

ADHS in ÖSTERREICH

Ein Aufruf, Kinder vor marketingorientierter Behandlung zu schützen



Ein Bericht der
Bürgerkommission für Menschenrechte Österreich
Oktober 2015

HINWEIS IN EIGENER SACHE

Sämtliche in dieser Broschüre enthaltenen Informationen stellen eine Anregung zum Nachdenken und zur Diskussion zum Thema „ADHS in Österreich“ dar, sind jedoch weder als medizinischer oder juristischer Rat, noch als fachmännische Empfehlung zu verstehen. Wenn Sie den Gesundheitszustand einer Person abklären wollen, sprechen Sie mit einem Allgemeinmediziner oder Facharzt.

DANKSAGUNG

Die Bürgerkommission für Menschenrechte dankt Ihren vielen Freunden und Mitgliedern für die fachmännischen Beiträge und Hinweise, und für die finanzielle Unterstützung, die den Druck dieser Broschüre ermöglichte.

Impressum

Die Österreichische Bürgerkommission für Menschenrechte ist Teil des internationalen Netzwerks von CCHR, das sich mit Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie befasst. CCHR wurde von der Church of Scientology und dem inzwischen verstorbenen Professor für Psychiatrie, Dr. Thomas Szasz gegründet. CCHR ist eine Non-Profit-Organisation.

Für den Inhalt verantwortlich

Bürgerkommission für Menschenrechte
Akaziengasse 34
1230 Wien Tel: 01/ 8770223
Mail: info@cchr.at

© 2015 CCHR. Alle Rechte vorbehalten. Citizens Commission on Human Rights, CCHR und das CCHR Logo sind eingetragene Warenzeichen und im Besitz der Citizens Commission on Human Rights. Alle Rechte dieses Berichtes liegen bei der Bürgerkommission für Menschenrechte Österreich

EINFÜHRUNG

Wenn man sich mit dem Thema ADHS auseinanderzusetzen beginnt, wird eine Aussage unweigerlich immer wieder ins Auge fallen: „Es ist komplex“.

Was ist mit „es ist komplex“ eigentlich gemeint?

Das Zusammenwürfeln dieser höchst vielfältigen und unterschiedlichen, und darüber hinaus nur allgemein beschriebenen Verhaltensmuster von Kindern und ihre Reduktion auf „eine Krankheit ADHS“ bedingt natürlich schon für sich bereits eine vermeintliche Komplexität.

Wenn wir uns das Thema ADHS ansehen und Gewissheiten und Variablen voneinander isolieren und nur mit den Gewissheiten arbeiten würden, wäre das Problem immer noch komplex?

Könnten wir dann nicht effiziente Mittel finden und Wege beschreiten, die Kindern, ihren Familien und ihrer Umwelt helfen würden, ihre Probleme zu bewältigen?

Dieser Bericht versucht, Gewissheiten und Variablen zu isolieren, in der Hoffnung, dass in Österreich ein Weg der Gewissheit beschritten wird, und Menschen nicht aufgrund eines undifferenzierten Gesichtspunkts stigmatisiert werden.

Dieser Bericht thematisiert die wissenschaftliche Gültigkeit einer „ADHS-Diagnose“, und ob und inwieweit sie nicht der eigentlichen Ursachenfindung zu den beschriebenen Symptomen im Wege steht, wenn nicht diese gar unmöglich macht.

Gegenwärtig ist die internationale und österreichische Entwicklung so, dass die Behandlung von ADHS mit Medikamenten, die auf das Zentralnervensystem einwirken, die Behandlung erster Wahl und damit auch die am weitest verbreitete ist.

Wenn eine Diagnose aber nicht nach einer Ursache forscht und diese in die Behandlung inkludiert, was bedeutet dies dann für den Patienten? Bedeutet dies nicht, dass er dann mit ziemlicher Sicherheit mit falschen Mitteln behandelt wird?

Was bedeutet es für ein Kind, mit einer wissenschaftlich nicht belegten Geisteskrankheit diagnostiziert zu werden? Bedeutet dies nicht ein Stigma, dem es sein ganzes Leben erfahrungsgemäß nie wieder entkommen wird?

Dieser Bericht enthält Aspekte über die geschichtlichen Hintergründe der ADHS-Diagnose und den Einsatz von Psychopharmaka und über deren Nebenwirkungen, den Einfluss der Marketing-Kampagnen der pharmazeutischen Industrie, den alternativen Ansatz ohne Medikamente, dem viel zu wenig Aufmerksamkeit zukommt, den Berichten der Vereinten Nationen und der EU über die Problematik der Überdiagnostizierung von ADHS und der Verabreichung von Psychostimulanzien an Kinder und das Fehlen von Beweisen für deren positive Wirkung auf die Entwicklung der Betroffenen.

Es sollte eigentlich alarmieren, dass eine schwammige Symptomenbeschreibung Fehldiagnosen nach sich zieht, und dass Kinder mit psychoaktiven^a Drogen behandelt werden, wo dies nicht indiziert ist.

Ähnlich wie in den meisten anderen westlichen Ländern nimmt die Zahl der ADHS-diagnostizierten Kinder in Österreich stetig zu, und die Verordnung von Psychopharmaka an Kinder ist während der letzten Jahre dramatisch gestiegen.

“(...) there are signs that the total manufacture and use of central nervous system stimulants for the treatment of ADHD are not leveling off.”

(INCB - International Narcotics Control Board – UNO; Annual Report 2012)

In Abwesenheit von einem klaren Verständnis in der Gesellschaft über die tatsächlichen Ursachen von verhaltensauffälligen Symptomen, die durchaus nicht komplex sind, kann davon ausgegangen werden, dass in Zukunft eine wachsende Zahl von Kindern Gefahr läuft, eine nicht ordnungsgemäße Diagnose und Behandlung von Symptomen zu erfahren, und dass ein nicht unerheblicher Teil der österreichischen Kinder und Jugendlichen Opfer einer schnellen Verabreichung mit Psychostimulanzien und/oder anderen Psychopharmaka werden, während Lösungen ohne Medikamente zur Verfügung stehen und nicht ausreichend Beachtung finden.

Diese Recherche und dieser Bericht sind ein Appell, mehr auf die natürliche Entwicklung der Kinder zu vertrauen und sich verstärkt auf die Verbesserung der Bedingungen zu konzentrieren, unter denen Kinder aufwachsen, wie in den Bereichen Ernährung, Bildung und soziales Umfeld.

Es ist ein Appell, zeitgerecht zu intervenieren, anstatt Kinder mit einer „Krankheit“ zu etikettieren und medikamentös zu „therapieren“, um sie bequemen gesellschaftlichen Normen anzupassen.

^a **Psychoaktive (Drogen oder Substanz):** als, psychoaktive Substanz, psychotrope Substanz oder Psychotropikum wird ein Wirkstoff bezeichnet, der die menschliche Psyche beeinflusst. Jede von außen zugeführte Substanz, die Veränderungen der Psyche und des Bewusstseins eines Menschen bewirkt, wird als psychotrop oder psychoaktiv bezeichnet. Dazu zählen alle Arten von Psychopharmaka.

INHALT

EINFÜHRUNG	3
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom VON DER VERHALTENS-UNART ZUR VERHALTENS-STÖRUNG	7
ADHS (HKS) DIAGNOSE	12
DSM 5 – ICD 10	
Interpretation statt Wissenschaft	
Ätiologie	
Das Multiaxiale Klassifikationsschema	
Programmierte Falschdiagnostik und zunehmende Verbreitung	
Die „bösen“ Allgemeinmediziner	
Konsensus-Erklärungen sind Meinungs-„Wissenschaften“	
Vernachlässigte Ursachenfindung	
PSYCHOPHARMAKA ZUR BEHANDLUNG VON ADHS	23
Verschreibungssituation in Österreich	
Die biologische Irreführung	
Trotzdem Methylphenidat und Co.	
Nebenwirkungen bei bis zu 78 Prozent der Kinder	
Strattera® - Die wundersame Wandlung vom Inkontinenzmittel zum ADHS Medikament	
Erzeugung von psychischen Krankheiten durch Stimulanzien	
Keine Beweise, dass Medikamente Schulleistungen günstig beeinflussen	
DER EINFLUSS DER PHARMAINDUSTRIE	33
Zielgruppe Politiker	
Zielgruppe Eltern und Pädagogen	
MÖGLICHE URSACHEN FÜR ADHS SYMPTOME	36
Ernährung	
Schule	
Familiäre und soziale Probleme	
Medizin/Biologie	
Umweltgifte und Drogen	

BEHANDLUNGS-ANSATZ OHNE MEDIKAMENTE WIRD VERNACHLÄSSIGT	41
DIE UNO UND EU ÜBER PSYCHOSTIMULANZIEN FÜR KINDER	43
SOZIALE FOLGEN FÜR DIE ZUKUNFT UNSERER GESELLSCHAFT	47
Das Pathologisieren von kindlichem Verhalten	
Stigmatisierung von Kindern	
Psychiatrierung der Pädagogik	
Zerstörung von Familienstrukturen	
Gefahr des Drogen-Missbrauchs	
Gesundheitskosten und Konsequenzen	
FORDERUNGEN ZUR DURCHSETZUNG DER UN EMPFEHLUNG	56
NACHWORT	57
Quellenverzeichnis	58

ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom^b VON DER VERHALTENS-UNART ZUR VERHALTENS-STÖRUNG

„Studien haben gezeigt, dass jedes Mal, wenn im DSM^c die Kriterien zur Diagnose geändert wurden, mehr Kinder mit ADHS diagnostiziert werden konnten“

Dr. Sami Timimi, Psychiater

Abgesehen davon, dass Heinrich Hoffmanns „Zappelphilipp“ niemals als pathologische Beschreibung einer krankhaften Störung gemeint war, sondern schlichtweg als ein unterhaltsames Weihnachtsgeschenk für seinen kleinen Sohn, gab es schon seit dem Beginn des 19. Jahrhundert Beschreibungen von unruhigen und unaufmerksamen Kindern.

Seit über zwei Jahrhunderten werden die unterschiedlichen Symptome von zu lebhaften Kindern als affektives oder moralisches Irresein, Neuropathie, Psychopathie, Neurasthenie, Hypermetamorphose, konstitutionelle Charakterfehler, angeborene Minderwertigkeit, moralischer Defekt, soziale Störung, geistige Krankheit, geistige Störung, geistige Behinderung, kindliches Irresein bezeichnet, wobei man sich letztendlich in unserer heutigen Zeit auf HKS^d-Hyperkinetisches Syndrom und ADHS-Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom geeinigt hat.

Als Ursachen wurden viele Gründe vermutet oder behauptet:

Hirnschaden, Hirnstörung, Stoffwechselstörung, Vererbung, Degeneration, genetische Störung, Neurotransmitter-Chemie, Unart der Kinder, Erziehungsunfähigkeit der Eltern, sozialer Druck, Fehlernährung, Umwelteinflüsse, Reizüberflutung und vieles mehr. Die Liste ist lang und kann sicherlich erweitert werden.

Ursprünglich wurden auffällige Kinder als Idioten oder Schwachsinnige bezeichnet. Ausdrücke, die nachvollziehbarerweise von Eltern und Gesellschaft sozial inakzeptabel waren.

Später wurden diese Kinder mit „Minimal brain damage syndrome“, „Minimal brain disorder“ und „Minimale Cerebrale Dysfunktion“ etikettiert. Dies entwickelte sich ursprünglich aus der Tatsache, dass Kinder, die nach einer Gehirnhautentzündung gesundet waren, sehr oft Lernschwierigkeiten hatten und Hyperaktivität zeigten.

Psychiater, allen voran der deutsche Neuropsychiater Strauss, begannen die Vorzeichen einfach umzukehren und stellten die Behauptung auf, dass die Symptome Zeichen für eine Gehirnstörung seien. Allerdings sei die Störung so gering-minimal, dass sie nicht leicht entdeckbar wäre.

Die „Geringe Gehirnstörung“ klang nun wissenschaftlich, konnte sich aber letztendlich nicht durchsetzen, weil schlichtweg keine Beweise dafür erbracht werden konnten. Um Eltern jedoch zu überzeugen, landete man letztendlich bei dem Etikett „Hyperkinetische Reaktion der Kindheit“ und

^b **ADHS:** Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität

^c **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; engl. für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiater-Vereinigung), die es erstmals 1952 in den USA herausgab. Aktuell liegt die fünfte Auflage DSM-5 im englischen Original vor, die im Mai 2013 veröffentlicht wurde.

^d **HKS:** „Hyperkinetischen Syndrom“ ist die Bezeichnung, wie sie im ICD 10 verwendet wird. Erklärung dazu siehe auch Unterkapitel: DSM 5 – ICD 10. „ADHS“, als Begriff, ist populärer in der Verwendung.

später „Aufmerksamkeitsstörung“ (Attention deficit disorder/ADD) anstelle von „Gehirn“, womit gleich das Symptom der angeblichen Krankheit beschrieben wurde. Indem man beide Bezeichnungen zusammenfügte entwickelte sich schlussendlich das Konstrukt ADHS, welches seine endgültige Form mit der Einführung von DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition) im Jahr 1987 fand.

ADHS war geboren.

Mit dem Durchbruch von Psychopharmaka als generelles Behandlungskonzept für psychisch Kranke wurde auch die Pharmakotherapie für Kinder als neue Behandlung legitimiert und gefestigt.

Die Einführung von Methylphenidat als Behandlungskonzept begünstigte die Entstehung von ADHS als eigenständiges Krankheitsbild. Man machte Verhaltensauffälligkeiten von Kindern an einer psychopharmakologischen Substanz fest, als litten sie unter einen Mangel.



Tired patients respond to Ritalin

When lethargy is part of the emotional problem, consider Ritalin. Its gentle stimulant action restores physical and mental activity to normal.

"In mild depression or in clinical exhaustion syndromes, a marginal sympathomimetic drug, like methylphenidate (Ritalin), seems to be the drug of choice for initiating therapy. It does not have the toxic effects found with the amphetamines or with the hydrazines or other antidepressants."

Other comments on safety of Ritalin: "At no time was there evidence of serious toxic reactions [in a study of 185 patients]. The drug [Ritalin] did not produce alteration in blood forming factors, kidney and liver function."¹

"No significant toxic effects have resulted after the continuous administration of [Ritalin] for more than 3 years."²

SUPPLIED Tablets, 5 mg. (pale yellow), 10 mg. (pale blue) and 20 mg. (pale orange). For complete information about Ritalin (including dosage, cautions, and side effects), see current Physicians' Desk Reference or write CIBA, Summit, New Jersey.

REFERENCES 1. Singler, P.E. in Noline, J.H., and Mayer, J.H. (Editors): Psychomotoric Medicine, The First Hahnemann Symposium, Lea & Febiger, Philadelphia, 1962, p. 262.

2. Lapolla, A.: Western Med. 2:383 (Sept.) 1961.

3. Youn, R.E., and Daly, D.D.: Pediatrics 27:1025 (June) 1960.

Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA)

C I B A

Quelle: <http://www.procon.org>, Ritalin® Werbung 1963

Tatsächlich wurde Ritalin® in den 50er und 60er Jahren als Muntermacher und Antidepressivum für erschöpfte Hausfrauen und müde Männer beworben.



Ritalin® (methylphenidate CIBA) sparks energy

relieves chronic fatigue and mild depression

Certainly Ritalin isn't going to make a sprinter out of the slowest runner, or to keep him going through the day. But this gentle stimulant can spark energy—and enthusiasm—in the chronically fatigued, mild depressed patient. With easily absorbed and quick onset of action, the patient finds daily tasks no longer seem so large, and his energy seems to return.

Unlike most antidepressants, Ritalin acts promptly. It is less likely than antidepressants to cause excessive stimulation, and/or nervous, restless, depressive, or other side effects in the body.

Ritalin is widely cited for its outstanding safety record: untoward effects on blood, urine, or liver and kidney function are not to be anticipated. Side effects, if they occur, are generally mild.

Contraindications: Mental anxiety, tension, agitation. Contraindicated in patients with glaucoma and with epilepsy, except in certain epilepsy treated by anticonvulsant drugs.

Warnings: Should not be used for acute depression (insidious or endogenous) except in the hospital under careful supervision. Should not be used to increase mental or physical capacities beyond physiological limits.

Cautions: Patients with an abnormal heart rate or physical condition may need special attention. Use cautiously with amphetamines or amphetamine and in patients with hypertension.

Side Effects: Nervousness, insomnia, anorexia, nausea, dizziness, palpitation, headache, drowsiness, skin rash. Usually, about prompt and pain changes, both up and down, occur. Overly rapid behavior and psychic depression in emotionally unstable persons have occurred rarely.

Dosage: Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Change and desired good action and individual response, the average being 10 to 20 mg daily.

Supplied: Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA) Tablets, 5 mg. (pale yellow), 10 mg. (pale blue) and 20 mg. (pale orange). Complete information provided elsewhere. Write CIBA Pharmaceutical Company, Summit, N.J.

C I B A

Quelle: <http://www.procon.org>, Ritalin® Werbung 1967

The mean child who doesn't mean it... Is he a "hyperactive" problem child?



He seems in perpetual motion. In constant, purposeless activity. He's aggressive, destructive. Easily frustrated. Can't concentrate. He's bright, yet does poorly in school. He wants friends, yet companions shun him. His behavior makes him nearly unbearable to parents, teachers, playmates.

What's wrong with a child like this who may exhibit all or some of these symptoms in varying degrees of severity? His behavioral problems may be manifestations of Minimal Brain Dysfunction (MBD). If so, he is not alone. By one estimate this disorder affects 5 percent or more of our child population.

C I B A

For brief prescribing information, please see last page of this advertisement.

Recognizing the child with Minimal Brain Dysfunction and associated hyperkinetic behavior



What is the Problem Child's Problem?

Today there is growing recognition that the hyperactive "problem child" may indeed have a medical problem. Although vast strides are being made to identify and understand the problem, much has yet to be learned. Even internationally, a review of selected literature revealed a total of 38 terms used to describe or distinguish the conditions grouped as Minimal Brain Dysfunction—"hyperkinetic behavior syndrome," "organic brain dysfunction," "hyperkinetic impulse disorder," being but a few.

Signs and Symptoms of Minimal Brain Dysfunction

The characteristic signs most often observed in hyperactivity. They include perceptual-motor impairments, emotional lability, gross coordination deficits, disorders of attention, libidinal attention span, distractibility, perseveration, impulsivity, disorders of memory and thinking, specific learning disabilities (reading, arithmetic, writing, spelling), disorders of

speech and hearing, equivocal neurological signs, and electromyographic irregularities. Parents are usually the first to discover that something is "wrong." Hyperactivity, often the first detectable sign—and usually the most common and persistent—is readily apparent. Parents often sense that the child's overactivity is more than should be expected from a "normally" active youngster. The activity has no purpose. Exaggeration soon develops and, unfortunately, a feeling of "we must be doing something wrong" on the part of the parents. Teachers may quickly spot the MBD child. Often, he can't concentrate. Or, rather, he concentrates on everything. He may be disruptive. Often normal or above in intelligence, he frequently does poorly in classwork—the classic "underachiever."

The fortunate child is the one whose parents bring him to a physician. Because there may be a medical problem, and its control depends, in part, on medical management.

C I B A

For brief prescribing information, please see last page of this advertisement.

The child with Minimal Brain Dysfunction deserves early medical attention

Special Training and Drug Therapy Should be Started Early
The behavioral problems of the normal child may appear to improve or disappear by puberty. However, early diagnosis and treatment of MBD are essential if educational and developmental handicaps are to be minimized.

Diagnosis
As complete a history as possible (a suspect child including developmental history from infancy) plus physical examination can help the physician.

EEG and other neurologic tests often show only borderline abnormalities. In the child with Minimal Brain Dysfunction, the most common neurological impairment is motor impairment or inability to maintain gaze or posture, uncoordinated finger-to-nose and

alternating movements of the forearm, gait disturbance (cyclostepic or mirror movements when performing alternate repetitive and protrusion of the hands, involuntary myoclonic, speech disorders, and dyslexia).

Among the tests which psychologists have found useful for diagnosis and follow-up are: (1) the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), which measures verbal and performance abilities; (2) the Bender-Gossett, which measures perceptual and visual-motor coordination; and (3) the Goodenough-Harris Drawing Test, which can reveal deficits in the MBD child's fine-motor skills.

Examples of schoolwork and classroom behavior which may be indicative of the child's behavior and performance may provide further guidelines. The additional remedial measures have a better chance of success.

While the mode of action of CNS stimulants in the treatment of MBD is unknown, it may be that these stimulants act on higher cerebral centers of the brain and thereby "stimulate" greater conscious awareness and ability to cope with environmental stimuli. Indeed, these cerebral cortical stimulants may enhance an effective integration of behavior.

Stimulants as Adjunctive Therapy
However, despite lack of understanding of the mechanism involved, there is apparent consensus that Ritalin (methylphenidate) is useful as an aid in managing the child with Minimal Brain Dysfunction—when applied judiciously and as an adjunct to special education and counseling of parents and child. The rationale is that Ritalin can control symptoms—such as hyperactivity—thus additional remedial measures have a better chance of success.

A special role for Ritalin (methylphenidate) as an aid to management of Minimal Brain Dysfunction

In past years, Ritalin has gained wide acceptance as an effective and well-tolerated CNS stimulant. It is widely used to produce alertness and attention in children with attention deficit disorder, hyperactivity, and learning disabilities. These children may have a variety of problems and many cannot be treated with the usual CNS stimulants. Ritalin is often prescribed for these children because of its effectiveness in producing alertness and attention.

It is a record of efficacy with wide safety that helps justify Ritalin for its adjunctive role in MBD. Indeed, clinical studies have demonstrated that Ritalin can significantly benefit many MBD children by controlling hyperactivity. In general, side effects were mild and transient. These side effects may occur from the usual CNS stimulant effects of being less of appetite, sleeplessness, irritability, headache, and stomachache from overstimulation.

Many investigators recommend the use of Ritalin—as an adjunct to remedial methods of education and parent counseling—after careful, individual evaluation of the child.

Although the physician must be aware of the fact that Ritalin is normally expected to be a stimulant, it should make every effort to follow proper and being sought and understood. The physician should understand that Ritalin is not a cure, but a means of managing the child's behavior and performance. The physician should understand that Ritalin is not a cure, but a means of managing the child's behavior and performance.

the use of Ritalin—as an adjunct to remedial methods of education and parent counseling—after careful, individual evaluation of the child.

Although the physician must be aware of the fact that Ritalin is normally expected to be a stimulant, it should make every effort to follow proper and being sought and understood. The physician should understand that Ritalin is not a cure, but a means of managing the child's behavior and performance.

Many investigators recommend the use of Ritalin—as an adjunct to remedial methods of education and parent counseling—after careful, individual evaluation of the child.

Although the physician must be aware of the fact that Ritalin is normally expected to be a stimulant, it should make every effort to follow proper and being sought and understood. The physician should understand that Ritalin is not a cure, but a means of managing the child's behavior and performance.

the use of Ritalin—as an adjunct to remedial methods of education and parent counseling—after careful, individual evaluation of the child.

Although the physician must be aware of the fact that Ritalin is normally expected to be a stimulant, it should make every effort to follow proper and being sought and understood. The physician should understand that Ritalin is not a cure, but a means of managing the child's behavior and performance.

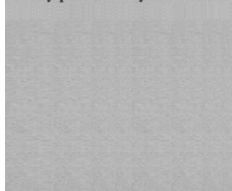
Many investigators recommend the use of Ritalin—as an adjunct to remedial methods of education and parent counseling—after careful, individual evaluation of the child.

Although the physician must be aware of the fact that Ritalin is normally expected to be a stimulant, it should make every effort to follow proper and being sought and understood. The physician should understand that Ritalin is not a cure, but a means of managing the child's behavior and performance.

C I B A

For brief prescribing information, please see last page of this advertisement.

Ritalin[®] hydrochloride (methylphenidate hydrochloride)



TABLETS

• Mild depression (often associated with chronic fatigue, apathy, or withdrawal behavior) in Minimal Brain Dysfunction in children (often manifested as the form of hyperactive behavior, as an aid to general management) • Drug-induced lethargy produced by tranquilizers, barbiturates, anticholinergics, and carbon dioxide • Anesthesia or sedation with behavior • Nervousness

CONTRAINDICATIONS

Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with diabetes.

WARNINGS

Ritalin should not be used for severe depression of other causes or endogenous origin. Because it may mask normal fatigue states induced by over-exertion, Ritalin should not be used to increase mental or physical capacities beyond physiological limits. Use cautiously in patients with hypertension and in patients with a history of asthma, since it may lower the convulsive threshold. Ritalin is not recommended for children under six years, since safety studies in this age group have not been completed.

Drug Interactions

Ritalin may increase the hypertensive effect of guanethidine. Use cautiously with pressor agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the metabolism of certain antipsychotics, anticonvulsants (phenytoin, diphenhydramine, phenobarbital, phenothiazines), and tricyclic antidepressants (doxepin, nortriptyline). Downward drug adjustments of these drugs may be required when given concomitantly with Ritalin.

Using in Pregnancy

The safe use of this drug in pregnant women or during lactation has not been established. Therefore, the benefits must be weighed against the potential hazards.

ADVERSE REACTIONS

Ritalin should be given cautiously to emotionally unstable patients, particularly those with a history of drug dependence (including alcoholism), since such patients may become dependent on their own will.

Chronic use can lead to marked tolerance and psychic dependence with varying degrees of abnormal behavior. If such psychic episodes can occur, especially with increased abuse. Concomitant depression as well as the effects of chronic overactivity can be controlled. Long-term follow-up may be required because of the basic personality disturbances involved.

PRECAUTIONS

Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary. Periodic CBC and platelet counts are advised during prolonged therapy.

Long-term therapy of Ritalin in children should be accompanied by regular medical follow-up including appropriate laboratory tests.

ADVERSE REACTIONS
Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions. Other adverse reactions include: headache, dizziness, dry mouth, skin rash, blood pressure, heart changes, both up and down, may occur; tachycardia, palpitations, headache, dizziness, dry mouth, skin rash. Blood pressure may be observed more frequently in children than in adults. A few instances of organ and cardiac abnormalities have occurred. Abdominal pain and weight loss during prolonged therapy have been reported and may occur more frequently in children.

DOSEAGE AND ADMINISTRATION
Administer orally, divided dose 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response.

Average dosage is 20 to 30 mg daily. Some patients may require up to 60 mg daily. In others, 10 to 15 mg daily will be sufficient. The few patients who are unable to sleep if medication is taken late in the day should take the last dose before 6 p.m.

In children with minimal brain dysfunction, as an aid in general management, start with small doses (2 mg before breakfast and lunch) with gradual increments of 2 to 10 mg daily. Daily dosage above 60 mg is not recommended. For pediatric adjustment of symptoms or other adverse effects are indications to reduce dosage or, if necessary, to discontinue the drug.

HOW SUPPLIED
Tablets: 20 mg (pink), bottles of 100 and 1000. Tablets, 10 mg (pink), bottles of 100, 500, 1000 and 5000. Syrup: Dispensers of 100, 500, 1000 and 5000. Syrup: Dispensers of 100, 500, 1000 and 5000. Syrup: Dispensers of 100, 500, 1000 and 5000. Syrup: Dispensers of 100, 500, 1000 and 5000.

C I B A

CIBA Pharmaceutical Company, Summit, New Jersey

Quelle: <http://www.procon.org>, Ritalin[®] Werbung 1970

Seitdem trat ADHS unaufhaltsam seinen Siegeszug als biologische Krankheit an, die bestmöglich mit psychoaktiven Medikamenten behandelt werden kann.

Der Schönheitsfehler, der gemeinhin dabei ignoriert wurde und wird, ist, dass es bis zum heutigen Tag keinerlei Beweise für die biologische Ursache gibt, und dass „gesunde“ Kinder ebenso wie „ADHS-Kinder“ in gleicher Weise auf Wirkungen und Nebenwirkungen von Methylphenidat reagieren.

Was in den 60ern offen ausgesprochen wurde:

„(...), dass man sich in Zeiten der Arbeitslosigkeit, des Doppelverdienertums, der stressigen Lern- und Ausbildungssituation weder häusliche Katastrophen noch schulisches Versagen leisten könne. Viel einfacher sei es, ein solches Kind zu medikalisieren, als den zeitaufwendigen Weg zu gehen, sich um Familie und Schule zu kümmern. (...)“.²

Dies ist fünfzig Jahre später im 21. Jahrhundert gültiger als je zuvor.

Nicht die Umwelt wird in Frage gestellt und für die Kinder lebenswerter gemacht, sondern Kinder werden aufgrund von Verhaltensmustern, die nicht in ein gewünschtes Schema passen, als „geisteskrank“ bezeichnet. Begründet wird dies mit einer (unbewiesenen) biologischen Ursache, und es wird mit Methoden behandelt, die sich nicht auf den oder die eigentlichen Auslöser beziehen.

ADHS (HKS) – Die „Diagnose“

„Das DSM hat keinen oder geringen Wert für eine Diagnose. Ebenso nicht für die Behandlung, weil egal welche Bezeichnung verwendet wird um diese Kinder zu klassifizieren, ihnen wird allen eine Ritalin®-Drogen-Therapie empfohlen, manchmal in Kombination mit einer Spiel- und Verhaltenstherapie.“

Dr. Abram Hoffer, Psychiater

Wo die Welt der Medizin definierte Krankheiten behandelt, verwendet die Psychiatrie den undefinierten Begriff „Störung“. In der Psychiatrie werden BESCHREIBENDE Definitionen für Störungen verwendet. Das bedeutet, Symptome werden beobachtet und gruppiert. Das Ergebnis wird dann als eine Krankheit oder Störung bezeichnet, wobei eine spezifische Ätiologie^e außer Acht gelassen wird. Eine „psychische Krankheit“ oder „Störung“, die lediglich auf einer Beschreibung basiert, ist ein angenommenes Konstrukt, eine Behauptung.

Um überhaupt im Ansatz eine Krankheit, Verletzung oder Störung erfolgreich behandeln zu können, wie es in der sonstigen Medizin üblich ist, müsste die Definition (Diagnose) einer Krankheit die wirkliche Ursache und die Auswirkung (Veränderung) beinhalten, damit man die folgerichtige Abhilfe einleiten kann. Genau das ist bei ADHS nicht der Fall.

ADHS wird nach keiner spezifischen Ursache diagnostiziert, sondern beruht auf der Beschreibung von vagen und allumfassenden Verhaltenssymptomen, bei denen, so scheint's, das angepasste und unauffällige Kind als Norm gilt, von dem auf das „Kranke“ geschlossen wird. Würde man sich die Mühe machen, die ADHS Kriterien in ihr Gegenteil umzukehren, um ein „normales Kind“ zu diagnostizieren, stieße man auf erhebliche Schwierigkeiten, eines zu finden.

Bei ADHS wird weder eine Ursache festgestellt, noch die Auswirkung mit einer Ursache in Einklang gebracht. Als logische Folge kann es keine eindeutige Abhilfe geben, sondern lediglich eine Behandlung von Symptomen.

Nicht nur die begleitenden neurophysiologischen Prozesse, sondern auch jene Auffälligkeiten, die im "Syndrom" zusammengefasst werden, sind - medizinisch gesprochen - lediglich Symptome, deren Bedeutung erst geklärt werden muss. Das Phänomen "Fieber" könnte als Analogie herangezogen werden: Auch dies ist durch das Zusammentreffen bestimmter körperlicher Auffälligkeiten definiert - trotzdem würde es niemand als "Syndrom" bezeichnen und nach einem "Spezialisten für das Fieber - Syndrom" suchen. Erst die Ursache entscheidet über die Bedeutung - ein harmloser Virusinfekt oder vielleicht der Beginn einer Leukämie - und damit über die Therapie.³

Eine Behandlung von Symptomen, ohne die genaue Ursache zu kennen, entspricht eher einer schlampigen, oberflächlichen Vorgehensweise und in keiner Weise einem wissenschaftlichen medizinischen Standard.

^e **Ätiologie:** Lehre von den Ursachen (besonders der Krankheiten); zugrunde liegender ursächlicher Zusammenhang (besonders von Krankheiten)

DSM 5 – ICD 10

Bei genauer Betrachtung beginnt die Problematik, was denn ADHS darstellen soll, bereits bei den unterschiedlichen State-of-the-Art Klassifikationssystemen der WHO^f und der APA^g, namentlich ICD 10^h und DSM 5. Zusätzlich wird es verwirrt durch unterschiedliche Vorgaben für Forschungskriterien und klinische Kriterien.

Während im ICD 10 MASⁱ befürwortet wird, wurde es in der neuesten Fassung des DSM eliminiert. Kontroverser geht es nicht. ICD 10-Anwender verletzen „State of the Art“ bei Nicht-Anwendung, Diagnostiker nach DSM V verletzen den Königsweg, wenn sie MAS anwenden.

Im DSM V ist die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) breiter definiert als die Hyperkinetische Störung (HKS) in der ICD-10. Für die Diagnose bei Erwachsenen gelten wieder andere Spielregeln. ADHS und seine „Vorläufer“, die jahrzehntelang ausschließlich Kindern und Jugendlichen vorbehalten waren, wurden auch für erwachsene Menschen „entdeckt“.

Allein durch die Verwendung dieser sehr unterschiedlichen Bezugssysteme in den verschiedenen Ländern ist ADHS nicht gleich ADHS. Der Umstand, dass eine ohnehin spekulative Diagnose nun auch noch durch zwei voneinander teilweise stark abweichende Klassifikationssysteme verworren wird, erzeugt einen weiteren Spielraum, in dem Kinder mit ADHS diagnostiziert werden können oder eben nicht. Hier wird bereits einer der grundlegenden Schwachpunkte der Diagnose ADHS augenscheinlich.

Ungeachtet, ob ICD oder DSM zur Anwendung kommen, diese beschriebenen Verhaltenssymptome ähneln alle lediglich typisch kindlichem Verhalten, und daher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind ein ADHS-Etikett bekommt, sehr hoch. Wenn man den steigenden Verschreibungszahlen von Psychopharmaka glauben darf, wird die Diagnose ADHS, auch in Österreich, immer beliebter.

Interpretation statt Wissenschaft

Eine weitere Unschärfe entsteht durch die Interpretation der Symptome, die von den einzelnen Sichtweisen der Psychiater, Psychologen, Eltern, Lehrer, weiterer Ärzte, Sozialarbeiter, Therapeuten und so weiter abhängen, die nun je nach Ausbildung, Trend, Motivation und Verständnis ihre Meinung zum Ausdruck bringen.

Bis heute gibt es kein einziges gültiges Diagnoseinstrument, das zum Krankheitswert dieser Symptomatik wissenschaftlich beigetragen hat. Obwohl als Autoritäten anerkannte Mediziner auf medizinischen Informationsseiten zugeben, dass es keine unabhängigen diagnostischen Tests gibt, die ein Konstrukt wie ADHS bestätigen, wird gebetsmühlenartig von der Psychiatrie die Existenz einer solchen Krankheit ins Leben postuliert und auf der Vermutung beharrt, dass sie eine

^f **WHO:** World Health Organisation – UNO; Weltgesundheitsorganisation

^g **APA:** American Psychiatric Association; Herausgeber des DSM

^h **ICD 10:** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

ⁱ **MAS:** Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters; nähere Erklärung siehe Seite 15

neurobiologische Störung^j sei.

“Although an independent diagnostic test for ADHD does not exist, (...)”⁴

Formulierungen, die weniger kritischen Menschen vorgaukeln, ADHS sei erwiesenermaßen eine neurobiologische Störung, kann man im mildesten Fall nur als unseriös bezeichnen:

„Wer behauptet, er wüßte, daß es sich bei den sogenannten psychischen Erkrankungen um das Resultat organischer Prozesse handelt, lügt.“

(Fritz B. Simon, Psychiater)⁵

Eine präzise Wissenschaft muss mit präzisen und nachvollziehbaren Begriffen arbeiten. Wie sieht es aber mit der Beschreibung der Symptome für ADHS aus? Die Angabe „häufig“ (Symptome a, b, c, e, f, g, i) ist äußerst ungenau. Was ist genau mit „exzessiv“ (Symptom c) oder „übermäßig“ (Symptom f) gemeint? Diese Begriffe bleiben rein subjektiv, wenn das Vergleichskriterium fehlt. Die Formulierung, ein Kind fühle sich „getrieben“, ist bloße Mutmaßung. Die Aktivität eines Kindes als „unpassend“ (Symptom c) zu kennzeichnen, kann nur wertend verstanden werden. Selbst das Wort „hyperaktiv“ ist eine Erfindung, - man findet es nicht in einem üblichen Wörterbuch, lediglich in der psychiatrischen Fachliteratur kann man es nachschlagen.

Aus alledem lässt sich folgern, dass ungenaue Beobachtungsanweisungen nicht zu einer wissenschaftlich fundierten Diagnose führen können.⁶

Zusammenfassung

Eine ADHS-Beurteilung nach heutigem Standard beruht im Wesentlichen auf Folgendem:

Verallgemeinernde Beschreibungen von Kindern innenwohnender Verhaltensmuster, welche willkürlich zu Gruppen zusammengefasst wurden und ADHS ergeben sollen.

Keine einheitlichen Klassifizierungsrichtlinien vorhanden (ICD 10 & DSM V).

Keine wie auch immer gearteten wissenschaftlichen Tests, sondern reine Interpretationen der Verhaltensmuster des Kindes durch Eltern, Pädagogen, Ärzte, ..., modifiziert durch deren Wahrnehmung und Absichten in Bezug auf das Kind.

Diese drei Aspekte sind ausschlaggebend, ob ein Kind als „psychisch krank“ oder „geistig abnorm“ eingestuft wird.

Ungeachtet der Tatsache, dass die Psychiatrie das Minimum an medizinischen Diagnosestandards nicht einhalten kann, da es bis zum heutigen Tag keine biologischen Beweise für ADHS gibt, wird eben dieser angebliche biologische Ursprung seit Jahren ungeniert in der Gesellschaft verbreitet.

^j **neurobiologische Störung:** Erkrankung, bedingt durch eine Fehlfunktion von Nerven und/oder Gehirn

Ätiologie

*ADHS ist ein ätiologisch und neurobiologisch^k heterogenes^l Störungsbild, für das eine Reihe von neurobiologischen und psychosozialen^m Faktoren **vermutet** wird.*

(Zitat: Clinicum ADHS – Konsensus-Statement – State of the art 2012)

Wenn man diese aneinander gereihten Worthülsen auseinanderklaubt, findet man sofort heraus, dass der ganze Satz sich absurd widerspricht.

Es bestätigt: nichts Genaues weiß man.

Bei einer solch unspezifischen Beschreibung eines Krankheitsbilds ist dies auch nachvollziehbar. Wie anhand des Beispiels des Konsensus-Statements und in allen derartigen Zusammenfassungen oder Studien bei genauem Hinsehen zu lesen ist, sind Verbrämungen wie: vermutet, glaubt man, könnte sein, nicht belegt, deutet darauf hin, liegt nahe, möglicherweise, nicht gesichert, Hypothese etc. immer Teil des Kontexts.

Das Multiaxiale Klassifikationsschema

Das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“, auch „MAS“ abgekürzt, ist eine Beurteilung von Symptomen in sechs Schritten.

Die ersten drei Schritte umfassen die Beurteilung der psychiatrischen Störung, die Entwicklungsstörungen und die Feststellung des Intelligenzniveaus. Danach werden körperliche Krankheiten in Betracht gezogen und beeinträchtigende psychosoziale Umstände untersucht. Letztendlich wird ganz allgemein eingeschätzt, inwieweit der Mensch psychologisch, sozial und schulisch-beruflich funktioniert, also ein Vergleich zwischen Anpassung und Beeinträchtigung.

„MAS“, gewissenhaft verwendet, ist sicher keine Angelegenheit von wenigen Minuten oder einer Stunde. Eine ausführliche Faktensammlung und Untersuchungen, vor allem physiologischer und psychosozialer Natur, wären ein wesentlicher Teil davon. Ebenso wäre eine Untersuchung ernährungsbedingter oder körperlicher Ursachen von Vorteil. Dies ist aber in keiner Weise Gegenstand der Überprüfung.

Eine Unterlassung, „MAS“ anzuwenden, ist eine vollständige Missachtung der viel zitierten „State of the Art“-Vorgehensweise, um bei Kindern ADHS oder eine andere psychische Krankheit zu „diagnostizieren“.

Auf eine Frage an Dr. Brigitte Hackenberg, Fachärztin für Psychiatrie, zur Anwendung von MAS in Österreich war die Antwort:

„Leider zu wenig. Aber wir sind sehr dahinter, dass es getan wird. Also es wird in Österreich jeder Kinder- und Jugendpsychiater darauf bestehen, dass die sechs Achsen erfasst sind. Wir haben gerade

^k **neurobiologisch**: die Neurobiologie betreffend. Neurobiologie: interdisziplinäre Forschungsrichtung, die sich die Aufklärung von Struktur und Funktion des Nervensystems zum Ziel gesetzt hat

^l **heterogen**: nicht gleichartig im inneren Aufbau; uneinheitlich, aus Ungleichartigem zusammengesetzt; ungleichmäßig aufgebaut

^m **psychosozial**: von psychischen Faktoren, Fähigkeiten o. Ä., durch soziale Gegebenheiten (wie z. B. Sprache, Kultur, Gesellschaft) bedingt

in Österreich einen Konsens herausgegeben, wo wir das ganz klar dokumentieren, dass wir die Multiaxiale Diagnostik als Qualitätskriterium fordern.“⁷

Eltern und/oder angeblich Betroffene sollten daher sofort wachsam und gewarnt sein, wenn ein Psychiater oder jemand anderer nach wenigen Minuten die Bescheinigung für ADHS ausspricht. Von einer seriösen Diagnose kann dann sicher nicht die Rede sein.

Programmierte Falschdiagnostik und zunehmende Verbreitung

Dass die unpräzise Beschreibung einer „Krankheit“ mit so vielen Variablen wie bei ADHS eine Flut an Fehldiagnosen bedingt, liegt auf der Hand. Dies wird auch in vielen Ländern durch Untersuchungen und Berichten an die UNO bestätigt.

Siehe auch Kapitel: DIE UNO UND EU ÜBER PSYCHOSTIMULANZIEN FÜR KINDER

Die Definition von ADHS hat eine ständige Wandlung und Erweiterung erfahren, die in ihren Auswirkungen immer größere Kreise von verhaltensauffälligen Kindern in die Diagnose miteinschloss. DSM V wurde international wegen dieser Erweiterung kritisiert, wie auch auf der Homepage des British Medical Journal zu lesen ist:

“One important cause of increasing diagnosis, they say, are the changes to the diagnostic criteria for ADHD. In recent editions of the DSM, the definitions of ADHD having been successively broadened. They predict that prevalence is again expected to rise with the adoption of DSM-5, which further widens the definition of ADHD.”⁸

Siehe auch Kapitel: ADHS - VON DER VERHALTENS-UNART ZUR VERHALTENS-STÖRUNG

Andere Stimmen meinen, dass die ADHS-Symptome ebenso auf andere psychiatrische Störungen zutreffen, und diese durch die „Diagnose ADHS“ verschleiert werden. Oft werden sie sogar nur als Komorbiditätⁿ, also Begleiterkrankung zu ADHS, bewertet, seien aber tatsächlich die Grunderkrankungen.⁹

Im österreichischen ADHS Konsensus-Statement 2012 ist zu lesen:

(...)der Behandlung von ADHS-Vorschulkindern (...), da die Komorbidität sensorischer Integrationsstörungen und dysexekutiver Probleme häufig ist (...) Angst als Komorbidität auftritt (...)

„Komorbidität“ ist ein in Mode gekommener Begriff in der Psychiatrie, und in seiner Verwendung, dass mehrere psychiatrische Erkrankungen gleichzeitig auftreten, umstritten. In den meisten Fällen ist es nicht klar, ob die unterschiedlichen Symptome einer oder mehreren Krankheiten zuzuordnen sind.

Die Frage ist: Ist es nicht vielmehr so, dass ein Kind aus gegebenen Gründen Angst hat und dadurch bestimmte Symptome zeigt? Ist es nicht vielmehr so, dass ein Kind Schwierigkeiten mit dem Lehrstoff

ⁿ **Komorbidität:** Begleiterkrankungen (engl. comorbidity) werden in der Medizin ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder bezeichnet.

^o **Sensorische Integration:** die Koordination, das Zusammenspiel unterschiedlicher Sinnesqualitäten und -systeme

^p **Dysexekutive Störungen:** die unterschiedlichsten Aspekte von Störungen der Handlungsplanung und Handlungskontrolle, verursacht durch Schädigungen im Gehirn

hat, und deswegen unruhiges oder desinteressiertes Verhalten an den Tag legt, oder aufgrund von Teilleistungsdefiziten Unsicherheit zeigt?

Es wäre besser, eine tatsächliche Ursache für die Probleme des Kindes zu finden und Abhilfe zu schaffen, anstatt der Verwendung eines indifferenten, ungeklärten und unbewiesenen Krankheitsbilds mit dem klingenden Namen ADHS.

Die Prozentzahlen der angeblich ADHS-indisponierten Kinder rangieren zwischen 1% und 12%.

Bei schwammig formulierten Vorgaben kann es kein eindeutiges Ergebnis geben.

International hat man sich auf eine Prävalenz^q von 3 bis 5% geeinigt. Wieder einmal die Betonung auf dem Wort „geeignet“ - bewiesen ist nichts.

In Ermangelung von Fakten wurde einfach ein Prozentsatz angenommen:

“Unless a biological marker is identified, an agreed-upon gold standard diagnostic procedure is established, or ADHD is redefined, a population-based ADHD rate exceeding 3% to 5% by definition represents a problem of ADHD overdiagnosis.”¹⁰

„Die aktuellen Zahlen zum Thema lassen sich jedoch nicht mehr ignorieren. Sie belegen etwa, dass die Häufigkeit der Verschreibung von Psychopharmaka eindeutig mit dem sozialen Status zu tun hat – ginge es tatsächlich nur um die zutreffende Diagnose einer Krankheit, müsste diese aber quer durch alle Bevölkerungsschichten gleich häufig anzutreffen sein.“¹¹

Die USA sind nicht alleine mit diesem Problem. Die UNO kritisiert Jahr für Jahr diverse Länder aufgrund von Überdiagnostizierung und Überverschreibung von psychotropen Drogen an Kindern.

Siehe auch Kapitel: DIE UNO UND EU ÜBER PSYCHOSTIMULANZIEN FÜR KINDER

Dänemark:

„Die dänischen Kinderpsychiater haben sogar zugegeben, dass sie 40 bis 45 Prozent der Fälle von kindlichem ADHS falsch diagnostizieren.“¹²

Deutschland:

„Aufgrund einer allgemeinen Unschärfe und mangelnden Zuverlässigkeit der ADHS Diagnostik kommt es also zu einer Verzerrung in Richtung „Überdiagnose“. Dies gilt besonders für Jungen. Hier lagen die Werte noch höher 21,8 % falsch positive Diagnosen vs. 6,6 % bei den Mädchen.“¹³

Immer wieder stellen Forscher fest, dass es auch auf die „Geographie“ ankommt, ob viele oder wenig Kinder diagnostiziert und Psychopharmaka verschrieben werden. Eine deutsche Statistikauswertung der Barmer KEG zeigte, dass Kinder in der näheren und weiteren Umgebung von Würzburg weit inflationärer in die Diagnose- und Verschreibungsfalle geraten als in anderen deutschen Bundesländern. Kein Wunder, ist doch die „Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ an die Würzburger Uni-Klinik angeschlossen, die seit über 20 Jahren als ADHS Hochburg gilt, in erster Linie die genetische und hirnbedingte Variante von ADHS vertretend.¹⁴

„Möglich wäre eine Zunahme psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Untersuchungszeitraum, mit daraus resultierender vermehrter Behandlungsnotwendigkeit. Diese Hypothese wird jedoch durch die gegenwärtige Datenlage nicht gestützt: Eine Metaanalyse von 33

^q **Prävalenz:** In der Medizin die Rate der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitabschnitt an einer bestimmten Krankheit Erkrankten (im Vergleich zur Zahl der Untersuchten)

deutschen Studien aus den Jahren 1953 bis 2007 konnte keine Zunahme kinder- und jugendpsychiatrischer Auffälligkeiten in den vergangenen Jahrzehnten zeigen.“¹⁵

„Die rapide steigenden Zahlen lassen allerdings vermuten, dass Ärzte oft zu schnell mit der Diagnose ADHS zur Hand sind, weil ihnen Eltern von Lernschwierigkeiten, Renitenz oder gar aggressivem Verhalten berichten. (...)Ein Problem besteht schon, aber es ist eben nicht ADHS.“¹⁶

USA:

Eine Untersuchung in den USA fand heraus, dass die jüngeren Kinder in einer Klasse zu 44% eher mit ADHS diagnostiziert wurden als ihre ein Jahr älteren Klassenkameraden, was zu einer Diskussion über 6 Millionen fälschlich diagnostizierten Kindern führte:

*"We believe that younger children may be mistakenly diagnosed as having ADHD, when in fact they are simply less mature," study researcher Melinda Morrill, of North Carolina State University. ... They found that children born in December were 39 percent more likely to be diagnosed with ADHD, and 48 percent more likely to be treated with medication for the condition compared with children born in January."*¹⁷

Ist in Österreich etwas anderes in Zukunft zu erwarten? Nein! Warum sollte es auch anders sein, wenn in Österreich den gleichen Werbestrategien für ADHS gefolgt wird wie in allen anderen Ländern.

Ein weiterer Umstand, der einer Diagnose ADHS bei österreichischen Kindern in die Hand arbeitet, ist die finanzielle Förderung, die mit dem ADHS-Etikett verbunden ist. In Österreich kann man um eine erhöhte Familienbeihilfe ansuchen, die 138,30 Euro pro Monat beträgt und zusätzlich zur Familienbeihilfe ausbezahlt wird. Trotz der Voraussetzung einer mindestens 50% Invalidität, wird sie auch mitunter bei ADHS gewährt.

Die Frage ist: Wie wird diese 50% Invalidität nachgewiesen?

Die „bösen“ Allgemeinmediziner

Bei Kritik an der Überdiagnostizierung von ADHS und Überverschreibung von Psychopharmaka an Kindern, wird medial gern die Schuld den Allgemeinmediziner in die Schuhe geschoben. Gleichzeitig bietet diese Schuldzuweisung ein wunderbares Argument für „mehr Psychiater werden benötigt“.

"Ich will den Allgemeinmediziner die Diagnosefähigkeit dafür nicht generell absprechen, aber sie dürfte nicht immer treffsicher sein."

(Zitat: Mag. Ulla Konrad, ehem. Präsidentin des Berufsverbands der Österreichischen Psychologen.)¹⁸

Diese wiederkehrenden Behauptungen, die von Psychiatern und Pro-Psychiatrie eingestellten Psychologen zum Besten gegeben werden, entbehren einer genauen Untersuchung. Bezüglich Diagnostik werden in Österreich keinerlei Auswertungen von öffentlichen Institutionen, wie beispielsweise dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger oder dem statistischen Zentralamt durchgeführt. Eine Studie, die österreichweit eine Auswertung der vorgenommenen Diagnosen tabellarisiert ist nicht bekannt, zumindest nicht veröffentlicht.

Vorschnelle Diagnosen werden Fachärzten, insbesondere von Betroffenen, gleichermaßen vorgeworfen:

„(...)Gleitsmann Verena (ORF)

Als Sebastian fünf ist, lässt ihn seine Mutter untersuchen. Die Diagnose des Kinderarztes: Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADHS. Man möchte ihm Ritalin verschreiben - ein starkes Medikament. Aber die Diagnose ist oberflächlich. (...)“¹⁹

(...)ich war auch mit meinem Sohn bei besagter Ärztin (Anmerkung: es handelt sich um eine Kinder- und Jugendpsychiaterin in Wien). Nach 10 Minuten kam die Diagnose "starkes ADHS" und ich soll sofort Strattera geben und gar nicht erst auf weitere Untersuchungen warten. Bitte, mein Kind wird jetzt gerade mal 6 Jahre alt, ich möchte ihm keine dämpfenden Medikamente geben sondern ihm helfen, mit seinen Problemen fertig zu werden!! (...)

(Zitat: einer betroffenen Mutter im Forum parents.at)

Fachärzte, als die besseren Diagnostiker oder „Verschreibenden“ zu positionieren, nur aufgrund der Tatsache dass sie Fachärzte sind, heißt die Qualität oder das Verantwortungsbewusstsein eines Arztes auf einen Titel zu reduzieren.

Ebenso werden Allgemeinmediziner für die „Überschreibung von Psychopharmaka bei Kinder und Jugendlichen“ kritisiert. Was bei der angeblichen „Überschreibung“ nie ins Kalkül gezogen wird, ist die Anzahl der „Folgeverschreibung“ durch Allgemeinmediziner, im Fahrwasser der erstverschreibenden Fachärzte.

Mitnichten sind Allgemeinmediziner die größte Verschreibungsgruppe im Fall von ADHS, sondern das Gegenteil ist der Fall. Anhand des Beispiels „Verordnungen von Methylphenidat und Atomoxetin“ sieht es oberflächlich gesehen aus, als ob mit 46% die Allgemeinmediziner die größere Gruppe sind.

Was diese Statistik aber nicht in Relation setzt, ist die Anzahl der Allgemeinmediziner und Fachärzte in Österreich. Bezieht man diesen Faktor mit ein, dann ergibt sich 71% Fachärzte und 13% Allgemeinmediziner. „Sonstige“ setzen sich im Übrigen ebenfalls aus Fachärzten zusammen, da dies hauptsächlich Ambulatorien und Ambulanzen umfasst. Zusätzlich, wie schon vorhergehend erwähnt, wird nicht zwischen dem „Allgemeinmediziner als Erstverschreiber“, und „Allgemeinmediziner als Folgeverschreiber“ unterschieden.

Psychopharmaka sollten tatsächlich ausschließlich von Fachärzten verschrieben werden, dann könnte bei Kritik an der Verschreibung ein eindeutiger „Verursacher“ isoliert werden.

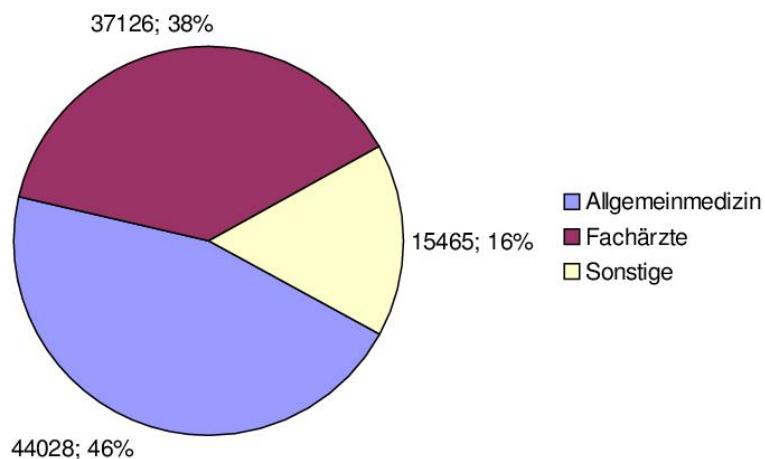
„(...)Die Behandlung muss von einem Arzt begonnen werden, der über ein entsprechendes Fachwissen in der Behandlung von ADHS verfügt, wie z. B. ein Kinderarzt, ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder ein Psychiater.(...)“

Fachinformation zu Strattera^{®20}

„(...)Die Behandlung muss unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchgeführt werden.(...)“

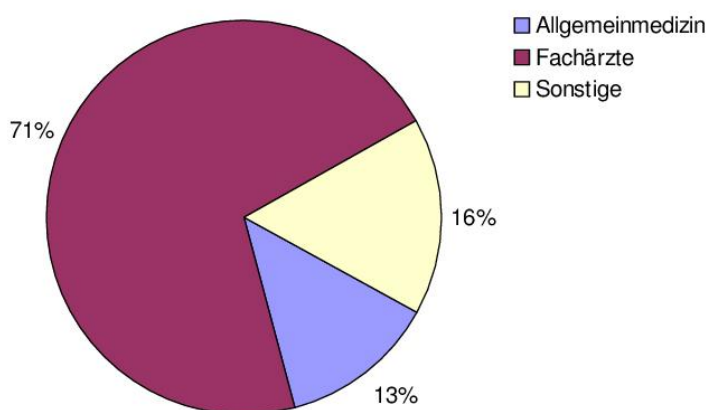
Fachinformation zu Concerta[®] und Ritalin^{®21}

**Anzahl der Verordnungen für Methylphenidat und Atomoxetin
nach Verschreibungsgruppen 2012**



Beim nächsten Diagramm wurden die Werte so gewichtet, als würden die beiden verschreibenden Gruppen "Allgemeinmedizin" und "Psychiatrie und Neurologie" zahlenmäßig gleich groß sein.

(Anmerkung: Diese Betrachtungsweise erlaubt nur die Angabe relativer Werte.)



Die Gewichtung der Verschreibungszahlen bei den Fachgruppen Allgemeinmedizin und Fachärzte beruht auf den folgenden Daten:

Allgemeinmedizin	13.633
Fachärzte	2.415

Gemäß Ärztekammer per Stichtag 03.04.2014

Konsensus-Erklärungen sind Meinungs-„Wissenschaften“

Es ist bezeichnend für eine konstruierte Krankheit wie ADHS, die angeblich durch Fehlfunktion der Gene, des Gehirns oder der körperlichen Biochemie verursacht wird, dass es mangels objektiver Forschungsbefunde sogenannter Konsensus-Erklärungen bedarf.

ADHS Konsensus-Erklärungen entstehen auf folgendem Weg: Eine Gruppe von PRO-eingestellten Fachleuten, in diesem Fall Psychiater, manchmal auch Psychologen, schreiben in Übereinstimmung einen Text. Diese Zusammenfassungen von Meinungen, die wiederum Meinungen zitieren, die in der Regel wiederum auf zitierten Meinungen basieren (siehe auch die Referenzlisten am Ende solcher Konsensus-Erklärungen), werden dann zu einer „wissenschaftlichen“ Erklärung.

Mit dem Etikett „State of the Art“ gelten sie erstaunlicherweise für viele Ärzte als Richtlinie und als wissenschaftlicher Standard.

Ein bestechendes Argument drängt sich auf: Wenn es angeblich klare Beweise für das Vorhandensein einer Krankheit wie ADHS gibt, wozu benötigt man eine Konsensus-Erklärung? Absurderweise eigens formuliert in den diversen Ländern und Kontinenten. Offenbar hat man in keinem Land etwas in der Hand, das ADHS wissenschaftlich belegt.

“Why did a group of eminent psychiatrists and psychologists produce a consensus statement that seeks to forestall debate on the merits of the widespread diagnosis and drug treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (Barkley et al., 2002)? If the evidence is already that good then no statement is needed. However, the reality is that claims about ADHD being a genuine medical disorder and psychotropics being genuine correctives have been shaken by criticism.”²²

Vernachlässigte Ursachenfindung

Westliche Länder sind mit Symptomen und Krankheiten konfrontiert, die unter anderem mit Lebensstil, Ernährungsgewohnheiten und mangelnder Bewegung zu tun haben²³. Seit Jahren erhält eine zunehmende Zahl von Kindern die Diagnose ADHS. Sie erhalten oft nicht die Behandlung, die wirklich benötigt wird, sondern werden mit Amphetamin-ähnlichen Mitteln versorgt, um die Probleme überschaubar zu halten oder ganz klar Verhaltenskontrolle auszuüben, ohne dass gute Alternativen oder ursächliche Behandlung angeboten oder forciert werden.

„Oft, handle es sich um Symptome, die aufgrund von Überforderungen auftreten, oder auch um Folgen erzieherischer Defizite. Die hohe Anzahl von Fehldiagnosen hätten eine Reihe von Ursachen: Zu wenig Zeit, die Kinder- oder Allgemeinärzte für ihre Patienten aufbringen könnten, fehlende Tiefenkompetenz beim Krankheitsbild ADHS, aber auch "Eltern, die schon mit Frage 'mein Kind hat doch ADHS, oder?' in die Praxis kommen".²⁴

„Anders als Erwachsene reagieren Kinder tagsüber darauf aber weniger mit Müdigkeit, sondern mit Zappeligkeit und Unaufmerksamkeit“, sagt die Schlaf Forscherin Sabine Scholle vom Robert-Koch-Krankenhaus Apolda. "Sie werden deshalb oft in die ADHS-Ecke gestellt und fälschlicherweise mit Medikamenten behandelt.“²⁵

Der gesellschaftliche Druck, dass Kinder in der Schule zu „funktionieren“ haben, anstatt ihnen eine individuelle Entfaltung zu ermöglichen, ist immer wieder ein diskutiertes Thema²⁶. Statt Pädagogen den Rücken zu stärken, werden Schulbudgets gekürzt, Unterrichtsstunden gestrichen, Vertrauenslehrer-Posten abgeschafft und neuerdings Unterrichtssysteme stupide gleichgeschaltet, in

denen Pädagogen und Schüler kaum Chancen auf individuelle Förderung oder Entwicklung haben. Alles unter dem Scheingrund von „Chancengleichheit“ und ähnlichen beliebten Schlagworten.

„Die budgetbedingten Einsparungen im Bildungsbereich werden in manchen Fächern zu größeren Gruppen an den Schulen sowie zu weniger Teamteaching an den Neuen Mittelschulen (NMS) führen. ... Konkret fallen 2014 statt der ursprünglich angesetzten 68 Mill. Euro nur 57 Mill. Euro weg, 2015 dann wie schon angekündigt noch einmal 60 Mill. Euro. Das sind jeweils etwa 0,75 Prozent des rund acht Mrd. Euro schweren Bildungsbudgets.“²⁷

Österreichische Schulen entgingen, nur auf allgemeinen öffentlichen Protest hin, wieder der obligaten Kürzung des Bildungsbudgets. Ein Armutszeugnis für jede Regierung, die an der Ausbildung der Kinder sparen will und bezeichnend für die Wertschätzung der neuen Generation.

Allgemeine- und Fachmedien sind voll von „neuesten Erkenntnissen“, was als Ursache für die Krankheit ADHS in Frage kommen kann oder es begünstigt.

Gründe für auffälliges Verhalten bei Kindern können eindeutig der physiologischen Medizin (körperliche Krankheit), Problemen in der Pädagogik und im sozialen Umfeld und der Fehlernährung zugeordnet werden, nicht aber einer chemischen Gehirnstörung oder genetisch bedingten Neigung zu ADHS. Diese Erklärungen sind nach wie vor im Bereich der Mutmaßung angesiedelt, stärken jedoch, raffiniert als Tatsache verpackt, den Mythos einer Krankheit.

Allein die schier unendliche Vielzahl der potentiellen Faktoren als Ursache, sollte einem vor Augen führen, dass mit der Definition der Krankheit ADHS etwas nicht stimmen kann.

Siehe auch Kapitel: MÖGLICHE URSACHEN FÜR ADHS SYMPTOME

PSYCHOPHARMAKA ZUR BEHANDLUNG VON ADHS

„Man verkauft Psychopharmaka, indem man psychische Krankheiten verkauft.“

Carl Elliott, Bioethiker

Verschreibungssituation in Österreich

Die Verschreibung von Psychopharmaka in Österreich an Kinder ist vergleichsweise zu anderen europäischen Ländern wie Deutschland, Schweiz, Belgien, Niederlande oder Finnland noch moderat. Dies bedeutet nicht, dass in Österreich zu wenige Psychopharmaka verschrieben werden.

In Österreich wird vor allem der Wirkstoff Methylphenidat, enthalten in den Arzneimitteln Ritalin®, Concerta®, Medikinet® und bis September 2014 auch in Equasym®, und der Wirkstoff Atomoxetin, welcher unter dem Handelsnamen Strattera® erhältlich ist, bei ADHS verschrieben.

Die biologische Irreführung

Weltweit, wie auch in Österreich wird von Psychiatern, deren hauptsächliches Werkzeug bei einer Behandlung Psychopharmaka sind, verbreitet, dass ADHS neurobiologischen Ursprungs ist.

„9. Medikamentöse Therapie der ADHS

(...) Die Wirksamkeit von Stimulanzien zur Behandlung der ADHS fußt auf der Katecholamin-Hypothese. Diese geht von einer Verminderung von Noradrenalin und Dopamin im synaptischen Spalt aus. Weiters gibt es Hinweise darauf, dass auch das serotonerge System mitbetroffen sein könnte. ADHS ist das Resultat eines gestörten Zusammenspiels zahlreicher Transmitter- und endokriner Systeme. Stimulanzien und Atomoxetin greifen in diesen gestörten Kreislauf ein und sorgen für eine verbesserte Regulierung der betroffenen Neurotransmittersysteme.

Abhängig von komorbiden Störungen und klinischen Parametern werden auch andere Substanzen zur Therapie der ADHS eingesetzt.“²⁸

Auch in diesem Absatz des Konsensus-Statements werden die Worte „Hypothese“, „geht von ... aus“, „gibt es Hinweise“, „sein könnte“ verwendet, nur um im nächsten Satz mit dogmatischer Behauptung zu manipulieren:

„ADHS ist das Resultat eines gestörten Systems der chemischer Kommunikation und der Drüsen“

Die bevorzugten Erklärungen zu „ADHS als biologische Krankheit“ sind

- a, das chemisches Ungleichgewicht (im Gehirn)
- b, das gestörte Neurotransmittersystem
- c, genetische Faktoren

Absolut nichts davon ist bis zum heutigen Tage bewiesen!

Die Aussagen werden mit den Worten „vermutet“, „schließt man daraus“, „könnte sein“ oder „ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen“ etc. relativiert. Die Kernbehauptung, dass es eine biologisch begründete Ursache für ADHS gibt, wird ungeachtet dessen als Faktum in der Öffentlichkeit verbreitet.

Selbst Prof. William J. Barbaresi von der Harvard Medical School und anerkannte Koryphäe auf dem Gebiet der ADHS-Forschung, selbst auch nicht zimperlich mit großzügigen Interpretationen seiner eigenen Studie²⁹ formuliert in diesem Punkt sehr vorsichtig, als er in einem Vortrag über ADHS, vor versammelter kinder- und jugendpsychiatrischer Ärzteschaft der MedUni Wien im Oktober 2013 wortwörtlich bekennt:

“(…), I think, when we find the answer genetically, which we hope we will, that those kids probably really have ADHD.”

„(…), wenn wir die genetische Antwort finden, wovon wir hoffen, dass wir eine finden werden, dass diese Kinder vielleicht wirklich ADHS haben“.

Nach mehr als drei Jahrzehnten der Forschung mit bildgebenden Verfahren konnten in den Gehirnen der so genannten psychisch Kranken keine konsistenten^r oder verlässlichen, funktionellen oder anatomischen Abweichungen vom Normalen entdeckt werden.

„In addition, virtually all researchers in this field acknowledge that no brain scan can currently detect anomalies in any given individual diagnosed with a primary mental disorder, nor can it help clinicians to confirm such a diagnose.“³⁰

Auch der namhafte dänische Mediziner Peter Gøtzsche schreibt, es sei bisher noch nicht dokumentiert worden, dass irgendeine der so genannten psychischen Krankheiten durch einen biochemischen Defekt verursacht werde; es gebe auch keinen biologischen Test, der uns verraten könnte, ob jemand eine solche Krankheit habe oder nicht.³¹

Trotzdem Methylphenidat und Co.

Ungeachtet der Tatsache, dass es bis zum heutigen Tag keinerlei Beweise für eine biologische Ursache gibt, wird ADHS bevorzugt mittels Methylphenidat und Atomoxetin behandelt.

