

TITELTHEMA

Diagnose



Zappelphilipp

Wenn Kinder sich schlecht konzentrieren können, oft in Streit geraten oder sich leicht verletzen, kann ADHS dahinter stecken. Ärzte diagnostizieren das „Zappelphilipp-Syndrom“ immer häufiger und verordnen zunehmend Medikamente, wie AOK-Daten zeigen. Eine Analyse von Helmut Schröder, Katrin Schüssel und Andrea Waltersbacher

Paul lebt in einer Kleinstadt in Franken. Bis vor kurzem war der Neunjährige das Sorgenkind der Familie: Schon im Kindergarten eckte der Junge mit seiner ungewöhnlich impulsiven und ungeschickten Art bei den Spielkameraden an. Paul forderte mit seiner dauernden Unruhe, seiner Sprunghaftigkeit und seiner Neigung zu Unfällen auch viel Aufmerksamkeit von seinen Eltern. Als nach der Einschulung die Lehrerin Pauls Konzentrations- und Verhaltensprobleme ansprach, suchte die Familie Hilfe. Der Kinderarzt diagnostizierte eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und verordnete den Wirkstoff Methylphenidat. Seit Paul morgens zum Frühstück eine Tablette einnimmt, geht es mit der Konzentration besser. Nun kann er dem Unterricht aufmerksamer folgen und zu Hause mit seiner Schwester und seinen Eltern auch einmal „Mensch ärgere dich nicht“ bis zu Ende spielen.

Das fiktive Beispiel von Paul wird vielen bekannt vorkommen. In Deutschland fielen zunächst Jungen mit dieser Entwicklungsstörung auf, vor allem durch ihre große motorische Unruhe. In Anlehnung an die Geschichte aus dem „Struwelpeter“ wurde daraus in der Umgangssprache und den Medien das „Zappelphilipp-Syndrom“. Die Diagnose ADHS und die Behandlung mit Methylphenidat – bekanntester Vertreter ist Ritalin – nimmt seit Jahren zu. Allerdings kritisieren Experten die unsicheren Diagnosestandards und den unkontrollierten Einsatz von Psychopharmaka mit starken Nebenwirkungen.

Hoher Medienkonsum, wenig Bewegung. Kinder haben es heute nicht leicht: Eltern stellen hohe Ansprüche an sich selbst und ihren Nachwuchs. Sie versuchen, Beruf und Familie unter einen Hut bringen. Der Wunsch, ihren Töchtern und Söhnen beste Bildung zu vermitteln, überfordert Eltern und Kinder häufig. Gleichzeitig hat sich die Lebenswelt der Familien deutlich gewandelt. So wohnten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2010 knapp 17 Prozent der minderjährigen Kinder und Jugendlichen bei einem alleinerziehenden Elternteil. Bei mehr als der Hälfte der Kinder gehen beide Eltern arbeiten. Jedes vierte Kind lebt als Einzelkind. Rund zwei Drittel aller in der AOK-Familienstudie 2014 befragten Eltern haben nicht jeden Tag Zeit für gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern. Oft nutzen Kinder und Jugendliche elektronische Geräte wie Fernseher, Computer oder Spielekonsolen – und zwar ein bis zwei Stunden pro Tag, wie die AOK-Familienstudie gezeigt hat.

Webtipps

- www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > Meldung vom 6.3.2014: AOK-Familienstudie 2014
- www.mpfs.de Informationen zur JIM- und KIM-Studie (Studien zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen)
- www.kiggs-studie.de Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert Koch-Institut
- www.zentrales-adhs-netz.de
- www.adhs.info

Auf sportliche Aktivitäten entfallen im Durchschnitt bei Jungen zwischen elf und 17 Jahren gerade einmal knapp 70 Minuten pro Tag und bei den Mädchen dieser Altersgruppe sogar nur 40 Minuten, so die Ergebnisse der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts. Beim Gesundheitsverhalten – Rauchen, Körpergewicht, Bewegung, Nutzung elektronischer Medien, Alkoholkonsum und Ernährung – der elf- bis 17-jährigen Jugendlichen zeigt sich laut KiGGS-Studie: Wenngleich ein Viertel der Mädchen und ein Fünftel der Jungen in dieser Altersgruppe sehr gesund leben, pflegen immerhin knapp 20 Prozent der Jugendlichen einen weniger gesunden Lebensstil.

Diagnose auf Basis von Beobachtung. Aktuell weisen 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Störungen auf, so die Ergebnisse der KiGGS-Studie. Dabei sind Jungen mit 23 Prozent stärker betroffen als Mädchen (17 Prozent). Rund zwölf Prozent der Kinder und Jugendlichen sind dadurch im sozialen und familiären Alltag beeinträchtigt. Im Rahmen der KiGGS-Studie gaben Eltern auch Auskunft zum Auftreten von ADHS. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass bei fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen drei und 17 Jahren eine ADHS-Diagnose gestellt wurde. Über einen Verdacht berichteten darüber hinaus knapp sechs Prozent der Eltern.

