

Antrag

der Abgeordneten Rosel Neuhäuser, Ekin Deligöz, Ingrid Fischbach, Klaus Haupt, Rolf Stöckel, Monika Balt, Dr. Hans-Peter Bartels, Dr. Dietmar Bartsch, Matthias Berninger, Hans-Werner Bertl, Grietje Bettin, Antje Blumenthal, Maritta Böttcher, Jochen Borchert, Dr. Ralf Brauksiepe, Hildebrecht Braun (Augsburg), Ernst Burgbacher, Leo Dautzenberg, Wolfgang Dehnel, Renate Diemers, Amke Dietert-Scheuer, Thomas Dörflinger, Marie-Luise Dött, Dieter Dzewas, Heidemarie Ehlert, Anke Eymer (Lübeck), Albrecht Feibel, Ulrike Flach, Hans Forster, Gisela Frick, Dr. Ruth Fuchs, Arne Fuhrmann, Monika Ganseforth, Konrad Gilges, Katrin Dagmar Göring-Eckardt, Hans-Michael Goldmann, Renate Gradistanac, Angelika Graf (Rosenheim), Dr. Klaus Grehn, Kerstin Griese, Wolfgang Grotthaus, Dr. Bärbel Grygier, Gerald Häfner, Ursula Heinen, Winfried Hermann, Antje Hermenau, Walter Hirche, Dr. Barbara Höll, Walter Hoffmann (Darmstadt), Eike Hovermann, Carsten Hübner, Hubert Hüppe, Gerhard Jüttemann, Irmgard Karwatzki, Dr. Evelyn Kenzler, Dr. Klaus Kinkel, Norbert Königshofen, Nicolette Kressl, Horst Kubatschka, Ernst Küchler, Dr. Hermann Kues, Christine Lehder, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Ursula Lietz, Dr. Helmut Lippelt, Ursula Lötzer, Götz-Peter Lohmann (Neubrandenburg), Dr. Reinhard Loske, Heidemarie Lüth, Dr. Christa Luft, Dr. Michael Luther, Pia Maier, Tobias Marhold, Angela Marquardt, Wolfgang Meckelburg, Dr. Michael Meister, Oswald Metzger, Manfred Müller (Berlin), Kerstin Müller (Köln), Kersten Naumann, Christa Nickels, Dirk Niebel, Dietmar Nietan, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Petra Pau, Dr. Peter Paziorek, Christa Reichard (Dresden), Renate Rennebach, Bernd Reuter, René Röspel, Dr. Norbert Röttgen, Dr. Ernst Dieter Rossmann, Christine Scheel, Heinz Schemken, Christina Schenk, Irmgard Schewe-Gerigk, Werner Schulz (Leipzig), Gustav-Adolf Schur, Ewald Schurer, Dr. Irmgard Schwaetzer, Wilhelm Josef Sebastian, Dr. Ilja Seifert, Christian Simmert, Bärbel Sothmann, Christian Sterzing, Ludwig Stiegler, Jella Teuchner, Uta Titze-Stecher, Adelheid Tröscher, Dr. Antje Vollmer, Angelika Volquartz, Peter Weiß (Emmendingen), Gerald Weiß (Groß-Gerau), Dr. Rainer Wend, Hildegard Wester, Annette Widmann-Mauz, Heinz Wiese (Ehingen), Hans-Otto Wilhelm (Mainz), Hanna Wolf (München), Elke Wülfing

Methylphenidat bei ADHS verantwortungsbewusst einsetzen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Immer häufiger wird bei Kindern die Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndrom“ (ADHS) gestellt.

ADHS tritt vermutlich bei 2 bis 10 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland auf. Genaue Erhebungen zur Epidemiologie gibt es jedoch bislang noch nicht.

Mit dem Störungsbild ADHS wird eine im Vergleich zu dem sonstigen Entwicklungsstand eines Kindes übermäßige Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität bezeichnet (vgl. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – DMS IV). Der Begriff der Unaufmerksamkeit bringt hierbei die Schwierigkeit dieser Kinder zum Ausdruck, begonnene Aufgaben konsequent zu Ende zu führen. Mit Impulsivität ist vor allem ein vorschnelles, unbedachtes Verhalten umschrieben. Der Begriff der Hyperaktivität weist auf eine überhöhte motorische Unruhe hin.

