



Hochschule Merseburg * University of Applied Sciences
FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Ritalin als Erziehungshelfer?

Bachelorarbeit

Verfasserin: Diana Jahn

Erstgutachter: Prof. Dr. jur. Erich Menting

Zweitgutachterin: Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch

August 2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
2 Was ist Ritalin?.....	4
2.1 Geschichte und Herkunft des Medikaments.....	7
2.2 Wirkung von Ritalin.....	8
2.2.1 Kurzzeitnebenwirkungen.....	9
2.2.2 Langzeitnebenwirkungen	9
2.3 Risiken von Ritalin.....	11
2.3.1 Missbrauchsrisiko.....	11
2.3.2 Abhängigkeitsrisiko.....	12
3 Beschreibung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms	13
3.1 Das Störungsbild ADHS	14
3.1.1 Prävalenz	15
3.1.2 Ursachen.....	16
3.1.3 Symptome.....	19
3.2 Diagnostik	22
4 Ritalin als Erziehungshelfer?	25
5 Schlussbetrachtung	31
6 Literatur	33
Eigenständigkeitserklärung.....	39

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AWMF.....	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BzGA.....	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGKJP.....	Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIMDI	Deutsches Institut für Dokumentation und Information
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKS	Hyperkinetische Störung
ICD-10.....	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten)
KIDS.....	Kinder-Diagnostik-System
MPH	Methylphenidat
PEP	Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten
PPP	Positive Parenting Program (Positives Elternprogramm)
THOP.....	Therapieprogramm für Kinder, mit hyperkinetischen und oppositionellen Problemverhalten
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgabe von Ritalin in Kilogramm	5
Abbildung 2: Verordnungsmenge MPH, Atomoxetin und Lisdexamfetamin.....	6
Abbildung 3: Zugelassene Medikamente zur ADHS-Behandlung.....	7
Abbildung 4: Prävalenz von HKS bei Kindern und Jugendlichen	16
Abbildung 5: Diagnosekriterien ICD-10 und DSM-IV	21
Abbildung 6: Übersicht der Diagnostik von ADHS.....	25
Abbildung 7: Therapiemöglichkeiten bei ADHS	31
Abbildung 8: ADHS – Elterntrainer	32

1 Einleitung

„Es ist unfassbar, dass wir das Kindern geben und sie so durch eine Pille passfähig für unsere Gesellschaft machen. Ein Drama für alle Beteiligten. Ich glaube, in 20 Jahren schämen wir uns dafür“ (Rottmann, 2013).

Katharina Saalfrank, Ex-Super Nanny und Diplom-Pädagogin, spricht in einem Interview mit Redakteurin Kerstin Rottmann von „Welt.de“ darüber, warum ADHS-Medikamente „Teufelszeug“ sind.

Die Rede ist von einem Anfang der Neunziger Jahre explosionsartig heranwachsenden Präparat, welches noch immer hochaktuell und in der Öffentlichkeit sehr umstritten ist. Ritalin heißt das Medikament, unter den Kritikern auch „Modedroge“ oder „Kinder-Koks“ genannt. In Deutschland fällt es unter das Betäubungsmittelgesetz und ist nur auf Rezept in Apotheken erhältlich. Kinder bekommen es häufig nach der Diagnose ADHS verschrieben. Wenn Kinder durch ihr unangemessenes, aggressives Verhalten das Klassenklima vehement negativ beeinflussen und sich auf nichts konzentrieren können, müssen sie passfähig gemacht werden. Passfähig für unsere Gesellschaft, wie Katharina Saalfrank in ihrem Beitrag es nennt. Wie sonst sollen sie dem Leistungsdruck standhalten? Die Lösung scheint ganz einfach: Ritalin.

Um einen guten Überblick der Thematik „Ritalin als Erziehungshelfer?“ zu erhalten, wird auf Grundlage von Erzählungen, welche entsprechend der Narrationsanalyse¹ geführt und Statistiken, welche herangezogen wurden, um Aufschluss über die hohen Verordnungen von Ritalin in Kilogramm der letzten 25 Jahre zu geben, eine Literaturrecherche durchgeführt.

Das Ziel dieser Recherche ist es der Frage nachzugehen, inwieweit Eltern die Verantwortung nach der Diagnose ADHS abgeben, indem sie Ritalin als schnellen Erziehungshelfer in Betracht ziehen.

„Wenn Kinder in der heutigen Gesellschaft nicht funktionieren, wie sie sollen, dann wird vorschnell die Diagnose ADHS gestellt und überforderte Eltern greifen leichtfertig zu

¹ Die Narrationsanalyse ist ein Verfahren, um spontane Erzählungen („Narrationen“) von Personen über selbst erlebte Ereignisse oder Prozesse zu interpretieren (Kleemann et al. (2013, 64).

Ritalin, um sie damit ruhigzustellen. Und wenn diese Psychostimulanzien somit den Eltern zu Hause die Erziehung erleichtern, dann werden in der Schule auch bessere Schulnoten erzielt. Je häufiger ADHS Diagnosen gestellt werden, desto mehr Fehldiagnosen gibt es. Aber wenn keine Psychopharmaka verabreicht werden sollen, dann muss es alternative Behandlungsmöglichkeiten geben.“

Diese Arbeit soll untersuchen, inwieweit auf alternative Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden muss, um den Blick auf die Problematik zu verschärfen, damit Kinder nicht zu vorschnell Ritalin verabreicht bekommen. Des Weiteren soll die Frage nach der Notwendigkeit von mehr Aufklärungsarbeit bezüglich der Diagnostik geklärt werden, damit es weniger Fehldiagnosen gibt. Zudem soll aufgezeigt werden, dass Eltern über Medikamente und deren mögliche Risiken besser aufgeklärt werden müssen, um die Relevanz der familiären Bedingungen gegenüber des „Ruhigstellens“ zu verdeutlichen.

Im Rahmen dieser Recherche wurden wissenschaftliche Datenbanken durchsucht, Studien, Fachzeitschriften und Statistiken analysiert, Dokumentarfilme angesehen und Monographien bzw. Sammelwerke hinzugezogen, welche die Kontroverse der Verfechter und Kritiker der Pharmakotherapie gegenüberstellen und die nötigen Informationen dieser Problematik verdeutlichen sollen. In den letzten 30 Jahren sind deutschlandweit nicht nur die Verordnung der Medikamente, sondern auch eine Vielzahl von Veröffentlichungen zum Thema ADHS gestiegen. Unmengen an Publikationen, „weltweit etwa eine viertel Million wissenschaftlicher Beiträge“ (Hüther & Bonney, 2017, S. 58) von Befürwortern und Kritikern, darunter viele von ihnen, welche auch heute noch die Auffassung vertreten, dass ADHS nicht existiere (vgl. Grothe & Horlbeck, 2014, S. 134). Inzwischen stehen die Eltern im Fokus. Der bekannte Kinder- und Familientherapeut Wolfgang Bergmann sieht die Verhaltensauffälligkeiten in der frühen Kindheit und zieht die Bindungstheorie als Ursache in Betracht. Der Behandlung mit Ritalin bei Kindern steht er kritisch entgegen, da sie lediglich die Symptome und nicht die Ursachen bekämpfe (vgl. Bergmann, 2010, S. 136). Während beispielsweise der amerikanische ADHS-Forscher Russel Barkley als starker Verfechter der medikamentösen Therapie gilt und die Ursachen in der Neurobiologie sieht.

Die Quellen wurden mittels Internetrecherche, OPAC, Freitext-, Stichwort- und Schlagwortsuche gefunden. Des Weiteren wurde die Fachliteratur mithilfe der Schneeballmethode herangezogen, indem in vorhandenen Literaturverzeichnissen weitere relevante Quellen hinzugezogen werden konnten. Diese Quellen wurden aufgrund

ausgewählter Schlagwörter verwendet, welche mit Feldbefehlen für die Onlinerecherche verfeinert und somit genutzt wurden.

Zusätzlich konnte durch persönlichen Kontakt mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, der AOK Plus Sachsen und Thüringen sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weiteres Material als Quelle herangezogen werden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den folgenden Kapiteln ausschließlich die männliche Form verwendet, beinhaltet aber stets die weibliche und die männliche Form.

2 Was ist Ritalin?

Zu Beginn dieser Arbeit wird anhand derzeitiger Kontroversen zum Thema Ritalin das Medikament näher betrachtet, um darzustellen, um was für ein Medikament es sich hierbei handelt. Wenn von Ritalin die Rede ist, geht es um das bekannteste handelsübliche Medikament Methylphenidat (MPH). Es ist Deutschlands meistverschriebenes Medikament und wird zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingesetzt (vgl. Glaeske & Schicktanz, 2013, S. 169). MPH wird in Deutschland als verkehrs- und verschreibungsfähiges Betäubungsmittel eingestuft und unterliegt somit dem Betäubungsmittelgesetz in Anlage III (vgl. BMJV, 2019, S. 4). Im Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information werden jährlich Arzneimittel und deren zugehörige Festbetragskosten gelistet. Darin ist erkennbar, dass Ritalin nur einer von sechs Handelsnamen für den Wirkstoff Methylphenidat ist (vgl. DIMDI, 2019a, S. 1–991). Es muss unterschieden werden zwischen dem Mittel der ersten Wahl und Substanzen nachgeordneter Wahl. MPH gilt in Deutschland als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung von ADHS bei Kindern. Das Prodrug² „Elvanse“ ist eines der neuen Medikamente, welches zur Behandlung von ADHS ausschließlich bei Kindern eingesetzt wird. Wenn die erhoffte Wirkung von MPH nicht einsetzt, kommt der Wirkstoff Lisdexamfetamin, ein amphetaminhaltiges Präparat, zur Anwendung (vgl. GKV-Spitzenverband, 2014). Allerdings soll eine Höchstgrenze von dessen Verschreibungen festgesetzt werden, so der Beschluss des Bundeskabinetts (vgl. BMG, 2014, S. 2). Als Mittel der dritten Wahl wird in Deutschland sogar Attentin als Fertigarznei zur Behandlung von ADHS eingesetzt. Hierbei handelt es sich um den Wirkstoff Amphetamin (vgl. Finzen et al., 2017, S. 225). Seit Anfang der Neunziger Jahre steigt die Menge der verordneten Tagesdosen unaufhörlich an. Nach der im Jahr 2012 von deutschen Apotheken geordneten Höchstmenge von 1839 kg soll laut aktueller Statistiken, Ritalin wieder rückläufig sein. Die nachfolgende Abbildung 1 soll genau darüber Aufschluss geben, wie rasant die Verordnungen von MPH in den Jahren 1994 bis 2014 deutschlandweit gestiegen sind. Dabei ist ein kleiner Rückgang zu verzeichnen.

² Prodrug „ist ein Stoff ohne eigene biologische Aktivität, der durch chemische Reaktionen und/oder enzymatische Transformationen in einen aktiven Wirkstoff umgewandelt wird“ (Pharmazeutische Zeitung (2011))

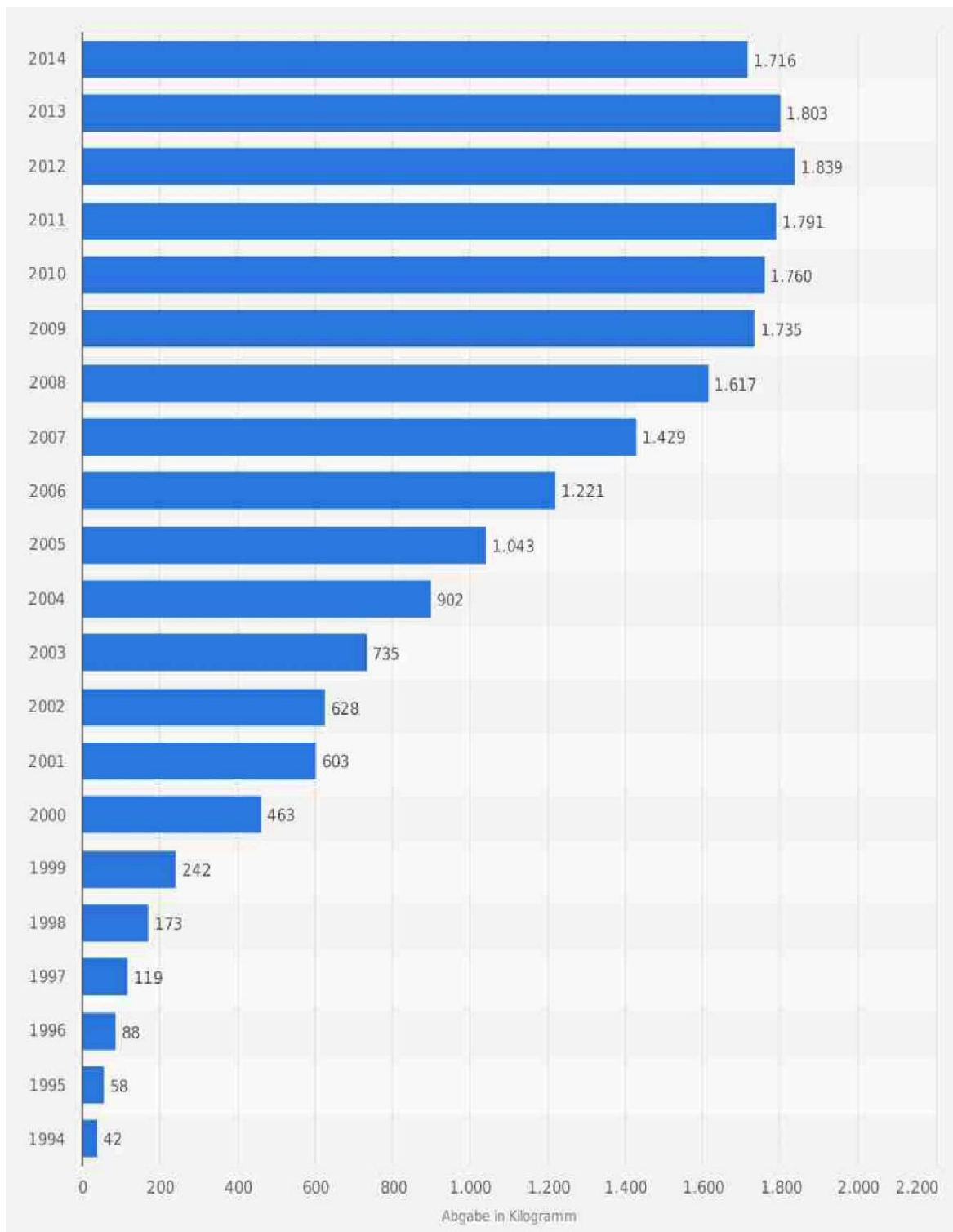


Abbildung 1: Abgabe von Ritalin in Kilogramm
Quelle: (BfArM, 2015)

In Abbildung 2 ist dieser Rückgang erkennbar, allerdings ist die Zahl der vergleichbaren Psychostimulanzien für die Behandlung von ADHS bei Kindern- und Jugendlichen gestiegen.