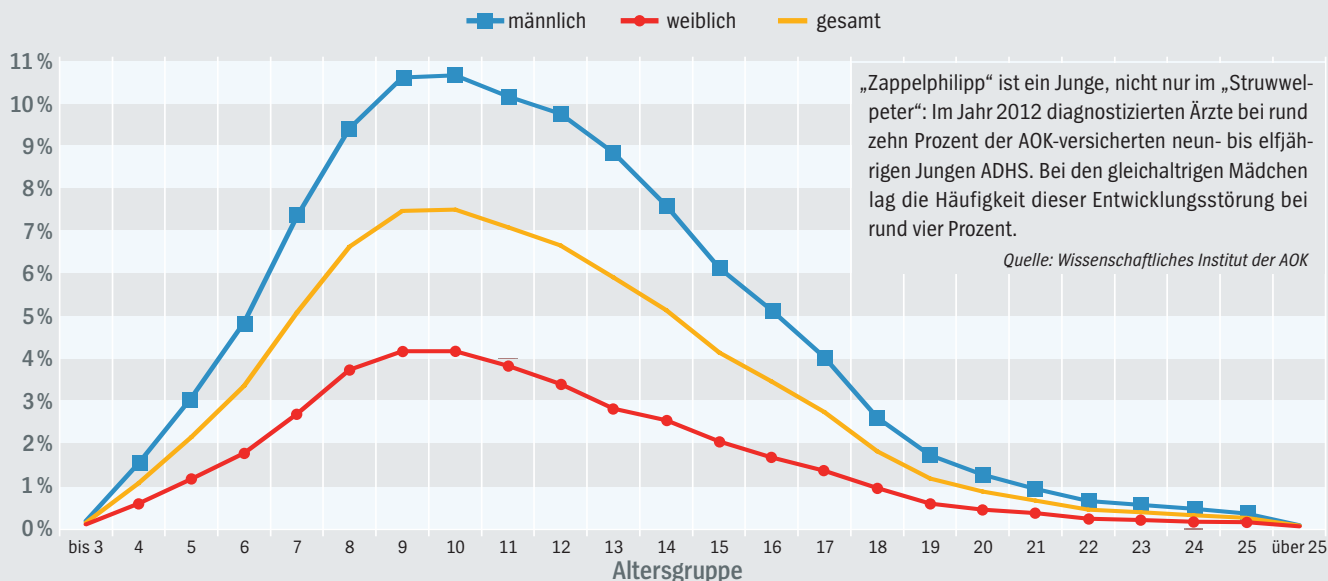
Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität charakterisieren eine Gruppe von Entwicklungsstörungen, die im US-amerikanischen Klassifikationssystem für Störungen und Erkrankungen (DSM) als Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung bezeichnet wird. Dabei müssen nicht alle drei Hauptsymptomgruppen vorhanden sein. Das in Europa gebräuchliche Klassifikationssystem ICD verwendet eine engere Definition: Hier muss immer eine Hyperaktivität vorliegen.

Deshalb ist in der Fachwelt der Begriff Hyperkinetische Störungen (HKS) gebräuchlich. Zur Diagnose einer ADHS/HKS ist es erforderlich, dass die Symptome bereits vor dem sechsten Geburtstag auftraten und sich in mindestens zwei Lebensbereichen zeigen, also beispielsweise im Elternhaus und im Kindergarten oder in der Schule und dass sie auch der diagnostizierende Arzt beobachtet – und zwar länger als sechs Monate. Andere Ursachen für die Symptomatik, wie organische Erkrankungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten, muss der Arzt ausschließen. Darüber hinaus muss die Störung von der Unruhe und Unaufmerksamkeit abgegrenzt werden, die typisch für den kindlichen Entwicklungsstand oder die kindliche Natur ist. Die Diagnose HKS beziehungsweise ADHS darf der Arzt nur stellen, wenn die Symptomatik deutlich im Missverhältnis zum Entwicklungsalter und der Intelligenz des Kindes stehen. Da es keinen allgemeingültigen Test und keinen eindeutigen Schwellenwert gibt, ab dem kindliches Verhalten als behandlungsbedürftige Störung eingestuft werden könnte und die Beurteilungen von auffälligen Kindern durch Eltern, Lehrer und Ärzte erheblich voneinander abweichen können, werden immer wieder Zweifel an der tatsächlichen Häufigkeit von ADHS geäußert.

