: Soziale Psychiatrie 1/2010, S. 52 f.
- 21 Techniker Krankenkasse, Pressemitteilung vom 9.10.2011.
- 22 Kinder: Neuroleptikagebrauch steigt. In: arznei-telegramm (2008): 39: 69–70.
- 23 DGN[Dt. Gesellschaft für Neurologie]-Pressestelle vom 4.11.2008: „Schlaganfallrisiko unter Neuroleptika erhöht“.
- 24 Danckaerts M. et al. (2010): The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. In: European Child Adolescent Psychiatry 19: 83–105.
- 25 MTA Cooperative Group (1999): A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Arch Gen Psychiatry 56: 1073–1086.
- 26 Molina BS et al. (2007): Delinquent behaviour and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 46: 1028–1040.
- 27 Elder, T. (2010): The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. In: Journal of Health Economics 29: 641–656.
- 28 Morrow RL et al. (2012): Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. In: CMAJ 2012 Mar 5 [Epub ahead of print].
- 29 Hjern, A.; Weitoft, GR.; Lindblad, F. (2010): Social adversity predicts ADHD-medication in school-children – a national cohort study. In: Acta Paediatrica 99: 920–924.
- 30 Bruchmüller, K.; Schneider, S. (2012): Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? In: Psychotherapeut 57: 77–87.
- 31 Haagen, M. (2012): Das zutiefst erschrockene Kind. Vortrag bei der Veranstaltung der Patriotischen Gesellschaft von 1765 und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in Hamburg am 24.2.2012.
- 32 Streeck-Fischer, A. (2006): „Neglekt“ bei der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. In: Psychotherapeut 51, S. 80–90.
- 33 Sant’Unione, A.; Wildermuth, M. (2008): Die Praxisstudie. In: Neraal, T.; Wildermuth, M. (Hrsg.): ADHS: Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 235–289.
- 34 Leuzinger-Bohleber, M. et al. (2006): Die Frankfurter Präventionsstudie. Zur psychischen und psychosozialen Integration von verhaltensauffälligen Kindern (insbesondere von ADHS) im Kindergartenalter – ein Arbeitsbericht. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y.; Hüther, G. (Hrsg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. Für Hinweise auf noch laufende Nachuntersuchungen und Folgeprojekte siehe www.sfi-frankfurt.de/forschung und www.idea-frankfurt.eu/wissen/projekte/projekt-eva
- 35 Z.B.: „Alm statt Ritalin“. In: GEO 11/2009, S. 154–155. Informationen über die Alm-Projekte der von Hüther geleiteten „Sinn-Stiftung“ siehe auch: www.sinn-stiftung.eu/initiativen/natur-verbindet/via-nova/index.html
- 36 Vereinte Nationen (2006): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (für Deutschland in Kraft getreten 2009 nach Ratifikation durch den Deutschen Bundestag). Der Text des Übereinkommens ist in der amtlichen deutschen Übersetzung z.B. zugänglich unter www.behindertenbeauftragter.de

- 37 In Deutschland gibt es das „Deutsche Register Klinischer Studien“ an der Universität Freiburg, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird und kostenfrei öffentlich zugänglich ist. Da die Beteiligung freiwillig ist, wird das Register bisher vergleichsweise wenig genutzt.
Zugang: https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/
- 38 Blech, J. (2011): Seelsorge für die Industrie. In: Der Spiegel 20/2011, S. 116–120, hier S. 120.
- 39 Lilly muss zahlen. In: Pharma-Brief 7/2009, S. 5.
- 40 Schönhöfer PS, Schaaber J (2011): Justiz und Pharmaindustrie: Deutschlands Untätigkeit bei kriminellem Marketing und Schadensersatz. In: Pharma-Brief Nr. 9/10: S. 2–4.

Literaturhinweise (Auswahl)

Graham, LJ (Ed.) (2010): (De)Constructing ADHD. Critical Guidance for Teachers and Teacher Educators. New York et al.: Peter Lang

Hüther, G.; Bonney, H. (2002): Neues vom Zappelphilipp: ADS verstehen, vorbeugen und behandeln. Zürich: Walter-Verlag

Köttgen, C. (2007): Die Beunruhigung moderner Kinder hat viele Gründe.
In: Köttgen, C. (Hg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main: IGfH[Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen]-Verlag

Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y.; Hüther, G. (Hrsg.) (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Neraal, T.; Wildermuth, M. (Hrsg.) (2008): ADHS: Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Gießen: Psychosozial-Verlag

SEELISCHE GESUNDHEIT STIFTEN Stiftung für Soziale Psychiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. hat im Mai 2007 die **Stiftung für Soziale Psychiatrie** gegründet. Es handelt sich um eine Treuhandstiftung unter der **Stiftung »Gemeinsam Handeln – Paritätischer Stifterverbund in NRW«**.