Tatsächlich werden in Österreich per off label use^s fast alle möglichen Arten von Psychopharmaka zur Behandlung auffälliger Kinder empfohlen. Wie Trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer, Antidepressiva mit dualem Wirkmechanismus, Alpha-Agonisten, Antipsychotika (da vor allem Risperidon und Aripiprazol), Antiepileptika und β -Blocker

9.3. Weitere Substanzklassen/Off-Label-Use

Ebenfalls zur Behandlung der ADHS werden nachfolgende Substanzen eingesetzt. Diese Substanzen sind zur ADHS-Therapie nicht zugelassen.³²

^r **konsistent:** (besonders Logik) zusammenhängend in der Gedankenführung; widerspruchsfrei

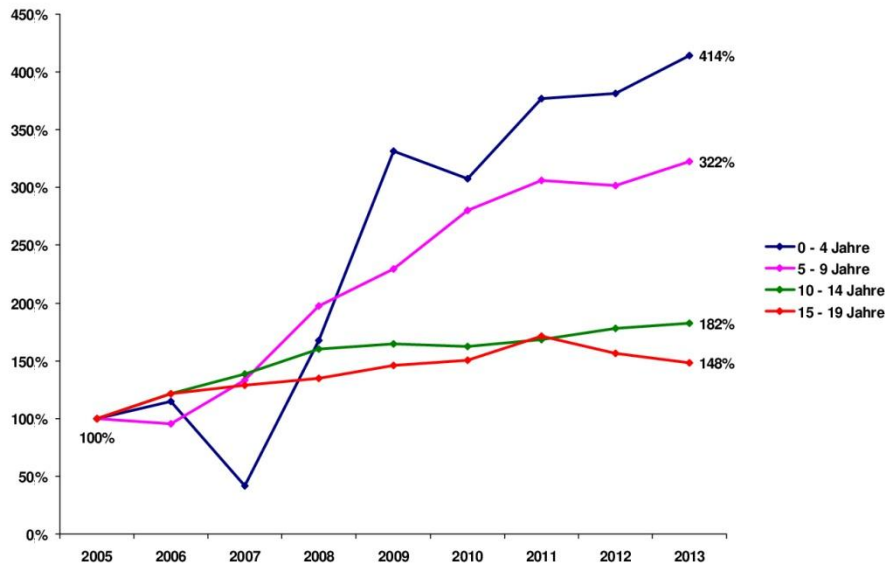
^s **off label use:** Einsatz von Medikamenten auf Gebieten, für die sie nicht zugelassen sind

Verordnungen bei Risperdal

Absolute Werte

Altersgruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 - 4 Jahre	133	153	55	223	441	409	501	507	551
5 - 9 Jahre	539	514	719	1.066	1.238	1.511	1.652	1.628	1.737
10 - 14 Jahre	2.564	3.123	3.561	4.103	4.217	4.158	4.312	4.568	4.676
15 - 19 Jahre	3.363	4.091	4.338	4.535	4.919	5.050	5.757	5.274	4.985

Veränderungen relativ



Datenherkunft: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

In einem Artikel der ÖAZ^t ist allerdings unter „Medikamentöse Behandlung“ zu lesen:

„Eine medikamentöse Behandlung sollte erst bei Kindern ab sechs Jahren erfolgen. Für einen Großteil von ihnen ist eine nicht-medikamentöse Intervention (...) die Methode der ersten Wahl. Dabei gilt die Verhaltenstherapie^u als einziges evidenzbasiertes^v Verfahren als Goldstandard der psychoedukativen Intervention^w.“³

^t ÖAZ: Österreichische Apotheker-Verlagsgesellschaft m.b.H.

^u **Verhaltenstherapie:** ein psychotherapeutische Prozess, dem Patienten *Hilfe zur Selbsthilfe* nahezubringen, dem Patienten nach Einsicht in Ursachen und Entstehungsgeschichte seiner Probleme Methoden an die Hand zu geben, die ihn ermächtigen sollen, seine psychischen Beschwerden zu überwinden.

^v **evidenzbasiert:** auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewerteter wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgend (von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen).

Evidenzbasierte Medizin (EBM) richtet sich in ihren Empfehlungen für Therapien nach Ergebnissen, die sich aus klinischen Studien ergeben. Evidenz ist also im Sinne von Nachweis auf Wirksamkeit zu verstehen. Um in diesem Punkt sicher zu sein, muss ein Teil der Patienten in einer klinischen Studie auch mit Placebo, einem Scheinmedikament ohne den zu testenden Wirkstoff, behandelt werden; auch Ärzte dürfen nicht wissen, welcher Patient ein Placebo und welcher das tatsächliche Medikament erhält.

^w **psychoedukativen Intervention:** Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Überraschend ist, dass die Empfehlung, eine angeblich genetisch und biologisch bedingte „Krankheit“ mit Verhaltenstherapie zu behandeln, weder widersprüchlich auffällt noch infrage gestellt wird.

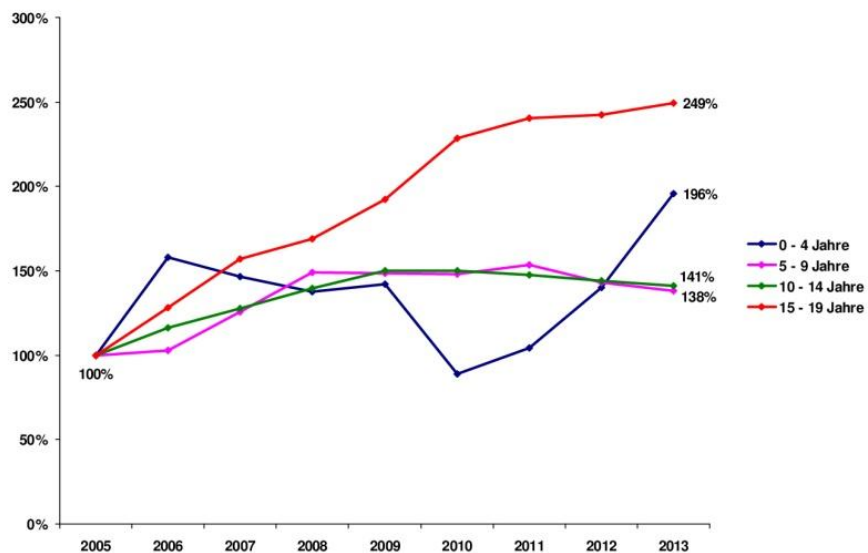
Verordnungen bei Methylphenidat

(Ritalin, Concerta, Medikinet oder Equasym)

Absolute Werte

Altersgruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 - 4 Jahre	45	71	66	62	64	40	47	63	88
5 - 9 Jahre	7.994	8.207	10.038	11.931	11.859	11.827	12.267	11.443	11.027
10 - 14 Jahre	19.380	22.511	24.719	27.071	29.112	29.090	28.554	27.878	27.322
15 - 19 Jahre	4.831	6.183	7.590	8.164	9.288	11.045	11.622	11.721	12.049

Veränderungen relativ



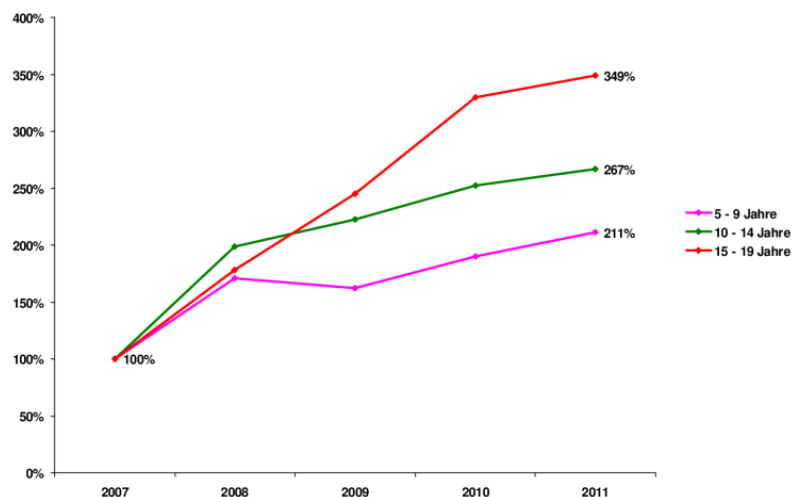
Datenherkunft: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Verordnungen bei Atomoxetin

Absolute Werte

Alter	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0 - 4 Jahre	0	0	1	0	4	0	2
5 - 9 Jahre	0	198	1.143	1.950	1.852	2.173	2.412
10 - 14 Jahre	0	311	2.673	5.305	5.945	6.745	7.136
15 - 19 Jahre	0	70	770	1.373	1.886	2.541	2.688

Veränderungen relativ



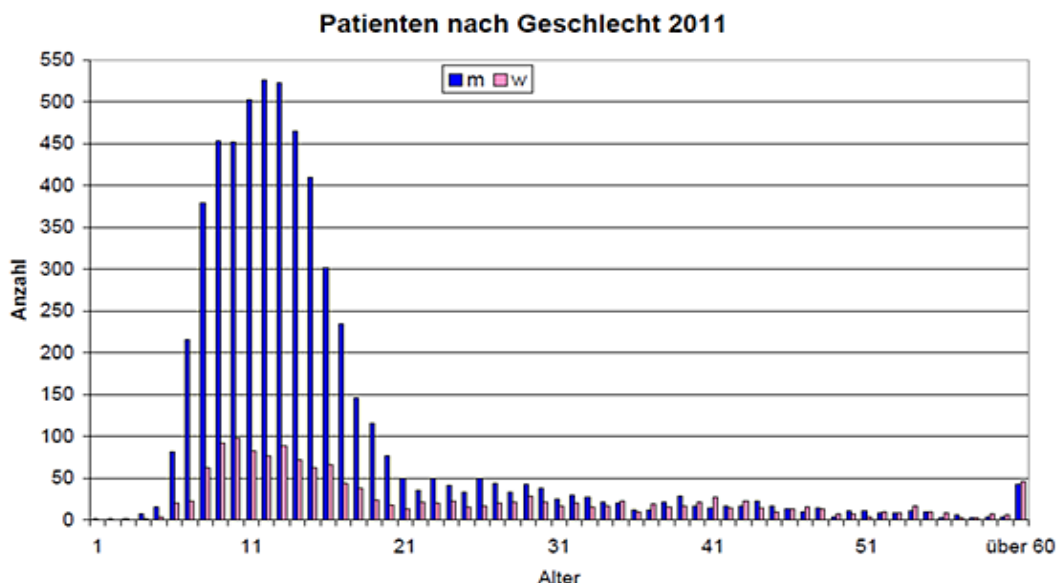
Datenherkunft: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Aus einer Statistik aus dem Jahr 2011 geht hervor, dass der Großteil der Patienten, die auf Kosten einer Sozialversicherung mit Methylphenidat oder Atomoxetin versorgt wurden, Kinder und Jugendliche waren. Allein 58% aller Verordnungen bei Frauen erging an Mädchen unter 20 Jahren. Bei den Männern war der Anteil mit 85% der Verordnungen, die unter 20jährigen verschrieben wurden, sogar noch dramatischer.

Verteilung nach Altersdekaden 2011	männlich	weiblich
1-10 Jahre	28%	20%
11-20 Jahre	57%	38%
21-30 Jahre	7%	13%
31-40 Jahre	4%	11%
41-50 Jahre	2%	9%
51-60 Jahre	1%	5%
über 60 Jahre	1%	3%

Quelle: Bundesministeriums für Gesundheit, ADHS Bericht Juni 2013

Tabelle 2: Personen, die im Jahr 2011 auf Kosten eines SV-Trägers mit Methylphenidat bzw. Atomoxetin versorgt wurden



Quelle: Erhebung der Versorgungsdaten, Reichardt, BGKK 2012

Verteilung nach Altersdekaden 2011:

Quelle: Bundesministeriums für Gesundheit, ADHS Bericht Juni 2013

Der tatsächliche Verbrauch von Methylphenidat in Österreich ist von 2010 auf 2014 um 24,25 % gestiegen³⁴, wobei der Hauptanteil auf Kinder und Jugendliche entfällt. Firmen und Konzerne, die solche Umsatzsteigerungen vorweisen können, werden in den Top-Rankings der Wirtschaftsblätter geführt.

Dass es sich aber hierbei um ein zunehmendes, wenn auch legalisiertes „unter-Drogen-setzen“ von Kindern mit psychoaktiven Substanzen handelt, die teilweise unter das Suchtmittelgesetz fallen, schwerwiegende körperliche Nebenwirkungen aufweisen und psychische Störungen erst verursachen können, scheint in Österreich kaum zu interessieren oder zu alarmieren, geschweige denn Untersuchungen zu veranlassen und Massnahmen zu ergreifen.

Nebenwirkungen bei bis zu 78 Prozent der Kinder

Eine im April 2014 veröffentlichte italienische Studie, welche die Sicherheit von ADHS-Medikamenten untersuchte, stellte fest, dass je nach Medikament zwischen 58% bis 78% der Kinder an Nebenwirkung litten. Rund 25% der Kinder brachen die Behandlung aufgrund teils schwerer Nebenwirkungen ab.³⁵

„Ritalin®“ als Marke, wird gerne stellvertretend für alle Psychopharmaka, die den Wirkstoff Methylphenidat enthalten, verwendet.

Dieser Wirkstoff, um den es eigentlich geht, ist ein Amphetamin^x-Verwandter, und der stimulierenden Wirkungsweise der Droge Kokain sehr ähnlich – er putscht auf. Bis heute konnte nicht schlüssig geklärt werden, wieso ein Stimulans^y bei Kindern eine gegenteilige Wirkung ausübt, sie sediert, also beruhigt – allerdings durchaus nicht bei allen Kindern.

Darüber hinaus wird verschwiegen, dass Wirkungen und Nebenwirkungen bei allen Kindern gleichermaßen zu beobachten sind, ungeachtet einer erfolgten „Diagnose ADHS“³⁶.

Auszug aus Nebenwirkungen und Warnungen der EMA^z zu Methylphenidat:

„2.3 Psychiatrisches Risiko

Die in klinischen Studien aufgetretenen psychiatrischen unerwünschten Ereignisse von besonderer Relevanz in Zusammenhang mit Methylphenidat waren unter anderem Aggression, gewalttätiges Verhalten, Psychose, Manie, Reizbarkeit und Suizidverhalten. Aus den Informationen über einen Arzneimittel-Auslassversuch, sofern vorhanden, ging hervor, dass Methylphenidat eine kausative Rolle bei der Entwicklung schwerwiegender psychiatrischer Störungen spielen könnte.

Die am häufigsten gemeldeten psychiatrischen unerwünschten relevanten Ereignisse aus Spontanmeldungen waren Verhaltensauffälligkeiten, anomales Denken, Wut, Feindseligkeit, Aggression, Agitation, Tick, Reizbarkeit, Angststörung, Weinen, Depression, Schläfrigkeit, verstärkte ADHD, psychomotorische Hyperaktivität, emotionale Störung, Nervosität, psychotische Störung, Stimmungsschwankungen, morbide Gedanken, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsveränderung/-störung, Ruhelosigkeit, Verwirrheitszustand, Halluzinationen, Lethargie, Paranoia und Suizidverhalten“³⁷.

Im Laufe der Jahre gab es zahlreiche internationale Berichte und staatliche Warnungen aufgrund von Fehldiagnosen bei Kindern und Auswirkungen von ADHS Medikamenten, die von den meisten nationalen Arzneimittelbehörden der Europäischen Mitgliedsstaaten, von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), der Kommission der Europäischen Union, der FDA-Food and Drug Administration der USA und dem United Nations Committee on the Rights of the Child veröffentlicht wurden. Die Warnungen beinhalten, dass Kinder, die solche Medikamente nehmen, psychische Nebenwirkungen von Verhaltensauffälligkeiten, visueller Halluzinationen, Selbstmordgedanken, psychotisches Verhalten bis hin zu Aggression oder Gewalttätigkeit haben, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Leberschäden erleiden können und tatsächlich sterben³⁸.

Die Risiken für die öffentliche Gesundheit und die geringe Nützlichkeit der Psychodrogen wurden bereits in einem Bericht der Parlamentarischen Versammlung des Europarates im Jahr 2002 thematisiert:

“Following a trend set in the USA, increasing numbers of children in certain Council of Europe member States are being diagnosed as suffering from 'attention deficit/hyperactivity disorder' (ADHD), and similar behavioral conditions and treated by means of central nervous system stimulants such as amphetamines and methylphenidate, listed in Schedule II of the 1971 United Nations Convention on Psychotropic Substances because their liability to abuse, constitutes a substantial risk to public health and they have little to moderate therapeutic usefulness”

^x **Amphetamin:** ist eine synthetisch hergestellte Substanz, die Müdigkeit und körperlich-geistiger Anspannung entgegenwirken soll und stimulierende und aufputschende Wirkung hat. Es ist eine Droge mit hohem Suchtpotenzial.

^y **Stimulans:** das Nervensystem, den Kreislauf und Stoffwechsel anregendes Mittel

^z **EMA:** Europäische Arzneimittel-Agentur; (EMA, englisch European Medicines Agency; ehemals EMEA, European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) ist eine Agentur der Europäischen Union mit Sitz in London, die für die Beurteilung und Überwachung von Arzneimitteln europaweit zuständig ist.

Im selben Bericht wird bestätigt, dass es eine Kontroverse bezüglich der Gültigkeit als Krankheit oder Abnormalität gibt und darüber hinaus wird gefragt, ob eine Behandlung mit Tabletten, die das Zentralnervensystem beeinflussen, überhaupt gerechtfertigt sei, noch dazu, wo langfristige Auswirkungen unsicher sind und keine Heilung bewirken:

“there is controversy surrounding ADHD, not only as to whether it may validly be described as an abnormality or disease, but above all as to whether it is justified to treat such cases with central nervous system stimulants ... whose long-term effects are uncertain and which cannot effect a cure.”³⁹

Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP^{aa}) der Europäischen Arzneimittelagentur EMA kam im Januar 2009 zu dem Schluss⁴⁰, dass die Produktinformationen aller Methylphenidat-haltigen Arzneimittel, die in den Mitgliedstaaten genehmigt sind, die folgenden Informationen haben sollten, wie:

- vor der Behandlung sollten alle Patienten untersucht werden, um festzustellen, ob sie irgendwelche Probleme mit ihrem Blutdruck oder Herzfrequenz haben werden. Die Familiengeschichte von Herz-Kreislauf- Problemen sollten ebenfalls überprüft werden. Alle Patienten mit diesen Problemen sollte nicht ohne spezielle Auswertung behandelt werden.
- Während der Behandlung sollte der Blutdruck und die Herzfrequenz regelmäßig überwacht werden.
- Es gibt einen Mangel an Informationen über die langfristigen Wirkungen von Methylphenidat. Bei Patienten, die Methylphenidat für mehr als ein Jahr nehmen, sollten Ärzte die Behandlung mindestens einmal im Jahr unterbrechen, um festzustellen, ob weitere Behandlung mit Methylphenidat erforderlich ist.
- die Verwendung von Methylphenidat könnte einige psychiatrische Störungen wie Depressionen, Selbstmordgedanken, Feindseligkeit, Psychosen und Manie verursachen oder verschlimmern. Alle Patienten sollten sorgfältig auf diese Erkrankungen vor der Behandlung überprüft und regelmäßig nach psychiatrischen Symptomen während der Behandlung überwacht werden.
- die Körpergröße und das Gewicht des Patienten, welche mit Methylphenidat behandelt werden, sollten während der Behandlung überwacht werden.⁴¹

Immer wieder wird von milden, moderaten und unbedeutenden Nebenwirkungen gesprochen. Es scheint, dass die Bedenklichkeit der Einnahme von Psychopharmaka öffentlich verharmlost wird, um Eltern die Zweifel zu nehmen ihren Kindern psychotrope Drogen zu geben.

Strattera® -

Die wundersame Wandlung vom Inkontinenzmittel zum ADHS Medikament

Ein weiteres von der Psychiatrie befürwortetes und für ADHS zugelassenes Medikament auf welches hier speziell eingegangen werden soll, ist Strattera®. Auch bekannt unter dem Wirkstoff Atomoxetin. Auch Atomoxetin ist keine neue Erfindung, sondern wurde bereits Anfang der 80er-Jahre unter dem Namen „Tomoxetin“ als Antidepressivum lizenziert, später als Medikament bei Inkontinenz. Die heute bekannten Nebenwirkungen wurden schon zu Zeiten des Antidepressivums festgestellt. Ende der 90er-Jahre wurde damit begonnen, Tomoxetin für die Behandlung von ADHS zu testen. Eine der wesentlichen Untersuchungen, auf die man sich bezog, war eine gerade mal an 22 Erwachsenen durchgeführte Studie.

^{aa} **CHMP:** Committee for Medicinal Products for Human Use; der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur EMA

Die Zulassung durch die FDA^{bb} erfolgte 2002 unter dem Namen „Strattera®“ als „revolutionäres und neues“ ADHS Medikament. In Österreich erfolgte die Einführung 2006. Strattera® fällt nicht unter das Suchtmittelgesetz wie Methylphenidat. Jedoch sollen die Nebenwirkungen noch gravierender sein als bei Ritalin® & Co. Die in Deutschland veröffentlichten Studien, beschreiben auch hier das Psychopharmakon bezüglich Nebenwirkungen als „mild und gut verträglich“:

„(...)Im Regelfall wurde Atomoxetin gut vertragen. Die am häufigsten angegebenen Nebenwirkungen sind Verminderung des Appetits, Abdominalbeschwerden, Müdigkeit und Schwindel. Diese Nebenwirkungen wurden als mild eingestuft und traten meist zu Therapiebeginn auf.(...)“⁴²

Das deutsche Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht im gleichen Zeitraum Warnungen bezüglich auftretender Feindseligkeit, emotionaler Labilität und suizidalem Verhalten, alles Nebenwirkungen, die wohl nicht unter „mild“ einzustufen sind.

Zwei Jahre später wird bekannt, dass der FDA, der MHRA^{cc} und Eli Lilly Informationen über „Adverse Drug Events with fatal outcome“^{dd} vorliegen⁴³, die direkt dem Wirkstoff zugeordnet wurden.

In Österreich kann man in der Fachinformation von Strattera® nachlesen, wie über „suizidale Verhaltensweisen“ und „plötzlicher Tod und vorbestehende Herzveränderungen“ gewarnt wird.⁴⁴ Allerdings ist in der Gebrauchsinformation für den Patienten in dieser Form nichts darüber zu erfahren.⁴⁵

Man kann argumentieren, dass diese Zahl der Toten gering ist verglichen mit der Anzahl der Verordnungen. Aber welche Eltern können sicher sein, dass es nicht ihr Kind ist, welches als nächstes sterben wird, und wer trägt dann die Verantwortung dafür?⁴⁶

Erzeugung von psychischen Krankheiten durch Stimulanzien

Aufgrund ihrer pharmakologischen Wirkungsweise imitieren Stimulanzien, wie sie zur ADHS Therapie eingesetzt werden, bipolare Stimmungsschwankungen (früher bekannt als manisch-depressive Zustände) – nur eben in abgeschwächter Form. Aber, nachdem Ritalin® und Co. ja täglich eingenommen werden, sind die bipolaren Reaktionen ebenfalls „täglich“.

Viele Eltern kennen den „Ritalin®-crash“. Bei vielen Kindern und Jugendlichen, so scheint es, wird eine bipolare Störung iatrogen^{ee}, also durch die Einnahme von Stimulanzien und Antidepressiva erst ausgelöst. Laut einer Studie, erfüllen 60% aller mit solchen Psychopharmaka behandelten Kinder die Kriterien für eine behandlungsbedingt verursachte Manie. Durchschnittlich trat die Manie 14 Tage nach Beginn der Medikamentengabe auf.⁴⁷

^{bb} **FDA:** Food and Drug Administration; die FDA ist die behördliche Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde der Vereinigten Staaten

^{cc} **MHRA, Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency:** die behördliche Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde Großbritanniens, vergleichbar mit FDA und AGES

^{dd} **Adverse Drug Event (AE):** Bezeichnet das Auftreten schwerwiegender Vorkommnisse im Zuge der Einnahme eines Medikaments. Beispiele wären: Tod, Behinderung, erforderlicher Spitalsaufenthalt. Ein AE mit „fatal outcome“ bedeutet immer Tod.

^{ee} **iatrogen:** Gesundheitsschäden oder Krankheitsbilder, die durch ärztliche Einwirkung verursacht wurden, also auch durch die Verabreichung von Medikamenten oder durch Operationen.

Durch die Einnahme von Psychopharmaka können „psychische Krankheiten“ wie Depressionen, Tics, Manien, Kontrollverlust über den Körper und vieles mehr buchstäblich erzeugt werden.

Keine Beweise, dass Medikamente Schulleistungen günstig beeinflussen

Nach vielen Jahrzehnten der Behandlung von ADHS mit Methyphenidat und anderen psychotropen^{ff} Drogen sind die Nachweise der Wirksamkeit von Medikamenten nach wie vor ungenügend. Dies bringt einer der renommiertesten Studienberichte der Oregon Health & Science University auf den Punkt. Die Studie wurde 2005 zum ersten Mal veröffentlicht und wurde zuletzt 2011 überarbeitet.

“Evidence on the comparative effectiveness of drugs to treat ADHD was insufficient. Evidence on the comparative efficacy in children and adolescents was moderate to low strength and indicated very few differences among the drugs in improving symptoms or in adverse event rates”.⁴⁸

Autoren der amerikanischen Mayo Clinic College of Medicine behaupten in einer Untersuchung zu den schulischen Leistungen von ADHS-diagnostizierten Kindern, dass ihre Studie *„die Hypothese unterstützt, dass die Behandlung mit stimulierenden Medikamenten bei Kindern mit ADHS mit besserem langfristigem Schulerfolg assoziiert ist“*.

Bei näherer Betrachtung des gleichen Fachaufsatzes kommt man unweigerlich zum Schluss, dass dies eine sehr gewagte Behauptung ist (eben eine Hypothese), da

„der Anteil an Schulabrechern bei behandelten und nicht behandelten (ADHS) Fällen gleich und auch dass zum Zeitpunkt der letzten Erfassung die durchschnittliche Lesekompetenz bei den mit Stimulanzien behandelten und nicht behandelten Fallgruppen ähnlich war“.⁴⁹

Es ist wenig überraschend, dass sich Studien zur Medikation bei ADHS hinsichtlich ihrer Schlussfolgerungen zu schulischen Leistungen nicht einig sind. Vielmehr wird den meisten Studien wechselseitig Mangel an Qualität und Widersprüchlichkeit vorgeworfen.

Da gibt es Studien, die behaupten langfristige akademische Gewinne assoziiert mit der Verwendung stimulierender Medikamente gefunden zu haben (Barbaresi, Katusic, Colligan, Weaver, & Jacobsen, 2007; Powers et al., 2008), besonders in Hinblick auf mathematische Fähigkeiten (Scheffler et al., 2009). Andere Forschungen haben keine Wirkung stimulierender Medikamente auf die akademischen Ergebnisse von Kindern mit ADHS gefunden (Carlson & Bunner, 1993; Charles & Schrain, 1981; Loe & Feldman, 2007), wobei Meta-Analysen inkludiert sind (wie Jadad, Boyle, Cunningham, Kim & Schachar, 1999). Dann stellten Studien fest, dass diese stimulierenden Medikamente mit einer signifikanten Verbesserung der schulischen Leistungen kurzfristig verbunden, aber nach drei Jahren nicht mehr vorhanden waren (M. T. A. Cooperative Group, 2004; J. M. Swanson et al., 2007).

Der wesentliche Aspekt, welcher bei allen ADHS-Studien unterschlagen wird, ist die Tatsache, dass Stimulanzien die Aufmerksamkeit von gesunden Kindern und ADHS-Kindern, oder Kinder mit anderen psychiatrischen Diagnosen im gleichen Ausmaß beeinflussen.⁵⁰

Es besteht kein Zweifel, dass Kinder mit psychischer Belastung Hilfe benötigen. Bei der Diagnose von ADHS ist die Verschreibung von Medikamenten jedoch zum großen Geschäft geworden.

Siehe auch Kapitel: DER EINFLUSS DER PHARMAINDUSTRIE

^{ff} **psychotrop:** auf die Psyche einwirkend, psychische Prozesse beeinflussend

DER EINFLUSS DER PHARMAINDUSTRIE

„Größter Umsatzbringer ist das Geschäft mit Medikamenten zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)“⁵¹

(Auszug aus einem Artikel über die Marktentwicklung der Fa. Shire)

„Der weltweite Umsatz mit Arzneimitteln zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird einer Marktanalyse zufolge von zuletzt 6,9 Milliarden Dollar (2013) auf knapp zehn Milliarden Dollar in 2020 zulegen.“⁵²

Zielgruppe Politiker

Vor ein paar Jahren hat die Europäische Kommission angekündigt, dass sie die Auswirkungen psychiatrischer ADHS Drogen an Kindern in der EU erforschen wolle. Unter dem Namen ADDUCE^{gg} wurden Universitäten und prominente Psychiater befragt. Dies geschah unter dem Druck der Öffentlichkeit und aufgrund der negativen Berichte über die Auswirkungen von Ritalin[®] und Co.

Der Pharma-Riese Shire übte einen starken Einfluss auf die EU aus. So hat Shire ein „Weissbuch“⁵³ an die Mitglieder des Europäischen Parlaments gesendet, indem festgestellt wird, dass ADHS in Europa unterdiagnostiziert ist, und mehr Bewusstsein bezüglich ADHS generiert werden soll. Shire bediente sich der Beratung der APCO Worldwide Gruppe, einer internationalen Beratungsfirma, die bekannt dafür ist, die Industrie dabei zu unterstützen, Strategien zur Beeinflussung der Regierungspolitik zu entwickeln.⁵⁴

Es ergibt durchaus Sinn, dass Shire im großen Stil an der europäischen Spitze Lobbying für die Verbreitung von ADHS betreibt, ist sie doch der Hersteller von gleich drei gutgehenden ADHS Medikamenten, nämlich Adderall[®], Equasym[®] einer der populären Methylphenidat-Produkte und dem MPH^{hh}- Alternativeprodukt „Elvanse[®]“, welches erst kürzlich in Deutschland auf den Markt gebracht wurde. Die Zielsetzung für Elvanse[®] ist, auch Kleinkinder mit Psycho-Drogen zu behandeln. Shire kündigte an, dass sie bereits drei klinische Versuche mit 4- und 5-jährigen Kindern in Vorbereitung haben.⁵⁵

Pikantes Detail am Rande, Shire Pharmaceuticals wurde im September 2014 zu einer Zahlung von 56,5 Millionen Dollar verurteilt, weil sie unter anderem bei den ADHS Medikamenten Adderall[®] und Vyvanse[®]/Elvanse[®] der Fälschung von Protokollen, nicht durchgeführter medizinischer Studien, falschen Marketing-Behauptungen und der Beeinflussung von Ärzten in mehreren Fällen von U.S.-Gerichten für schuldig befunden wurden.

^{gg} **ADDUCE:** Attention deficit/hyperactivity disorder drugs use chronic effects

^{hh} **MPH:** Abkürzung für Methylphenidat

Zielgruppe Eltern und Pädagogen

Die Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente ist in Österreich verboten. Ausgenommen sind Fachzeitschriften. Allerdings ist eine Werbung für Psychopharmaka auch nicht notwendig. Um die allgemeine Öffentlichkeit zu erreichen, genügt es, eine „psychische Erkrankung“ marketingtechnisch in das richtige Licht zu rücken. Dies erzielt durchwegs erfolgreicher den gewünschten Effekt nämlich: das Verkaufen von Psychopharmaka.

Dazu gibt es großzügige, sehr fachlich ansprechend aufgemachte Informationsbroschüren oder Webseiten, auch auf spezielle Zielgruppen wie „Pädagogen“ zugeschnitten. „Fachliche Autoritäten“ stellen ihren Namen und ihr Konterfei bei bezahlten Anzeigen, wie anhand des Beispiels der Zeitung „Der Standard“ oder bei Informationsbroschüren zur Verfügung, um die Seriosität und Wissenschaftlichkeit zu unterstreichen.

Siehe auch Beilage

In ihrem großangelegten Magazinbeitrag über dieses Thema weist die New York Times Stück für Stück etwa fragwürdige Finanzflüsse und Marketingpraktiken der Psychopharmaka-Hersteller nach:

„Psychopharmaka sind ein Milliardengeschäft: Schon 2003 wurden allein in den USA damit Umsätze von 2,8 Mrd. Dollar (ca. 2 Mrd. Euro) gemacht. Das war allerdings verschwindend wenig gegen den aktuellen Wert von weit über 18 Mrd. Dollar. Von Anfang an hatten die Pharmafirmen Eltern im Visier, die ihre Kinder „dopen“ wollen - oder glauben, das tun zu müssen. Wurde anfangs noch damit geworben, dass Kinder durch die Präparate „braver“ oder „leistungsfähiger“ seien, bemächtigte sich die Industrie später aggressiv des Themas ADHS.“

Neben personellen und finanziellen Verflechtungen - die lautesten Befürworter der Medikation von ADHS werden oft über Umwege von Pharmafirmen bezahlt - deckt der „NYT“-Artikel auch auf, dass die maßgebende ADHS-Eltern-Selbsthilfegruppe CHADD de facto vom damaligen Ritalin®-Produzent Ciba-Geigy erhalten wurde.^{56 57}

“Other factors which may lead to over diagnosis include commercial interests – for example, they report that among the group advisers for ADHD on DSM-5, 78% disclosed links to drug companies as a potential financial conflict of interest. Patient advocacy groups are often financially supported by drug companies and are not immune from potential bias either, they argue.”⁵⁸

In Deutschland ist diese Marketing-Strategie ebenso wohl bekannt:

„Ein international agierender Produzent von ADHS-Medikamenten mit Sitz auf der Insel Jersey spendierte der deutschen Selbsthilfegruppe ADHS Deutschland e.V. für Telefonberatung im vergangenen Jahr mehrere tausend Euro. Selbsthilfegruppen gelten als gute Multiplikatoren für Arzneimittel.“⁵⁹

Die Firma Eli Lilly, die wegen ihres Antipsychotikums Zyprexa® (welches auch in Österreich Kindern verschrieben wird), vielfach verurteilt wurde, kann über anhaltend steigende Verkaufszahlen für ihr ADHS Medikament Strattera® (Wirkstoff Atomoxetin) ebenfalls nicht klagen. In den vier Jahren von 2007 auf 2011 erfuhr die Verschreibung dieses Medikaments in Österreich eine Steigerung von 116,80%.

Eli Lilly betreibt ebenso wie Shire, Novartis, Medice oder Janssen-Cilag GmbH eine ausführliche Informationskampagne über ADHS für Eltern und vor allem für Pädagogen. Die Inhalte aller dieser schillernden Broschüren sind austauschbar⁶⁰.

In Österreich kooperiert Eli Lilly insbesondere mit dem Verein ADAPT, der sich als „ADHS-Selbsthilfegruppe“ positioniert. Seine ADHS Informationsbroschüre, die sich an Eltern und Pädagogen als Ratgeber wendet, wird mit der Firma Eli Lilly herausgebracht. Inklusive einer graphisch ansprechenden Werbung für „Atomoxetin“, der neben Methylphenidat meist beworbene und verschriebene ADHS Wirkstoff, dessen alleiniger Hersteller Eli Lilly ist.

Eine parlamentarische Anfrage thematisierte genau diese Werbestrategien, und ihre Rechtmäßigkeit.

Siehe auch Beilage

Es stellt sich die Fragen, weshalb eine „Krankheit“ einer Werbung in Form einer bezahlten Anzeige bedarf, und was ist die damit verbundene Zielsetzung, wenn kein Produkt damit in Verbindung steht.

Selbst die Arbeitsgruppe des ADHS-Berichts des BM f Gesundheit mutmaßt Zusammenhänge zwischen Marketing und einem eklatanten Anstieg von Ritalin®-Verordnungen:

„Die Patientenzahlen zeigen mit 20 % im Jahr 2009 einen ungewöhnlich hohen Anstieg, der sich in den Folgejahren abflacht. Dies könnte mit der Aufnahme der retardierten Formen von Ritalin® in den Erstattungskodex im Jahr 2009 zusammenhängen, unter der Annahme, dass mit der Markteinführung ein verstärktes Marketing des Anbieters verbunden war.“⁶¹

Das unter CliniCum herausgebrachte Konsensus-Papier für Österreich über ADHS, wird gleich von zwei ADHS Psychopharmaka-Herstellern freundlich unterstützt. Nämlich von der Firma Medice (Medikinet®) und der Firma Novartis (Ritalin®). Wie man auf der Rückseite des Konsensus-Statements lesen kann.

Wie sehr Pharmafirmen mit ihren „Informationskampagnen“ Pädagogen bereits manipulieren und als Frontgruppe für die Psychiatrie aufgebaut haben, zeigt der unlängst erschienene Artikel in „Die Zeit“, in dem zu dieser Problematik deutsche Studien vorgestellt werden:

„In meiner Studie war es tatsächlich so, dass der erste Verdacht auf die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung ADHS häufig von Lehrern geäußert wurde. Manchmal kam er auch von Erzieherinnen und Sozialpädagoginnen. (...)Und dann wenden sie sich mit ihrem Verdacht an die Eltern und sagen denen, dass die etwas unternehmen sollen. (...)In einer älteren Studie haben Grundschullehrer angegeben, bei etwa 18 Prozent ihrer Schüler ADHS-Symptome zu erkennen.“⁶²

Bei diesem breit angelegten Einfluss der Pharmafirmen in Kooperation mit der Psychiatrie ist es nicht mehr verwunderlich, warum alternativen oder kritischen Denkansätzen kaum Gehör geschenkt wird. Schlagzeilen wie „Strong ADHD market drives Shire profits“⁶³ lassen den Gedanken aufkommen, ob nicht ADHS in Wahrheit eine raffiniert angelegte Marketing-Strategie ist, um Kapital aus der Gesundheit unserer Kinder zu schlagen.

MÖGLICHE URSACHEN FÜR ADHS SYMPTOME

*Ein Kind als geisteskrank zu etikettieren ist Stigmatisierung, nicht Diagnostik.
Einem Kind psychiatrische Drogen zu geben ist vergiften, nicht behandeln.*

Dr. Thomas Szasz, Psychiater

Um ADHS als Krankheit eine medizinische Lebensberechtigung zu geben, müssen medizinische Hypothesen aufrechterhalten werden. Eine davon ist die Behauptung, ADHS sei genetisch bedingt, welche bis zum heutigen Tage nicht über das hypothetische Stadium hinausgewachsen ist. Die andere Behauptung stützt sich auf die Annahme, ADHS sei eine chemische Störung im Gehirn und zwar nach einem wunderbaren Zirkelschluss, in der Medizin auch bekannt als „ex-juvantibusⁱⁱ“:

„WENN Methylphenidat Kinder ruhigstellt UND Methylphenidat den Dopamin- und Noradrenalinhaushalt beeinflusst, DANN ist ein Ungleichgewicht im Dopamin- und Noradrenalinhaushalt des Kindes die Ursache für ADHS“.

Ähnlich der genetischen Hypothese konnte bis zum heutigen Tage auch kein Ungleichgewicht im Gehirn nachgewiesen werden. Wie soll dies auch vonstattengehen, weiß man bis heute nicht, wie ein solches chemisches Gleichgewicht aussieht.

„One of the most popular, biological theories about ADHD at present is that ADHD is caused abnormally low levels of dopamine in the brain (and it is believed, that stimulants such as Ritalin® work by elevating these abnormally low levels of dopamine up to normal levels). What we do not know is how many of the children currently diagnosed as having ADHD would be discovered to have a low level of dopamine (...) we also don't know how many children who have other mental health problems or psychiatric diagnoses would also test positive for dopamine deficiency. (...) we don't know how many children regarded as normal and healthy would also test positive for dopamine deficiency. Therefore, once we have a reliable way of testing for dopamine deficiency (...) (and there is certainly no sign of that happening in the near future) any conclusion that a child has a chemical imbalance of dopamine in their brain, is false and unscientific.“⁶⁴

Verhaltenssymptome, wie bei ADHS aufgelistet und zusammengestellt, können durch eine unendliche Vielzahl an Kombinationen von physiologisch bedingten Faktoren, durch übliche Umwelteinflüsse, durch soziale und/oder pädagogische Faktoren, Teilleistungsdefizite und vor allem durch Fehlernährung hervorgerufen werden.

Bevor auch nur an eine „psychische Erkrankung“ gedacht wird, sollten sich Eltern und Betroffene immer zuerst mit potentiellen physiologischen und umweltbedingten Faktoren auseinandersetzen.

Die hier nur allgemein kurz zusammengefasste Liste erhebt in keiner Weise den Anspruch einer Vollständigkeit.

ⁱⁱ **ex-juvantibus:** Erkennung einer Krankheit aus der Wirksamkeit der spezifischen Mittel

Ernährung

Von allen möglichen Ursachen für auffällige Verhaltensmuster ist das Gebiet der Ernährung sicher eines der vorrangigsten und sollte bei einer Diagnose immer in Betracht gezogen werden. Fehlernährung und Nahrungsdefizite können bei einem Menschen so ziemlich alles verursachen, was in medizinischen Symptomen gefunden werden kann.

Die Neurologin Campell-McBride sieht den Schlüssel zur geistigen Entwicklung eines Kindes in dessen Verdauung. Eine Störung dieses Systems wäre das grundlegende Problem zu den verschiedensten Kombinationen psychischer Symptome. Ihre Feststellung wird seit Jahrzehnten von vielen, nicht nur psychiatrischen Studien, immer wieder bestätigt. Ungeachtet dessen wird diesem Umstand von der modernen Psychiatrie nicht Rechnung getragen. Die Fehlernährung ist kein Thema.

„One area of medicine is particularly prone to look at is organ separately from the rest of the body. That area is psychiatry. Mental problems are examined from all sorts of angles: genetics, childhood, experiences and psychological influences. The last that would be considered is looking at the patient's digestive system. Modern psychiatry just does not do that. And yet, medical history has plenty of examples, where severe psychiatric conditions were cured by simply “cleaning out” the patient's gut.”⁶⁵

Zucker, ist sicher das prominenteste Beispiel der Ernährungs-Kritik. Nicht nur in Kuchen und Süßigkeiten nehmen Kinder Zucker zu sich, faktisch in jedem verarbeiteten Essen (processed food) und vor allem in allen Limonadengetränken wie Cola, Eistee und den bekannten koffeinhaltigen Getränken wird Zucker im Übermaß verwendet. Zucker wirkt auf mehreren Ebenen auf den Körper: Nach einem Zuckergenuss kann ein Kind sowohl hyperaktiv als auch depressiv reagieren; es können Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, Aufgeregtheit, Herzrasen, Schlaflosigkeit und viele andere Phänomene auftreten. Zusätzlich jedoch hat Zucker eine nachhaltig negative Wirkung auf das Stoffwechselsystem des Körpers, und in der Folge entstehen Giftstoffe im Körper, die sich gleichermaßen in psychischen Auffälligkeiten manifestieren können.

Ernährungsdefizite auf Zucker zu reduzieren, hieße allerdings am wahren Ausmaß und an der Größe des Problems Fehlernährung schlichtweg vorbeizureden.

Industriell verarbeitetes Essen beinhaltet nachweislich weniger Vitamine und Spurenelemente⁶⁶. In der heutigen Zeit ist diese Art von Essen oft schon zur Hauptnahrungsform geworden und der Körper von Kindern, auf solche Art ernährt, erfährt zwangsläufig eine Unterversorgung an Vitaminen und Spurenelementen. Ein Mangel an Mikronährstoffen kann auch die verschiedensten psychischen Symptome auslösen, abgesehen von den rein physiologischen Defiziten, die entstehen.

Verhaltensprobleme bei Kindern, die durch falsche Ernährung verursacht sind, können durch eine Veränderung des Speiseplans auch meistens wieder behoben werden, allerdings erfordert dies mehr Einsatz und Aufwand, als einfach die Symptome mit Psycho-Pillen zu unterdrücken.

Schule

Lernprobleme allgemein, oder für das Kind ein zu schneller oder zu langsamer Unterricht (Hochbegabung), können unter anderem nervös, müde, abgelenkt, gelangweilt oder gereizt machen. Nicht immer muss man gleich an Lernschwächen denken. Oft ist auch die persönliche Beziehung zum Lehrer für ein vermeintliches Fehlverhalten ausschlaggebend. In zwei wichtigen Studien in den USA^{67 68} wurde herausgefunden, dass die Jüngsten in einer Klasse prädestiniert waren, mit ADHS diagnostiziert zu werden.

„Das Ergebnis der Studie spricht im Grundsatz seine eigene Sprache. So fanden die Forscher heraus, dass in den Vorschulklassen mit den jüngeren Kindern bis zu 60% mehr Diagnosen von ADHS gestellt wurden als es in den Klassen der Fall war, in denen die Kleinen knapp ein Jahr älter waren. Zusätzlich konnte dokumentiert werden, dass selbst in den Klassenstufen Fünf und Acht die jüngsten Kinder der Klasse doppelt so oft eine ADHS-Therapie bekamen als die Älteren der Gruppen. Aufgrund dieser Erkenntnisse gehen die Wissenschaftler nun davon aus, dass von den 4,5 Millionen ADS-Kindern in den USA rund ein Fünftel allein deswegen therapiert wird, weil ihnen ihr junges Alter und dessen natürlicher Bewegungsdrang sowie Unkonzentriertheit zum diagnostischen Verhängnis wird. Gestützt wird diese Annahme durch weitere Forschungsergebnisse, die thematisch gleich gelagert waren, jedoch an der North Carolina University ermittelt wurden.“⁶⁹

Zu früh beschult, oder eine nicht passende Schulform können Verhaltensauffälligkeiten begünstigen, ebenso Teilleistungsschwächen.

Familiäre und soziale Probleme

Familiäre Probleme belasten jedes Kind, dies muss hier wohl nicht extra ausgeführt werden, auch wenn es seine Gefühle nicht nach außen trägt. Abwertungen und fehlender Respekt, besonders, wenn ein Kind irgendwelche Probleme hat, und sich deshalb nicht so verhält, wie Eltern oder andere Bezugspersonen es möchten, können unerwünschtes Verhalten verstärken. Traumatische Erlebnisse wie Tod, Scheidung, schwere Krankheit einer geliebten Person, Verlust eines Haustiers üben eine nicht zu unterschätzende Wirkung auf Kinder aus.

Medizin/Biologie

Bevor man eine psychiatrisch induzierte^{jj} Verhaltensstörung in Betracht zieht, ist es angeraten, als erstes eine körperliche Untersuchung von einem Facharzt vornehmen zu lassen. Viele Krankheiten rufen Verhaltenssymptome, wie sie bei ADHS zusammengefasst sind, hervor. Speziell Allergien⁷⁰ können jegliche Art von psychotischen, hyperaktiven und sonstigen verhaltensauffälligen Symptomen auslösen:

^{jj} **induzieren:** bewirken, hervorrufen, auslösen

Allergien, Infektionen, Parasiten:

- virale oder bakterielle Infektionen
- Allergien
- Würmer
- Hefepilz-Befall
- Rheumatisches Fieber
- Streptokokken-Infektion, bei der in Kindheit und Jugend nach Infektionen schlagartig neuropsychiatrische Symptome einsetzen können wie unwillkürliche, plötzliche, rasche, unregelmäßige Bewegungen der Extremitäten, des Gesichtes, des Halses und des Rumpfes, die sowohl in Ruhe als auch während willkürlicher Bewegungen auftreten. Unbehandelt können sie einen langfristigen, chronischen Verlauf nehmen.