Datenanalyse belegt Zunahme von ADHS. Eine Analyse der ärztlichen Diagnosen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie der entsprechenden Arznei- und Heilmitteltherapien von bundesweit 3,5 Millionen AOK-versicherten Kindern und Jugendlichen zeigt: Bei den Drei- bis 17-Jährigen befindet sich im Zeitraum 2006 bis 2012 die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung unter den am häufigsten diagnostizierten Störungen der Entwicklung. Jungen in diesem Alter sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (siehe Abbildung

Wilde Kerle: Diagnose-Gipfel liegt bei zehnjährigen Jungen

Anteil AOK-Versicherte mit ADHS im Jahr 2012



„Wilde Kerle: Diagnose-Gipfel liegt bei zehnjährigen Jungen“ auf Seite 24). Immerhin bei knapp jedem zehnten Jungen im Alter zwischen neun und elf Jahren wird ADHS diagnostiziert. Auch bei den Mädchen werden in dieser Altersgruppe die höchsten Diagnoseraten erreicht, jedoch auf einem geringeren Niveau.

Zwischen 2006 und 2012 hat sich – bei einem kontinuierlichem Zuwachs – in allen Altersgruppen der Jungen und Mädchen die dokumentierte ADHS/HKS-Häufigkeit verdoppelt. Die Analysen berücksichtigten keine Verdachtsdiagnosen, sondern ausschließlich gesicherte Diagnosen, die der Arzt in mindestens zwei Quartalen pro Jahr erfasst hatte. Bekamen im Jahr 2006 noch 2,3 Prozent aller AOK-versicherten Kinder eine ADHS-Diagnose, waren es im Jahr 2012 bereits 4,6 Prozent – ein vorläufiger Höchstwert. In allen Altersgruppen ist der Anteil der Betroffenen angestiegen, jedoch am stärksten bei den über 16-Jährigen.

Leitlinie empfiehlt ganzheitliche Behandlung. Kinderpsychiater und Kinderärzte sind sich zunehmend einig darüber, dass ADHS eine sehr komplexe Störung ist. Durch mangelnde Impulskontrolle und die dadurch beeinträchtigte Informationsverarbeitung und Selbststeuerung fehlt den Kindern die Fähigkeit, das eigene Verhalten planvoll und kontrolliert an die jeweilige Situation anzupassen. Sie wirken zerstreut, fahrig oder vorlaut, haben häufiger Unfälle, lernen eventuell schlechter sprechen und haben neben den sozialen Schwierigkeiten Probleme beim Lesen- und Schreibenlernen.

Zur Therapie der Störung dient gemäß den Leitlinien der Kinderärzte, Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten ein ganzheitliches („multimodales“) Konzept. Es umfasst die Aufklärung und Beratung der Eltern, Interventionen in Kindergarten oder Schule, kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen und – falls erforderlich – Pharmakotherapie mit Stimulanzien, also dem Wirkstoff Methylphenidat (unter anderem Ritalin), oder Atomoxetin (Strattera). Der Arzt darf Methylphenidat allerdings nur mit einem speziellen Betäubungsmittelrezept verordnen. Darüber hinaus existieren weitere Auflagen, damit die Medikamente im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie verordnet werden, wenn sich andere Behandlungen als unzureichend erwiesen haben. Methylphenidat wirkt auf den Dopaminhaushalt in den Nervenzellen des Gehirns ein. Das Kind wird so weniger durch innere und äußere Reize abgelenkt.

Ritalin wird zum Verkaufsschlager. Die Geschichte des Verkaufsschlagers der Firma Ciba für ihren Wirkstoff Methylphenidat startete 1944 mit einem zur damaligen Zeit üblichen Selbstversuch, den der Chemiker Leandro Panizzon – Entdecker des Wirkstoffs – und seine Ehefrau Marguerite (Rita) unternahmen. So leitet sich der Produktname Ritalin aus dem Spitznamen der Ehefrau ab, die insbesondere von der Leistungssteigerung beim Tennisspiel profitierte. Ritalin kam 1954 auf den deutschsprachigen Markt und hat seit den 90er Jahren eine beeindruckende Absatzsteigerung erfahren (siehe Abbildung „Ärzte verordnen mehr Psychostimulanzien“ auf Seite 27). Weitere Wirkstoffe wie Atomoxetin, Dexamfetamin und seit 2013 auch Lisdexamfetamin folgten. Methylphenidat brachte es zwischen 1981 und 2013



allein in Deutschland auf einen Bruttoumsatz von knapp einer Milliarde Euro. Der Blick auf die verordneten Tagesdosen an Psychostimulanzien deutet auf eine Stagnation auf hohem Niveau in den letzten Jahren hin. Doch dies ist ein Trugschluss angesichts der Tatsache, dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren seit Jahren rückläufig ist. Rein rechnerisch haben die verordneten Tagesdosen 2009 ausgereicht, um 12,1 je 1.000 Kindern und Jugendlichen dieser Altersgruppe auf Dauer zu behandeln. Im Jahre 2013 lag dieser Wert – bei schrumpfenden Versichertenzahlen in dieser Altersgruppe – bei 13,2. Hier ist also keine Entwarnung angesagt.