Stiftungszweck ist die Förderung

- sozialpsychiatrisch orientierter Behandlung und Betreuung sowie
- der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Insbesondere gefördert werden sollen:

- Modellprojekte
- bürgerschaftliche Initiativen
- Forschungsarbeiten
- Veröffentlichungen
- Bildungsangebote
- Fachveranstaltungen

Nähere Informationen zur Stiftung, über Zuwendungen und Zustiftungen: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Ansprechpartner: Richard Suhre
dgsp@netcologne.de
www.stiftung-sozialpsychiatrie.de

Zuwendungen an die Stiftung können eingezahlt werden auf das Stiftungskonto:
Bank für Sozialwirtschaft, Köln
Kto.-Nr.: 7 234 706
BLZ: 370 205 00

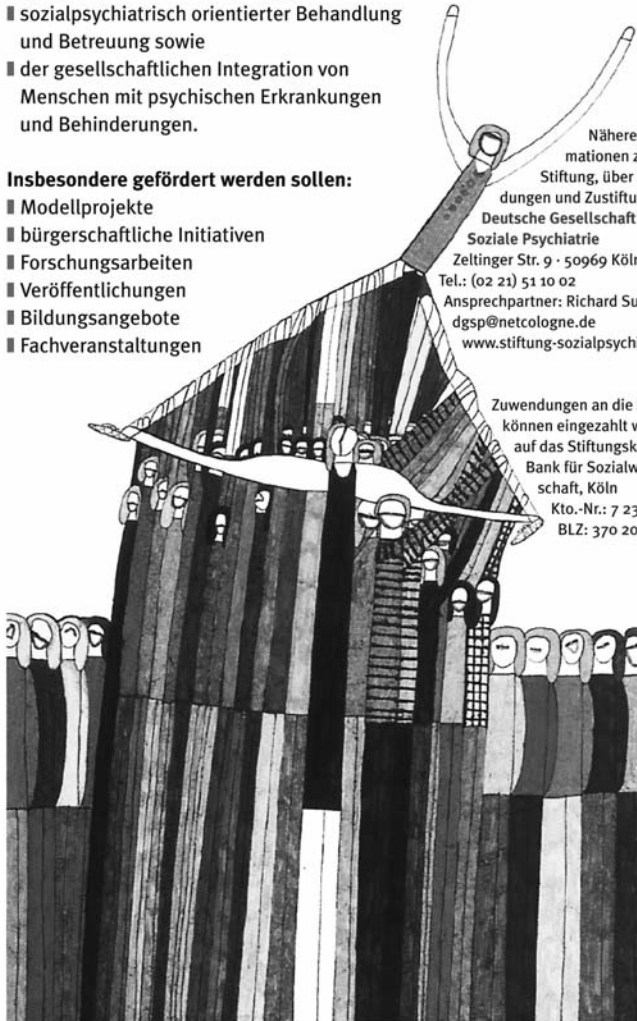


Bild: Michaela Lehnert

Fortbildung Qualität durch Fortbildung Das Weiterbildungsangebot der DGSP

■ Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA)

Überregionaler Kurs im Bausteinsystem in Frankfurt/Main (Grundkurs: 280 Ustd.; Aufbaukurs: 430 Ustd.).

Regionale Kurse der SPZA (Berlin, Hamburg u.a.) auf Anfrage.

■ Qualifizierung zur Fachkraft für Arbeits- und Berufsförderung

Zielgruppe: Gruppenleiter/-innen in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen. Dauer: 800 Ustd. innerhalb von zwei Jahren. Nächster Kurs: auf Anfrage.

■ Psychotherapeutische Grundhaltung in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern

Zielgruppe: Mitarbeiter/-innen aller Berufsgruppen in der Sozialpsychiatrie. Dauer: zwei Jahre. Nächster Kurs: auf Anfrage.

■ Leitung und Koordination sozialpsychiatrischer Wohnformen (Heimleitung)

Zielgruppe: Mitarbeiter/-innen sozialpsychiatrischer Wohnangebote, die eine Leitungsposition anstreben oder ausüben. Dauer: 612 Ustd. innerhalb von zwei Jahren. Nächster Kurs: auf Anfrage.

■ Zertifikatskurs für forensische Nachsorge

Zielgruppe: Fachkräfte, die ehemals forensisch untergebrachte Patienten in gemeindepsychiatrischer Nachsorge betreuen. Dauer: 164 Ustd. innerhalb eines Jahres. Beginn: auf Anfrage.

■ Kurzfortbildungen

Das jährlich erscheinende DGSP-Kurzfortbildungsprogramm enthält ein breites Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer und psychiatriepolitischer Themen.

■ Inhousefortbildungen

Bei Bedarf bietet die DGSP auch Inhousefortbildungen zu vielen unterschiedlichen Themen an.

Ausführliches Infomaterial und Beratung:

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp