

Hintergrundinformation

ADHS: Mythen und Fakten

Mythos 1: ADHS ist keine wirkliche Erkrankung

Die Fakten: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine psychische Erkrankung. Sie ist in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der Weltgesundheitsorganisation erfasst und beschrieben. Die Hauptmerkmale sind ein Übermaß an Unaufmerksamkeit, ein starker, unkontrollierter Bewegungsdrang (Hyperaktivität) und Impulsivität. Weltweit sind durchschnittlich rund 5 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in verschiedenen Kulturen betroffen^{1,2}.

Die Ursachen der ADHS sind nicht endgültig geklärt. Die medizinische Forschung ist sich weitgehend einig darüber, dass ein veränderter Stoffwechsel im Gehirn und Vererbung eine Rolle spielen – oft sind mehrere Personen in einer Familie von ADHS betroffen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Rauchen und Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft einen Einfluss auf die Entstehung einer ADHS haben können. Wie stark eine ADHS in Erscheinung tritt, wird von Umgebungsfaktoren wie z. B. elterliche Zuwendung und Medienkonsum mit beeinflusst^{3,4}.

Mythos 2: Impulsiv oder verträumt zu sein und Dinge nicht zu Ende zu führen, ist normales kindliches Verhalten

Die Fakten: Die Grenze zwischen (noch) normalem kindlichen Verhalten und Anzeichen einer ADHS zu ziehen, ist nicht immer einfach. Deshalb sollte nur ein erfahrener Arzt (Kinder- und Jugendpsychiater oder spezialisierter Kinder- und Jugendarzt) die Diagnose ADHS stellen. Die drei Hauptmerkmale sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und ein starker, unkontrollierter Bewegungsdrang (Hyperaktivität). Eine ADHS liegt nur dann vor, wenn diese Merkmale stark ausgeprägt sind und sie dem Kind in verschiedenen Lebensbereichen und Situationen, z. B. in der Schule und in der Familie, Probleme bereiten. Dabei müssen die Merkmale bereits vor dem sechsten Lebensjahr aufgetreten sein und über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten anhalten. Um sicher zu sein, dass ein Kind eine ADHS hat, müssen andere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen, die ähnliche Anzeichen hervorrufen können, ausgeschlossen werden⁵.

ADHS und Zukunfts- träume



ADHS und Zukunfts- träume

Mythos 3: ADHS ist eine Modeerscheinung

Die Fakten: In Deutschland wurde ADHS erstmals 1932 von den Ärzten Franz Kramer und Hans Pollnow beschrieben⁶. Die Medien berichten im Zusammenhang mit ADHS immer wieder von stark gestiegenen Diagnose- und Verschreibungszahlen. Diese Zahlen sind in den letzten zwanzig Jahren tatsächlich angestiegen, jedoch entsprechen beispielsweise die 2013 im Barmer GEK Arztreport veröffentlichten Zahlen den internationalen Diagnoseraten^{7,8}. Eine Überdiagnose der ADHS oder eine Überverordnung von ADHS-Medikamenten kann daraus nicht abgelesen werden^{7,9}. Dies bestätigen auch die repräsentativen Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Instituts¹⁰.

Die in manchen Regionen beobachtete Häufung von ADHS-Diagnosen kann zumindest zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass dort besonders viele auf ADHS spezialisierte Ärzte tätig sind. Diese Spezialisten diagnostizieren und behandeln oft Patienten aus einem großen Einzugsgebiet. Wenn Betroffene, die von weit her kommen, ihre Rezepte für ADHS-Medikamente direkt nach dem Arztbesuch in der Nähe der Praxis einlösen und nicht in ihrem Heimatort, so wird das in der Verordnungsstatistik entsprechend erfasst. Dies kann mit erklären, warum an bestimmten Orten in Deutschland überdurchschnittlich viele Rezepte für ADHS-Medikamente ausgestellt und eingelöst werden.

Trotz aller vorliegender Datenauswertungen kann bisher leider nicht zufriedenstellend ermittelt werden, wie oft es zu falsch gestellten ADHS-Diagnosen kommt und wie oft eine ADHS übersehen und nicht diagnostiziert wird.⁹ Verträge für eine qualitätsgesicherte Versorgung, wie sie u. a. der Beirat von ADHS und Zukunftsträume fordert, könnten hier zu mehr Transparenz führen.

Mythos 4: ADHS ist eine Kinderkrankheit und verwächst sich im Lauf der Zeit

Die Fakten: ADHS ist keine Kinderkrankheit, sondern kann auch im Erwachsenenalter fortbestehen. Bis zu 60 Prozent der Betroffenen zeigen auch nach der Pubertät noch Anzeichen einer ADHS.¹¹

Mythos 5: An ADHS sind die Eltern und eine falsche Erziehung schuld

Die Fakten: Erziehung oder Verhalten der Eltern haben auf die neurobiologischen Ursachen der ADHS keinen Einfluss. Wie bei jedem Kind spielen die Eltern natürlich trotzdem eine entscheidende Rolle in der Entwicklung des Kindes: Ein schlechtes Umfeld oder zweifelhafte Erziehungsmethoden wirken sich auf Kinder mit ADHS genauso negativ aus wie auf alle anderen Kinder.