Der Einsatz von Medikamenten ist immer mit einem Abwägen von Nutzen und Risiken verbunden – das trifft insbesondere für Wirkstoffe wie Methylphenidat oder Atomoxetin zu. Zu den unerwünschten Wirkungen dieser Medikamente gehören laut Berichten Selbstmorde oder Selbstmordversuche. Ein indikationsgerechter und wohldosierter Einsatz dieser Psychopharmaka unter Beobachtung eines Experten ist deshalb dringend geraten.

Starker Anstieg bei Psychostimulanzien. Für knapp 43 Prozent der AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose verordneten Ärzte im Jahr 2013 spezifische Medikamente. Zwischen 1999 und 2013 stieg die Zahl dieser Verordnungen GKV-weit um über 600 Prozent. Trotz der Emp-

fehlungen, bei einer ADHS-spezifischen Pharmakotherapie Zurückhaltung zu üben, setzen Ärzte diese offensichtlich sehr häufig ein. Bei den Jungen mit der Diagnose ADHS liegt der Behandlungsgipfel bei etwa 60 Prozent im Alter von 13 bis 15 Jahren, bei den Mädchen in dieser Altersgruppe bei fast 45 Prozent. Rund die Hälfte aller bei der Gesundheitskasse versicherten ADHS-Patienten bekommen in diesem Alter also Psychopharmaka. Kritisch ist auch der hohe Anteil der Erwachsenen zu sehen, die diese Präparate verordnet bekommen, obwohl mögliche Auswirkungen einer langjährigen Therapie ungewiss sind.

Von den mit Medikamenten behandelten AOK-versicherten Patienten erhält nahezu jeder zweite (48 Prozent) Verordnungsmengen von mehr als 180 Tagesdosen (DDD). Diese Menge lässt auf einen chronischen Gebrauch schließen, wenn man die gängige Praxis von Therapiepausen am Wochenende oder in den

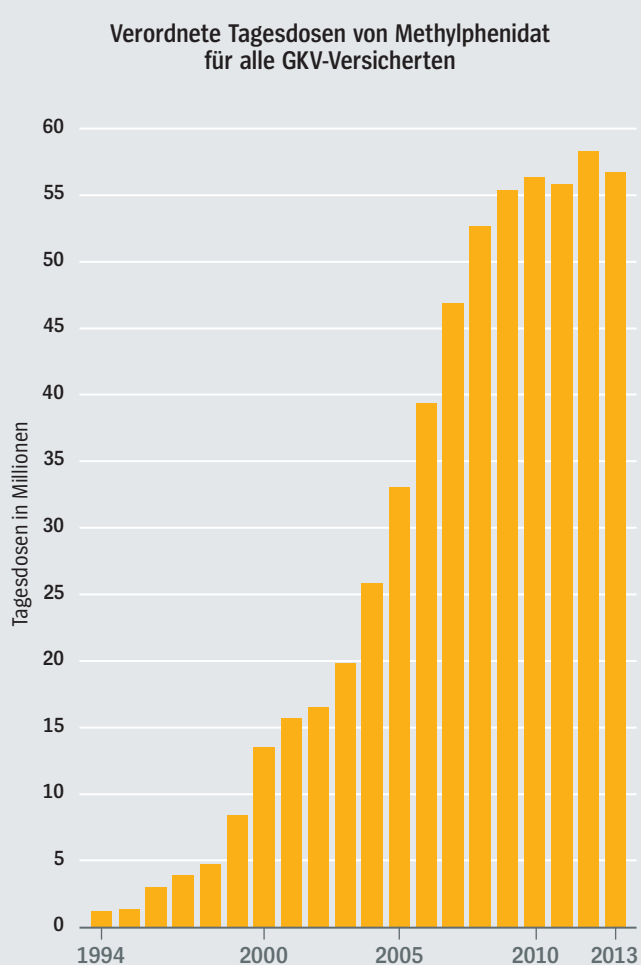
Schulferien berücksichtigt. Allerdings erhält auch ein Drittel der Patienten mit Pharmakotherapie weniger als 100 DDD, sodass die Wirkstoffe in diesen Fällen vermutlich nur kurzfristig oder niedrig dosiert eingesetzt wurden. Eine medikamentöse Dauertherapie liegt bei jedem zweiten Jungen mit ADHS vor (Mädchen: 44 Prozent). Ein zurückhaltender Einsatz mit weniger als 100 DDD ist eher bei Mädchen (36 Prozent) als bei Jungen (30 Prozent) zu beobachten. Dies lässt sich als ein Hinweis auf einen höheren Schweregrad von ADHS bei Jungen interpretieren.

