



Kleine Anfrage

der Abgeordneten Anke Erdmann und Dr. Marret Bohn (BÜNDNIS
90/DIE GRÜNEN)

und

Antwort

der Landesregierung – Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit

Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche

Vorbemerkung der Landesregierung:

Der therapeutische Einsatz von Psychopharmaka im Kindesalter umfasst eine Vielzahl von Produktgruppen. Hierunter fallen z.B. Antidepressiva, Antikonvulsiva, Sedativa, Anxiolytika/Tranquillanzien, Neuroleptika und auch Hypnotika.

Auf Grund des Hinweises in der Anfrage auf die Mitteilung der Techniker-Krankenkasse kann wohl davon ausgegangen werden, dass mit „Psychopharmaka im Kindesalter“ der Gebrauch von Psychostimulanzien gemeint ist. Daher fokussieren die Antworten auf diese Substanzgruppe.

Aus einer Meldung der Techniker Krankenkasse vom 19.10.2011 geht hervor, dass der Trend anhält, Kindern und Jugendlichen vermehrt Psychopharmaka zu verschreiben. In diesem Zusammenhang fragen wir die Landesregierung:

- 1) Welche Kenntnisse hat die Landesregierung bezüglich des Umfangs der Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein aktuell sowie über die Entwicklung während der letzten Jahre? Falls der Landesregierung keine konkreten Zahlen vorliegen: Von welchen ungefähren Zahlen geht die Landesregierung aus?

Antwort:

Die Landesregierung erhebt keine eigenen Daten über das Verschreibungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte von Psychopharmaka an Kinder und Jugendliche. Zur Information über diese Thematik bedient sie sich der in der Fach-Presse und insbesondere auch im Internet allgemein zugänglichen (auch wissenschaftlichen) Publikationen, wie z.B. den von den Antragstellern zitierten Mitteilungen der Techniker Krankenkasse und anderen mehr. Aus diesen Publikationen lässt sich ein verstärkter Trend der Verschreibung von Psychopharmaka an Kinder und Jugendliche ablesen.

- 2) Wie beurteilt die Landesregierung die vermehrte Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche? Sieht die Landesregierung einen Handlungsbedarf auf Landesebene und wenn ja, welchen?

Antwort:

Die steigende Verordnung von Psychostimulanzien im Kindes- und Jugendalter spiegelt die Tatsache, dass sich diese Störung zur häufigsten psychiatrischen Krankheit dieser Altersgruppe entwickelt hat. Da etwa vier bis sechs Prozent aller Kinder (Prävalenz schwankend, nach den repräsentativen Erhebungen im Kinder- und Jugendsurvey –KIGGS- Diagnosehäufigkeit von 4,8%) an einem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADHS) leiden und etwa die Hälfte davon behandlungsbedürftig ist, entspricht dies einer Prävalenz von etwa 550 Kindern eines Jahrgangs in Schleswig-Holstein, das heißt etwa 7000 bis 10.000 Kinder im Alter von 6 bis 18 Jahren **mit therapeutischem Bedarf** (bei einer Gesamtschülerzahl an öffentlichen allgemeinbildenden und beruflichen Schulen von 400.600; Stand: 24.09./05.11.2010). Jungen sind etwa fünf Mal häufiger betroffen als Mädchen. Diese Kinder werden mit modernen diagnostischen Methoden zunehmend besser identifiziert, wobei sowohl der häusliche wie der schulische Kontext für die Indikation zur Therapie zu berücksichtigen sind.

Die Landesregierung sieht die steigende Verordnungspraxis der Psychostimulanzien im Kindes- und Jugendalter kritisch. Die „Arbeitsgemeinschaft ADHS des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte“ vertritt die Auffassung, dass ADHS genetisch bedingt ist und auf einer fehlerhaften Informationsverarbeitung aufgrund von Stoffwechselstörungen im Gehirn beruht. Daraus zieht sie den Schluss, dass Erziehung ADHS nur bedingt beeinflussen kann, wobei jedoch belastende Lebensumstände die Krankheit verstärken können. Für die Behandlung setzen Kinderärzte und Kinderpsychiater neben einer individuell abgestimmten Sozialtherapie und klaren Regeln im Alltag in bestimmten Fällen auf Psychopharmaka, um so die erkrankten Kinder für mehrere Stunden in die Lage zu versetzen, ihren Alltag zu strukturieren, Regeln zu befolgen und -z. B. in der Schule- ein konzentriertes Arbeiten zu ermöglichen. Dabei ist die Exaktheit der Diagnosestellung mit klinischen Instrumenten wichtig. Dies bedeutet, dass die Diagnostik mit der entsprechenden fachlichen Expertise fundiert durchgeführt wird und das therapeutische Konzept multimodal

sowohl medikamentöse als auch kognitiv-verhaltensorientierte Bausteine enthält, wie es von der S3-Leitlinienkommission aktuell empfohlen wird. Diese setzt sich aus den relevanten Gruppierungen der pädiatrischen, der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie auch der psychiatrischen Fachgesellschaften zusammen und bündelt die Fülle wissenschaftlicher Erkenntnisse über Häufigkeit, mögliche Ursachen, Diagnostik, Therapie und Prognose der Erkrankung.

Handlungsbedarf sieht die Landesregierung insofern, als die Vermittlung über Symptomatik, Diagnostik und die entsprechende therapeutische Kombination aus Psychotherapie und Pharmakologie noch deutlicher als bisher Eingang in die Fort- und Weiterbildungscurricula der entsprechenden Berufsgruppen finden muss.

Die Landesregierung begrüßt daher entsprechende Bemühungen von Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer, Apothekerkammer und Kassenärztlicher Vereinigung.