Die typischen Probleme von Kindern mit ADHS zeigen sich insbesondere dann, wenn längere Aufmerksamkeit sowie zielgerichtete Tätigkeiten verlangt werden (z. B. in der Schule, bei den Hausaufgaben oder bei Gruppenaktivitäten). Die Lebensqualität der Kinder und ihre sozialen Kontakte sind durch die Störung stark beeinträchtigt. Für Eltern, Erzieher und Ärzte ist es nicht immer leicht, mit den ständig „unter Strom“ stehenden Kindern umzugehen.

Eine Diagnose des ADHS gestaltet sich schwierig. Die wissenschaftliche Diskussion zu den medizinischen Ursachen von ADHS ist bisher noch nicht abgeschlossen. Man ist sich unter den Wissenschaftlern noch uneins über die Ursachen der Erkrankung.

In der öffentlichen Diskussion wird daher häufig die Frage aufgeworfen, ob es sich bei ADHS lediglich um eine „Modeerkrankung“ handle. Festgemacht wird dies an der Tatsache, dass es sich bei den aufgeführten Symptomen des ADHS um ureigene Charakteristika des kindlichen Wesens handelt – ungebremste Impulsivität, geringe Ausdauer und überschießende Energien.

In der medizinischen Wissenschaft geht man jedoch von einer ernst zu nehmenden Erkrankung aus, deren Symptome durch ein für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormes Ausmaß geprägt sind und vor dem Alter von 6 Jahren auftreten. Derzeit geht man in der medizinischen Wissenschaft davon aus, dass das ADHS psychophysiologische Ursachen hat und durch eine Störung in der Informationsverarbeitung des Gehirns (Dopaminstoffwechsel) verursacht ist.

Aus diesem Grunde versucht man, die Krankheit medikamentös mit Hilfe des Wirkstoffes Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®) zu behandeln, das zu einer Konzentrationserhöhung von Dopamin im Gehirn führt. Mit dieser Form der Behandlung von ADHS hat es in den letzten Jahren in Deutschland spürbare Erfolge gegeben, die für viele Kinder und ihre Angehörigen positive Auswirkungen mit sich gebracht haben.

Doch die Behandlung mit Methylphenidat ist nicht unproblematisch:

Methylphenidat, das in die Gruppe der Amphetamine gehört und abhängig machen kann, fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Es wird als ein in seiner Wirkung nicht zu unterschätzendes Medikament eingesetzt, um zu erreichen, was Eltern und Erziehern nicht mehr gelingt: die vielen überdrehten, unaufmerksamen Kinder ruhig zu stellen, um konzentriertes Lernen zu ermöglichen.

Dabei drängt sich die Frage auf, ob eine so herbeigeführte Ruhigstellung der Kinder nicht mit einer Schädigung in Form von Nebenwirkungen und einer möglichen Medikamentenabhängigkeit erreicht wird.

In der Arzneimittelliste der Ärzte (Rote Liste®) werden immerhin mögliche Nebenwirkungen wie Angst, Schlaflosigkeit und Verfolgungswahn aufgeführt. Letztendlich lässt sich nicht sagen, in welchem Ausmaß die Nebenwirkungen der Lebensqualität einzelner Kinder nicht eher schaden. Zudem liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen über Langzeitfolgen der Einnahme von Methylphenidat vor.

Die Verbrauchszahlen der letzten Jahre zeigen, dass bei der Anwendung des Arzneimittels Methylphenidat diese Unsicherheiten nicht immer ausreichend Beachtung finden. Der unter dem Betäubungsmittelgesetz stehende Wirkstoff Methylphenidat mit seinem prinzipiell hohen Abhängigkeitspotential, scheint allzu leichtfertig verschrieben zu werden.

Besonders besorgniserregend ist hierbei die Tatsache, dass ein großer Teil der Methylphenidat-Verordnungen nicht von Kinderärzten oder Kinderpsychiatern vorgenommen wird, sondern auch vor allem von Hausärzten, aber auch Laborärzten, HNO-Ärzten, Frauenärzten, Radiologen und sogar von Zahnärzten. Nicht selten kommt es daher zu Fehldiagnosen in Abgrenzung zu anderen ähnlichen Störungsbildern, die nicht hirnrorganische Ursachen haben. So ist das ADHS von Störungen des Sozialverhaltens und bestimmten Lebensgewohnheiten, wie z. B. übermäßigem Fernsehkonsum als Auslöser einer Hyperaktivität, nur schwierig abzugrenzen.