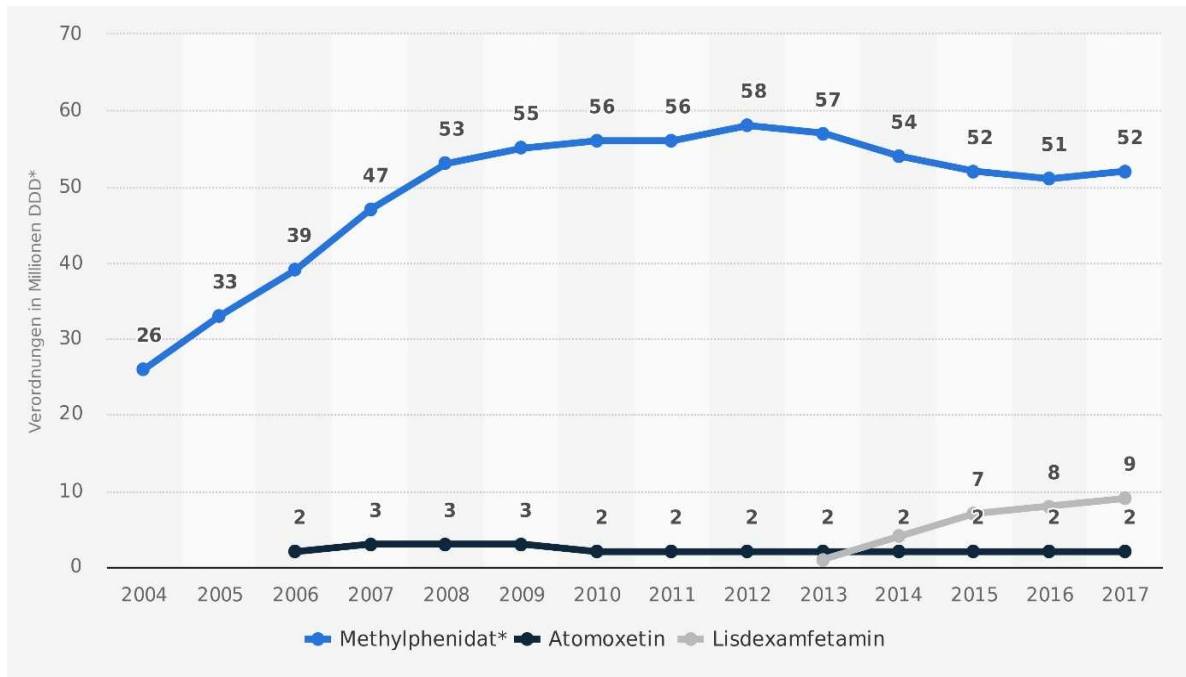


Abbildung 2: Verordnungsmenge MPH, Atomoxetin und Lisdexamfetamin
Quelle: (Schwabe & Paffrath, 2018)

Grobe führt in seinem Beitrag zu aktuellen Trends von ADHS mögliche Gründe für den zu verzeichnenden Rückgang von MPH auf. Erzielt MPH nicht die gewünschte Wirkung bei ADHS-Patienten, wird auf andere Reservemittel zurückgegriffen. Demnach steigen die Zahlen der anderen Substanzen, Verordnungen von Atomoxetin und Lisdexamfetamin (vgl. Grobe, 2016). Außerdem, so Grobe, werden weniger Kinder medikamentös behandelt, dennoch ist ein Anstieg insgesamt zu verzeichnen, da die Ritalin-Verordnungen mittlerweile auch Erwachsene betreffen (vgl. ebd.). Goossens-Merkt, Neurologe und Psychiater, meint, dass Ritalin als Originalpräparat heute kaum noch verordnet werde. Der Pharmakonzern Novartis mache mit diesem Präparat schon längst keine Umsätze mehr, deshalb gebe es jetzt verschiedene andere Firmen, die den Wirkstoff MPH unter einem anderen Namen vermarkten (vgl. Goossens-Merkt, 2017). Iversen gibt als weiteren möglichen Grund für den Rückgang des Medikaments an, dass aufgrund der hohen Verordnungszahlen von MPH der Pharmakonzern Nice empfohlen hatte, nur noch die schwersten Fälle hyperkinetischer Auffälligkeiten mit Ritalin zu behandeln (vgl. Iversen et al., 2009, S. 85).

Aus Abbildung 3 sind die in Deutschland zugelassenen Medikamente zur Behandlung von ADHS ersichtlich. Zu sehen sind die Stimulanzien und unter welchen Namen sie in Deutschland gehandelt werden.

Substanz	Handelsname(n)	Wirkdauer	Markteinführung	Indikation(en) Kinder/Jugendliche ^{*1}	Indikation(en) Erwachsene ^{*1}
Stimulanzien					
Methylphenidat ^{*2} (unretardiert)	Ritalin Medikinet Methylpheni TAD Methylphenidat (ratiopharm) Methylphenidat (Hexal)	1–4 Stunden	1970 2000 2004 11/2004 2003	Behandlung der ADHS ab 6 Jahren – nach ausführlicher Untersuchung und Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-5 – im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie – wenn andere Maßnahmen (z. B. Psychotherapie) nicht erfolgreich waren – unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen Narkolepsie (nur Ritalin)	–
Methylphenidat ^{*2} (retardiert)	Equasym retard	7–8 Stunden	7/2006	siehe oben (farbig unterlegt)	–
	Medikinet retard (K) bzw. Medikinet adult (E)	6–8 Stunden	1/2005 (K) bzw. 4/2011 (E)	siehe oben (farbig unterlegt)	Behandlungsbeginn im Erwachsenenalter, Weiter- führung der Therapie einer seit Kindesalter bestehenden ADHS
	Ritalin LA (K) bzw. Ritalin adult (E)	6–8 Stunden	8/2007 (K) bzw. 5/2014 (E)	siehe oben (farbig unterlegt)	Behandlungsbeginn, Weiterführung
	Concerta Methylphenidat neuraxpharm	9–12 Stunden	1/2003 2/2014	siehe oben (farbig unterlegt)	Weiterführung
Dexamfetamin		5–6 Stunden	12/2011	unzureichendes Ansprechen auf eine vorherige ADHS-Behandlung mit Atomoxetin und eine ADHS-Behandlung mit Methylphenidat, weitere Bedingungen siehe oben	–
Lisdexamfetamin		12–14 Stunden	6/2013	unzureichendes Ansprechen auf eine vorherige ADHS-Behandlung mit Methylphenidat, weitere Bedingungen siehe oben	–
andere					
Atomoxetin		kontinuierlich	3/2005 (K) bzw. 6/2013 (E)	Behandlung der ADHS ab 6 Jahren im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie	Behandlungsbeginn, Weiterführung
Guanfacin		kontinuierlich	1/2016 (K)	unzureichendes Ansprechen auf eine vorherige ADHS-Behandlung mit Stimulanzien, weitere Bedingungen siehe oben	–

Abbildung 3: Zugelassene Medikamente zur ADHS-Behandlung
Quelle: (Bachmann et al., 2017, S. 141–148)

2.1 Geschichte und Herkunft des Medikaments

Um das Ganze noch ein wenig zu präzisieren, soll zunächst ein Blick in die Geschichte geworfen werden. Ritalin gehört zur Stoffgruppe der Amphetamine und ist ein Abkömmling dessen. Derartig anregende Substanzen, wie die der Amphetamine sind bei illegalen Psychostimulanzien wie beispielsweise Speed und Ecstasy bekannt (vgl. DHS, 2017, S. 16). Durch die psychostimulierende Wirkung gehört MPH zu den Weckaminen. Der Schweizer Leandro Panizzon entdeckte 1944 den Wirkstoff MPH und beschloss diesen nach seiner Frau Rita (Marguerite Panizzon) zu benennen, nachdem er ihr das Medikament vor einem Tennisspiel verabreichte. Sie litt an niedrigem Blutdruck und konnte im Anschluss eine wirkungsreiche Leistungssteigerung verzeichnen, welche dem Medikament geschuldet war (vgl. ADHSpedia, 2019). Es wurde von dem Pharmakonzern Ciba-Geigy, welcher sich später Novartis nannte, als Medikament eingeführt, um Müdigkeit zu verringern und körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu steigern. Ursprünglich wurde es zur Behandlung von chronischen Erschöpfungszuständen, Lethargie, gestörtem Verhalten im

Alter, Depression und Narkolepsie empfohlen. Diese Anwendungsbereiche gelten aber heute nicht mehr, sondern es wird ausschließlich zur Behandlung von ADHS angewendet (vgl. Iversen et al., 2009, S. 74).

2.2 Wirkung von Ritalin

MPH blockiert die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin und führt zu einer erhöhten Konzentration jener Botenstoffe bei der Signalübertragung, einschließlich den Nervenzellen. Die optimale Signalübertragung ist somit gegeben und soll die ADHS-Beschwerden abschwächen. Um eine ausgeglichene und möglichst hohe Wirksamkeit des Medikaments zu erzielen, muss der Patient über einen längeren Zeitraum auf die richtige Dosierung eingestellt werden. Dies benötigt Geduld der Patienten, sowie deren Eltern, da sich das Medikament bei übermäßiger Indikation in das Gegenteil umschlagen kann (vgl. Finzen et al., 2017, S. 223–225).

Von großer Wichtigkeit ist bei diesem Medikament die unterschiedliche Wirkungsdauer. Die Wirkung kann zwischen vier bis zwölf Stunden andauern. Die Präparate werden zwischen nicht retardiertem und retardiertem MPH unterschieden.

Nicht retardiertes Methylphenidat

Die Wirkung setzt schneller ein. Die Wirkdauer liegt bei ca. 4 Stunden (Dreher, 2018, S. 157). Das Präparat entfaltet seine Wirksamkeit sehr unterschiedlich, weshalb es hauptsächlich für den Vormittagsunterricht angewendet wird. Es kann vorkommen, dass bei Kindern nach zwei Stunden die Wirkung abrupt nachlässt, sodass sie auf die Mitwirkung der Lehrer angewiesen sind, welche ihnen das Präparat häufiger am Tag verabreichen müssten (vgl. Döpfner et al., 2014, S. 77).

Retard-Präparate

Die Wirkung setzt verzögert ein und hat eine längere Wirkdauer über den Tag hinweg. Daher sind nur einmal am Tag, bestenfalls morgens einzunehmen. Die Tagesdosis bei Kindern- und Jugendlichen sollte 40 mg pro Tag nicht überschreiten (vgl. Dreher, 2018, S. 157). Offenbar sind bei den retardierten Präparaten Vorteile zu verzeichnen, wie beispielsweise eine Symptomverbesserung bei den Kindern, ein nicht so rascher Wirkungsnachlass, sowie die einmalige Tagesdosis (vgl. Döpfner et al., 2014, S. 77). Allerdings sind Retard Präparate teurer (vgl. Iversen et al., 2009, S. 90). Für eine noch längere Wirkdauer sorgt ein

sogenanntes „Methypatch“, ein Pflaster, welches MPH absondert (vgl. Iversen et al., 2009, S. 77).

Aufgrund der Symptomverstärkung beim Nachlassen der Wirkung von Ritalin (Rebound-Effekt) empfiehlt sich die Einnahme von retardierten MPH oder einer zweiten, geringeren Wiederholungsdosis über die Zeit der Hausaufgaben (vgl. Mangold, 2008, S. 24).

2.2.1 Kurzzeitnebenwirkungen

Wie auf jedem Medikamentenbeipackzettel beschrieben, wurden auch bei Ritalin diverse Nebenwirkungen beobachtet. Es können Kurz- und Langzeitnebenwirkungen differenziert werden. Der Psychiater Jan Dreher spricht davon, dass es zu einer „eindrucksvollen Verbesserung der Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und zu einer Verhaltensnormalisierung des betroffenen Kindes“ kommen kann (Dreher, 2018, S. 155–158). Laut ihm zählen zu den häufigsten Nebenwirkungen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Nervosität. Außerdem Appetithemmung, Affektlabilität, Aggression, Unruhe, Angst und Reizbarkeit. Gelegentlich treten auch psychotische Störungen, sowie akustische, optische und taktile Halluzinationen auf (vgl. ebd. Dreher, 2018, S. 155–158). Eine Reihe weiterer Nebenwirkungen lassen sich bei dem britischen Pharmakologen, Leslie Iversen nachlesen. Diese sind „abnorme Bewegungen, perseverierendes und Zwangsverhalten, Schmatzlaute, Lecken der Lippen, stereotypes Verhalten (z.B. Zupfen an Fingernägeln/Fingerspitzen, Reiben der Augen oder des Gesichts, ruckartige Bewegungen mit dem Kopf und Blinzeln)“ (Iversen et al., 2009, 83f.). Weiterhin verweist er in seinen Ausführungen wie folgt auf Studien, welche bereits in den frühen achtziger Jahren auf Nebenwirkungen hinweisen. Die Spontanität der Kinder gehe verloren, große Verringerung der Aktivität bei aktiven Kindern und dämpfende motorische Aktionen seien zu verzeichnen. Döpfner, Fröhlich und Banaschewski berichten aus ihren Klinikerfahrungen, dass vordergründig bei Retard Präparaten Appetitverlust zu verzeichnen ist (vgl. Döpfner et al., 2014, S. 77).

2.2.2 Langzeitnebenwirkungen

Bei den Langzeitnebenwirkungen wird unterschieden zwischen bestimmungsgemäßem und nicht bestimmungsgemäßem, das heißt missbräuchlicher Nutzung.

Bestimmungsgemäßer Gebrauch

Es kann vorkommen, dass nach ärztlicher Verordnung des Medikaments Nebenwirkungen auftreten. In den meisten Fällen kommt es zu Schlafstörungen und verstärkter Reizbarkeit. Auch Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen sind keine Seltenheit. Vor allem bei Vorerkrankungen, wie beispielsweise der Tourette-, Angst- oder Herz-Kreislauf-Erkrankung sollte auf Ritalin verzichtet werden (vgl. drugcom.de, 2019). Außerdem können psychotische Reaktionen und Auszehrung nach längerer Einnahme auftreten (Schulte, 2007, S. 29).

Nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch

Wenn Ritalin nicht ärztlich verordnet, aber dennoch in hoher Dosierung eingenommen wird, kann es zu Verwirrheitszuständen, Krampfanfällen, Herzrhythmusstörungen und Kopfschmerzen kommen. Des Weiteren kommt es vor, dass mit Aggressivität, Angst- und Wahnvorstellungen gerechnet werden muss (vgl. drugcom.de, 2019). Außerdem kann es bei nasaler Einnahme zu Schädigungen und Entzündungen der Nasenschleimhäute kommen (vgl. Iversen et al., 2009, S. 89). Die deutsche Drogenforscherin Gundula Barsch verweist darauf, dass es bei unsachgemäßen Gebrauch von fast allen Medikamenten zu erheblichen physischen und psychischen Nebenwirkungen kommen kann (vgl. Barsch, 2014, S. 34). Dr. Frank Häßler, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostock spricht von einer „unterschätzten Gefahr“, wenn es um eine längere Einnahme der Stimulanzien geht. Sie habe Einfluss auf das Wachstum und die Knochen von Kindern und Jugendlichen. Dabei sollen die Knochenmineraldichte, sowie der niedrige Knochenmineralgehalt ein großes Risiko für eine Osteoporose darstellen. Außerdem sei die Wahrscheinlichkeit hoch, Stressfrakturen³ zu erleiden (vgl. Häßler, 2019, 9). Untersuchungen über einen längeren Zeitraum am Menschen wurden allerdings noch nicht ausreichend durchgeführt, weshalb auch keine Langzeitnebenwirkungen eindeutig benannt werden können. Auf die möglichen Gefahren und Risiken, welche nach langer Einnahme dieser Medikamente auftreten können, mag keiner eingehen. Möglicherweise sei auch nie gezielt danach gesucht worden (vgl. Hüther & Bonney, 2017, S. 80).

³ Eine Stressfraktur ist ein Überlastungsbruch, durch wiederholtes Einwirken von Stress (Engelhardt et al. (2017).

2.3 Risiken von Ritalin

In diesem Kapitel wird untersucht, ob ein Missbrauchsrisiko unter Einfluss von Ritalin besteht und sich ggf. daraus ein Abhängigkeitsrisiko entwickeln kann. Wird eine ADHS nicht umfangreich behandelt, kann es längerfristig im Laufe des Lebens zu Risiken hinsichtlich weiterer psychischer Störungen, z.B. Depressionen, und vermehrtem Alkohol- und Marihuana-Konsum kommen. Dabei müssen die Wirksamkeit der Medikamente und die Nebenwirkungen genau betrachtet werden (vgl. Kölch, 2019). In einem Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA), dem Internetportal „Drugcom“, heißt es, laut aktueller Forschung stellen Halluzinationen, plötzliche Todesfälle und die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit hohe Risiken dar (vgl. drugcom.de, 2019).

2.3.1 Missbrauchsrisiko

Um festzustellen, ob ein Risiko für einen Ritalin-Missbrauch entstehen kann, muss auch hier wieder zwischen sachgemäßem und nichtsachgemäßem Gebrauch unterschieden werden.

Sachgemäßer Gebrauch

Finzen, Scherk und Weinmann sind diesbezüglich der Auffassung, dass Methylphenidat grundsätzlich schon ein Missbrauchsrisiko darstellen kann. In retardierter Form stellt dies allerdings im klinischen Alltag kein Problem dar (vgl. Finzen et al., 2017, S. 224).

Nichtsachgemäßer Gebrauch

In den Siebziger- und Achtzigerjahren wurde Ritalin gern als Appetitzügler und Dopingmittel missbraucht (vgl. Goossens-Merkt, 2017). Heute wird es vordergründig in der Jugendkulturszene missbräuchlich genutzt und in der Partyszene "Ersatz-Speed" genannt. Die Jugendlichen schlucken oder schniefen es durch die Nase, einige verabreichen es sich intravenös. (vgl. drugcom.de, 2019). Allerdings weisen Kinder, bei denen die ADHS nicht behandelt wurde, ein erhöhtes Risiko für einen späteren Substanzmissbrauch auf. Dabei können auch andere Substanzen, wie beispielsweise Cannabis, eine Rolle spielen, welche deren Unruhe dämpfen sollen (vgl. drugcom.de, 2019, S. 2). Auch besteht die Gefahr, MPH als „Neuro-Enhancer“⁴ zur Konzentrationssteigerung zu missbrauchen (Finzen et al., 2017,

⁴ *Enhancement* bezeichnet den „Einsatz von medizinischen Mitteln und Verfahren bei gesunden Personen in nicht-therapeutischen Kontexten, mit dem Ziel eine Steigerung der Eigenschaften und Fähigkeiten der betreffenden Personen zu erreichen“ (Hildt (2010, S. 5))

S. 224). Diese Neuro-Enhancer können aufgrund des weltweit bestehenden Marktes für pharmazeutische Produkte und des einfachen Zugriffs auf das Internet nicht verhindert werden (vgl. Hildt, 2010, S. 10). Die „Smart Drugs“, wie sie auch genannt werden, müssen in der klassischen „Suchtdiskussion“ mit aufgeführt und als „Drogen“ ernst genommen werden, meint Biedermann (vgl. Biedermann, 2010, S. 12). Doch wichtig ist zu beachten „Keine Wirkung ohne Nebenwirkung“, wie der Schweizer Autor „Auf dem Hövel“ sehr passend seinen Grundsatz formulierte (vgl. A. d. Hövel, 2010, S. 41). Lange andauernder Missbrauch, bzw. Extremdosierungen könne zu Psychosen und Depressionen führen (vgl. Stangl, 2005, S. 3).

2.3.2 Abhängigkeitsrisiko

Hinsichtlich des Abhängigkeitsrisikos muss zwischen sachgemäßem und nicht-sachgemäßem Gebrauch unterschieden werden.

Bei sachgemäßem Gebrauch

Die Leitlinie der Bundesärztekammer gibt an, dass bei sachgemäßer Anwendung der Medikamente keine Fälle von Missbrauch und Abhängigkeit bekannt sind (vgl. Schulte, 2007, S. 28–29).

Bei unsachgemäßem Gebrauch

Sollte allerdings ein nicht sachgerechter Gebrauch stattfinden, kann es zu einer psychischen Abhängigkeitsentwicklung kommen. Eine körperliche Abhängigkeit ist nicht bekannt, allerdings folgt dem Entzug eine seelische und körperliche Depression (vgl. Schulte, 2007, S. 28–29). Bei Amphetaminen besteht die Möglichkeit eines erhöhten Abhängigkeitsrisikos. (vgl. Finzen et al., 2017, S. 225).

Ob Kinder, welche im Grundschulalter mit Stimulanzien behandelt worden, später eine Abhängigkeit von anderen Substanzen aufweisen, sei nur unzureichend beantwortet, da

Neuro-Enhancement - darunter wird "das steigernde Eingreifen in mentale Charakteristika verstanden. Es soll damit das "Auslöschen unerwünschter Gedächtnisinhalte", sowie eine "gezielte Einflussnahme auf individuelle Persönlichkeitscharakteristika" bewirken (ebd.).

Kognitives Enhancement ist darauf ausgerichtet einen verbesserten Einfluss auf kognitive Funktionen zu nehmen, z.B. die geistige Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit oder auf die Gedächtnisfunktion. Oder vereinfacht "Gehirndoping" genannt (ebd.).

kaum empirisch dazu geforscht wurde. Dies konnte sich Frau Leuzinger-Bohleber, Professorin für psychoanalytische Psychologie an der Universität Kassel, bereits vor zehn Jahren aus psychologischer Sicht gut vorstellen: „Das Kind macht die Erfahrung, es brauche ein Medikament, um geliebt zu werden, um zu funktionieren. Es liegt nahe, dass man auch später in schwierigen Situationen zu einer Droge greift, um seine Probleme zu bewältigen“ (Hagmann, 2009). Wie es in einer Stellungnahme der gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften heißt, gibt es für Jugendliche, die aufgrund langjähriger Substanzabhängigkeit begleitet von zusätzlichen psychiatrischen Störungen, wie beispielsweise die im Kindesalter beginnende hyperkinetische Verhaltensstörung (HKS), die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation. Insofern scheint ein Bezug zu einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung hergestellt werden zu können (DGKJP, 2018). Auch auf dem Internetportal Drugcom.de spricht das Beratungsteam zumindest von einer Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit, welche auftreten kann (drugcom.de, 2019). Anzumerken ist, dass es bestimmte Voraussetzungen gibt, die zu einer Abhängigkeit führen können. Dazu müssen eine Dosissteigerung und Entzugserscheinungen beim Absetzen des Medikaments auftreten. Ob dann ein Abhängigkeitssyndrom besteht, muss durch bestimmte Kriterien im ICD-10 geprüft werden (vgl. DHS, 2017, S. 4). Da es heutzutage nicht schwerfällt, ohne die im Normalfall von Ärzten verschriebenen Medikamente zu beschaffen, um sie dann missbräuchlich zu verwenden, kann eine iatrogene Abhängigkeit⁵ entstehen. Der Arzt kann in diesem Fall aber nicht zur Rechenschaft gezogen werden. Es kann zu einer körperlichen Abhängigkeit kommen, die durch eine lange und ununterbrochene Einnahme der Medikamente resultiert. Wenn also die Patienten nur unzureichend über die Konsequenzen und die Einnahme der Medikamente über einen längeren Zeitraum beraten werden, kann es zu dieser iatrogenen Abhängigkeit kommen. Deshalb müssen die Patienten nicht nur umfangreich darüber in Kenntnis gesetzt, sondern auch über mögliche alternative Behandlungsmethoden beraten werden (vgl. Barsch, 2014, S. 64–65).

3 Beschreibung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms

Was ist eine Aufmerksamkeitsstörung, ist sie deutschlandweit verbreitet und was ist ursächlich für die zappeligen, hyperaktiven und unruhigen Kinder unserer Gesellschaft? Steckt hinter dem Syndrom eine genetisch bedingte Krankheit, oder ist es eine

⁵ Eine „Iatrogene Abhängigkeit“ ist vom verschreibenden Arzt zu verantwortende Abhängigkeit (Barsch (2014, S. 64)

Zuschreibung? Anhand von bestimmten Symptomen lassen sich Diagnosekriterien ableiten und die Diagnose ADHS stellen. Der heute am meisten verwendete Begriff einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist die Abkürzung ADHS. Wenn das Merkmal der Hyperaktivität fehlt, wird von einer Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (ADS) gesprochen. Kommen noch aggressive Verhaltensweisen hinzu, ist die Rede von Störungen des Sozialverhaltens. Das folgende Kapitel setzt sich mit dem Störungsbild Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung bei Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren auseinander und betrachtet nicht die Abgrenzung zu ADS oder Störung des Sozialverhaltens.

3.1 Das Störungsbild ADHS

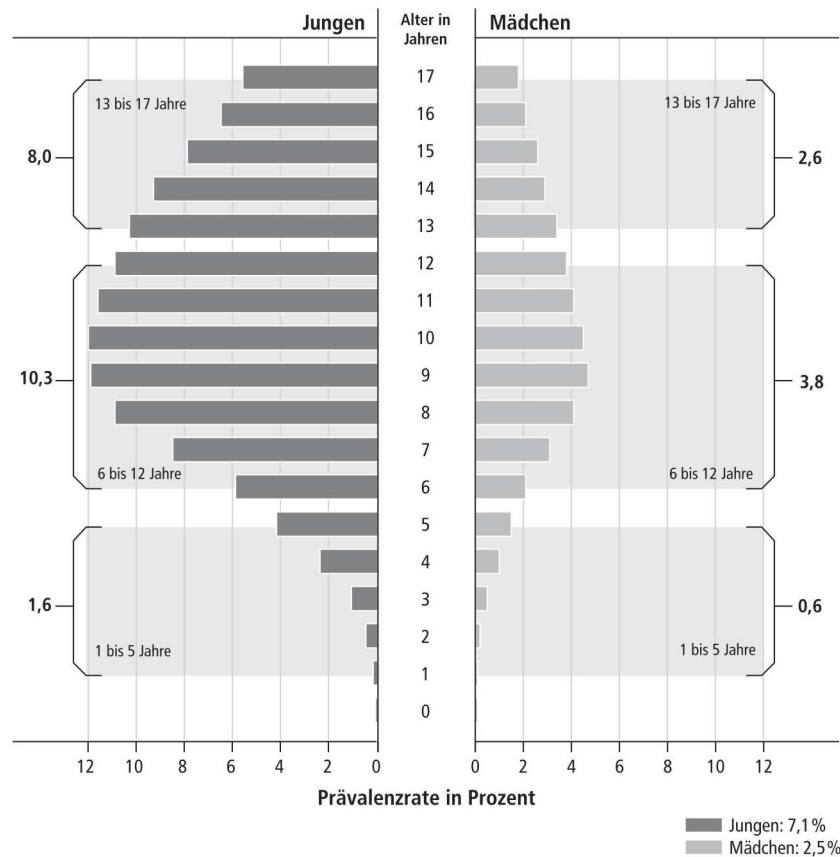
Nach derzeitigem Erkenntnisstand, wie der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen im aktuellen Präventionsbericht beschreibt, erlebte Deutschland in den letzten Jahrzehnten einen großen Wandel. Im Mittelpunkt stehen gegenwärtig chronische Erkrankungen, die psychischen und Verhaltensstörungen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2019, S. 9). Darunter zählt die im Kindes- und Jugendalter am häufigsten auftretende Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, welche durch drei Leitsymptome charakterisiert wird (vgl. AWMF online, 2018, S. 11). Hierauf wird unter Punkt 3.1.3 im Detail eingegangen. Zudem werden sie den externalisierenden Verhaltensstörungen zugeordnet, das bedeutet „nach außen gerichtet und häufig in der Interaktion mit anderen Menschen“ (Schwenk, 2018, S. 639). Laut ICD-10, dem Diagnosekatalog der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in der Fassung von 2019, werden die hyperkinetischen Störungen (F90) den Verhaltensstörungen zugeordnet. Diese beginnen meist im Vorschulalter und sind dadurch gekennzeichnet, dass sich die Kinder nicht für längere Zeit einer Sache widmen können und demnach keine Ausdauer bei körperlichen Beschäftigungseinsätzen aufweisen. Sie bewegen sich von einer Tätigkeit zur nächsten, ohne etwas fertigzustellen, sind meist desorganisiert und können ihre unkontrollierten Bewegungen kaum kontrollieren, sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft. Dabei verstoßen sie eher aus Unachtsamkeit als unter Vorsatz gegen Regeln. Die Betroffenen haben meist keine guten Beziehungen zu Erwachsenen, da sie nicht vorsichtig und zurückhaltend genug handeln, weshalb sie dadurch oft von einer Distanzstörung zu ihnen geprägt sind. Hinzu kommt die Unbeliebtheit bei anderen Kindern, womit sie ausgeschlossen sind und zum Außenseiter geraten. Sehr oft kommen motorische und sprachliche Beeinträchtigungen hinzu, was wiederum auch nicht zuletzt wegen bestimmter Fehlverhalten zu bedingter Anpassungsfähigkeit seiner

Umgebung mit geringem Selbstwertgefühl führt. (vgl. DIMDI, 2019b). Einer der führenden forschenden ADHS-Praktiker in den USA, Russel A. Barkley meint allerdings, dass die Bezeichnung ADHS eher unzutreffend sei: „Angesichts der enormen Schwierigkeiten [...] von einer bloßen Aufmerksamkeitsstörung zu sprechen, stellt geradezu eine Verharmlosung der Störung dar“ (Barkley et al., 2011, S. 10).

3.1.1 Prävalenz

Die ADHS beginnt meist schon in der frühen Kindheit und zählt zusammen mit den aggressiven Verhaltensweisen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter (vgl. Döpfner et al., 2013, S. 1). Laut einer Studie vom Jahr 2014 bekamen bundesweit 808.000 Menschen die Diagnose ADHS gestellt, darunter waren 628.00 Kinder im Alter von 0-19 Jahren mit der gesicherten Diagnose „hyperkinetische Störungen“. 330.000 Personen waren altersübergreifend und wurden mit Ritalin behandelt. 355.000 wurden mit Ritalin und anderen Präparaten behandelt (vgl. Grobe, 2016, 258-276). Außerdem unterscheiden sich die Diagnose- und Verordnungsraten auf regionaler Ebene der Bundesländer, vor allem der Raum Würzburg ist betroffen und verzeichnet die höchsten ADHS - und Ritalin - Verordnungen bundesweit (vgl. Grobe, 2016, S. 268–276). Knapp 1% der Weltbevölkerung litten 2011 alters- und geschlechtsübergreifend an der gesicherten Diagnose "hyperkinetische Störungen". Es ist anzumerken, dass es hauptsächlich Kinder im Grundschulalter betrifft (vgl. Schlenker, 2013, S. 8).

In Abbl. 4 ist erkennbar, dass die Jungen im Alter von zehn Jahren, höhere F90-Diagnosen (hyperkinetische Störungen) aufweisen und Mädchen nicht so häufig betroffen sind.



*ICD10 F90; standardisiert auf die deutsche Wohnbevölkerung

Abbildung 4: Prävalenz von HKS bei Kindern und Jugendlichen
Quelle: (Klauber et al., 2016, S. 142)

Des Weiteren variieren die Diagnose- und Verordnungsraten. Auf Ebene der Bundesländer sind regionale Unterschiede zu verzeichnen. Sehr hohe Diagnoseraten zeigen sich vor allem in Unterfranken, im Raum Würzburg sowie Mannheim. Die niedrigsten Raten sind in Bremen, Hessen, sowie Mecklenburg-Vorpommern erkennbar (vgl. Grobe, 2016, S. 268–276). Hierauf soll in dieser Arbeit hingegen nicht tiefer eingegangen werden. Dies könnte ein neuer Forschungsansatz sein.

3.1.2 Ursachen

Durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren, welche sich gegenseitig verstärken, wird häufig von „multifaktoriellen“ Ursachen gesprochen. Zumindest darüber herrscht Einigkeit unter den Fachleuten. Dennoch finden sich immer wieder neue Behauptungen, welche teilweise nicht belegt sind. Nachfolgend wird ein kleiner Auszug der verantwortlichen Faktoren aufgeführt, wobei die Meinungen weit auseinanderdriften. Anhand neuester neurologischer Forschungen treten die genetisch bedingten Faktoren eher in den Hintergrund.

Neurobiologische Faktoren

Neurobiologisch gilt übereinstimmend, dass sich sechsjährige Kinder in der Schule nicht 45 Minuten auf eine Sache konzentrieren, sondern in diesem Alter höchstens 15 Minuten aufbringen können (vgl. Bergmann, 2010, S. 8). Als eine weitere neurobiologische Ursache sehen Wissenschaftler den Mangel an Dopamin im Hirn. Demnach wird bei ADHS von einer Krankheit ausgegangen. Der Neurobiologe F. Gonon von der Universität Bordeaux äußerte sich allerdings in einem Beitrag zu Ritalin folgendermaßen: „Wenn es so wäre, könnte man medizinische, biologische und genetische Tests durchführen, eine Bilddiagnostik, um es zu beweisen. Aber solche Tests gibt es nicht, also weiß man es nicht, diese Behauptungen sind irreführend“ (3Sat thema, 2012). Er hat ein ganzes Arbeitsjahr Fachliteratur studiert und kommt zu der Meinung es läge kein Dopamindefizit vor. Im selben Beitrag kommt die Psychologin und Psychoanalytikerin Sylviane Giampino zu Wort. Sie betont, „die Forschung hat bis heute nicht nachgewiesen, das unruhige oder zerstreute Verhalten von Kindern, genetische oder neurobiologische Ursachen hat“ (3Sat thema, 2012). Diese Behauptung wird von dem Neurobiologen Hüther und dem Kinderpsychiater und Familientherapeut Bonney gestützt. Aus einem neuen Denkmodell geht hervor, dass nicht nur der neurobiologische Erkenntnisstand, sondern auch die Bereiche der Entwicklungsbiologie und Entwicklungspsychologie näher in den Fokus rücken müssen. Aufgrund neuerer Befunde läge demnach kein Mangel an Dopamin vor, sondern das dopaminerge System schüttet zu viel Dopamin im Gehirn aus (vgl. Hüther & Bonney, 2017, S. 69–77).

Wenn sich die Annahme von Hüther bewahrheiten würde, dann sollte ein Umdenken in Bezug auf die Ritalin Behandlung erfolgen, denn dieses Medikament setzt ebenso wie andere psychoaktive Substanzen Dopamin frei. Dabei muss sich die Frage gestellt werden, was im Umkehrschluss mit dieser doppelten Dopamin-Ausschüttung im kindlichen Gehirn passieren würde.

Genetische Faktoren

ADHS-Forscher, darunter u. a. Döpfner, meinen, die ADHS werde größtenteils von genetischen Faktoren beeinflusst. Es besteht ein achtfach erhöhtes Risiko an ADHS zu erkranken, wenn bei Verwandten ersten Grades ebenfalls eine ADHS zu verzeichnen ist. (vgl. Döpfner et al., 2014, S. 32–34). Auch Barkley spricht von einer „biologisch verursachten Abweichung“, welche durch zwei gefundene Gene die ADHS scheinbar

begünstigen, bestätigt wird (Barkley et al., 2011, S. 10). Des Weiteren gehe die Erbllichkeit der ADHS aus Zwillings- und Adoptionsstudien hervor (vgl. Barkley et al., 2011, S. 10).

Die Homöopathin und Heilpraktikerin Christine Mangold, wies in ihren Aufführungen auf die in den Siebziger- und Achtzigerjahren entstandenen Familienstudien hin, welche mehr soziale Probleme, Hysterien, Alkoholismus, Affekt- und Angststörungen sowie Depressionen bei den biologischen Eltern verhaltensauffälliger Kinder belegten. Was genau die Hyperaktivität der Kinder hervorrufe, sei nicht klar (vgl. Mangold, 2008, S. 15–16).

Epigenetische Faktoren

Einige Wissenschaftler gehen von epigenetischen Faktoren aus. Äußere Umwelteinflüsse sollen das Erbgut eines Menschen verändern können (vgl. Bergmann, 2010, S. 37). Entwicklungspsychologisch wird dies von Asendorpf und Kandler untermauert. Die Umweltbedingungen können das Verhalten beeinflussen und umgekehrt kann die Umwelt durch das Verhalten verändert werden. (vgl. Asendorpf & Kandler, 2018, S. 82).

Bindungsstörung

Der Kinder- und Familientherapeut Wolfgang Bergmann vertritt die Annahme, die Bindungsstörung sei eine Teilursache einer ADHS (Bergmann, 2010, S. 38–53). Diese Auffassung teilt auch Hüther. Er spricht von frühen Bindungserfahrungen, welche an einer Einflussnahme auf die Hirnentwicklung beteiligt sind. Sobald erste Bezugspersonen für eine stabile Beziehung sorgten, seien auch sie emotional stabil und verlören Gefühle wie „Angst“ (vgl. Hüther & Bonney, 2017, S. 34). Aus entwicklungspsychologischer Sicht können diese Annahmen belegt werden. Durch eine desorganisierte Bindung, welche aus „psychische[n] Probleme[n] der Mutter, Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung“ (Elsner & Pauen, 2018, S. 186) resultieren kann, besteht die Gefahr, zu auffälligem, aggressiven und später zu straffälligem Verhalten zu neigen (vgl. Nunner-Winkler & Paulus, 2018, S. 554). Wenn Kinder Gefühle wie Frust, Bedrohung oder zu wenig Zuwendung erfahren, reagieren sie aus Selbstschutz mit aggressivem Verhalten (vgl. Holodynski & Oerter, 2018, S. 517).

Weitere Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten von Kindern zieht Christine Mangold in Betracht. Ihren Recherchen ist zu entnehmen, dass Umwelttoxine, wie beispielsweise Phosphat-Überempfindlichkeit und allergische Reaktionen durch künstliche Farb-, Konservierungs- und Geschmacksstoffe, sowie bestimmte Lebensmittel wie Zucker, Kuhmilch und Weizen können dazu beitragen. Weiterhin nennt sie Ursachen wie die

Quecksilberintoxikation, welche durch die quecksilberbelastete Zahncreme und Impfstoffen hervorgerufen werden kann. Auch perinatale Komplikationen, wie die Zangen-, Saugglocken- oder Frühgeburt können auf das zentrale Nervensystem einwirken und ADHS Symptome aufweisen. Ebenso Kinder mit schwerem angeborenem Herzfehler, können durch den Sauerstoffmangel während der Geburt derartige Symptome zeigen. Außerdem können Schwangerschaftskomplikationen, wie beispielsweise Infektionen oder Mangelernährung dazu beitragen. Dabei sind auch Medikamente, Drogen oder Umweltgifte und Stoffwechselstörungen der Mutter zu berücksichtigen (vgl. Mangold, 2008, S. 15–16).

3.1.3 Symptome

Döpfner beschreibt die Kernsymptome dieser Auffälligkeiten der Kinder wie folgt:

Aufmerksamkeitsstörung (Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit)

Die Kinder machen häufig Flüchtigkeitsfehler, können sich nicht für längere Zeit auf eine Sache konzentrieren, lassen sich leicht ablenken, haben Schwierigkeiten Dinge zu organisieren, verlieren häufig Gegenstände, die sie zur Aufgabenbewältigung benötigen, scheinen nicht richtig zuzuhören, übersehen Details, vergessen Dinge, brechen Aufträge ab und haben keine Ausdauer.

Hyperaktivität (Beeinträchtigung der Aktivität)

Diese Betroffenen sind ständig am Zappeln, stehen im Unterricht auf, sind unruhig und klettern übermäßig herum, können sich nur schwer ruhig verhalten, zeigen anhaltendes exzessives Verhalten, welches kaum von außen zu bewältigen ist.

Impulsivität (Beeinträchtigung der Impulskontrolle)

Diejenigen handeln meist unüberlegt, platzen rein, können nicht abwarten, sind sehr schnell frustriert, reagieren meist über und fühlen sich sehr schnell provoziert

Diese Ausprägungen müssen noch vor dem sechsten Lebensjahr und in mehreren Bereichen, wie Familie, Kindergarten/Schule oder in einer Untersuchungssituation auftreten, können aber mit unterschiedlichem Stärkegrad ausfallen. Das ist davon abhängig, wo gerade die meiste Aufmerksamkeit gefordert wird. Sie werden anhand der beiden internationalen Diagnosekataloge ICD-10⁶ und DSM-IV⁷ detailliert beschrieben (vgl. Döpfner et al., 2013,

⁶ herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

⁷ herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA)

S. 1–3). 2018 wurde eine neue übereinstimmende S3 Leitlinie von Fachgesellschaften veröffentlicht, in der Änderungen bezüglich des Schweregrades der Symptome ergänzt wurden. Es existiert nach neusten Erkenntnissen bereits der erneuerte Diagnosekatalog DSM-V, in welchem drei wesentliche Merkmale verändert wurden. Das Alter zu Beginn der Störung wurde von vor sieben auf vor zwölf Jahre erhöht, ab einem Alter von 17 Jahren müssen nicht mehr sechs oder mehr, sondern nur fünf Symptome von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität erfüllt sein und ADHS kann auch zusammen mit einer Autismus-Spektrum-Störung auftreten, welches nun kein Ausschlusskriterium mehr ist (AWMF online, 2018, S. 19). Verwendet wird in Deutschland aktuell die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten in ihrer elften Revision.

Die Abbl. 7 veranschaulicht, welche Kriterien auftreten müssen, damit eine Diagnose gestellt werden kann. Beide unterscheiden sich nur in der Menge und dadurch, dass im DSM-IV die Kriterien anders kombiniert sind, um von den jeweiligen Störungstypen sprechen zu können (vgl. Döpfner et al., 2013, S. 2–3).

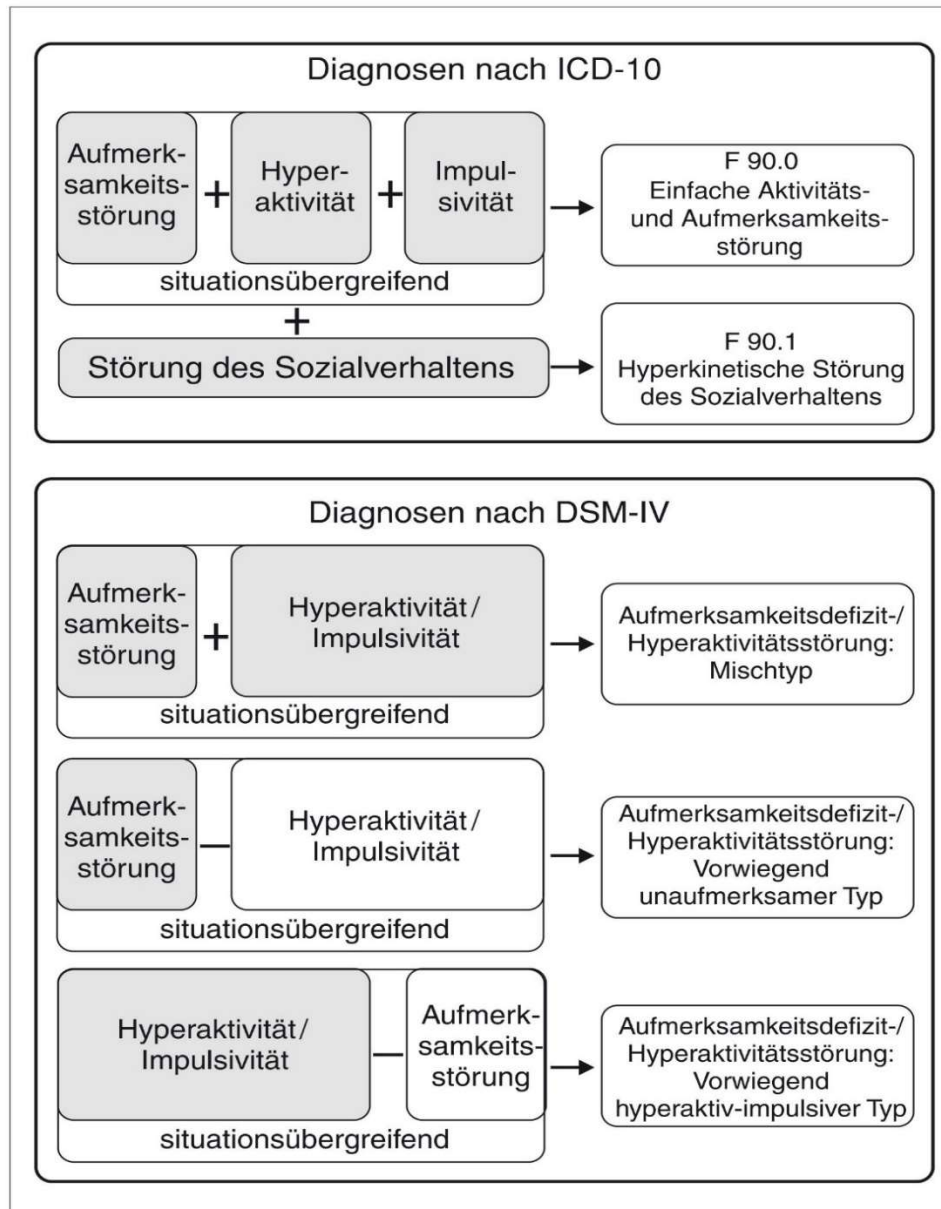


Abbildung 5: Diagnosekriterien ICD-10 und DSM-IV
 Quelle: (Döpfner et al., 2013, S. 3)

Nach ICD-10 wird von einer einfachen „Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90) gesprochen, wenn alle drei Symptome Störung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung), Störung der Aktivität (Hyperaktivität) und Störung der Impulskontrolle (Impulsivität) gleichzeitig situationsübergreifend auftreten. Werden diesen drei Symptomen noch die Störung des Sozialverhaltens zugeschrieben, wird von einer „hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) gesprochen. Im DSM-IV wird nach dem „Mischtyp“, dem „vorwiegend unaufmerksamen Typ“ und dem „vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ“ differenziert. Bei dem Mischtyp treten wie im ICD-10 alle

Kernsymptome auf. Der unaufmerksame Typ („Träumer“) zeigt vor allem eine Störung der Aufmerksamkeit, wohingegen Hyperaktivität und Impulsivität nicht ausgeprägt sind. Die Hyperaktivität und Impulsivität sind hingegen bei dem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ sehr stark ausgeprägt.

3.2 Diagnostik

Eine gewissenhafte und sorgfältige Diagnostik ist wichtig und nötig. Sie kommt aber leider nicht überall zur Anwendung, da sie sehr zeitaufwändig und komplex ist. Sie sollte zum Wohle des Kindes bereits in jungen Jahren stattfinden und von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, mit Erfahrung und Fachwissen in der Diagnostik von ADHS durchgeführt werden (vgl. ADHS-Deutschland e.V., 2018, S. 10). Der Blick sollte mehrdimensional gerichtet werden, sodass eine Vielzahl von Untersuchungsmethoden zur Anwendung kommen. Im besten Fall sollten bereits zu Hause und in der Schule diagnostische Daten erfasst werden. Die Schulpsychologin Gawrilow beschreibt sehr treffend die nachkommenden Bestandteile einer Diagnostik bei Grundschulern, weshalb sich im Folgenden auf sie bezogen wird (zit. nach Gawrilow, 2016, S. 117–118): Eine ausführliche Anamnese (Ermittlung der Vorgeschichte des Kindes von der Schwangerschaft / Geburt an), Verhaltensbeobachtungen (zu Hause und in der Schule), Leistungsdiagnostik (mit einem Intelligenztest), Aufmerksamkeitsdiagnostik (z. B. mit einer Continuous Performance Aufgabe⁸), Erfassung der Emotionalität des Kindes (z.B. durch ein Interview oder einen Fragebogen) und neurologische Untersuchungen (z.B. eine EEG-Untersuchung⁹). Hier lässt sich die Komplexität dieser Verfahren erahnen, welche mit einem großen Zeitaufwand verbunden sind. Eltern müssen darüber in Kenntnis gesetzt werden, da es mehrere Termine mit Kind, Eltern und Lehrern geben wird (vgl. ebd.). Weiterhin zeigt sie Methoden auf, die bei einer Diagnostik im Grundschulalter zur Anwendung kommen sollten: Interview mit dem Lehrer, Sichtung der eventuell bereits vorhandenen Schulzeugnisse und Beurteilungen, Ausfüllen von Fragebögen durch den Lehrer (z. B. Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen TRF: Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993), direkte Beobachtungen des Verhaltens des Kindes im Unterricht und in den

⁸ Der Continuous Performance Test (CPT) ist ein computergestütztes Verfahren zur Erfassung der selektiven Aufmerksamkeit, der Daueraufmerksamkeit sowie des impulsiven Verhaltens von Kindern, Jugendlichen und Erwachsene (Knye et al. (2003).

⁹ EEG Untersuchungen sind Messungen der Hirnströme (Banaschewski (o.J.)

Schulpausen, Erfassung der Schulleistungen des Kindes durch standardisierte Leistungstests (z.B. HAWIK®-IV Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder-IV, Übersetzung und Adaption der WISC-IV® von David Wechsler, Petermann/Petermann 2010, oder der Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder von fünf bis zehn Jahren, Grob et al. 2009), Interview mit den Eltern, welches sich besonders auf die schulische Situation, die Hausaufgabensituation und den Kontakt des Kindes mit den Klassenkameraden bezieht und das Ausfüllen von spezifischen Fragebögen durch die Eltern (z.B. Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen FBB-HKS zur Erfassung des Urteils von Eltern als auch von Lehrern, Döpfner et al. 2006). In diesem Zusammenhang spielen auch die Begleiterscheinungen eine wichtige Rolle. Häufig treten Teilleistungsschwächen, wie die auditive¹⁰ und visuelle¹¹ Wahrnehmungsstörung, Legasthenie¹², Dyskalkulie¹³ und Leistungsstörungen¹⁴ auf (vgl. Stark-Städele, 2005, S. 61–68). Sie treten immer dann auf, wenn externalisierende und internalisierende, nach innen gerichtete (z. B. Depressionen) Verhaltensstörungen, gleichzeitig agieren (vgl. Schwenk, 2018, S. 639). Daher ist bei der Diagnosestellung klar zu unterscheiden und genau hinzuschauen, ob es sich um Begleiterkrankungen oder um eine ADHS handelt (vgl. Finzen et al., 2017, S. 222). Wenn eine Behandlung erfolgt, dann immer primär verhaltenstherapeutisch und erst dann sollte über eine medikamentöse Therapie nachgedacht und den Patienten die Entscheidung offen gelassen werden (vgl. Dreher, 2018, S. 153). Döpfner, Lehmkuhl und Steinhausen haben ein ganzes Buch über das Kinder-Diagnostik-System (KIDS) verfasst. Anzumerken sei dabei die Zeit, welche die Ärzte, Lehrer und Eltern für alle diese Tests benötigen. Wie aufwendig diese Verfahren sind, zeigt zusammenfassend Abbl. 6. Hier wird verdeutlicht, welche ausführlich beschriebenen Verfahren wann angewendet werden. Begonnen wird mit dem Verfahren zur Eingangsdiagnostik. Diese beinhalten z.B. Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS-Bogen), Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen (ES-HOV) und die Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (DCL-ADHS) Weiterhin gibt es Verfahren für spezifische Altersgruppen, welche z.B. einen Fremdbeurteilungsbogen

¹⁰ Bei der Auditiven Wahrnehmungsstörung kann die Hörwahrnehmung beeinträchtigt sein, die Hörverarbeitung gestört und eine Hörgedächtnisschwäche auftreten

¹¹ Visuelle Wahrnehmungsstörung sind Störungen der Schwahrnehmung, oder visuelle Leistungsminderung, der Sinn des Ganzen wird bei ADHS nicht verstanden

¹² Lese-Rechtschreibschwäche

¹³ Rechenschwäche

¹⁴ Leistungsstörung ist eine leichtere Beeinträchtigung des Lernens bei normaler Begabung und Intelligenz, welche allerdings auch auf psychische Belastungen zurückgeführt werden können

für Vorschulkinder mit ADHS beinhalten (FBB-ADHS-V). Das anschließende ist ein Verfahren zur differenzierenden Diagnostik für Beratung und Verhaltenstherapie. Hier ist beispielsweise ein Elterninterview über die Problemsituationen in der Familie aufgeführt (EI-PF), ein Elternfragebogen über die Problemsituationen in der Familie (EF-PF), sowie ein Fragebogen über die Verhaltensprobleme bei den Hausaufgaben (FVH) vorzufinden. Das nächste ist ein Verfahren zur differenzierenden Diagnostik für die medikamentöse Therapie und zur Titration. In diesem sind eine Checkliste zur medikamentösen Therapie von ADHS (CM-ADHS), ein Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen von Stimulanzien (NW-ADHS) und ein Beurteilungsbogen zur Austestung medikamentöser Therapie bei ADHS (BM-ADHS) vorzufinden. Bei dem Verfahren zur individuellen Verlaufskontrolle wird z. B. die klinische Gesamteinschätzung zu ADHS (ADHS-KGE) erfragt (vgl. Döpfner et al., 2006, 16 f.).

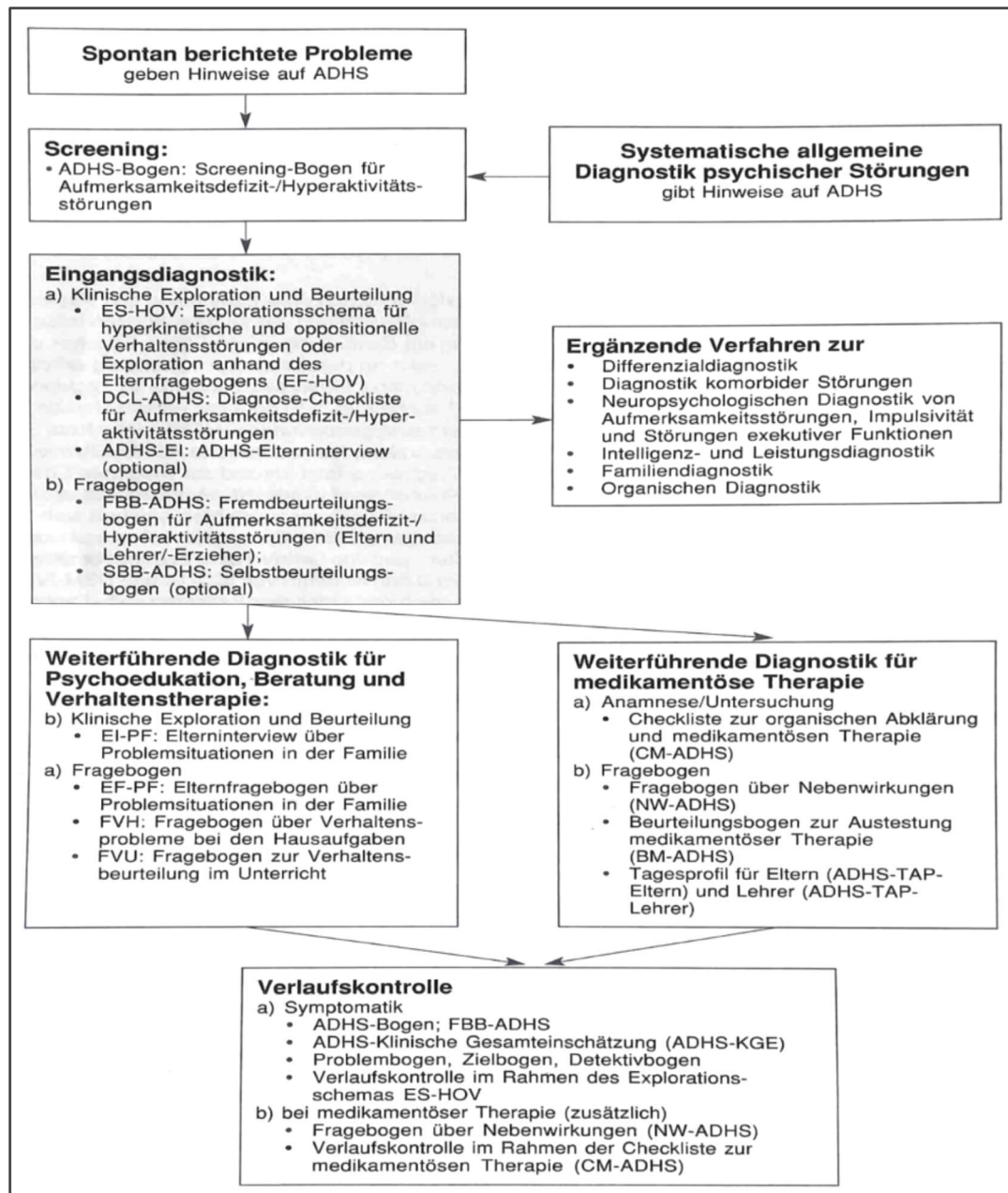


Abbildung 6: Übersicht der Diagnostik von ADHS
Quelle: (Döpfner et al., 2006, S. 16)

4 Ritalin als Erziehungshelfer?

Ausgehend von eingangs erwähnter Fragestellung, inwieweit Eltern die Verantwortung nach der Diagnose ADHS abgeben, indem sie Ritalin als schnellen Erziehungshelfer in Betracht ziehen, wird sich in diesem Kapitel auch den Hypothesen zugewandt. Nachdem die ADHS-Diagnose gestellt ist, wird von den Eltern meist die medikamentöse Therapie bevorzugt.