Große regionale Unterschiede. Wie schwierig Diagnose und Behandlung von ADHS sind, lässt sich an den regionalen Unterschieden ablesen. So lag die dokumentierte Häufigkeit von ADHS nach den AOK-Daten in allen fünf östlichen Bundesländern über dem Bundesdurchschnitt, in den Stadtstaaten hingegen darunter. Möglicherweise unterscheidet sich die Morbidität zwischen den Regionen tatsächlich. Vielleicht beeinflusst aber auch die gute ADHS-Versorgung in Ballungszentren die Diagnosestellung. In städtisch geprägten Regionen wie beispielsweise Berlin oder Hamburg werden die regionalen Bemühungen um eine adäquate Diagnostik und Therapie der Störung koordiniert. Die Vermutung liegt nahe, dass erfahrene Experten mit einer ausführlichen und leitliniengerechten Differenzialdiagnostik den Verdacht auf ADHS öfter entkräften können.

Auch in der Behandlung von ADHS-Patienten mit einschlägigen Psychopharmaka bestehen große regionale Unterschiede. Die medikamentösen Therapien werden eher nicht in den Ballungsgebieten, sondern im ländlichen Raum eingesetzt. So belegt das bayerische Amberg den Spitzenplatz im Ranking der 412 Regionen Deutschlands: Mehr als zwei Drittel (68 Prozent) aller ADHS-Patienten werden hier medikamentös behandelt, während in Passau, ebenfalls Bayern, gerade einmal jeder fünfte Patient die entsprechenden Psychopharmaka erhält.

Nutzen der Therapie erforschen. Neben der medikamentösen Therapie erhielten 2012 ein Drittel der betroffenen AOK-versicherten Kinder zwischen drei und 17 Jahren Ergo-, Logo- oder Physiotherapien. Sieben Prozent gingen zur Psychotherapie. Dabei hat jede Altersklasse ihr spezifisches Behandlungsmuster (siehe Tabelle „Therapeutische Vielfalt bei ADHS“ auf Seite 27): In der Vorschulzeit bekommen die Kinder kaum Psychostimulanzien (1,8 Prozent), aber mehr als jedes zweite Kind mit einer ADHS-Diagnose geht zu Heilmitteltherapeuten (insbesondere zur Ergotherapie und/oder Sprachtherapie). Bei den Grundschulkindern mit einer ADHS-Diagnose steht nach wie vor die Heilmittelbehandlung im Vordergrund (46 Prozent mit mindestens einer Behandlung). Jedoch erhält immerhin jedes dritte Schulkind mit ADHS auch ein entsprechendes Medikament. Bei den Kindern und Jugendlichen zwischen elf und 17 Jahren hat die medikamentöse Therapie Priorität (54 Prozent); Ergotherapien und Physiotherapien verlieren an Bedeutung (rund neun beziehungsweise rund sechs Prozent). Grundschüler und Schüler der weiterführenden Schulen erhalten Psychotherapie – bei ADHS empfohlen – wie auch alle anderen Behandlungsarten häufiger, als Kinder und Jugendliche, bei denen keine ADHS diagnostiziert wurde.

Ärzte verordnen mehr Psychostimulanzien



Konzentration per Pille: Die Menge der verordneten Tagesdosen von Methylphenidat (häufigster Vertreter unter den Psychostimulanzien) ist in den vergangenen 20 Jahren in die Höhe geschossen. Während Ärzte 1994 lediglich 1,2 Millionen Tagesdosen an gesetzlich Versicherte verordneten, waren es 2013 bereits 56,7 Millionen Tagesdosen. Ein Großteil dieser Präparate geht an ADHS-Patienten. *Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK*

Die AOK-Daten zeigen, dass Ärzte und andere Therapeuten ADHS umfangreich und vielfältig behandeln. Allerdings lässt die Analyse keine Schlüsse auf einen indikationsgerechten Einsatz und den Erfolg von Behandlungen zu. Es besteht weiterer Forschungsbedarf in der Frage, ob der Nutzen der Therapien die Nebenwirkungen und Belastungen übersteigt.

Einschulungsalter beeinflusst Diagnosehäufigkeit. Da die meisten ADHS-Diagnosen und -Behandlungen Kinder im Grundschulalter betreffen, lohnt sich ein Blick auf den Zusammenhang mit der schulischen Situation. Verschiedene Studien aus den USA, Island, Kanada und Dänemark haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für eine ADHS-Diagnose vom Einschulungsalter abhängt. So geht aus einer US-amerikanischen Studie aus dem Jahr 2010 hervor, dass relativ früh eingeschulte und damit innerhalb einer Klasse jüngere Kinder im Vergleich zu relativ spät eingeschulter Kindern deutlich häufiger eine ADHS-Diagnose erhielten: 8,4 Prozent der Kinder aus dem jüngsten Monat einer Schuljahrgangsstufe, aber nur 5,1 Prozent der Kinder aus dem ältesten Monat. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass Lehrer das kindliche Verhalten im Vergleich innerhalb einer Jahrgangsstufe einschätzen. Möglicherweise werden viele ADHS-Diagnosen dadurch ausgelöst, dass die jüngeren Kinder sich entwicklungsbedingt in der Schule weniger angemessen verhalten – also sich beispielsweise leichter ablenken lassen als ihre älteren Mitschüler.