ADHS und Zukunfts- träume

Mythos 6: ADHS wird durch Computerspiele und zu viel Fernsehen ausgelöst

Die Fakten: Es gibt keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass ADHS durch Reizüberflutung, Computerspiele oder zu viel Fernsehen ausgelöst werden kann¹². Reizüberflutung kann aber die ADHS-Symptome verstärken, und Kinder mit ADHS sind besonders leicht durch Computerspiele „verführbar“¹³. Deshalb ist ein maßvoller Umgang mit Fernseher, Computer und Spielkonsole bei Kindern mit ADHS noch wichtiger als bei Kindern ohne diese Störung.

Mythos 7: Kinder mit ADHS müssen sich nur austoben und mehr im Freien spielen

Die Fakten: Sich auszutoben, im Freien zu spielen und die Natur zu erleben ist für alle Kinder – mit und ohne ADHS – gut und kann ihr Verhalten verbessern. Die Verhaltensauffälligkeiten und Probleme, die Kinder mit ADHS haben, lassen sich durch Spielen im Freien jedoch nicht aus der Welt schaffen.

Mythos 8: ADHS-Medikamente machen Kinder abhängig

Die Fakten: Die Behauptung, Medikamente gegen ADHS würden Kinder abhängig machen, hat sich in bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen nicht bestätigt. Es gibt auch keinen wissenschaftlich fundierten Hinweis darauf, dass Kinder und Jugendliche, die Medikamente gegen ADHS einnehmen, später eher drogenabhängig werden. Wissenschaftlich nachgewiesen wurde hingegen, dass Kinder mit ADHS, die nicht behandelt werden, später mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit missbräuchlich zu Drogen greifen als Kinder, die behandelt wurden¹⁴.

Mythos 9: ADHS-Medikamente verändern die Persönlichkeit der Kinder und stellen sie ruhig

Die Fakten: ADHS-Medikamente verändern nicht die Persönlichkeit des Kindes. Indem sie die Aufmerksamkeitsprobleme, die Hyperaktivität und Impulsivität abschwächen und eine normale, konzentrierte Wahrnehmung ermöglichen, erlauben sie es den Betroffenen, ihre Fähigkeiten und Begabungen gezielt zu nutzen¹⁵. Manchmal wird das neue, ungewohnte Verhalten als Veränderung der Persönlichkeit gedeutet. Lustlosigkeit und Müdigkeit, die auftreten können, sind meist durch eine zu hohe Dosierung des Medikaments bedingt und verschwinden bei Verringerung der Dosis oft wieder.



ADHS und Zukunfts- träume

Mythos 10: Medikamente gegen ADHS sind langfristig schädlich

Die Fakten: Aus medizinischer Sicht sind diese Bedenken nicht nachvollziehbar. Der Wirkstoff Methylphenidat wird seit Jahrzehnten in der ADHS-Therapie eingesetzt und wurde in einer Vielzahl von Studien auf Wirkungen und Nebenwirkungen untersucht.¹⁶ Das Medikament sollte aber immer nur ein Baustein in einer aus verschiedenen Maßnahmen bestehenden (multimodalen) Behandlung sein. Die fachärztlichen Leitlinien⁵ empfehlen zudem, das gewählte Medikament und die Dosierung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Einmal im Jahr sollte für einige Zeit auf das Medikament verzichtet werden, um zu prüfen, ob es noch erforderlich ist.

- ¹ Polanczyk G et al. Am J Psych; 2007; 164 (6): 942–948.
- ² Goldman LS et al. JAMA; 1998 Apr 8; 279 (14): 1100–1107.
- ³ Schmid G. Ätiologie, in: Kahl KG et al (Hg.). Praxishandbuch ADHS. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York; 2007: 7–10.
- ⁴ Banaschewski T et al. Kindheit und Entwicklung; Juli 2004, 13 (3): 137–147.
- ⁵ Hyperkinetische Störungen (F 90). Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage; 2007: 239–254 (aktuell in Überarbeitung).
- ⁶ Kramer F, Pollnow H. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; 1932; 82: 1–40.
- ⁷ Stellungnahme der AG ADHS des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ) zum Barmer GEK Arztreport 2013 vom 29.1.2013, letzter Zugriff 13.02.2014.
- ⁸ Stellungnahme des zentralen adhs-netzes (zan) zur Broschüre der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) zur ADHS vom 23.05.2013, letzter Zugriff 13.02.2014.
- ⁹ Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zum Barmer GEK Arztreport 2013 vom 06.02.2013, letzter Zugriff 13.02.2014.
- ¹⁰ Schlack R et al. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 2007(50): 827–835.
- ¹¹ Puls JH. Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf, in: Kahl KG et al (Hg.). Praxishandbuch ADHS. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York; 2007: 5.
- ¹² Stellungnahme des zentralen adhs-netzes (zan) zu häufigen Fehlinformationen der Presse zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).
- ¹³ Alfred A et al. ADHS-Praxishandbuch. Books on Demand. Norderstedt 2007: 177.
- ¹⁴ Barkley RA et al. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45(2): 195–211.
- ¹⁵ Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vom 26.08.2005.
- ¹⁶ Banaschewski T, Rothenberger A. Pharmakotherapie mit Stimulanzien bei Kindern und Jugendlichen, in: Steinhausen HC et al (Hg.). Handbuch ADHS. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart; 2010: 289.