Die Folgen einer Einnahme von Methylphenidat im Falle einer solchen Fehldiagnose sind ebenfalls noch ungeklärt. Trotzdem wird das Medikament an Kinder und sogar Säuglinge verabreicht, deren Körper sich noch in der Entwicklung befindet.

Die Daten der Bundesopiumstelle zeigen, dass von 1993 bis 2000 der Verbrauch von Methylphenidat auf das 13,6fache gestiegen ist. In den letzten beiden Jahren kam es jeweils zu einer Verdopplung der ausgelieferten Mengen an Methylphenidat.

Diese alarmierenden Daten zeigen, dass für die Sicherung eines verantwortungsbewussten Einsatzes von Methylphenidat zur erfolgreichen Behandlung des ADHS unbedingt weitere gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen.

In Fachkreisen besteht national und international Übereinstimmung darin, dass eine ausschließlich medikamentöse Behandlung ungenügend ist.

Da ADHS vor allem das Sozialverhalten des Kindes beeinflusst, sollten neben einer sorgfältigen medikamentösen Behandlung des Kindes auch psychotherapeutische Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen miteinbezogen werden. Ein solcher multimodaler Therapieansatz findet in Deutschland leider nur selten seine Anwendung. Eine umfassende Aufklärung über Hyperaktivität und alternative Behandlungsansätze muss vorangetrieben werden.

II. Der Deutsche Bundestag unterstützt folgende von der Bundesregierung eingeleitete Maßnahmen:

- Der Deutsche Bundestag anerkennt, dass im Rahmen der Diskussion um den Einsatz von Methylphenidat die Bundesregierung die Bestimmung zur Prävalenz von ADHS in den vom Robert Koch-Institut für das Jahr 2002 vorbereiteten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey mit einbezogen hat.
- In diesem Sinne begrüßt der Deutsche Bundestag ebenfalls den von der Bundesregierung geplanten Aufbau einer systematischen Analyse der Verordnungsdaten über Methylphenidat, die den ansteigenden Verbrauch von Methylphenidat analysieren soll.

- Der Deutsche Bundestag begrüßt die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine Informationsbroschüre zu ADHS und seiner Behandlung herauszugeben. So können Eltern und Erzieher in Form eines handlichen Informationsmaterials über die Schwierigkeiten der Diagnose und Behandlung von ADHS informiert werden.
- Der Deutsche Bundestag würdigt die Förderung kooperierender Versorgungsstrukturen (Kompetenznetzwerk ADHS) im Sinne eines multimodalen Behandlungsansatzes unter Einbeziehung des Lebensumfeldes des Kindes.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. bei der Bundesärztekammer darauf hinzuwirken, dass Diagnostik und Therapie des ADHS nur durch hierfür qualifizierte Ärzte durchgeführt werden. Mit einer solchen Maßnahme kann dem Kernproblem einer unsicheren oder Fehldiagnose des ADHS sowie einer allzu leichtfertigen Verordnung von Methylphenidat entgegengewirkt werden. Es bedeutet eine Verbesserung des verantwortungsbewussten Einsatzes von Methylphenidat, wenn nur fachlich qualifizierte Ärzte eine Diagnose stellen, die unter Berücksichtigung des umfassenden multimodalen Behandlungsansatzes eine Behandlung mit Methylphenidat kompetent betreuen können;
2. zusätzlich zu der Erhebung zur Epidemiologie des ADHS weitere wissenschaftliche Untersuchungen zum Verlauf der Krankheit einzuleiten, insbesondere zum Vorkommen im Erwachsenenalter und der genauen Störung der Stoffwechselerkrankung (Dopaminstoffwechsel). Die wissenschaftliche Diskussion über die Ursachen des ADHS ist noch nicht abgeschlossen. Hier müssen Wissenslücken geschlossen werden;
3. die Forschung im Bereich der Langzeitfolgen der Einnahme von Methylphenidat voranzutreiben. Dies ist gerade für die Verabreichung an Kinder vorrangig, deren Körper sich noch in der Entwicklung befindet. Dazu zählen:
 - Untersuchungen zur Auswirkung eines auf das Gehirn und seine Informationsverarbeitung wirkenden Stoffes auf das Wachstum und die Entwicklung des Gehirnes bei Säuglingen, denen der Wirkstoff verschrieben wird.
 - Untersuchungen zum Abhängigkeitspotential von Methylphenidat, die ein besonderes Augenmerk auf die Auswirkungen von Methylphenidat im Falle einer Fehlindikation legen;
4. verstärkt Ärzte, Eltern und Erzieher über den Stand der Wissenschaft und die mit der Anwendung von Methylphenidat verbundenen Vor- und Nachteile aufzuklären. Hierzu gehören z. B.:
 - Informationsquellen wie z. B. die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auch für Nicht-Fachleute lesbarer und verständlicher zu formulieren.
 - In die Fachinformation der Hersteller Informationen über das international anerkannte multimodale Behandlungsprinzip und über Gefahren einer einseitigen und leichtfertigen Behandlung aufzunehmen.