AOK-Daten belegen Zusammenhang. Erstmals lässt sich der Effekt des Einschulungsalters auf die ADHS-Diagnoseraten auch für Deutschland nachweisen. Auf Basis der AOK-Daten für Schulkinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren konnte dieser Zusammenhang für das Jahr 2012 untersucht werden. Das Einschulungsdatum eines Kindes

geht aus den Routinedaten einer Krankenkasse nicht hervor. Deshalb hat das WiDO den theoretischen Altersunterschied von bis zu zwölf Monaten innerhalb einer Schuljahrgangsstufe ermittelt als Differenz zwischen dem Einschulungsstichtag in dem jeweiligen Bundesland und dem Geburtstag eines Kindes.

Bundesweit wurden 90 Prozent aller Schulkinder des Jahrgangs 2012/13 fristgemäß eingeschult. Jungen werden eher verspätet eingeschult als Mädchen (8,3 gegenüber fünf Prozent), dafür Mädchen häufiger frühzeitig als Jungen (3,9 gegenüber 2,4 Prozent). Die ADHS-Häufigkeit liegt bei den jüngsten Kindern eines Jahrgangs mit 6,3 Prozent im ersten Monat nach dem Einschulungsstichtag deutlich höher als bei den jeweils ältesten Kindern eines Jahrgangs mit 5,4 Prozent im zwölften Monat nach Stichtag. Dieser Effekt zeigt sich bei beiden Geschlechtern. Damit hatten die jüngeren Kinder eines Schuljahrgangs im Jahr 2012 ein um etwa ein Sechstel erhöhtes Risiko, dass ein Arzt bei ihnen die Diagnose ADHS stellt.

Wie sich eine langjährige Behandlung mit Psychostimulanzien auswirkt, ist ungewiss.

Therapeutische Vielfalt bei ADHS

AOK-versicherte Kinder mit ADHS und deren Therapiespektrum (2012)

	Vorschule (3–5 Jahre)	Grundschule (6–10 Jahre)	Weiterführende Schule (11–17 Jahre)
Medikamentöse Therapie mit Psychostimulanzien/Atomoxetin	1,8% *0,0%	34,1% 0,3%	53,9% 0,3%
Psychotherapie	2,1% 0,2%	6,2% 0,8%	7,3% 1,0%
Ergotherapie	30,1% 2,2%	33,9% 4,4%	9,4% 0,8%
Logopädie	24,0% 9,0%	13,0% 8,2%	3,6% 1,3%
Physiotherapie	3,7% 1,7%	3,3% 2,4%	6,4% 5,8%

*Kursivstellung: Kinder ohne ADHS

Experten empfehlen bei ADHS eine ganzheitliche Therapie. AOK-versicherte Kinder mit der Entwicklungsstörung bekamen im Vorschulalter hauptsächlich Heilmittel wie Ergo- und Logopädie (30 beziehungsweise 24 Prozent der Kinder), aber selten Psychostimulanzien. Dagegen steigt bei den Schulkindern der Anteil der ADHS-Patienten, die Wirkstoffe zur Konzentrationsförderung einnehmen.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Ist die frühe Einschulung sinnvoll? Da sich die ADHS-Diagnosestellung auf das Vorliegen der Symptomatik aus zwei Lebensbereichen stützt, hat vermutlich neben der Einschätzung der Eltern aus der familiären Situation auch die Beurteilung durch die Lehrer im schulischen Umfeld einen Einfluss. Der altersadäquate Reifezustand eines Kindes sollte bei der Diagnosestellung unbedingt Berücksichtigung finden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass angesichts des Mangels an einheitlichen Tests und Schwellenwerten Kinder eine ADHS-Diagnose erhalten und gegebenenfalls sogar therapiert werden, obwohl sie gar keine Entwicklungsstörung haben, sondern nur im Vergleich mit ihren älteren Mitschülern auffallen. Dies kann für die betroffenen Kinder nachteilige Folgen haben: Stigmatisierung durch die ADHS-Diagnose und Beeinträchtigung ihrer ansonsten unauffälligen, altersgerechten kindlichen Entwicklung. Die vorliegenden Ergebnisse dürften die Diskussion um das optimale Einschulungsalter von Kindern neu beleben. Dabei muss sich die Bildungspolitik der Frage stellen, ob eine frühe Einschulung sinnvoll ist und ob die schulischen Institutionen dem normalen, gesunden Entwicklungsstand auch der jüngeren, früh eingeschulter Kinder in allen Fällen gerecht werden.



Die jüngeren Kinder einer Schulklasse tragen ein höheres Risiko für eine ADHS-Diagnose als ihre älteren Mitschüler.