Aber wirkt Ritalin so gut, dass es den Eltern zu Hause die Erziehung erleichtert?

Dazu gab es eine passende Äußerung in einer Pressemitteilung, in welcher der Vorstandsvorsitzende Rolf-Ulrich Schlenker von der BARMER GEK Stellung zum Arztreport von 2013 bezog. Aufgeführt wurden Zahlen und Daten zu den nach wie vor steigenden ADHS-Diagnosen und Ritalin-Verordnungen. Dieser Anstieg des Medikaments sei inflationär. „Wir müssen aufpassen, dass ADHS-Diagnostik nicht aus dem Ruder läuft und wir eine ADHS-Generation fabrizieren. Pillen gegen Erziehungsprobleme sind der falsche Weg. Ritalin darf nicht per se das Mittel der ersten Wahl sein“ (Schlenker et al., 2013). Trotz der vielen Nebenwirkungen herrscht in der Öffentlichkeit hohe Anerkennung, dieser verschreibungspflichtigen Medikamente, welche nach Iversen scheinbar unschädlich seien (vgl. Iversen et al., 2009, S. 81). Dies verdeutlicht auch Dr. Trott, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in seinem Aufsatz, in dem er Ritalin eine überaus positive Wirkung zukommen lässt. Es ist für ihn unverständlich, weshalb viele Eltern noch immer die hervorragende und unkomplizierte Behandlung ablehnen, wie eine eindrucksvolle Studie für seelische Gesundheit ebenfalls belegte. "Es gibt kein psychotherapeutisches Verfahren, das auch nur annähernd und auf Dauer solche Erfolge zu erzielen vermag, wie die Medikation." Ritalin ist kein Heilmittel, sondern unterdrückt ausschließlich die Symptome und muss dadurch kontinuierlich eingenommen werden (vgl. Stangl, 2005, S. 6). Denn andere Verfahren und Übungsprogramme kosteten die Eltern viel Geld und die Wirkung sei nicht bestätigt (vgl. Trott, 2000, S. 271–272). Heinemann dagegen bezweifelt nicht die Wirkung, aber sieht, dass es den Kindern unter dem Einfluss von Ritalin nicht gut geht. Kinder sitzen zum Teil höchst konzentriert und verkrampft bis Stundenende über ihren schulischen Aufgaben oder stehen im Sportunterricht einfach nur wie angewurzelt da. Es scheint, dass sie zwar angepasst sind, aber wie "Zombies" wirken. Zudem werden echte Freundschaften kaum beobachtet. Und das rechtfertige noch lange nicht den Einsatz von Ritalin (vgl. Heinemann & Hopf, 2006, S. 144). Sehr treffend formuliert sie die Äußerung: „Ritalin blendet die Mängel in der Erziehung aus, erzeugt Anpassung, aber verschleiert auch die Konflikte“ (ebd.). Hervorzuheben ist Schlenkers Statement zum BARMER GEK Arztreport 2013: „In vielen Fällen stellt sich nicht die Frage, ob das Kind zum Arzt muss, sondern ob die Eltern Beratung und Unterstützung benötigen.“ Schlenker verdeutlicht mit dieser Aussage, dass nicht die Kinder das Problem sind, sondern er sieht die Probleme in der Erziehung, Vernachlässigung der Kinder, Betreuungs- und Zuwendungsersatz in Form von Medien aller Art,

unterschiedliche Lebensstile der Eltern und oft auch selbst an ADHS oder anderen psychischen Störungen erkrankte Eltern. Daraus resultiert die Überforderung von Eltern und Lehrern, welche mit den verhaltensauffälligen, impulsiven Kindern nicht umgehen können. Im Zuge dessen, wird der Einfachheit halber auf Ritalin zugegriffen, anstatt sich mit den Problemen auseinander zu setzen (vgl. Schlenker, 2013, S. 3). Barkley hingegen meint, es sei irrsinnig, einen Erziehungsfehler bei den Eltern zu suchen und auch exzessiver Fernsehkonsum und übermäßiges Videospiele seien daher nicht die Folge für die ADHS (vgl. Barkley et al., 2011, S. 10).

Daraufhin können die Kinder doch jetzt auch in der Schule bessere Noten erzielen?

Der bekannte Kinder- und Familientherapeut Wolfgang Bergmann geht in einer seiner Werke auf das Ordnungssystem der Schule ein. Die Kinder unterliegen dort einem Zwang zu geordneten und geregelten Verhalten und begeben Anforderungen „alter Ordnungen“. Die ganze Stunde lang stillsitzen, den Mund halten und zuhören. Währenddessen die kreativen Kompetenzen, wie Singen, freies Gestalten und Bewegen kaum abgerufen werden. Doch viele Kinder kommen mit dieser Unterrichtsdisziplin nicht zurecht und scheitern demnach an der „Ordnung der Schule“ (vgl. Bergmann, 2010, S. 26–33). Diese „inadäquate“ Schulsituation sieht Ampft als ursächlich für die Zunahme von ADHS. Er meint, dass sich durch die Medikamente noch lange nicht die Qualität der Lernvorgänge bei hyperaktiven Kindern verändere (vgl. Ampft, zit. nach Heinemann & Hopf, 2006, S. 134). Der Schweizer Heilpraktiker Daniel Trappitsch unterstützt die Annahme von Bergmann: „Kindheit wird von Verboten, Regeln und Richtlinien beherrscht“ (Trappitsch, 2005b).

Wenn die Kinder in der Schule nicht folgen können, bekommen sie Ritalin verabreicht. Im Umkehrschluss würde das bedeuten, Eltern nutzen die eigentliche Bestimmung des Medikaments Ritalin für ihre Zwecke aus.

Den Eltern wird oft schon beim ersten Arztbesuch unmissverständlich klar gemacht, dass sogenannte „weiche Therapien“ nicht den gewünschten Erfolg versprechen. Deshalb wollen sie auch nicht, dass ihre Kinder „vom Fortschritt der Medizin ausgeschlossen werden“, so ein Vater, welcher zuvor über die Vorteile der medikamentösen Therapie aufgeklärt wurde. Die gewünschte Schulleistung tritt demnach erst nach Gabe von Ritalin ein. Durch Ritalin gewinnen die Kinder wieder an Anerkennung bei Mitschülern, Lehrern und Eltern und können erst dann erfolgreich auf ganzer Linie sein. Denn die Lehrer haben keine Ressourcen, sich um die Belange der Kinder zu kümmern (vgl. Niederdorfer, 2005, S. 29–30). Und

Barkley bestätigt, dass es bei ca. 50-95 Prozent der Kinder zu verbesserten schulischen Leistungen kommt (vgl. Barkley et al., 2011, S. 393). Er rät den Eltern, sich für eine medikamentöse Behandlung zu entscheiden, denn die Kinder können dem Unterricht dadurch besser folgen, haben eine größere Aufmerksamkeitsspanne und verringern die unangenehmen Verhaltensweisen. Weiterhin ist er der Meinung, dass die Medikamente bei Einnahme über einen längeren Zeitraum bei Kindern ein höheres Wissen hervorruft, wobei die Auswirkungen auf die schulischen Leistungen noch unbekannt sind (vgl. Barkley et al., 2011, S. 399–400).

Hier scheint ein Widerspruch vorzuliegen, einerseits bewirken Stimulanzien deutliche Verbesserungen, andererseits sei die Langzeitwirkung der Medikamente auf die schulischen Leistungen nicht erwiesen. Wieso sollten die Eltern sich für Medikamente zur Verbesserung der Schulnoten ihrer Kinder entscheiden? Offensichtlich nur, um ihren Kindern einen stabilen Schulalltag zu ermöglichen und den Lehrern den Umgang mit den verhaltensauffälligen Kindern zu vereinfachen.

Wird von den Fachleuten zu vorschnell die Diagnose ADHS gestellt, dann greifen die (überforderten) Eltern zu Medikamenten wie Ritalin, um ihre Kinder damit ruhig zu stellen. Doch gibt es die Krankheit ADHS überhaupt?

Viele Eltern kommen schon mit einer fertigen Selbstdiagnose ihrer Kinder in Arztpraxen und verlangen nach Medikamenten, von denen sie über Bekannte oder Lehrer gehört hätten, wie sehr es denen helfen würde. Der rasche Anstieg der Diagnose in den letzten Jahrzehnten lässt vermuten, dass es sich hierbei um eine Modediagnose handeln könnte. Im BARMER GEK Arztreport 2013 meinten selbst Krankenkassenvertreter, für die Ruhigstellung der Kinder zu bezahlen. Anknüpfend bezieht daraufhin der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands zum BARMER GEK Arztreport 2013 Stellung. Es gebe weder eine Modediagnose, eine Überdiagnostik, noch eine medikamentöse Übertherapie oder Schuldoping, denn nur 20% aller Jungen und Mädchen würden medikamentös therapiert. Es sei nicht nachvollziehbar, dass Krankenkassenvertreter für die Ruhigstellung von Kindern bezahlen müssten, denn ADHS sei eine vererbte Krankheit. Dem wiederum widersprechen eine Reihe von Fachleuten. Diese meinen, ADHS sei nicht existent und es habe auch früher nicht existiert. "ADHS ist lediglich ein diffuses Sammellabel für nichts Konsistentes: eine Irreführung. Kinder mit der Diagnose ADS oder HKS [Hyperkinetische Störung] zeigen bei Messungen im Labor kein einheitliches Bild. Ihre Schwierigkeiten

lassen sich daher auch nicht als einheitliches Störungsbild im Sinne eines Syndroms auffassen. Das hyperkinetische Verhalten ist ein Symptom, das aus unterschiedlichsten Gründen verschiedenen Krankheitsbildern zugeordnet werden kann. Dieser Befund legt es dringend nahe, die hyperkinetische Störung und die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung als selbstständige nosologische Einheiten aufzugeben und sie umgehend aus den diagnostischen Handbüchern zu streichen" (Perner, 2007, S. 80). Aus dieser Kritik geht hervor, dass Einzelne meinen, ADHS sei etwas Nichtexistierendes und seine Klassifizierung als eigenständige Krankheit sollte aus den Diagnosekatalogen entfernt werden. So auch Türcke, ein Professor für Philosophie aus Leipzig, welcher betont, dass „die vorschnelle Einordnung als Krankheit [...] getrost »aus den diagnostischen Handbüchern« verschwinden darf, samt der Diagnose Dopaminmangel“ (Türcke, 2012, S. 41). Auch Riedesser ist der Ansicht, es sei Vorsicht mit der Bezeichnung „Krankheit“ geboten, denn haben Kinder einmal die Zuschreibung ADHS erhalten, werden sie schnell stigmatisiert und leiden unter sozialen Folgen (vgl. Riedesser, 2014, S. 111–117). Grothe und Horlbeck postulieren, „als werde ADHS [...] zum Synonym für alle kindlichen Schwierigkeiten im Vorschul- und Grundschulalter“ (Leuzinger-Bohleber, 2014, S. 15). Zum Thema vorschnelle Diagnosestellung berichten ADHS-Experten, wie beispielsweise Ulrike Lehmkuhl, von einer Menge Diagnosen, die sich bei genauerer Überprüfung als falsch oder voreilig erweisen (vgl. Schlenker, 2013, S. 3). Auch Schlenker vertritt die Meinung, ADHS werde zu früh diagnostiziert und zu schnell medikamentös behandelt (vgl. Schlenker, 2013, S. 3). Dass die Diagnose zu vorschnell gestellt wird, könnte auch dem geschuldet sein, dass in ländlicheren Gegenden zu wenig Spezialisten aufzufinden sind. „Das wichtigste Ziel ist es, Eltern in die Lage zu versetzen, ihre oft schwierigen und anstrengenden Kinder so zu erziehen, dass weder das Wohlergehen einzelner Familienmitglieder, noch das der gesamten Familie gefährdet wird“ (Barkley et al., 2011, S. 10). Barkley will damit ausdrücken, wie die Eltern ihren Kindern helfen können.

Wird die Diagnose ADHS tatsächlich zu häufig gestellt, sodass es dadurch zu viel mehr Fehldiagnosen kommt?

Die ADHS - Diagnosen wurden auch in den letzten Jahren noch zunehmend häufiger gestellt, trotz des Wissens über den seit längerer Zeit bestehenden kontroversen Diskurs zum Thema ADHS und Ritalinvergabe (vgl. Schlenker, 2013, S. 8).

Wenn die Verhaltensauffälligkeiten nicht zwangsläufig mit Psychopharmaka behandelt werden müssen, dann gibt es offensichtlich alternative Behandlungsmöglichkeiten.

Der Naturheilpraktiker Daniel Trappitsch ist von der Wirkung der über 200 möglichen alternativen Behandlungsformen überzeugt. Dabei ist ein vertrauensvolles Verhältnis zum Therapeuten ganz entscheidend. Wenn sich Eltern für naturheilkundliche Behandlungen entscheiden, müssen sie wissen, dass dabei Zeit und Geduld gefragt sind. Dies könnte für viele Eltern eine Schwierigkeit darstellen. Trappitsch plädiert auf die Heilerfolge in der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten. Er selbst erzielte in seiner Behandlung Erfolge durch beispielsweise klassische Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Ernährungsberatung, traditionelle chinesische Medizin, (Psycho) Kinesiologie, Bachblüten, Schüßlersalz, Cranio Sacral Therapie, Heilpädagogik, Ergotherapie, Malthherapie, (spirituelle) Lebensberatungen sowie ganzheitliche Psychologie. Dabei spielen die Eltern eine wichtige Rolle und werden in den Prozess mit den Kindern eingebunden, um den gewünschten Erfolg zu erlangen. Für das Aufbrechen verstrickter und gewissermaßen zerstörerischer Familiensituationen, sollen „Familienstellen nach Bert Hellinger¹⁵“ (www.hellinger.de) förderlich sein (vgl. Trappitsch, 2005a, S. 32–33) Eine andere Therapiemethode wird in Abbl. 7 aufgezeigt. Der Bereich Bewegungstherapie ist eine gute Unterstützungsmöglichkeit und sollte mit zur Behandlung von Verhaltensstörungen beitragen. Diese finden sich vor allem im Mannschaftssport, therapeutischen Maßnahmen wie Erlebnispädagogik, Ergotherapie, Heilpädagogik und Psychomotorik, sowie Kinesiologie und Hörtherapie nach Dr. Tomatis. Aber die größte Unterstützung bei der Behandlung von ADHS bietet die Elternarbeit. Sie macht sich zum Ziel die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken. Es wird aufgezeigt, wie wichtig die gemeinsame Zeit zwischen Eltern und Kind ist. Es reicht nicht aus, die Kinder medikamentös zu behandeln oder über Bewegungstherapien zu beschäftigen, sondern viel wichtiger ist es, den gemeinsamen Umgang zu stärken. Dazu eignet sich besonders die Präventionsarbeit in Form von positivem

¹⁵ Bert Hellinger ist der Begründer des Familienstellens. „Es dient dem Menschen um die Hintergründe der Erfolglosigkeit, Krankheit, Orientierungslosigkeit, Süchte oder ähnliches aufzudecken. Verstrickungen werden gelöst und eigenverantwortliches und glückliches Leben tritt in den Fokus. Durch die Befreiung der alten unbewussten Bindungen werden wahre Liebe, Zuwendung, Achtsamkeit, Respekt und Träume Wirklichkeit.“ (Hellinger®sciencia (o.J.).