Berlin, den 13. März 2002

Rosel Neuhäuser
Ekin Deligöz
Ingrid Fischbach
Klaus Haupt
Rolf Stöckel

Monika Balt
Dr. Hans-Peter Bartels
Dr. Dietmar Bartsch
Matthias Berninger
Hans-Werner Bertl

Grietje Bettin
Antje Blumenthal
Maritta Böttcher
Jochen Borchert
Dr. Ralf Brauksiepe
Hildebrecht Braun (Augsburg)
Ernst Burgbacher
Leo Dautzenberg
Wolfgang Dehnel
Renate Diemers
Amke Dietert-Scheuer
Thomas Dörflinger
Marie-Luise Dött
Dieter Dzewas
Heidemarie Ehlert
Anke Eymer (Lübeck)
Albrecht Feibel
Ulrike Flach
Hans Forster
Gisela Frick
Dr. Ruth Fuchs
Arne Fuhrmann
Monika Ganseforth
Konrad Gilges
Katrin Dagmar Göring-Eckardt
Hans-Michael Goldmann
Renate Gradistanac
Angelika Graf (Rosenheim)
Dr. Klaus Grehn
Kerstin Griese
Wolfgang Grothaus
Dr. Bärbel Grygier
Gerald Häfner
Ursula Heinen
Winfried Hermann
Antje Hermenau
Walter Hirche
Dr. Barbara Höll
Walter Hoffmann (Darmstadt)
Eike Hovermann
Carsten Hübner
Hubert Hüppe
Gerhard Jüttemann
Irmgard Karwatzki
Dr. Evelyn Kenzler
Dr. Klaus Kinkel
Norbert Königshofen
Nicolette Kressl
Horst Kubatschka
Ernst Küchler
Dr. Hermann Kues
Christine Lehder
Ina Lenke
Sabine Leutheusser-Schnarrenberger
Ursula Lietz
Dr. Helmut Lippelt

Ursula Lötzer
Götz-Peter Lohmann
(Neubrandenburg)
Dr. Reinhard Loske
Heidemarie Lüth
Dr. Christa Luft
Dr. Michael Luther
Pia Maier
Tobias Marhold
Angela Marquardt
Wolfgang Meckelburg
Dr. Michael Meister
Oswald Metzger
Manfred Müller (Berlin)
Kerstin Müller (Köln)
Kersten Naumann
Christa Nickels
Dirk Niebel
Dietmar Nietan
Hans-Joachim Otto (Frankfurt)
Petra Pau
Dr. Peter Paziorek
Christa Reichard (Dresden)
Renate Rennebach
Bernd Reuter
René Röspel
Dr. Norbert Röttgen
Dr. Ernst Dieter Rossmann
Christine Scheel
Heinz Schemken
Christina Schenk
Irmgard Schewe-Gerigk
Werner Schulz (Leipzig)
Gustav-Adolf Schur
Ewald Schurer
Dr. Irmgard Schwaetzer
Wilhelm Josef Sebastian
Dr. Ilja Seifert
Christian Simmert
Bärbel Sothmann
Christian Sterzing
Ludwig Stiegler
Jella Teuchner
Uta Titze-Stecher
Adelheid Tröscher
Dr. Antje Vollmer
Angelika Volquartz
Peter Weiß (Emmendingen)
Gerald Weiß (Groß-Gerau)
Dr. Rainer Wend
Hildegard Wester
Annette Widmann-Mauz
Heinz Wiese (Ehingen)
Hans-Otto Wilhelm (Mainz)
Hanna Wolf (München)
Elke Wülfing