Verträge verbessern die Versorgung. Kinder und Jugendliche mit ADHS tragen höhere Gesundheitsrisiken. Nach AOK-Daten lag beispielsweise das Risiko, einen Knochenbruch zu erleiden, bei Drei- bis 17-Jährigen mit ADHS im Jahr 2012 um mehr als 30 Prozent höher als in der Vergleichsgruppe ohne ADHS-Diagnose. Auch die zahlreichen diagnostischen und therapeutischen Termine belasten die ADHS-Patienten und ihre Familien.

Daher haben die AOK Rheinland/Hamburg (seit dem Jahr 2010, beziehungsweise 2012), die AOK Bremen/Bremerhaven (für die Region Bremerhaven, seit 2011) und die AOK Sachsen-Anhalt (seit 2013) mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen. Zu den Partnern im Rheinland gehören zudem die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Landesverband Nordrhein-Westfalen), der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte und die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung.

An den Programmen teilnehmen können AOK-versicherte Kinder und Jugendliche mit der Diagnose ADHS. Im Rahmen der AOK-Verträge prüfen und sichern die beteiligten Ärzte die Diagnose. Die Behandlungskonzepte sehen beispielsweise Psychotherapie und Elternt raining vor und haben zum Ziel, die Therapie mit Psychostimulanzien zu verringern oder zu vermeiden. Die beteiligten Kinderärzte und Psychotherapeuten absol-

vieren einschlägige Fortbildungen und nehmen an Qualitätszirkeln teil. Eine Zusatzvergütung sorgt dafür, dass sie sich für ADHS-Patienten mehr Zeit nehmen können. Zudem sollen sie die Patienten durch ein Netz unterschiedlicher Angebote leiten. In Sachsen-Anhalt stehen zusätzlich zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung gruppentherapeutische Maßnahmen im Fokus des Programmes sowie die direkte psychosoziale Unterstützung in Schule und Familie.

An dem Programm der AOK im Rheinland nehmen mittlerweile mehr als 2.000 Versicherte teil, bei denen ein Verdacht auf ADHS besteht. Das Hauptaugenmerk liegt dort auf der klaren Diagnosestellung. Im Rahmen des Vertrags finden quartalsweise ärztliche Untersuchungen statt.

Befragung belegt Erfolge. Erste Ergebnisse der Evaluation des Programms der AOK Rheinland/Hamburg werden im November 2014 erwartet. Eine Auswertung von Arzneimitteldaten zeigt bereits jetzt einen positiven Trend: So sank laut AOK Rheinland/Hamburg im Rahmen des Vertrages im Rheinland die Zahl der mit Methylphenidat behandelten Kinder und Jugendlichen um rund ein Viertel. Das Bremer Leibniz-Institut für Präventionsforschung hat das Programm in der Region Bremerhaven begleitet und Ende 2012 Ergebnisse einer Befragung von rund 100 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Eltern vorgelegt: 72 Prozent der Eltern und 81 Prozent der Kinder fanden, dass sich bestehende Probleme verändert oder verbessert haben. 86 Prozent der Eltern und 78 Prozent der Kinder meinten zudem, dass sich die Teilnahme am Behandlungsprogramm gelohnt hat. Die Probleme der Kinder in der Schule zu lösen, nannten dabei nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder und die Therapeuten als wichtigstes Ziel. An zweiter Stelle stand, die Konzentrationsfähigkeit zu erhöhen, gefolgt vom Wunsch, die Impulsivität der ADHS-Kinder besser zu kontrollieren.

Selbsthilfe fördern. Weitere AOKs wollen die ADHS-Versorgung ebenfalls verbessern. So unterstützt die AOK Nordost aus Mitteln der Selbsthilfeförderung ADHS-Projekte, wie zum Beispiel im Herbst 2011 ein Selbsthilfe-Wochenende für betroffene Kinder und Eltern. Eines dieser Projekte, das ADHS-Puppenspiel „Hannah und Moritz – Die Reise zum eigenen Ich“ ist zu einem Präventionsangebot für Kitas weiterentwickelt worden. Die Erzieherinnen basteln und gestalten gemeinsam mit den Kindern Handpuppen, entwickeln und studieren eine entsprechende Geschichte ein und führen sie auf. So können sich Erzieherinnen, Kinder und Eltern spielerisch mit dem Thema Verhaltensauffälligkeiten auseinandersetzen.

Sorgfältig diagnostizierende Ärzte, speziell ausgebildete Therapeuten, familiäre Unterstützung und angemessene schulische Anforderungen können dazu beitragen, dass Kinder wie Paul die Chance bekommen, unbeschwert zu spielen, zu lernen und zu wachsen. ■

Helmut Schröder ist Stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Dr. Katrin Schüssel** und **Andrea Waltersbacher** sind Mitarbeiterinnen des WIdO.
Kontakt: Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de

„Wichtig sind verlässliche Erwachsene“

Gemeinsame Mahlzeiten, eine klare Tagesstruktur, weniger Medienkonsum und gute familiäre Beziehungen empfiehlt Kinderarzt **Eckhard Ziegler-Kirbach** bei ADHS. Dennoch hält er Psychostimulanzien zur Steigerung der Aufmerksamkeit für manchmal unverzichtbar.