Verhaltenstraining, wie beispielsweise das „Triple-P-Elterntaining“(PPP)¹⁶, welches sich auf längere Sicht positiv auf das Verhalten der Kinder auswirkt. Ganz besonders wichtig ist es, Verständnis für das eigene Kind auch in schwierigen Situationen aufzubringen und auch als Paar gut zu funktionieren (vgl. Mangold, 2008, S. 25–27).

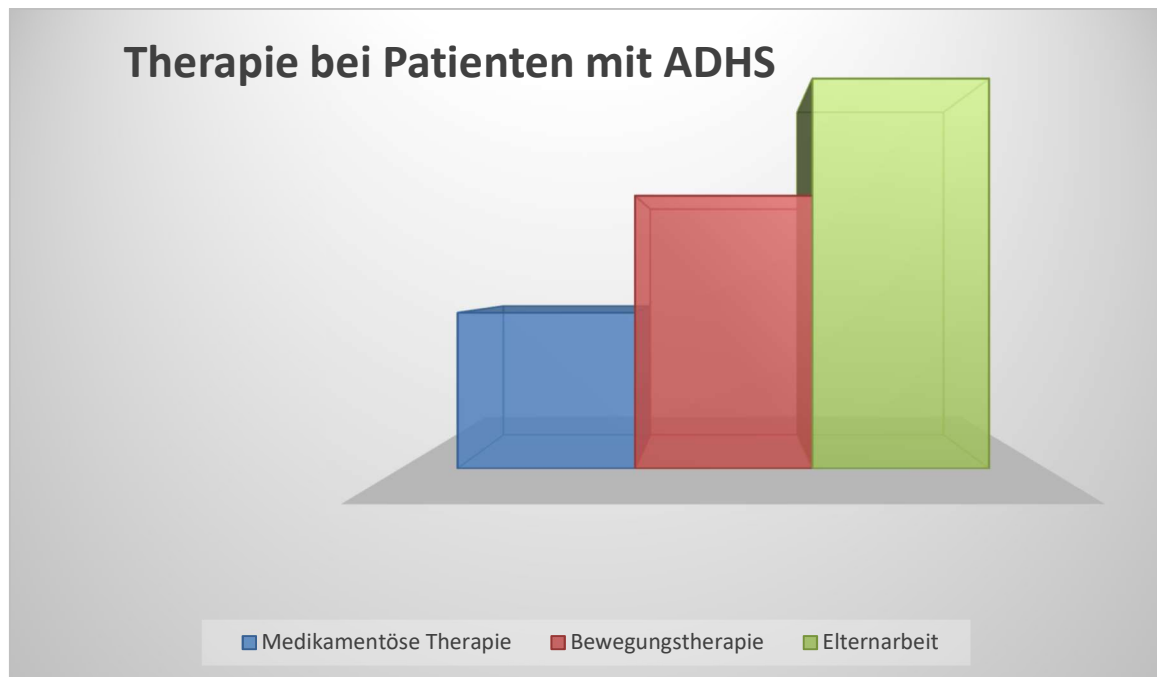


Abbildung 7: Therapiemöglichkeiten bei ADHS
Quelle: (in Anlehnung an Mangold, 2007, S.20)

Weiterhin gibt es ein Präventionsprogramm (PEP), welches für Grundschüler entwickelt wurde. Es geht im speziellen um ein Therapieprogramm, für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Hierbei wird verhaltenstherapeutisch im Einzelkontakt mit den Eltern und/oder dem Kind oder mit der Schule gearbeitet, siehe Abbl. 8 (vgl. Lehmkuhl, 2003, S. 191–192). Dies soll ebenfalls helfen, die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken, sich selbst nicht zu vergessen, problematische Verhaltensweisen mit Kindern verringern und zeigt nützliche, anwendbare Methoden.

¹⁶ Triple-P-Elterntaining ist ein präventives Erziehungsprogramm zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Elterliche Erziehungs- und Beziehungskompetenzen werden gestärkt und die gesunde Entwicklung der Kinder gefördert (Steffen (2012)).

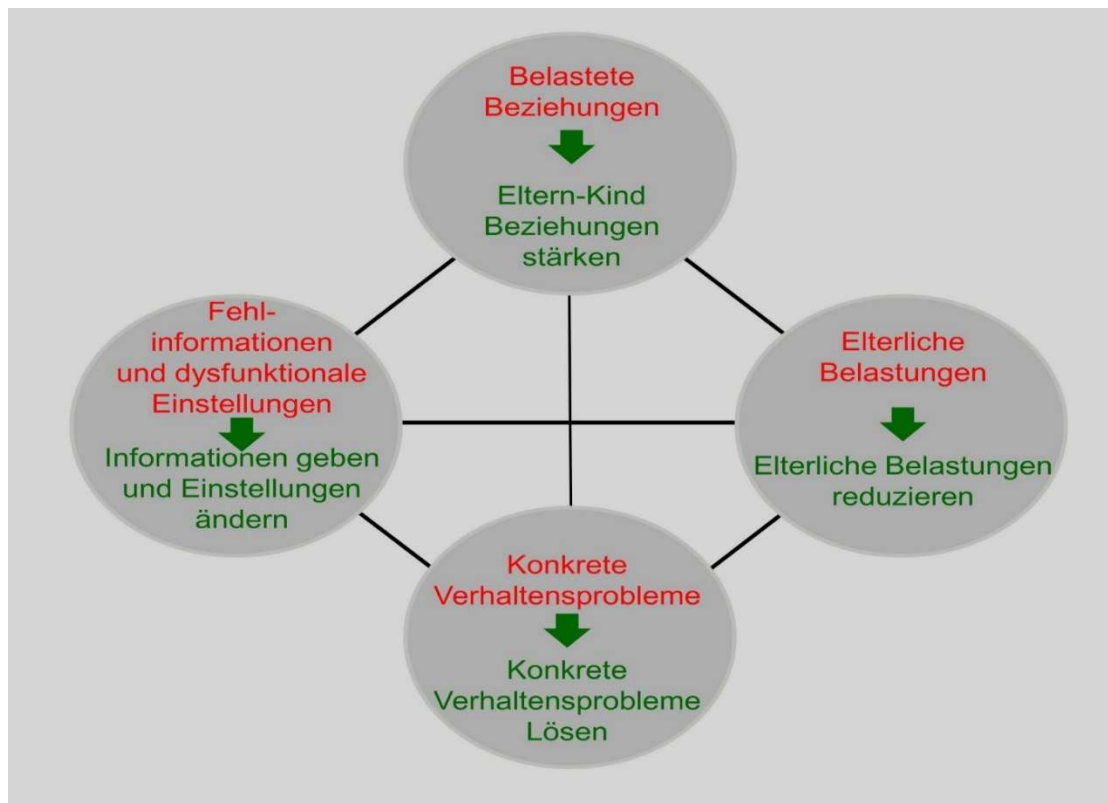


Abbildung 8: ADHS – Elterntainer
Quelle: (Döpfner, 2018)

Auch der deutsche Psychiater Helmut Bonney meint, wenn Veränderungen stattfinden müssen, sollte dies auf familiärer Ebene geschehen. Das könne in Form von Kognitionspsychologie, Kommunikations- und Systemtheorie geschehen. Er meint, dass sich dieses Konzept als sehr erfolgreich erwiesen hat (vgl. Bonney, 2000, S. 286–299). Es besteht auch die Möglichkeit, Kinder mit ADHS nichtmedikamentös zu fördern. Zur Teilhabe am Unterricht in der Offenen Ganztagschule bietet eine Walderlebnisschule neue Erfahrungen. Mit dem Leitsatz "Wald statt Ritalin" ist im Anschluss des Förderprogramms eine erhöhte Konzentrationsfähigkeit erkennbar (vgl. Henke & Wendler, 2012, S. 273).

5 Schlussbetrachtung

Das Medikamentieren von Kindern scheint in der Tat die einfachste und bequemste Form für Eltern zu sein, die Verantwortung für Kindererziehung abzugeben und um einem Ärztemarathon aus dem Weg zu gehen. Anstatt sich der Medikamente für die Kindererziehung zu bedienen, sollte jedoch zuerst der Blick ins eigene familiäre Umfeld erfolgen und dieses ggf. verändert werden. Denn ein respektvoller Umgang mit Struktur und Regeln trägt mehr zu einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung bei, als ein aggressiver, autoritärer Erziehungsstil mit Strafen und Kontrolle. Schließlich konnte aufgezeigt werden, dass allein der Weg bis zur Diagnose einen riesigen Zeitaufwand in Anspruch nimmt. Dies kann sich in unserer schnelllebigen Zeit, bei einem maximalen Arbeitsaufwand von 40-50 Stunden pro Woche, womöglich noch ohne stabile bzw. vorhandene Familienstruktur und fehlender Stressbewältigung, in der psychische oder emotionale Belastungen abgebaut werden, durchaus als Problem erweisen.

Es kann bestätigt werden, dass Medikamente wie Ritalin tatsächlich Wirkung zeigen. Viele Eltern berichten von deutlich verbesserten Lernerfolgen in der Schule. Natürlich verhilft Ritalin auch zu besseren Schulnoten, doch scheint es paradox, dass auch Amphetamine wie Speed eine Wirkung erzielen, noch dazu mit euphorisierenden Effekten. Sie wirken leistungs- und aufmerksamkeitssteigernd. Auch Alkohol oder Antidepressiva wirken, nur eben anders, entspannend oder antriebssteigernd. Es darf nicht vergessen werden, dass Ritalin trotz der „Wunder-Wirkung“ chemische Substanz bleibt, gewissermaßen Amphetamine! Dabei sind die Nebenwirkungen nicht zu unterschätzen. Es ist eindeutig erkennbar, dass sie große Schäden mit sich ziehen. Wobei die Langzeitnebenwirkungen noch nicht eindeutig erforscht sind. Stimulanzien greifen in den kindlichen Organismus ein und sind mit Kindern einfach nicht vereinbar. Eltern sollten sich deshalb die Frage stellen, weshalb sie aus ihren Kindern bewusst „apathische Zombies“ fabrizieren und dabei zusehen, wie sie abmagern, bei Wirkungsnachlass teilweise die Kontrolle verlieren und noch aggressiver sind als zuvor oder einfach klein und zierlich bleiben. Dabei werden unangemessene Gefühle doch nur unterdrückt, aber die Verhaltensweisen kommen nach Wirkungsende wieder zum Vorschein. Deshalb ist es an der Stelle enorm wichtig, die Eltern über alle möglichen Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären.

Anhand der dargestellten möglichen Alternativbehandlungen ist erkennbar, dass weitere Angebote existieren. Jedoch müssen sie den Eltern auch angeboten und von diesen

bestenfalls in Anspruch genommen werden. Welche dabei die richtige bzw. für ihre Kinder bestmögliche ist, muss selbst herausgefunden werden. Darauf sollten Eltern ihren Fokus richten und ihren Kindern mit Liebe, Verständnis und Einfühlungsvermögen begegnen. Es ist vorstellbar, dass der Medikamentengebrauch dadurch minimiert werden kann. Wichtig ist, den Kindern auch Gehör zu verschaffen, denn auch sie streben nach Anerkennung und wollen verstanden werden.

Dabei muss jeder individuell testen, was er tolerieren kann oder will, wenn bei den Kindern gänzlich auf Medikamente verzichtet wird. Die Schwierigkeit besteht darin, einen angemessenen Umgang sowohl im schulischen Kontext als auch zu Hause, mit der Gesamtproblematik zu erlangen. Gerade in der Schule müssen Veränderungen zum Wohle der Kinder und eine gute Zusammenarbeit mit allen Beteiligten geschaffen werden.

Diese Thematik wird auch in den kommenden Jahren an Relevanz nicht abnehmen. Deshalb greife ich das zu Beginn erwähnte Zitat von Katja Saalfrank erneut auf und bin der Auffassung, dass wir unsere Haltung den Kindern gegenüber unbedingt überdenken sollten. Haltgebende, liebevolle Fürsorge der Eltern ist besser als Psychopharmaka.