Körperliche Störungen und Krankheiten

- Mangelnde Bewegung
- Schlafstörungen
- Hör- und Sehschwierigkeiten
- Kopfverletzungen
- Blutarmut
- Zu niedriger Blutzuckergehalt
- Stoffwechselstörungen
- Schadstoff/ Schwermetallbelastungen (zum Bsp. Aluminium, Blei, etc.)
- Hyper- oder Hypothyreose (Schilddrüsenfehlfunktionen)
- Störungen der Leber
- Abnormitäten in den Nebennieren
- Beginnender Diabetes mellitus
- Spätfolgen von Ohrenentzündungen
- Störungen im Immunsystem
- Herzerkrankungen und Erkrankungen der Herzschlagader
- Kryptopyrrolurie (Stoffwechselstörung mit beeinträchtigter Aufnahme von Mineralien und Vitaminen)
- Porphyrie (Stoffwechselstörung, die mit einer Störung des Aufbaus des roten Blutfarbstoffs Häm einhergeht)
- Funktionsstörungen im Gehirn
- Leichte Epilepsie
- Gehirntumore in einem frühen Stadium
- Zysten im Gehirn

Umweltgifte und Drogen

In den letzten Jahrzehnten wurde die Lebensmittelherstellung industrialisiert. Die Lebensmittelzusätze, sogenannte E-Stoffe, werden wohl deklariert, können aber für den Körper in höheren Dosen und bei längerer Einnahme schädlich sein. Stoffe wie Aspartam, Glutamat, Jod, Fluor und andere können eine Ursache für Verhaltenssymptome sein.

Viele Medikamente können zu gestörtem Wahrnehmen und Verhalten führen. Wenn das Kind regelmäßig Medikamente gegen Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Kopfschmerzen usw. bekommt, sollte man untersuchen, ob diese Medikamente Verhaltensprobleme verursachen oder dazu beitragen.

Schäden durch illegale oder psychiatrische Drogen sind wohl bekannt. Amphetamine wie Methylphenidat und andere psychopharmakologische Substanzen sind Drogen, die sehr oft genau jene Störungen verursachen und verstärken, gegen die sie verabreicht werden. Oft wird dann die Dosis gesteigert, statt sie abzusetzen.

Siehe auch Kapitel: PSYCHOPHARMAKA ZUR BEHANDLUNG VON ADHS

Umweltgifte wie Quecksilber oder Blei, Pestizide, Dämpfe von Modellbauleim, Holzschutzmittel, Unkrautvertilgungsmittel, Desinfektionsmittel, Möbelpolitur und Lufterfrischer können das Verhalten von manchen Kindern beeinflussen.

In einer der weltweit führenden medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“ wurde in einer kürzlich veröffentlichte Studie ausführlich auf diese Problematik, speziell Kinder betreffend, eingegangen. Zwischen 2006 und 2014 habe sich die Anzahl bekannter Chemikalien, die neurologische Entwicklungsstörungen auslösen können, von sechs auf zwölf verdoppelt, darunter Schwermetalle, Fluoride, Pestizide und Lösungsmittel. Mittlerweile seien 214 Substanzen bekannt, die das Gehirn schädigen können.^{71 72}

Hier sind praktische Ärzte, Pädiater, Ernährungswissenschaftler, engagierte Lehrer, und aufmerksame Eltern gefordert.

Die psychiatrische Diagnose von ADHS, ADS oder HKS wird anhand einer Checkliste gemacht, die als Kriterien Verhalten von Kindern als „Fehlverhalten“ definiert. Ab einer bestimmten Anzahl festgestellter „Fehlverhalten“ wird ADHS diagnostiziert. Dabei wird der eigentlichen Ursache, warum ein Kind Probleme hat, selten auf den Grund gegangen, und die verschiedenen Aspekte, die in diesem Kapitel erwähnt werden, kaum oder gar nicht untersucht oder in Betracht gezogen.

Es ist sicher einfacher, ein Kind mittels einer psychotropischen Droge zu „beruhigen“, damit es für sich und andere „kein Problem“ mehr darstellt.

Man sollte sich aber fragen, ob die Gesundheit eines Kindes nicht den Aufwand einer genauen Diagnose wert ist, anstatt eine chemisch gesteuerte Verhaltenskontrolle zur Hilfe zu nehmen.

BEHANDLUNGS-ANSATZ OHNE MEDIKAMENTE WIRD VERNACHLÄSSIGT

„Die Frage ist nicht so sehr ob Ritalin hilft, sondern ob es überhaupt notwendig ist. (...) Das Verabreichen von Medikamenten wäre unnötig, wenn die Ursache für die Hyperaktivität gefunden und beseitigt wird.“

Dr. Doris Rapp, Kinderärztin und Umweltmedizinerin

„Die Erhebung zeigt für Österreich - zieht man internationale epidemiologische Daten heran - eine medikamentöse Unterversorgung von Personen mit ADHS an.“⁷³

Wie absurd dieses Argument von Psychiaterin Dr. Gabriele Fischer ist, und welche Propaganda eigentlich dahinter steht, nämlich „mehr Psychodrogen zu verabreichen“ wird durch die völlige Irrelevanz eines solchen Vergleichs für Österreich demonstriert. Noch dazu, wenn man bedenkt, dass viele Länder bereits für die Überdiagnostizierung und Überverschreibung von psychiatrische Drogen bei ADHS international heftig kritisiert werden.

Auch in Interviews drückt Dr. Fischer ihre Meinung klar aus:

„Dennoch: Insgesamt werde ADHS zu wenig oft richtig medikamentös behandelt“⁷⁴

Auf der Homepage der MedUni Wien ist nicht zu übersehen, was dort als „richtige“ Therapie angesehen wird, um soziale Probleme abzuwenden:

„Ein möglichst früher Beginn der Behandlung ist von höchster Relevanz, da mit richtiger (medikamentöser) Therapie nach einem multiprofessionellen Therapieplan einer Fülle von sozialen und psychischen Folgeproblemen wie Arbeitslosigkeit, Kriminalität und Drogensucht vorgebeugt werden kann.“

(Quelle: <http://www.sucht-news.at/neues/89>)

Wie dies zu begründen und zu beweisen ist, geht aus der eher wie eine Werbebotschaft verfassten Aussage nicht hervor. Außer man beabsichtigt, mittels chemischer Verhaltenskontrolle soziale Probleme zu lösen.

Aus einer in Deutschland kürzlich gemachten Studie geht hervor, dass die Zunahme der Verschreibung von Psychopharmaka an Kinder unter anderem mit der Zunahme von Psychiatern und Pädiatern Hand in Hand geht.⁷⁵

„(...) dennoch müssen wir uns als Ärzte bewusst sein, dass wir mit den Medikamenten die Kinder an die Umwelt anpassen anstatt die Umwelt an die Kinder“

(Zitat: Dr. Brigitte Hackenberg, Kinder- und Jugendpsychiaterin)⁷⁶

Dr. Hackenberg sieht größere psychosoziale Belastungen für Kinder, die ADHS-Symptome verstärken können, etwa große Schulklassen, überforderte Lehrer und berufstätige Eltern, denen es schwerfällt, den Kindern einen geregelten Tagesablauf zu bieten.

„Kinder brauchen bessere Rahmenbedingungen“, so Hackenberg, durch Veränderungen im Schulsystem und mehr finanzielle Mittel für nicht medikamentöse Therapien sowie die Beratung der Eltern und Betreuungspersonen.

Dieser Ruf ist nicht neu. Schon 40 Jahre zuvor wurde die Vernachlässigung alternativer Ansätze im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern thematisiert:

Durch eine vorschnelle Medikamentengabe würden die Bemühungen der Eltern und Lehrer, den betroffenen Kindern anderweitig Hilfestellung zu geben, reduziert. Ferner wurde die Frage aufgeworfen, ob nicht zu viele Kinder diese Medikation bekämen, obwohl es eigentlich keine Grundlage dafür gäbe. Man diskutierte den Effekt der Medikation, der hauptsächlich in einer Konzentrationssteigerung liege, den betroffenen Kindern aber nicht helfen würde, ihre Probleme zu lösen.

„We do not question the fact that for some of these children, not to mention their families and teachers, benefit from treatment with stimulants. However, we urge greater scepticism about the immediate effects on children’s self-esteem and their learning, and even more about the effects of long-term treatment with these drugs.

There are promising alternative approaches to the management of children with these problems, all of which involve the child’s learning control of his own behaviour. The basic flaw of drug treatment is that it cannot teach a child anything, and it is not yet established that drug treatment makes the child more accessible to other intervention techniques.”⁷⁷

30 Jahre später hatte sich an der Gültigkeit dieser Aussage nichts geändert, denn das Europäische Parlament schreibt:

„Auch empfiehlt die Versammlung mehr Forschung zu Fragen angemessener Begleitung und erzieherischer Hilfestellungen für Kinder mit ADHS-Symptomen, zum Zusammenhang zwischen Verhalten und medizinischen Problemen wie Allergien oder toxischen Reaktionen, und zu alternativen Behandlungsformen wie z.B. Diät.“⁷⁸

Nun wird natürlich der Anschein erweckt, dass Alternativen sowieso Rechnung getragen werde, indem solche klingende Wortschöpfungen wie „multiprofessioneller Ansatz“ und „multimodale Therapie“ von Psychiatern in den Medien, Werbemittel und Erklärungen verwendet werden.

Allein, die ungebrochene Steigerung der Verordnungsstatistiken zeigt eine andere Wahrheit. Wer glaubt, dass Psychopharmaka, wie oft heruntergespielt, „nur in Ausnahmefällen“ oder bei „manche Kinder brauchen es“ verschrieben werden, ist blauäugig. Psychiater weisen in Ihren Vorträgen auch gerne darauf hin, dass beispielsweise Psychotherapie erst in Kombination mit medikamentöser Behandlung „wirklich guten Erfolg“ zeigt. So wird subtil wieder auf die Behandlung mit Psychopharmaka zurückgeführt.

**Siehe auch Kapitel: PSYCHOPHARMAKA ZUR BEHANDLUNG VON ADHS und
DER EINFLUSS DER PHARMAINDUSTRIE**

DIE UNO UND EU ÜBER PSYCHOSTIMULANZIEN FÜR KINDER

Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtmitteln und psychotropen Stoffen (...) zu schützen (...).

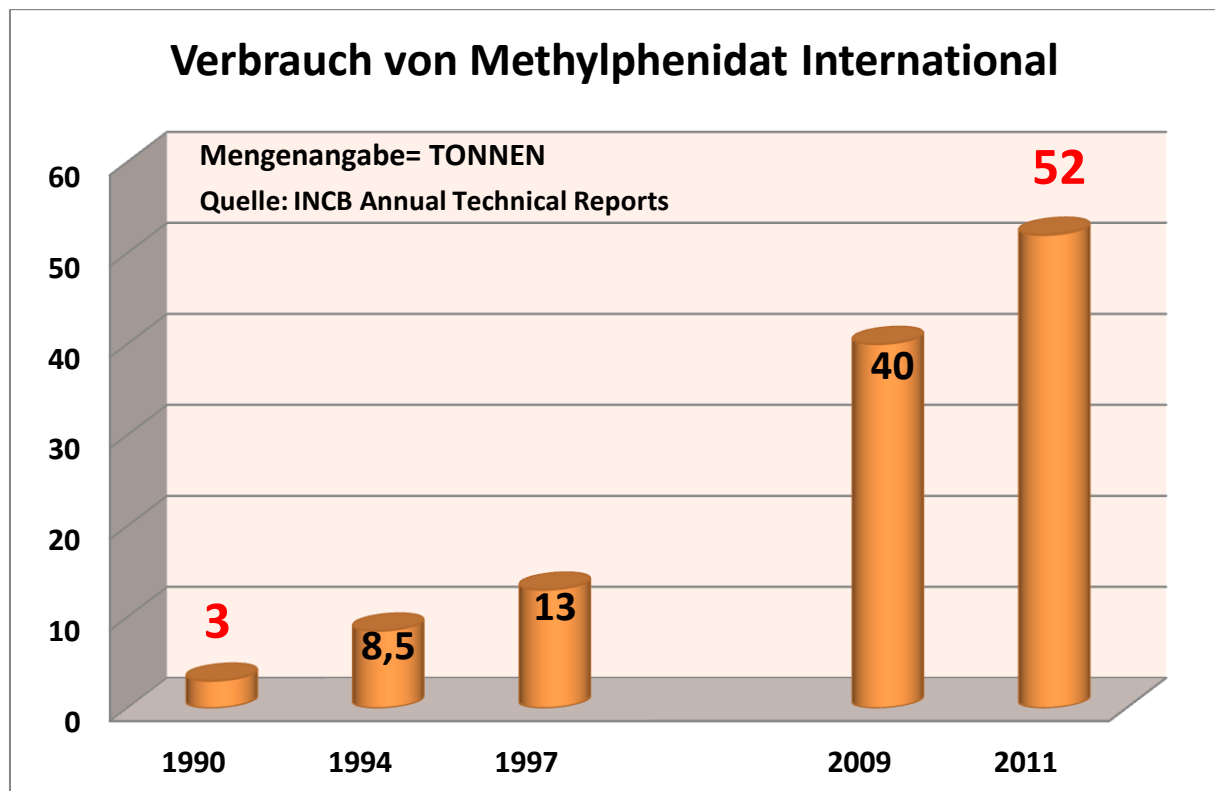
UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November 1989, Artikel 33

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (INCB - International Narcotics Control Board), eine Abteilung der Vereinten Nationen, hat in den letzten zwei Jahrzehnten wiederholt vor einem verstärkten Einsatz von Psychostimulanzien, insbesondere Methylphenidat gewarnt.

Im Jahresbericht 1995 wurde schon festgestellt, dass der Verbrauch von „weniger als 3 Tonnen in 1990 auf mehr als 8,5 Tonnen in 1994 angestiegen war“. Es wurde vor Überverschreibung und Missbrauch gewarnt und kritisiert, dass Kleinkindern unter 6 Jahren Methylphenidat verschrieben wird. INCB zeigte sich besonders besorgt darüber, dass von Pharmafirmen bezahlte Eltern-Interessensgruppen Werbung für diesen Wirkstoff machten und Lobbying für einen leichteren Zugang zur Droge betreiben.

Im Jahresbericht 1996 wiederholten sich die Warnungen. Nur dass der Anstieg an Verbrauch für 1997 bereits auf 13 Tonnen prognostiziert und fragwürdige Werbepraktiken beklagt wurden. Des Weiteren, dass die geschätzte Zahl der Methylphenidat-bezogenen Notaufnahmen von 10 - bis 14-Jährigen sich seit 1990 verzehnfacht und im Jahr 1995 auf das Niveau von kokainbedingten Notfällen für die gleiche Altersgruppe gleichgezogen hatte.⁷⁹

15 Jahre später, wird im Jahresbericht 2011 trotz massiver Kritiken und Warnungen weiterhin ein weltweiter Anstieg registriert. Der Verbrauch ist heute bei 52 Tonnen angekommen⁸⁰



Bereits im Jahr 2002 äußerte sich auch die Parlamentarische Versammlung des Europarates besorgt über die steigende Zahl von Kindern, die mit ADHS diagnostiziert werden⁸¹.

In ihrer Empfehlung zu diesem Thema wurde festgestellt:

“this issue is of particular concern to the Council of Europe as a human rights organization which aims, among other things, to protect the rights of children and to seek European responses to social and health problems including drug use.”

Während Psychopharmaka für Kinder einerseits breitflächig als sicher und effektiv beworben werden, werden sie andererseits gleichzeitig von vielen Regierungen als genauso missbrauchs- und suchtgefährdend eingestuft wie Morphium, Opium oder Kokain. Die gegen ADHS verschriebenen Stimulanzien sind bereits in der Tabelle II der UN-Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 als rezeptpflichtig aufgeführt, weil sie ein beträchtliches Gesundheitsrisiko für die Öffentlichkeit darstellen, einen geringen therapeutischen Wert haben und stattdessen ein hohes Suchtpotenzial aufweisen.

Die Parlamentarische Versammlung betont, dass Kinder das Recht auf den höchsten Standard an Gesundheit und Gesundheitseinrichtungen und Schutz vor unerlaubter Verwendung von Drogen haben:

“Children have the right to the highest standard of health and medical care attainable, and to protection from the illicit use of drugs.

(...) the precautionary principle should prevail where doubt exists in regard to the long-term effects of medicaments and (...) believes that stricter control should be exercised over the diagnosis and treatment of these disorders.”

Der Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen hat in den letzten zehn Jahren die Umsetzung der Menschenrechtsstandards hinsichtlich Kindergesundheit für eine Reihe von europäischen Ländern überprüft. Das Komitee zeigte sich immer wieder besorgt über die Fehldiagnostizierung von ADHS und die Überverschreibung von Psychostimulanzien, obwohl die schädlichen Nebenwirkungen bekannt sind.

Dänemark, Norwegen und Finnland erhielten eindringliche Warnungen.⁸²

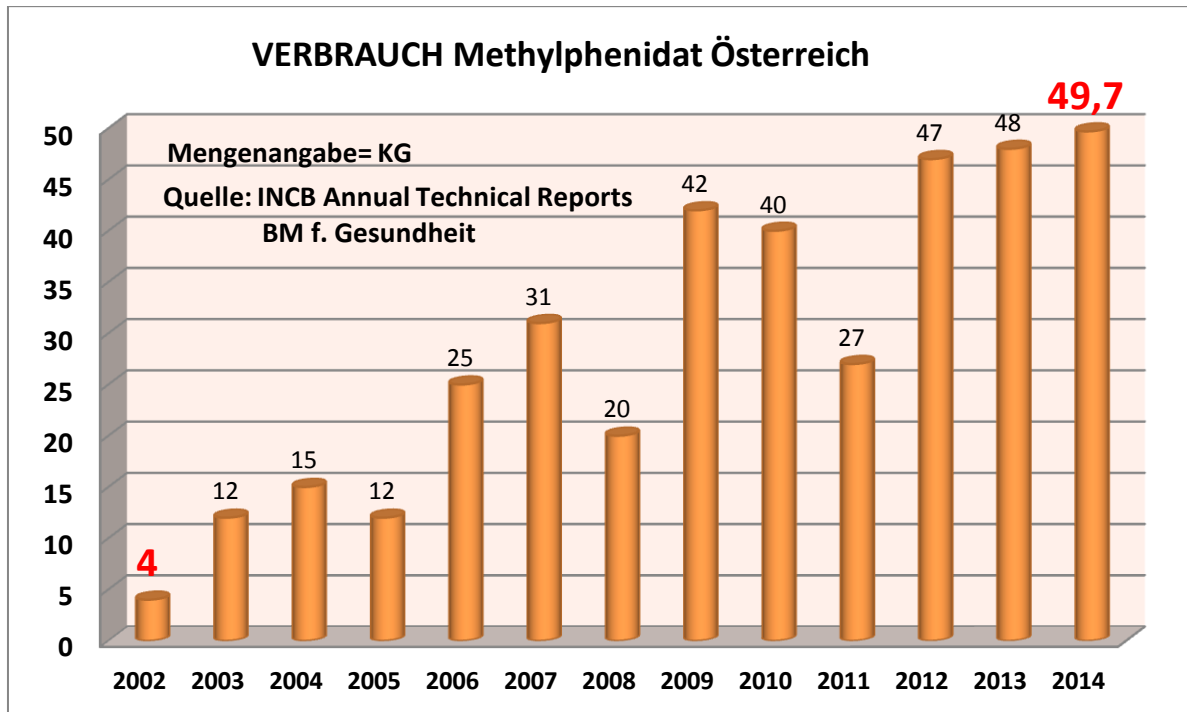
“The Committee is also concerned at the information that Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Attention Deficit Disorder (ADD) are being misdiagnosed and that psycho-stimulant drugs are therefore being overprescribed, despite the growing evidence of the harmful effects of these drugs.”

“The Committee recommends that further research be undertaken on the diagnosis and treatment of ADHD and ADD, including the possible negative effects of psycho-stimulants on the physical and psychological well-being of children, and that other forms of management and treatment be used as much as possible to address these behavioural disorders.”

Aber nicht nur die nördlichen europäischen Länder scheinen mit der psychiatrischen Etikettierung von Kindern zu kämpfen, mehrere andere europäischen Länder, darunter Belgien, Spanien, die Schweiz und Deutschland⁸³ erhielten ebenfalls Empfehlungen, anstelle von Psychopharmaka lieber alternativen Behandlungen verstärkt den Vorzug zu geben.

2012 wurde auch Österreich vom Komitee bezüglich der Überverschreibung von Psycho-Stimulanzien gerügt⁸⁴:

“It is further concerned by the over-prescription of medication such as Ritalin® for children with attention deficit and hyperactivity disorder.”



Die UNO empfiehlt weiter:

“It also recommends that the State party carefully examine the phenomenon of over-prescription of psycho-stimulants to children and take initiatives to provide children diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder, as well as their parents and teachers, with access to a wide range of psychological, educational and social measures and treatments.”

In der Zwischenzeit sind mehr als zwei Jahre vergangen, und die Verschreibungsstatistiken sprechen eine klare Sprache, nicht nur im Bereich der Stimulanzien. Auch bei Antidepressiva ist eine bedenkliche Steigerung von Verordnungen an Kindern zu verzeichnen. Von einer „sorgfältigen Untersuchung des Phänomens der Über-Verschreibung“ kann in Österreich keine Rede sein, ebenso nicht von einem „Zugang zu einem breiten Spektrum psychologischer, pädagogischer und sozialen Maßnahmen und Behandlungen“.

Der beliebte Verweis auf die „Gesundheitsziele Österreichs“ führt bei Nachlese zu der Erkenntnis, dass die teure Einrichtung psychiatrischer Betten einen höheren Stellenwert hat, als die Umsetzung der Forderung der UNO, welche eine weit kostengünstigere Variante der Vorsorge und Behandlung von betroffenen Kinder und Jugendlichen wäre.

Stimulanzien wie Amphetamine und Methylphenidat sind aber nicht die einzigen Drogen, die von Psychiatern verwendet werden, um Symptome, die als ADHS etikettiert wurden, zu behandeln.

2006 kam in Österreich Strattera® auf den Markt und erfährt seitdem steigenden Zuspruch bei der Verschreibung trotz der Tatsache, dass die Nebenwirkungen gravierender sein können als bei Methylphenidat.

Siehe auch Kapitel: PSYCHOPHARMAKA ZUR BEHANDLUNG VON ADHS

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften, die 25 Länder repräsentiert⁸⁵, veröffentlichte bereits 2005 eine europaweite Warnung bezüglich einer Reihe von psychotropen Drogen, darunter auch Atomoxetin/Strattera®, basierend auf Untersuchungen des Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) der European Medicine Agency (heute EMA). In dieser Warnung wurde darauf hingewiesen, dass die Einnahme von Strattera® zu mehr Aggressivität und emotionaler Labilität führen kann.

Auf internationaler Ebene ist man sich des Problems, dass immer mehr Kinder mit Psycho-Drogen behandelt werden und der damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken sehr wohl seit Jahrzehnten bewusst.

In Österreich ist ein politisches Umdenken auf breiter Ebene dringend notwendig, bevor noch weitere Schäden durch Überverschreibung und Fehldiagnostizierung verursacht werden.