Die Zahl der ADHS-Diagnosen hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Welche Ursachen sehen Sie?

Eckhard Ziegler-Kirbach: Unsere Aufmerksamkeit wird heute stärker beansprucht als je zuvor. Menschen, die ihre Aufmerksamkeit schlecht lenken können und mit der emotionalen Steuerung Schwierigkeiten haben, kommen in einer komplexen Gesellschaft schlechter zurecht. Auch haben wir eine stärkere Sensibilität für ADHS entwickelt. Wir haben mehr und bessere diagnostische Verfahren und Therapiemöglichkeiten. Menschen, die diesbezüglich unter Druck geraten, wenden sich heute eher an einen Arzt und Therapeuten.

Notlösung oder Basistherapie: Welche Rolle spielen Medikamente wie Ritalin in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS?

Ziegler-Kirbach: Es ist wichtig, die Therapieziele möglichst konkret zu formulieren und sich zu überlegen, in welchem Zeitraum welche Fortschritte erreicht werden sollen. Davon hängen Auswahl und Anpassungen der begleitenden Therapien ab. Die stärkste Wirkung auf die Hauptsymptome – geringe Konzentration und kurze Aufmerksamkeitsspanne, Impulsivität, motorische Unruhe beziehungsweise Hyperaktivität – hat die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien, darunter Methylphenidat, das Ärzte seit circa 60 Jahren bei ADHS verordnen.

Welche Risiken birgt die Therapie mit Psychostimulanzien?

Ziegler-Kirbach: Wie die meisten Arzneien können Psychostimulanzien unerwünschte Nebenwirkungen haben. Dazu gehört eine Appetitminderung, die durch ein gutes Frühstück vor der Einnahme und eine ausgewogene Mahlzeit nach dem Abklingen der Wirkung aufgefangen werden kann. Das Wachstum kann sich während der Therapie etwas verzögern. Dagegen enthält die Fachliteratur keine Belege für körperliche Abhängigkeiten von Psychostimulanzien. Allerdings scheinen sie immer öfter missbräuchlich zur Leistungssteigerung verwendet zu werden. Drogenabhängige nehmen sie als Beigebrauch. Daher verordnen Ärzte die Wirkstoffe auf einem Betäubungsmittel-Rezept.

Was empfehlen Sie Eltern von Kindern mit ADHS?

Ziegler-Kirbach: Als erstes sollten sie nach Möglichkeit das, was die Aufmerksamkeit stört und abzieht, verringern oder beseiti-

gen. Dazu gehört beispielsweise der Dauergebrauch von Handys und Smartphones oder unreguliertes Fernsehen und Spielen am PC. Besonders bei Jugendlichen können Müdigkeit und Schlafmangel eine erhebliche Rolle spielen. Wachheit ist die Voraussetzung für eine gute Aufmerksamkeit. Besonders wichtig sind klare, verlässliche Erwachsene, vor allem die Eltern, aber auch Erzieherinnen, Lehrkräfte oder Sporttrainer. Eine klare Tagesstruktur gibt allen eine sichere Orientierung. Sehr hilfreich sind gemeinsame, entspannte Mahlzeiten. Die gemeinsame Zeit sollten alle als möglichst harmonisch erleben, damit die Beziehungen stabil bleiben. Über die guten Beziehungen bleibt der elterliche Einfluss wirksam.



Eckhard Ziegler-Kirbach ist Kinderarzt und betreibt zusammen mit seiner Kollegin Leonore Gehrt eine Praxis in Bremerhaven. www.ziegler-gehr.de

Sie beteiligen sich an einem Versorgungsvertrag der AOK Bremen/Bremerhaven. Welchen Nutzen hat das Konzept für Ihre ADHS-Patienten?

Ziegler-Kirbach: Der größte Nutzen ist die Zeit, die wir den ADHS-Patienten und ihren Eltern geben können. Nach einer ausführlichen Diagnostik erarbeiten wir Therapieziele. Wir bereiten eine notwendige Arzneitherapie intensiv vor und begleiten sie. Wir unterstützen Eltern und stärken Kinder und Jugendliche in ihrer Eigenverantwortung und Selbsteinschätzung. Zudem arbeiten wir über den ADHS-Vertrag eng mit Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten zusammen. Alle drei Monate treffen wir uns in einem interdisziplinären Qualitätszirkel. Mit dem ADHS-Vertrag hat die AOK Bremen/Bremerhaven eine Vorreiterrolle übernommen. Wir haben einen stabilen und verlässlichen Rahmen für unsere Arbeit. Mein großer Wunsch ist, dass sich auch ADHS-Patienten von anderen Krankenkassen in solche Verträge einschreiben können. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.