6 Literatur

- 3Sat thema (2012). Ritalin - Medizin, die krank macht? (Dokumentation). Kinderdroge Ritalin - Medizin die krank macht (Doku). Zugriff am 25.7.2019 [https://www.adhspedia.de/wiki/Ritalin_-_Medizin,_die_krank_macht%3F_\(Dokumentation\)](https://www.adhspedia.de/wiki/Ritalin_-_Medizin,_die_krank_macht%3F_(Dokumentation)).
- A. d. Hövel, J. (2010). SuchtMagazin. Pillen für den besseren Menschen: Versprechen und subjektive Wirkung. Zugriff am 15.8.2019 <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=sum-003:2010:36#100>.
- ADHS-Deutschland e.V. (2018). Medizinische Leitlinien. Zugriff am 20.7.2019 <http://www.adhs-deutschland.de/Home/Unser-Angebot/Zeitschrift/neue-AKZENTE.aspx>.
- ADHSpedia (2019). Leandro Panizzon. Zugriff am 20.7.2019 https://www.adhspedia.de/wiki/Leandro_Panizzon.
- Asendorpf, J. B. & Kandler, C. (2018). Verhaltens- und molekulargenetische Grundlagen. Allgemeine Prinzipien des genetischen Einflusses auf die Entwicklung. In: W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage) (S. 81–98). Weinheim, Basel: Beltz.
- AWMF online (2018). Langfassung der evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie "Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Zugriff am 1.8.2019 <https://www.ag-adhs.de/leitlinie>.
- Bachmann, C. J., Philipsen, A. & Hoffmann, F. (2017). Deutsches Ärzteblatt. ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie, *114* (9), 141–148. Zugriff am 12.7.2019 <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=186552&s=Ritalin#group-1>.
- Balz, H.-J., Benz, B. & Kuhlmann, C. (Hrsg.) (2012). *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Banaschewski, T. (o.J.). Neurologen und Psychiater im Netz. Diagnostik bei Verdacht auf ADHS. Zugriff am 7.8.2019 <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaets-stoerung-adhs/diagnostik/>.
- Barkley, R. A., Petermann, F. & Wengenroth, M. (2011). *Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität* (3., aktualisierte Aufl.). Bern: Huber.
- Barsch, G. (2014). *Das Drogenthema und wie es in Berufsfeldern der sozialen Arbeit auftaucht. Für alle, die sich von Drogenproblemen weit weg wähnen und überrascht sind, dass das Thema im Berufsalltag eine große Rolle spielt* (1. Aufl.). Leipzig: Engelsdorfer Verlag.
- Bergmann, W. (2010). *AD(H)S in der Schule. Wie Eltern ihren Kindern helfen können* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- BfArM (2015). Abgabe von Methylphenidat (Ritalin) durch Apotheken in Deutschland in den Jahren von 1994 bis 2014 (in Kilogramm). Statista. Zugriff am 17.7.2019 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/425057/umfrage/abgabe-von-methylphenidat-ritalin-durch-apoteken-in-deutschland/>.
- Biedermann, F. (2010). SuchtMagazin. "Smart Drugs" vor dem gesellschaftlichen Durchbruch? Zugriff am 14.8.2019 <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=sum-003:2010:36#71>.
- BMG (2014). Kabinett beschließt 28. Betäubungsmittel-Änderungsverordnung. Zugriff am 20.7.2019 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2014/2014-4-quartal/kabinett-beschliesst-28-betaeubungsmittel-verordnun.html#c481>.
- BMJV (2019). Anlage III BtMG - Einzelnorm. Zugriff am 20.7.2019 https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/anlage_iii.html.
- Bonney, H. (2000). Neues vom "Zappelphilipp" - die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49 (4), 285–299 <https://www.fachportal-paedagogik.de/patternLab/img/svg/logo-fpp-mit-claim.svg>.
- DGKJP (2018). Stellungnahme der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. Anforderungen an die stationäre medizinische Rehabilitation für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen. Zugriff am 19.7.2019 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/global/img/layout/gkv_logo.svg.
- DHS (2017). Medikamente. Basisinformationen. Zugriff am 22.7.2019 <https://www.dhs.de/datenfakten/medikamente.html>.
- DIMDI (2019a). Festbetragsarzneimittel nach § 35 SGB V sortiert nach Arzneimittelname. Zugriff am 22.7.2019 <https://www.dimdi.de/dynamic/de/suche/>.
- DIMDI (2019b). ICD-10-GM Version 2019. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98). Zugriff am 13.8.2019 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f90-f98.htm>.
- Döpfner, M. (2018). ADHS - Neue Entwicklungen. Zugriff am 1.8.2019 http://adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/1_1_aktuelle_infos/2018_10_06_ADHS-neue_Entwicklungen_Doepfner.pdf.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (2., überarbeitete Auflage). Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Boston, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm, Florenz: Hogrefe.
- Döpfner, M., Gold, A., Frölich, J., Rosebrock, C., Vogel, R., Valtin, R. & Banaschewski, T. (2014). *ADHS in Schule und Unterricht. Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts*. s.l.: W. Kohlhammer Verlag.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (2006). *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Göttingen: Hogrefe.

- Dreher, J. (2018). 8 ADHS-Therapeutika. In: J. Dreher (Hrsg.), *Psychopharmakotherapie griffbereit. Medikamente, psychoaktive Genussmittel und Drogen : 15 Abbildungen* (4., aktualisierte Auflage) (griffbereit). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- drugcom.de (2019). Alles über Drogen (Cannabis, Alkohol, Ecstasy, Halluzinogene, Kokain, Nikotin, Opiate, Speed). Ritalin. Zugriff am 22.7.2019 <https://www.drugcom.de/>.
- Elsner, B. & Pauen, S. (2018). Vorgeburtliche Entwicklung und früheste Kindheit (0-2). Bindung. In: W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage) (S. 163–190). Weinheim, Basel: Beltz.
- Engelhardt, M., Raschke, M. J. & Hailer, N. P. (2017). Engelhardt Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie. Zugriff am 15.8.2019 <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01971>.
- Finzen, A., Scherk, H. & Weinmann, S. (2017). *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag* (1. Auflage der Neuauflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gawrilow, C. (2016). *Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie : mit 10 Tabellen und 47 Vertiefungsfragen* (2. aktualisierte Auflage). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- GKV-Spitzenverband (2014). Pressemitteilung. Erstattungsbetrag für ADHS-Medikament steht - Keine Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung - GKV-Spitzenverband. Zugriff am 19.7.2019 https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_142912.jsp.
- GKV-Spitzenverband (2019). Präventionsbericht der nationalen Präventionspolitik. Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Zugriff am 19.7.2019 <https://www.gkv-spitzenverband.de/suche/suche?default=true&query=ADHS>.
- Glaeske, G. & Schick Tanz, C. (2013). BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Zugriff am 15.8.2019 <https://www.barmer.de/blob/37360/df1fe0398cdbc1d7a2787bad20b1f042/data/pdf-arzneimittelreport-2013.pdf>.
- Goossens-Merkt, H. (2017). Ritalin: Original kaum noch verordnet. Zugriff am 12.7.2019 <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=191940&s=Ritalin>.
- Grobe, T. G. (2016). Aktuelle Trends und regionale Unterschiede bei Diagnosehäufigkeiten und medikamentösen Therapien von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Beiträge und Analysen. In: U. Repschläger, C. Schulte & N. Osterkamp (Hrsg.), *Gesundheitswesen aktuell 2016. Beiträge und Analysen* (1. Auflage, neue Ausgabe) (S. 258–279). Wuppertal: Barmer GEK.
- Grothe, K.-D. & Horlbeck, A.-M. (2014). Warum ich auch mit Medikamenten behandle. Die Sicht eines Kinderpsychiaters. In: G. Hüther & M. Leuzinger-Bohleber (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (2. Aufl.) (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts. Reihe 2, S. 134–142). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hagmann, L. (2009). Thieme. ADHS: Krankheit oder kulturelles Phänomen? - Arzt im Beruf. Zugriff am 31.7.2019 <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-aerztliches-handeln-1561/a/adhs-krankheit-oder-kulturelles-phaenomen-4414.htm>.
- Häßler, F. (2019). Stimulanzien in der Therapie einer ADHS sind schädlich für Wachstum und Knochendichte – Pro. *Psychiatrische Praxis*, 46 (01), 9–10.
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2006). *AD(H)S. Symptome ; Psychodynamik ; Fallbeispiele ; psychoanalytische Theorie und Therapie* (1. Aufl.). s.l.: Kohlhammer Verlag.
- Hellinger®scienza (o.J.). Das Original Hellinger® Familienstellen. Zugriff am 26.8.2019 <https://www.hellinger.com/home/familienstellen/>.
- Henke, U. & Wendler, M. (2012). „Wald statt Ritalin?": Ein nichtmedikamentöser Förderansatz für Kinder mit ADHS zur Teilhabe am Unterricht in der Offenen Ganztagschule. In: H.-J. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Hrsg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (S. 273–283). Wiesbaden: Springer VS.
- Hildt, E. (2010). SuchtMagazin. Neuro-Enhancement - Ein Überblick. Zugriff am 14.8.2019 <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=sum-003:2010:36#64>.
- Holodynski, M. & Oerter, R. (2018). Emotion. In: W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage) (S. 513–536). Weinheim, Basel: Beltz.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2017). *Neues vom Zappelphilipp. ADS verstehen, vorbeugen und behandeln* ([5. Aufl.]). Weinheim: Beltz.
- Iversen, L., Dilling, H. & Dilling, K. (Hrsg.) (2009). *Speed, Ecstasy, Ritalin. Amphetamine - Theorie und Praxis* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P. & Schmacke, N. (2016). Versorgungs-Report 2015/2016. "Kinder und Jugendliche". Zugriff am 17.7.2019 https://www.wido.de/suche/?tx_kesearch_pi1%5Bsword%5D=Methylphenidat.
- Kleemann, F., Krähnke, U. & Matuschek, I. (2013). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens* (2., korrigierte und aktualisierte Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Knye, M., Roth, N., Westhus, W. & Heine, A. (2003). CPT - Continuous Performance Test. Hogrefe Testsystem. Zugriff am 1.8.2019 <https://www.testzentrale.de/shop/continuous-performance-test.html>.
- Kölch, M. (2019). Stimulanzien in der Therapie einer ADHS sind schädlich für Wachstum und Knochendichte – Kontra. *Psychiatrische Praxis*, 46 (01), 10–11.
- Lehmkuhl, U. (2003). *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung ; mit 18 Tabellen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2014). Einführung. Einige Kinder mit Verdacht eines "Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms". In: G. Hüther & M. Leuzinger-Bohleber (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung,*

- Kontroversen* (2. Aufl.) (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts. Reihe 2, S. 9–49). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mangold, C. (2008). *ADHS. Krankheit oder Modediagnose unserer Zeit* (2. Aufl.). Buchendorf bei München: Irl.
- Niederdorfer, M. (2005). SuchtMagazin. Ritalinfalle bei Schulversagen. Zugriff am 21.8.2019 <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=sum-003:2005:31#120>.
- Nunner-Winkler, G. & Paulus, M. (2018). Prosoziale und moralische Entwicklung. Familie. In: W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage) (S. 537–557). Weinheim, Basel: Beltz.
- Perner, A. (2007). Das Drängen des Triebes und die postmoderne Nervosität. In: B. Ahrbeck (Hrsg.), *Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie* (1. Aufl.) (S. 73–94). s.l.: Kohlhammer Verlag.
- Pharmazeutische Zeitung (2011). Prodrugs: Arzneistoffe mit maßgeschneiderten Eigenschaften. Zugriff am 19.7.2019 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-262011/arzneistoffe-mit-massgeschneiderten-eigenschaften/>.
- Repschläger, U., Schulte, C. & Osterkamp, N. (Hrsg.) (2016). *Gesundheitswesen aktuell 2016. Beiträge und Analysen* (1. Auflage, neue Ausgabe). Wuppertal: Barmer GEK.
- Riedesser, P. (2014). ADHS: Eine der größten Kontroversen in der Geschichte des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie. einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: G. Hüther & M. Leuzinger-Bohleber (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (2. Aufl.) (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts. Reihe 2, S. 111–117). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rottmann, K. (2013). Katia Saalfrank: „Kinder werden nur mit ihren Defiziten gesehen“. Welt.de. Zugriff am 12.7.2019 <https://www.welt.de/vermischtes/article118945867/Kinder-werden-nur-mit-ihren-Defiziten-gesehen.html>.
- Schlenker, R. U. (2013). Statement - BARMER GEK Arztreport 2013. Generation ADHS: Pillen und was noch? Konstant hohe Zahl von Arztbesuchen. Ärztliche Präventionsempfehlung ist der falsche Weg. Zugriff am 15.8.2019 <https://www.barmer.de/blob/37496/7b0ac7f21ead53bf76ec67603cd5b0d9/data/pdf-digitale-pressemappe-zum-arztreport-2013.pdf>.
- Schlenker, R. U., Schwartz, F. W., Grobe, T. G. & Drougias, A. (2013). BARMER GEK Arztreport 2013 - Pressemitteilung. ADHS-Diagnosen und Ritalin-verordnungen boomen. Zugriff am 31.7.2019 <https://www.barmer.de/blob/37496/7b0ac7f21ead53bf76ec67603cd5b0d9/data/pdf-digitale-pressemappe-zum-arztreport-2013.pdf>.
- Schulte, M. (2007). Bundesärztekammer. Medikamente - schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Zugriff am 6.8.2019 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf.

- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2018). Anzahl der Verordnungen von Methylphenidat, Atomoxetin und Lisdexamfetamin in Deutschland in den Jahren von 2004 bis 2017. Statista GmbH. Zugriff am 17.7.2019 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/375281/umfrage/adhs-anzahl-der-verordnungen-ausgewaehlter-psychostimulanzien/>.
- Schwenk, C. (2018). Externalisierende und internalisierende Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage) (S. 637–650). Weinheim, Basel: Beltz.
- Stangl, W. (2005). SuchtMagazin. Ritalin und ADHS aus Psychologischer Sicht. *SuchtMagazin* (3), 3–8. Zugriff am 16.8.2019 <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=sum-003:2005:31#94>.
- Stark-Städele, J. (2005). *Erfolgreich lernen bei ADS. Probleme erkennen - Stärken nutzen - Strategien entwickeln* (1. Aufl.). Stuttgart: Urania.
- Steffen, E. (2012). www.familien-handbuch.de. Triple P. Zugriff am 20.8.2019 <https://www.familienhandbuch.de/unterstuetzungsangebote/bildungsangebote/triplepeinpraev.php>.
- Trappitsch, D. (2005a). Alternative Behandlungsformen bei Verhaltensauffälligkeiten. *SuchtMagazin* (3), 32–33.
- Trappitsch, D. (2005b). SuchtMagazin. Negative Veränderung oder positive Weiterentwicklung? Zugriff am 21.8.2019 <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=sum-003:2005:31::93#109>.
- Trott, G.-E. (2000). Pillen für den Zappelphilipp? Medikation - Ritalin und andere Medikamente. In: T. Fitzner & W. Stark (Hrsg.), *ADS: verstehen - akzeptieren - helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität* (2. Aufl.) (S. 270–280). Weinheim, Basel: Beltz.
- Türcke, C. (2012). *Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur*. München: C.H. Beck.

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen, insbesondere dem Internet entnommenen Inhalte, kenntlich gemacht habe und Hilfsmittel benutzt und die vorliegende Arbeit an keiner anderen Stelle zur Erlangung eines Sozialarbeiter (B.A.) Abschlusses vorgelegt habe.

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)