SOZIALE FOLGEN FÜR DIE ZUKUNFT UNSERER GESELLSCHAFT

Therapieziel war und ist „der freudige Gehorsam des Kindes“

Franz Hamburger 1874 – 1954 österreichischer, nationalsozialistischer Pädiater

So zynisch dieser Spruch anmutet, so ist er doch gültiger denn je. Unsere heutige Gesellschaft verlangt von Kindern ein Normverhalten, welches von Erwachsenen, und im vorliegenden Thema von Psychiatern definiert wurde und wird. Wer sich nicht freudig, also möglichst verhaltensunauffällig ins Schema fügt, wird entweder angepasst oder unter Reduzierung seines Selbstwertgefühls für psychisch krank erklärt, dann therapiert und so in die Norm gezwungen.

Das Pathologisieren^{kk} von kindlichem Verhalten

Die Psychiatrie hat sich zur Autorität gesellschaftlichen und sozialen Normverhaltens erhoben.

Wer im Leben zu unruhig ist oder zu verträumt, hat ADHS. Wer länger trauert, ist depressiv. Wer sich gegen herkömmliche Werte, Eltern, Lehrer und andere Erwachsenen auflehnt, hat eine oppositionelle Trotzstörung. Wer aggressiv reagiert und unglücklich ist, unterliegt einer Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD).

Wenn man sich die Kriterien für ADHS ansieht, wird klar, dass hier nichts weiter als typisch kindliche Verhaltensmuster pathologisiert werden.

Die Aufgaben, sich um soziales Kindeswohl zu bemühen, was eigentlich in das Gebiet der Moral, Ethik und Pädagogik, also in den Bereich der Geisteswissenschaften fällt, werden von der Psychiatrie übernommen und zu ihrem, von ihnen kontrollierten Gebiet gemacht. Die Behandlung erfolgt in der Regel mit psychoaktiven Substanzen, nicht mit der Einsicht, eine sichere Umgebung für Kinder und der Zukunft der Gesellschaft zu schaffen.

„Ein professionelles, auf die Person des Arztes abgestelltes Gesundheitssystem, das sich über gewisse Grenzen hinaus entwickelt hat, macht aus drei Gründen die Menschen krank: es produziert zwangsläufig klinische Schäden, die schwerwiegender sind als sein potentieller Nutzen; es kann die politischen Verhältnisse, die die Gesellschaft krank machen, nur begünstigen - auch wenn es sie zu verschleiern sucht; und es nimmt dem Einzelnen die Fähigkeit, selbst zu gesunden und seine Umwelt zu gestalten.“⁸⁶

Alle diese Punkte treffen auf die Psychiatrie im Allgemeinen und auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Detail zu.

Stigmatisierung von Kindern

Einem Kind das Etikett ADHS zu geben, ist an sich bereits eine Stigmatisierung und Diskriminierung. Soziale Beeinträchtigungen sind unweigerlich die Folge, insbesondere, wenn die Ursachen für auffälliges Verhalten in anderen Bereichen wie Ernährungsdefiziten, Pädagogik, tatsächlichen physiologischen Ursachen oder im sozialen Umfeld begründet sind.

^{kk} **pathologisieren:** (eine Verhaltensweise, eine Empfindung o. Ä.) als krankhaft bewerten, für krankhaft halten

Das Kind wird schuldig gesprochen, Ursache für äußere Probleme zu sein, und wird als psychisch krank deklariert.

Ein persönliches Trauma für ein Kind.

Ein Kind, einmal mit einer psychiatrischen Diagnose stigmatisiert, wird diesem Stigma sein Leben lang nicht mehr entkommen, auch wenn sich die Diagnose als falsch herausstellt. Das Image „geisteskrank“ gewesen zu sein, zieht in den Augen vieler nach sich, potentiell wieder geisteskrank zu sein oder zu werden.

Eigenartig mutet es auch an, wenn eine aufwändige Kampagne für die Akzeptanz von seelischen Erkrankungen mit einem „glücklich-stolzen“ Kind wirbt, indem diese als „ganz normal“ dargestellt wird.



Quelle: www.ganznormal.at

Frühere Kampagnen und Studien haben gezeigt, dass solche Maßnahmen offenbar nicht den gewünschten Effekt verursachen:

„In Großbritannien zum Beispiel führten das Royal College of Psychiatrists und das Royal College of General Practitioners in den frühen neunziger Jahren die Aktion »Defeat Depression« durch, die beabsichtigte, die öffentliche Wahrnehmung von Depression zu stärken, Stigmatisierung zu verringern, (...)Unglücklicherweise zeigte die Evaluation der Behandlungs- und Aufklärungsrichtlinien, die aus der Kampagne hervorgegangen waren, nicht die gewünschten signifikanten Verbesserungen, dafür aber andere Effekte wie ein schneller Anstieg von Verschreibungen von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (»Antidepressiva«) und verstärkte vorschnelle Medikation von unglücklichen und belasteten Personen.

Die Zuschreibung psychischer Krankheit auf biologische Ursachen ist gleichzeitig massiv mit negativen Einstellungen verbunden, zum Beispiel, dass Patienten unberechenbar und gefährlich und daher zu fürchten seien (...) Noch einmal: Der dem medizinischen Modell folgende diagnostische Ansatz hat eindeutig negative Auswirkungen, indem er Stigmatisierung fördert anstatt sie zu reduzieren.(...) Zusammenfassend deutet vieles darauf hin, dass der diagnostische „Krankheit wie-andere-Krankheiten-auch“-Ansatz mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung statt einer Verbesserung der Prognose beiträgt.“⁸⁷

Diese sicherlich gut gemeinten Kampagnen dienen also letztlich wieder nur der kritiklosen Akzeptanz einer „psychischen Krankheit“, und dem Umsatz der Pharmafirmen. Dem einzelnen Betroffenen wird dadurch nicht notwendigerweise geholfen.

Psychiatrierung der Pädagogik

Kinder erbringen nicht bessere schulische Leistungen, wenn sie mit psychoaktiven Substanzen versorgt werden, sondern ihre Konzentrationsfähigkeit wird chemisch gesteuert.

„Ja stimmt, sie sind ruhiger und konzentrierter, aber sie sind wie Maschinen und wirken ferngesteuert; ich lehne das ab.“

(Zitat: Lehrer aus Oberösterreich)

Die Aufgaben und das Verantwortungsgebiet der Pädagogik werden verwässert und von der Psychiatrie übernommen. Probleme im schulischen Bereich werden nicht mehr dem System zugeordnet und in diesem Bezugsrahmen untersucht, sondern auf eine vermeintlich biologisch bedingte „Geisteskrankheit“ fokussiert.

Pädagogen, ob Kindergarten oder Schule, werden ganz im medizinischen Sinn mittels Seminaren, Vorträgen und Informationsschriften dazu herangebildet, das psychiatrische Konstrukt ADHS schnell und effizient bei Kindern zu erkennen und diese zum Facharzt, in der Regel Psychiater, zu empfehlen. Es bietet sich auch an, Pädagogen als ideale Frontgruppe der Psychiatrie aufzubauen, sind sie neben den Eltern doch die Ersten, die mit auffälligem Verhalten der Kinder und Jugendlichen konfrontiert sind.

Siehe auch Kapitel: DER EINFLUSS DER PHARMAINDUSTRIE

Es stellt sich die Frage: Wie definiert sich denn ein „normaler Schüler“?

Am kognitiven Beispiel „Lesen lernen“, kann man erkennen, wie unterschiedlich Fertigkeiten von Kindern erlernt werden, wenn man bedenkt, dass sich das Alter des Lesebeginns vom 4. bis zum 8. Lebensjahr erstreckt.

Ebenso bestätigten Forschungen, wie eklatant die Unterschiede in der Motorik sind:

„Die motorische Entwicklung unter gleichaltrigen Kindern ist in jedem Alter sehr variabel. (...) Unterschiede in der motorischen Leistungsfähigkeit sind so groß, dass es keine allgemein gültige Regel geben kann, was ein Kind in einem bestimmten Alter können muss und was nicht. Auch wenn die motorischen Meilensteine gewisse Orientierungshilfen leisten, so sind gleichaltrige Kinder meist so verschieden, dass bestimmte Vorgaben, die bei einem Kind durchaus angemessen sind, bei anderen völlig verfehlt sein mögen.“⁸⁸

Pädiatern und Entwicklungspsychologen ist auch vollkommen bewusst, dass Jungen in allen Altersstufen einen weit höheren Bewegungsdrang aufweisen als Mädchen.

Aber ungeachtet der individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten werden gleichaltrige Kinder mehr oder weniger über einen Kamm geschert und bewertet. Wer sich nicht der Norm unterwerfen kann oder will, wird etikettiert und therapiert, muss im besten Fall ergotherapeutische, logopädische oder psychotherapeutische Hilfe über sich ergehen lassen und im schlimmsten Fall Psychopharmaka schlucken.

„Die simple Beobachtung der kindlichen Entwicklung und die entsprechende Forschung lehren uns seit langem, dass Kinder sich auf unterschiedlichen Wegen entwickeln. Dieser Individualität wird aber leider im täglichen Schulbetrieb nur wenig Beachtung geschenkt.

Ein Kind das in allen Bereichen gleich gute Leistungen zustande bringt, hat ein homogenes Entwicklungsprofil. Das ist eher die Ausnahme als die Regel! Die Regel ist eher ein heterogenes Profil, bei dem das Kind einige Dinge besser, andere schlechter kann. So kann es sportlich begabt sein, aber das Rechnen fällt ihm schwer. Die intraindividuellen^{II} Unterschiede betreffen alle Lernbereiche: die Wahrnehmung, die Sprachfähigkeit, das mathematische Denken und die Logik, die Kommunikationsfähigkeit, die Aufmerksamkeitsfähigkeit, die Werkreife, die Flexibilität, die Fähigkeit, Gelerntes zu speichern, die Selbstkontrolle, den Affekt^{mm}, die Frustrationstoleranz und die Fähigkeit, sich in soziale Netze einzubinden. Diese nicht abschließende Aufzählung zeigt auf, in wie vielen Bereichen Kinder sich unterscheiden, was sie ja letztlich auch als Individuen auszeichnet⁸⁹.“

Menschen, denen die Erziehung, Ausbildung und Betreuung von Kindern anvertraut ist, also Eltern und Pädagogen, sind auch die ersten, die mit dem Verhalten von Kindern konfrontiert sind.

Selbst wenn Kinder sich als „pflegeleicht“ erweisen, ist dies für den einzelnen eine anspruchsvolle Verantwortung, der viel Energie gewidmet werden muss. Umso absurder und bössartiger waren und sind alle Propaganda-Strategien, die die Arbeit von Eltern, insbesondere von Müttern herabwürdigen und geringschätzen. Durch die „Emanzipations-Strategien“ für Frauen wurden die wichtigsten Führungsaufgaben in und für eine Gesellschaft, nämlich ein sicheres und glückliches Aufwachsen von Kindern zu ermöglichen, schlichtweg pervertiert und der Lächerlichkeit preisgegeben.

Was auf der Strecke blieb, ist unsere Gesellschaft von morgen, die Kinder – die heute die Zielscheibe von Therapie und marktwirtschaftlichen Unternehmungen geworden sind. Antisoziale Tendenzen kann man immer daran erkennen, dass das falsche Angriffsziel ausgewählt wird.

„Erziehung hat zwei Hauptaufgaben. Sie soll Kinder in die Gesellschaft einfügen (Sozialisation) und sie soll ihnen helfen, eine Persönlichkeit zu werden (Individuation).

Sozialisation bedeutet: Anpassung durch Verinnerlichung sozialer Normen

Individuation heißt: Entwicklung eines charakteristischen Inventars von Verhaltensmustern und Erlebnisweisen⁹⁰

Beides wird durch die Etikettierung mit einer „Geisteskrankheit“ und der Behandlung mit einer psychoaktiven Substanz behindert oder vielleicht sogar unmöglich gemacht.

^{II} **intraindividuell:** innerhalb eines Individuums ablaufend

^{mm} **Affekt:** Gefühls- und Gemütsbewegung

Warum sollten Pharmafirmen umfassende Informationsbroschüren für Pädagogen verfassen, wenn nicht ihr Endziel der Bewerbung, Akzeptanz und dem breiten Verkauf von Psychopharmaka dient. Keine Firma der Welt macht Werbung für „Nicht-Verkauf“ ihres Produkts. Angesichts der Tatsache, dass der Verkauf von Psychodrogen an „psychisch auffälligen“ Kindern einer der am stärksten wachsenden Umsatzmärkte ist, müssen Informationsbroschüren für Eltern und Pädagogen, herausgegeben und/oder gesponsert von Pharmafirmen einzig und allein in diesem Licht betrachtet werden.

Siehe auch Kapitel: DER EINFLUSS DER PHARMAFIRMEN

Gleichwohl hört und sieht man nichts von umfassenden Kampagnen für gesündere Ernährung oder für eine Stärkung der Eltern und Pädagogen und ihrer Aufgaben.

Die Regierung von Mexiko hat dem wahren Sachverhalt als erstes Land mutig Rechnung getragen, und sie schreibt in ihrer Broschüre zum Thema ADHS:

ADHS ist zu einer weit verbreiteten Methode geworden, Probleme in der Erziehung von manchen Kindern in der Schule und der Familie zu rechtfertigen. (...)

Üblicherweise und aufgrund der unvollständigen Information, die Lehrer und Eltern erhalten haben, werden Kinder mit diesen Eigenschaften in medizinische und therapeutischen Bereiche eingestuft, wo „Fehlverhalten“ von Kindern mit psychoaktiven Medikamenten behandelt werden, (die bis jetzt nicht gezeigt haben, dass sie die Schulleistung verbessern)(...)

Angesichts der Überlegung, dass es keine wissenschaftlichen Beweise gibt, die die Diagnose ADHS bestätigen, ergibt sich eine Situation, die uns zwingt, uns auf Bildungsprozesse zu besinnen, welche danach streben, jegliche Form der Ausgrenzung, Diskriminierung, Etikettierung und Konditionierung unter Verwendung von psychotropen Drogen und medizinischen Behandlungen zu vermeiden. Wobei es am wichtigsten ist, eine umfassende und qualitativ hochwertige Bildung für alle Kinder und Jugendlichen zur Verfügung zu stellen, wie auch immer die Bedingungen und persönliche, kulturelle und soziale Eigenschaften sind.



„El TDA-TDAH se ha convertido en una forma común de explicar en las escuelas y/o en las familias los problemas educativos y de crianza de diverso orden que enfrentan algunos niños. (...) Tradicionalmente y a causa de la información parcial que maestros y padres de familia han recibido, los niños con estas características son atendidos en espacios médicos y terapéuticos, donde la “mala conducta” se cura básicamente a partir de psicofármacos (los cuales no se ha demostrado aún que mejoren el rendimiento escolar de los niños).

Ante la consideración de que no existe evidencia científica que demuestre el diagnóstico sobre el TDA-TDAH, situación que nos obliga a volver la mirada hacia los procesos educativos, los cuales buscan evitar cualquier forma de exclusión, discriminación, etiquetación y condicionamiento sobre el uso de tratamientos médicos y de psicofármacos, en donde lo más importante es ofrecer una educación inclusiva y de calidad para todos los niños, niñas y adolescentes sea cuales fueren sus condiciones y características personales, culturales y sociales.”

Diese Einstellung Kindern gegenüber sollte Vorbildwirkung für Österreich haben!

Zerstörung von Familienstrukturen

Eltern, die es verweigern, ihrem Kind Psychopharmaka zu geben, können sehr schnell in den Verdacht kommen, das „Kindeswohl“ zu missachten. Die Konsequenz ist Kindesentzug oder zumindest der Verlust des Rechts auf „Pflege und Erziehung“. Danach kümmert sich der Staat in Form des Jugendamts um die Durchführung der Drogenverabreichung. Nicht nur, dass ein Kind mit seinen bereits vorhandenen Problemen zu kämpfen hat, es wird nun zusätzlich traumatisiert, indem es den Eltern und seiner Familie entzogen wird. Dies führt nicht zuletzt zu einer weiteren Rechtfertigung, das Kind psychiatrisch behandeln zu müssen: Angststörungen, Bipolarität, Depressionen, Psychosen, Störungen der emotionalen Entwicklung oder des Sozialverhaltens sind nur wenige Beispiele der oft nachfolgenden „Diagnosen“.

„(...)Volksschule haben wir dann noch ganz gut hinter uns gebracht. Allerdings im Gymnasium ist es dann heftig geworden. Man hat uns dort so unter Druck gesetzt und wir haben sie dann stationär in die Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht, da wir ja Hilfe für unser Kind wollten. Dort ist sie aber unserer Meinung nach (im nachhinein ist man immer gscheiter) falsch behandelt. Es wurde nur mit Druck auf unsere Tochter und uns gearbeitet. Nach diesem Aufenthalt ist sie dann zur Schulverweigerin geworden. Folge: Jugendamt und weiterr nur Druck, Druck, Druck. Dann hat sie letztes Jahr mit Müh und Not die Schulflicht erledigt. (...)Auf jeden Fall ist das Jugendamt der Meinung, das die Ursache des Problems nur in der Familie liegen kann, wobei ganz klar ersichtlich ist, das alles erst mit dem Aufenthalt auf der KJJP so richtig angefangen hat und von da an ist es eigentlich nur mehr abwärts gegangen.(...) da es uns sonst als Verweigerung bzw. Desinteresse

ausgelegt werden könnte. Und das könnte zur Folge haben, das man uns gerichtlich die Obsorge abnehmen könnte. Und das alles, obwohl wir eigentlich eine "normale" Familie sind und immer versucht haben, alles richtig zu machen und unseren Kindern die nötige Betreuung zukommen zu lassen.(...)“

(Zitat: Auszug aus einer Schilderung der persönlichen Situation, Forum www.parents.at)

Vergleichbare Fälle wurden von Dr. Angelika Schlager und Dr. Johann Misliwetz in jahrelanger Recherche zusammengetragen und dokumentiert. Erschütternd ist, dass betroffene Eltern oft nicht wagen auf Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen aufmerksam zu machen, aus genau der Angst heraus, dass ihnen die Kinder dann unter Berufung auf „Kindeswohlgefährdung“, abgenommen werden. Die Meldung des Arztes an das Jugendamt, dass Eltern ein Psychopharmakon für ihr Kind verweigern, kann ausreichen, um die Maschinerie in Gang zu setzen.⁹¹

Eltern werden aufgrund einer simplen autoritären Meinung, nicht durch eine auf medizinisch wissenschaftlich gesicherten Fakten beruhenden Begründung bezüglich ihrer Kinder moralisch erpressbar. Sie werden entmachtet und entrechtet, selbst über die Gesundheit ihres Kindes zu bestimmen und zu entscheiden. Überdies müssen sich Eltern nicht selten gefallen lassen, ob ihrer Erziehungsfähigkeit selber psychiatrisch begutachtet zu werden, nur weil sie ebendiese Behandlung für ihr Kind (mit Recht) anzweifeln und sich dagegen wehren.

Das Kindeswohl und die Erziehungsfähigkeit definieren sich über psychiatrische Autorität, nicht über ursächliche Zusammenhänge.

Hier sind wir dann endgültig dort angekommen, was Psychiater Dr. Thomas Szasz einmal als den „therapeutischen Staat“ bezeichnet hat. Psychiatrische Kontrolle der Familie und Gesellschaft ist weder Geschichte noch Utopie, sondern geschieht hier und jetzt, auch in Österreich.

Gefahr des Drogen-Missbrauchs

Die dem Amphetamin ähnlichen ADHS Medikamente sind zunehmend als Straßendrogen in Gebrauch. Jedes Medikament, das Methylphenidat enthält, wird in der Drogen-Szene als Alternative zu Speed angeboten und verwendet, da der Wirkmechanismus bei beiden Substanzen ähnlich ist. Wer es nicht glaubt, möge sich einmal in den diversen Drogenforen umsehen, wo dies ganz offen angesprochen wird:

„Ich bekomme regelmäßig Methylphenidat (medikinet 10mg) verschrieben. Dieses "missbrauche" ich seit letzterem nur noch. Also ich crushe die pillen und zieh sie durch die nase in form von lines. Die höchste Dosis die ich mir gab waren 140mg verteilt auf 3 stunden.

so die frage: Ist es normal, dass man tierisch schwitzt und teilweise sachen sieht die es nicht gibt?“

(Quelle: <http://www.drugs-forum.com>)

Durchaus wahrscheinlich, dass die Verschreibung von Ritalin® & Co. eine spätere Drogensucht begünstigt. Angeblich gibt es Studien, die das Gegenteil „beweisen“: Ritalin® soll Drogensucht verhindern. Wie das nachgewiesen sein will, ist vermutlich dem Bereich der Public Relation für ADHS und Psychopharmaka zuzuordnen; eine dazu gefundene Studie hat dies lediglich an Ratten ausprobiert, in der Menschen auch mit diesen gleichgestellt wurden. Eine spätere Studie, durchgeführt von Harvard Forschern bestätigt, dass bei jungen Erwachsene nichts dergleichen bewiesen ist.⁹²

Sicher ist, dass so mancher drogensüchtige Jugendliche schon als Kind auf „Ritalin®“ gesetzt wurde.

„Ich habe mit Drogensüchtigen dort gesprochen, und ohne Ausnahme haben sie früher Ritalin® verschrieben bekommen.“

(Zitat: Ehemaliger Praktikant im Verein „Grüner Kreis“)

Man muss nicht in die menschlichen Tiefen der Drogensucht eintauchen, um Missbrauch von Methylphenidat zu finden: Die im Jahr 2000 an einer amerikanischen Universität durchgeführte Studie hinsichtlich der Verwendung unter Studenten zeigte, dass 45% der unter 24-jährigen Studenten wussten, wo man Ritalin® von anderen Studenten kaufen konnte, 36% waren der Meinung, dass es am Campus einen Ritalin®-Missbrauch gab, 20% hatten es bereits als Freizeit-Kick und Studier-Booster verwendet, und immerhin 16% gaben zu, es bereits geschnupft zu haben.⁹³ Daraus geht klar hervor, dass es ein ernstzunehmendes Problem des Missbrauchs gibt, der 14 Jahre später in einem Campus-Blog in all seinen Facetten bestätigt wird.⁹⁴

Das United Nation Office on Drugs and Crime bekräftigt die Tatsachen, dass der unerlaubte Gebrauch von psychoaktiven Substanzen gefährlich für die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft ist:

“Illicit use of psychoactive drugs is dangerous for the health of individuals and society. It induces changes in behaviour and emotional status and could cause severe psychological disorders. It also undermines the social fabric of the community. Because of their action on the brain such drugs are able to induce dependence, leading to loss of interest in many areas of life.”⁹⁵

In einem Bericht der Österreichischen Hochschülerschaft ist zu lesen, wie Österreich mit dieser Gefahr umgeht: nämlich gar nicht.

„Eine 2009 publizierte Studie der deutschen Krankenkasse DAK hat ergeben, dass unter 3.000 befragten Angestellten rund ein Fünftel zu Stimulanzien (...) greifen, ohne eine Erkrankung zu haben. Darunter wurden am häufigsten Präparate, die Methylphenidat enthalten, konsumiert. Für Österreich sind vergleichbare Studien nicht verfügbar. Der nationale Drogenbericht erwähnt diese Substanzen und Präparate nicht einmal.“⁹⁶

Dass ADHS-Medikamente nur unter Studenten missbraucht werden, ist eine Illusion. Schon jetzt ist in Deutschland die Rede von „rund 5% der Arbeitnehmer“. Ähnliches wird für Österreich vermutet.

„In Deutschland haben in den vergangenen zwölf Monaten fünf Prozent von mehr als 2000 befragten Erwerbstätigen Medikamente zur Leistungssteigerung eingenommen.(...). Die dadurch verursachte Zahl an Krankenstandstagen hat sich seit 2002 vervierfacht. (...) Es ist überhaupt keine Frage, dass dieses Problem auch in Österreich zunimmt“, sagt Univ.-Prof. Michael Musalek (...). „Diese fünf Prozent sind sicher nicht die tatsächliche Größenordnung. Das Thema ist massiv tabuisiert und nicht jeder traut sich in einer Umfrage den Konsum zuzugeben“, betont Musalek. Die Dunkelziffer sei hoch.“⁹⁷

In einem Interview, spricht der ärztliche Leiter des Anton Proksch-Instituts, Psychiater Prof. Michael Musalek überraschend offen über das gesellschaftliche Tabu der Abhängigkeit von Psychopharmaka⁹⁸:

„Die meisten Menschen, die von sogenannten Lifestylepillen abhängig sind und sich ans API (Anton Proksch Institut) wenden, leiden unter der Abhängigkeit von Amphetaminen. Methylphenidat zählt zu den amphetaminähnlichen Substanzen und ist heute unter dem Handelsnamen Ritalin am Markt. (...) Ritalin führt zu Leistungssteigerung und Wachheit sowie, bei unsachgemäßer Anwendung, zu sehr rascher Abhängigkeit.(...) Zurzeit beobachten wir einen Boom (...)“
 Diesbezüglich spricht Musalek zwei Problembereiche an: Eine Überdosierung führt zu einer zu starken

Antriebssteigerung. Man kann nicht mehr schlafen, leidet unter erhöhter Herzfrequenz, schwitzt und kommt im schlimmsten Fall in einen lebensbedrohlichen Zustand. Ein weiterer Problembereich liegt in der Abhängigkeit. (...)

"Wer Ritalin einnimmt, muss die Dosis laufend erhöhen. Irgendwann behandelt er nur noch das Entzugssyndrom und hat am Ende eine Null-Rechnung. Er verspürt keine Wirkung mehr, kann das Medikament aber auch nicht absetzen und gerät damit in einen Teufelskreis. (...)"

Gesundheitskosten und Konsequenzen

Wieso sollte Dr. Musaleks Bekenntnis nicht auch auf Kinder zutreffen, denen Psychopharmaka aufgrund einer unvollständigen Diagnose verschrieben wurde? Bei so viel internationaler Kritik über die Über- und Fehldiagnostizierung von ADHS ist diese Schlussfolgerung naheliegend.

Kinder mit Verhaltensauffälligkeit ohne eine relevante Diagnose mit Psychopharmaka zu behandeln, könnte rechtlich gesehen als Körperverletzung ausgelegt werden. Umso mehr, wenn man bedenkt, dass ein unentdecktes Leiden des Kindes weiter unbehandelt bleibt und sich dadurch vielleicht sogar verschlechtert oder chronifiziert, sei es nun körperlicher oder geistiger Natur.

Somit wird das wirtschaftliche Gesundheitssystem doppelt belastet. Zum einen finanziert es mit Psychopharmaka in einem gegebenen Fall eine Behandlung, die nicht angezeigt ist, und verschwendet somit das Geld der Versicherungszahler. Zum anderen, nicht selten genug, müssen die damit einhergehenden auftretenden Nebenwirkungen und Schäden an Körper und Geist zusätzlich behandelt werden, da ja die eigentliche Ursache nie diagnostiziert wurde.

Gerade in einer Lebensphase, in welcher der menschliche Körper stärkste Entwicklungen durchläuft, wird mit gravierenden psychoaktiven Substanzen behandelt, die erhebliche Einwirkungen auf den Gehirnstoffwechsel, aber eben nicht nur dort, ausüben.

Psychiatrische Störungen und Tics können durch die Einnahme genau solcher psychoaktiven Substanzen erst hervorgerufen werden, wie es in jedem einzelnen Beipackzettel bestätigt wird. Dies bedeutet, dass psychiatrische Auffälligkeiten durch die Einnahme von diesen Substanzen erst überhaupt verursacht werden können, und affektive Störungen, Angsterkrankungen und bi-polare Persönlichkeitsstörungen die Folge sind. Kinder, die unter dem Einfluss von Psychopharmaka stehen, unterliegen nicht selten einer sensorischen Deprivation, also einer durch die Sedierung der Psychodroge erzeugte Verminderung der Sinnesempfindung.

Die Langzeitfolgen sind nicht ausreichend erforscht und keinesfalls die möglichen Langzeitschäden, wie soziale Beeinträchtigung und Traumatisierung, verursacht durch schlampige Diagnose und falsche Behandlung.

FORDERUNGEN ZUR DURCHSETZUNG DER UN EMPFEHLUNG

Empfehlung der UNO an Österreich:

“It also recommends that the State party carefully examine the phenomenon of over-prescription of psycho-stimulants to children and take initiatives to provide children diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder, as well as their parents and teachers, with access to a wide range of psychological, educational and social measures and treatments.”⁹⁹

(...) dass der Vertragsstaat sorgfältig das Phänomen der Über-Verschreibung von Psychostimulanzien an Kindern überprüft und Initiativen ergreift, Kindern, die mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert wurden, und auch ihren Eltern und Lehrern, Zugang zu einer breiten Palette von psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen und Behandlungen zur Verfügung zu stellen.

Zielsetzung:

Schutz der Kinder und Jugendlichen vor marketing-orientierten Übergriffen und die Bereitstellung von korrekter Hilfe für die Probleme des Kindes.

Eine Förderung und Besinnung auf das wissenschaftlich gesicherte Datenmaterial der Pädiatrie, Pädagogik, Psychologie und Ernährungswissenschaft als Standard bei der diagnostischen Untersuchung bei Verhaltensauffälligkeiten, um eine Diskriminierung und Stigmatisierung von Kindern mit „Diagnosen“, die nur auf einer allgemeinen Symptomenbeschreibung fußen, und keine eindeutige Ursache zuordnen können, zu verhindern.

Die Ausarbeitung eines Ressort übergreifenden Aktionsplans, der Pädiater, Ernährungsmediziner und –berater, Pädagogen, Psychologen und Therapeuten miteinschließt, um sicherzustellen, dass ein möglichst vollständiges Spektrum von ernährungswissenschaftlichen, therapeutischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen und Behandlungen für Kinder und deren Eltern und Lehrer zur Verfügung gestellt wird.

Die Etablierung einer professionellen, breit angelegten Plattform, unabhängig von jeglichen marktwirtschaftlichen Interessen, die umfassende Informationen zum Thema Verhaltensauffälligkeit bei Kindern zur Verfügung stellt und Folgendes beinhaltet:

- a,** Eine Information über mögliche Ursachen für Verhaltensauffälligkeit bei Kindern nach wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen und Datenmaterial.
- b,** Alternativen zur Behandlung von Symptomen im Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeit abseits psychopharmakologischer Substanzen.
- c,** Adressen, wo man sich über Alternativen informieren kann.

Dies entsprechend der Empfehlung der UNO, möglichst vollständige und gesicherte Informationen für Interessierte und Betroffene in übersichtlicher Form zu bieten, und weitere Fehldiagnosen und die damit verbundene Überverschreibung von psycho-aktiven Substanzen zu verhindern.

NACHWORT

Am Anfang unseres Berichts stellten wir die Frage, warum ADHS ein „komplexes Krankheitsbild“ sein soll. Die Lösung ist einfach:

Die angebliche Komplexität dient dazu, eine vermeintliche Krankheit „herbei“ zu beweisen. Zu verschleiern, dass man eigentlich keine Beweise für konkrete Ursachen hat, sondern auf Vermutungen hin Menschen nach Symptomen etikettiert und behandelt.

„ADHS“ basiert auf der Auflistung von Symptomen, und das ist keine Diagnose. Wer lediglich Symptome behandelt, schaut nicht nach den Ursachen.

Kinder aufgrund einer Symptombehandlung mit Psychopharmaka ruhig zu stellen, um Eltern, Lehrern oder der Umwelt das Leben zu erleichtern, ist aus ethischen Gründen nicht akzeptabel.

Geholfen wird der Umwelt und den Umsätzen von Pharmafirmen – dem Kind nicht.

Will Österreich die Forderungen der UNO ernst nehmen und umsetzen, wird man nicht umhinkommen, eine andere Anlaufstelle als die pharmaorientierte Psychiatrie zu wählen, und man wird nicht umhinkommen, sich um das jeweilige Kind individuell zu bemühen, was Gesundheit, Ernährung, Familien- und Schulsituation betrifft und zwar nicht auf der Basis einer Symptomen-Checkliste sondern einer Diagnose.

Kinder haben ein Recht auf eine nichtschädigende Behandlung

Quellenverzeichnis

- 1 Schmutz SD: Die Amphetaminbehandlung verhaltensauffälliger Kinder von 1937 bis in die 70er Jahre in Amerika unter besonderer Berücksichtigung der Substanz Methylphenidat (Ritalin®). Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität (2004)
- 2 Seidler E: „Zappelphilipp“ und ADHS: Von der Unart zur Krankheit. Deutsches Ärzteblatt (2004)
- 3 von Lüpke H: AD(H)S als medizinisches Modell: auf der Suche nach Halt. bidok (2003)
- 4 Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. NIH Consensus Statement (1998)
- 5 Simon FB: Vorwort von Peter R. Breggin's Buch: Giftige Psychiatrie. Heidelberg (1996)
- 6 Pagel R: Pillen statt Pädagogik? Diagnose ADHS verweist pädagogische Probleme in die Psychiatrie. TPS - Theorie und Praxis der Sozialpädagogik Heft 6 (2005)
- 7 Karner B: Mitschrift zu Q&A Dr. Hackenberg B: MINI MED STUDIUM – ADHS Vortrag Wien Vortragende Dr. Brigitte Hackenberg/Gerhard Spitzer (18.6.2011)
- 8 Thomas R, Mitchell G, Batstra L: Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? BMJ (2013)
- 9 Saul R: ADHD does not exist. Verlag Harper Collins (2013)
- 10 LeFever GB, Arcona AP: ADHD among American Schoolchildren. Evidence of Overdiagnosis and Overuse of Medication. SRMHP Spring/Summer (2003)
- 11 Notbremse für Kinder. Groteske Pseudoepidemie. news.orf.at (2013); Schwarz A: The Selling of Attention Deficit Disorder. New York Times (2013)
- 12 Juul J: ADHS ist Folge professioneller Vernachlässigung. Der Standard (2013)
- 13 Bruchmüller K, Schneider S: Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. Psychotherapeut 1 (2012)
- 14 Blech J: Psychopille & Pausenbrot. Der Spiegel 26 (2013)
- 15; Bachmann CJ; Lempp T; Glaeske G et al.: Antipsychotika-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen: Auswertung von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse für den Zeitraum 2005–2012. Deutsches Ärzteblatt Int (2014)
- 16 Clemens J: Die Fehldiagnose "ADHS" und ihre fatalen Folgen. Die Welt (2014)
- 17 ADHD over-diagnosed in youngest kids in class. Fox News (2012)
- 18 Fernsebner-Kokert B; Heigl A: ADHS: Die Unruhe, die nicht einfach so verschwindet. Der Standard (2013)

-
- 19 Report (21:05) - Kinder/Jugendgesundheit - leichtfertige Verschreibung von Psychopharmaka?; ORF Instant vom 28.05.2013. Pressespiegel Hauptverband Österreich; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.566095&action=b&cacheability=PAGE>
- 20 AGES Medizinmarktaufsicht-Datenbank Arzneyspezialitätenregister; Fachinformation zu Strattera®
- 21 AGES Medizinmarktaufsicht-Datenbank Arzneyspezialitätenregister; Fachinformation zu Concerta® und Ritalin
- 22 Timimi S: A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review Vol. 7, No. 1 (2004)
- 23 CRC/C/NOR/4 of 11 May 2009, B. Health and health services (art. 24) - Special challenges concerning health and well-being, Punkt 285.
- 24 Clemens J: Die Fehldiagnose "ADHS" und ihre fatalen Folgen. Die Welt (2014)
- 25 Zeiß K: Schlafstörungen: Warum manche Kinder in der ADHS-Ecke landen. Spiegel online.(2013)
- 26 Baumann T, Alber R: Erlöst die Schüler von unnötigen Diagnosen. Neue Zürcher Zeitung (2011)
- 27 57 Millionen weniger für Bildung. Salzburger Nachrichten (2014)
- 28 ADHS - Konsensus-Statement-State of the art 2012. 9. Medikamentöse Therapie der ADHS. CliniCum (2012)
- 29 Gonon F, Bezard E et al: Misrepresentation of Neuroscience Data Might Give Rise to Misleading Conclusions in the Media: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Public Library of Science One (2011)
- 30 Leo L, Cohen D: Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging research. Journal of Mind and Behavior (2003)
- 31 Gøtzsche P: Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma has Corrupted Healthcare. Kapitel "The chemical imbalance hoax". Verlag Radcliffe (2013); Deutsch: Medizin und organisiertes Verbrechen. Verlag Riva (2014)
- 32 ADHS - Konsensus-Statement-State of the art 2012. Behandlungsoptionen bei ADHS (Seite 12/13). CliniCum (2012)
- 33 Fischer G et al.: ADHS: unterdiagnostiziert oder übertherapiert? ÖÄZ 11 (2013)
- 34 Parlamentarische Anfragebeantwortung BM 394/AB XXV. GP; Bundesministerium für Gesundheit; Rechtsangelegenheiten Drogen und Suchtmittel, psychoaktive Substanzen: Abt. II/A/5: Auskunft vom 4. April 2014
- 35 Clavenna A, Bonati M: Safety of medicines used for ADHD in children: a review of published prospective clinical trials. Archives of Diseases in Childhood (2014); Arch Dis Child doi:10.1136/archdischild-2013-304170

36 Rapoport JL, Buchsbaum MS, Zahn TP, Weingartner H, Ludlow C, et al. Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys. PubMed (1978)

37 http://www.ema.europa.eu/docs/de_DE/document_library/Referrals_document/Methylphenidate_31/WC500011138.pdf

38 Parliamentary Assembly of the Council of Europe: Children's right to safely overcoming hyperactivity and attention problems. Doc. 11070 rev of 11 October 2006

39 Parliamentary Assembly of the Council of Europe: Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe. Doc. 9456 of 7 May 2002; Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE): Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe, Recommendation 1562 (2002)

40 EMEA/39660/2009 Committee for medicinal products for human use, plenary meeting monthly report

41 EMEA/658285/2008 Questions and answers on the review of medicines containing methylphenidate

42 Sevecke K, Battel S, Dittmann RW, Lehmkuhl G, Döpfner M: Wirksamkeit von Atomoxetin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Der Nervenarzt (2006)

43 Eli Lilly: Brief an die MHRA: 2 Jänner 2008, (letzten drei Seiten); <http://jannel.se/FOI%2008-011.redacted.letters.Strattera.pdf>

44 Strattera®: ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS; AGES (2015); https://aspreister.basg.gv.at/document/servlet?action=show&zulnr=1-27649&type=DOTC_FACH_INFO

45 Strattera®: Gebrauchsinformation: Information für Anwender; AGES (2015); https://aspreister.basg.gv.at/document/servlet?action=show&zulnr=1-27649&type=DOTC_GEBR_INFO

46 <http://www.lamplightersoftware.com/strattera.html>;
http://www.laleva.org/eng/2008/04/the_adhd_drug_strattera_55_young_persons_have_died_a_request_for_full_investigation.html,
 ISMP: QuarterWatch (Special Report): Adverse drug events in children less than 18 years old (2014), <http://www.ismp.org/QuarterWatch/pdfs/2013Q1-Kids-Special.pdf>

47 Hasler F: Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung. transcript Verlag (2012);
 Faedda G L, Baldessarini RJ et al.: Treatment-emergent mania in pediatric bipolar disorder: a retrospective case review. Journal of Affective Disorders 82 (2004)

48 McDonagh MS, Peterson K, Thakurta S, Low A: Drug Class Review: Pharmacologic Treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Final Update 4 Report, Oregon Health & Science University, NCBI (2011)

-
- 49 Hasler F: Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung. transcript Verlag (2012); Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ: Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with stimulant medication make a difference? Results from a population-based study., Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. (2007)
- 50 Rapoport JL, Buchsbaum MS, Zahn TP, Weingartner H, Ludlow C, et al.: Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys. PubMed (1978)
- 51 luk/dpa-afx/rtr: Zitat aus: Shire-Management stimmt Megafusion zu, manager-magazin online (2014); <http://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/shire-management-stimmt-megafusion-zu-a-981778.html>
- 52 (cw): ADHS-Markt Zeichen stehen auf weiteres Wachstum. ÄrzteZeitung (2014)
- 53 Young S, Fitzgerald M, Postma MJ: ADHD: making the invisible visible. Shire Pharmaceuticals: Expert White paper (2013)
- 54 Bradshaw M: Shire Pharmaceuticals & the MEP – A Case Study in Manipulation? Mad in America (2014), <http://www.madinamerica.com/2014/02/38836/>
- 55 Reuters: Shire to test its ADHD drug in 4 to 5-year olds in U.S. (2014), <http://www.reuters.com/article/2014/06/13/us-shire-brief-idUSKBN0EN1GT20140613>
- 56 news.orf.at: Notbremse für Kinder-Psychopillen. Groteske“ Pseudoepidemie (2013)
- 57 Schwarz A: The Selling of Attention Deficit Disorder. New York Times (2013)
- 58 Thomas R, Mitchell G, Batstra L: Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? BMJ (2013)
- 59 Fittkau L: Immer mehr Kinder mit ADHS-Diagnose. Deutschlandfunk (Juni 2014)
- 60 Eli Lilly: <https://www.lilly.at/therapeutic-areas/adhs>;
ADHS in der Schule – Strategien für den Unterricht, <http://www.info-adhs.de/fuer-paedagogen.html>;
Shire: <https://www.adhs-lebenswelt.de/>; <http://adhs-schul-und-lernkit.de/>;
Medice: <http://www.medice.at/indikationen/adhs/patienteninformationen/tipps-hinweise>
- 61 Arbeitsgruppe: AD(H)S Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung-Bericht. Bundesministerium für Gesundheit (2013)
- 62 Moulin M: ADHS Entspannt euch! Zeit online (2014)
- 63 Grogan K: Strong ADHD market drives Shire profits. PharmaTimes online (2012)
- 64 Timimi S: Mis-Understanding ADHD: The complete guide for parents to alternatives to drugs. Author House (2007)
- 65 Campell-McBride N: Gut and Psychology Syndrome. Medinform Publishing, 2nd Revised edition (2010)

-
- 66 Fuchs N, Kuklinski B et al.: Conveniencefood: Untersuchung der Mikronährstoff-Dichte von industriellen Fertigprodukten im Vergleich zu ihren korrespondierenden Grundnahrungsmittel. OM & Ernährung Sonderdruck (2013)
- 67 Evans WN, Morrill MS, Parente ST: Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. Journal of Health Economics (2010)
- 68 Elder TE: The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. Journal of Health Economics Volume 29, Issue 5 (2010)
- 69 Viola: ADHS Stempel für die jüngsten Kinder einer Schulklasse. The Intelligence (2010)
- 70 Rapp DJ: Is This Your Child? Discovering and Treating Unrecognized Allergies in Children and Adults. William Morro and Company (1992)
- 71 Sauerbrey U: ADHS durch Umweltgifte? Schadstoffe in der Kinderumwelt. IKS Garamond Verlag (2010)
- 72 Grandjean P, Landrigan P: Neurobehavioural effects of developmental toxicity. The Lancet Neurology, Volume 13, Issue 3 (2014)
- 73 Fischer G et al.: ADHS: unterdiagnostiziert oder übertherapiert? ÖÄZ 11 (2013)
- 74 Fernsebner-Kokert B, Heigl A: ADHS: Die Unruhe, die nicht einfach so verschwindet. Der Standard (2013)
- 75 Bachmann CJ, Lempp T, Glaeske G et al.: Antipsychotika-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen: Auswertung von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse für den Zeitraum 2005–2012. Deutsches Ärzteblatt Int (2014)
- 76 Zohner C: Mehr Pillen für unruhige Schüler. Behandlung auch ohne Medikamente. news.ORF.at (2011)
- 77 Sroufe LA, Stewart MA: Treating problem children with psychostimulants. New England Journal of Medicine (1973)
- 78 Parliamentary Assembly of the Council of Europe: Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe.Doc. 9456 of 7 May 2002; Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE): Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe, Recommendation 1562 (2002)
- 79 INCB Annual Report: INCB Sees Continuing Risk in Stimulant Prescribed for Children Background Note No.4, (4 March 1997)
- 80 INCB Annual Report 2011: Comments on the reported statistics on Psychotropic Substances-Part 2
- 81 Parliamentary Assembly of the Council of Europe: Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe.Doc. 9456 of 7 May 2002; Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE): Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe, Recommendation 1562 (2002)

-
- 82 CRC/C/15/Add.272; CRC/C/DNK/4
- 83 CRC/C/BEL/CO/3-4; CRC/C/ESP/CO/3-4; CRC/C/DEU/CO/3-4
- 84 CRC/C/AUT/CO/3-4
- 85 European Commission (EC): Annex II, Commission Decision of 19-VIII-2005
- 86 Illich I: Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. C. H. Beck Verlag, 5. Auflage (2007)
- 87 Timimi S: No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM. International Journal of Clinical and Health Psychology (2014)
- 88 Hellbrügge T, Schneeweiß B: Kinder im Schulalter: Verhaltensstörungen, Lernprobleme, Normabweichungen. Verlag Klett-Cotta (2012)
- 89 Baumann T, Alber R: Schulschwierigkeiten: Störungsgerechte Abklärung in der pädiatrischen Praxis. Verlag Hans Huber (2011)
- 90 Gresch HU: Erziehung, Pädagogik, ADHS, Pillen; <http://pflasterritzenflora.ppsk.de/adhs/> (2013)
- 91 Schlager A, Missliwetz J: Schwarzbuch Jugendwohlfahrt, Sachverständige und Familiengerichte. Seelenmord und Menschenrechtsverletzungen an Kindern und deren Angehörigen in Österreich. Verlag Epikuros 1. Auflage (2014)
- 92 Shulman M: Ritalin and the Risk of Substance Abuse. U.S.News (2008)
- 93 Babcock Q, Byrne T: Student Perceptions of Methylphenidate Abuse at a Public Liberal Arts College. Journal of American College Health (2000)
- 94 Gladu A: Using Study Drugs To Get Better Grades: Why You Should Think Twice (2014), <http://www.hercampus.com/life/academics/using-study-drugs-get-better-grades-why-you-should-think-twice>
- 95 UNODC: Reducing adverse health and social consequences of drug abuse, Discussion paper (2008)
- 96 Sattelberger G: Drug me smart! progress-Magazin der ÖH; <http://www.progress-online.at/content/drug-me-smart>
- 97 Mauritz E: Immer mehr schlucken Aufputschmittel. Kurier (2013)
- 98 Tinsobin E im Interview mit Prof. Dr. Michael Musalek: "Lifestylepille" Ritalin - Gefährliches Hirndoping. Der Standard (2011)
- 99 CRC/C/AUT/CO/3-4