- 3) Welche Maßnahmen ergreift die Landesregierung, Schule und die Rahmenbedingungen für Unterricht so zu gestalten, dass nicht das Scheitern an schulischen Regeln und Vorgaben zum vorrangigen Anlass für die Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche wird?

Antwort:

Ein „Scheitern an Regeln und Vorgaben“ in der Schule hat in der Regel vielfältige Ursachen und entsteht in einem Bedingungsgefüge aus Leistungsanforderungen, sozialen, emotionalen, familiären, räumlichen, physischen und psychischen Komponenten. Wird eine „schnelle Lösung“ durch Verschreibung von Psychopharmaka gesucht, ist dies nicht im Sinne der Schule und widerspricht dem differenzierten Lösungsansatz, den die Schule in pädagogischer Verantwortung und in Wahrnehmung ihres Erziehungsauftrages verfolgen muss. Grundsätzlich sind Lehrkräfte Fachleute für eine Unterrichtsgestaltung, die erfolgreiches Lernen - also angstfrei, motivierend, orientiert an der Lernausgangslage - möglich macht. Hierzu nehmen sie vielfältige Fortbildungsangebote wahr (s. Frage 5) und erhalten Unterstützung z.B. durch die Fachberater/innen schulische Erziehungshilfe, die Sonderpädagogen/innen der Förderzentren, den Schulpsychologischen Dienst oder die Schulsozialpädagogen/innen.

Folgende Maßnahmen der Landesregierung setzen einen Rahmen und seien hier beispielhaft genannt: Individuelle Förderung und damit einer eher stärken- als defizitorientierten Haltung in allen Schularten; Wahlfreiheit G8/G9; Förderung der inklusiven Beschulung von Kindern mit Behinderungen oder sonderpädagogischem Förderbedarf; Berücksichtigung besonderer Begabungen (Maßnahmen für Hochbegabte) und spezifischer Leistungsschwierigkeiten (z.B. Regelungen für Underachiever, Planung Erlass Rechenschwäche, Erlass zur Lese-Rechtschreib-Schwäche, Maßnahmen „Niemanden zurücklassen“); Gestaltung der Versetzungsbestimmungen; Förderung der Selbst- und Sozial-

kompetenz durch verschiedene Präventionsprogramme (z.B. „Mobbingfreie Schule - gemeinsam Klasse sein“).

- 4) Welche Förderkonzepte z.B. für Kinder und Jugendliche mit Konzentrationschwächen, Stimmungsschwankungen und Hyperaktivität haben sich nach Ansicht der Landesregierung besonders bewährt?

Antwort:

Grundsätzlich ist festzustellen, dass angemessene Reaktionen auf entsprechende beobachtete Verhaltensweisen bei Schülerinnen und Schülern zum pädagogischen Repertoire von Lehrkräften gehören.

Es gilt, wie bereits unter Frage 3 dargestellt: Auch diese Symptome haben vielfältigste Ursachen, etwa im körperlichen (z.B. Schlaf, Ernährung, Bewegungsmangel), psychischen (z.B. familiäre oder soziale Belastungen) oder kognitiven Bereich (z.B. Über-/Unterforderung), die eine Darstellung spezifischer Förderkonzepte hier inadäquat erscheinen lassen.

Allgemein konzentrationsfördernd wirken z.B. organisatorische Maßnahmen (Sitzordnung, Raumgestaltung, klare Strukturen und Regeln, Rituale, Ruhepausen und Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten) und fachliche Maßnahmen wie Methodenwechsel oder Bewegungspausen. Zu nennen sind aber auch Bedingungen, die im Bereich der baulichen Gestaltung liegen (z.B. Raumgröße und -angebote, Licht, Lärm, Schall).

Liegen die Ursachen im sozialen Miteinander einer Klasse, so können Lehrkräfte spezifische Programme zum Aufbau angemessenen Sozial- und Konfliktverhaltens anwenden (s. auch Frage 3).

Unterstützend stehen auch hier die unter Frage 3 genannten Personen und Systeme sowie das IQSH zur Verfügung.

Auffällige Ausprägungen von Konzentrationsschwächen, Stimmungsschwankungen und Unruhe sollten immer auch eine außerschulische Ursachenforschung nach sich ziehen, die von der Schule nur angeregt werden kann.

- 5) Welche Maßnahmen ergreift die Landesregierung, um Lehrerinnen und Lehrer im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Erkrankungen und der Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche zu unterstützen?

Antwort:

Zur Sensibilisierung der Lehrkräfte wird im Rahmen der Lehrerausbildung in der 2. Phase (Referendariat) zu den Themenbereichen Verhaltensauffälligkeiten und Erkrankungen (ADHS; Autismus) und deren zunehmender Medikation gearbeitet. Im Bereich der Lehrerfortbildung wird die Problematik im Rahmen regionalisierter und zentraler Fortbildungsangebote behandelt: so auf Terminveranstaltungen, Angebotsreihen und Abrufveranstaltungen zum „Umgang mit schwierigen Schülerinnen und Schülern“, aber auch in Fortbildungen zu „Umgang mit Rechenschwäche“ oder Veranstaltungen zur „Diagnostik“. Die Angebote gelten für alle Schularten.

In der Sonderpädagogik gibt es eine vertiefte Auseinandersetzung mit der

Problematik:

1. „Verhaltensauffälligkeiten“

Das IQSH-Schulartteam Sonderpädagogik bildet Lehrkräfte im Vorbereitungsdienst in der Fachrichtung Erziehungshilfe grundlegend zu dieser Thematik aus. Aber auch die Fachrichtungen Lernen, Geistige Entwicklung sowie körperliche und motorische Entwicklung behandeln diese Thematik im Zusammenhang mit Erscheinungsbildern der jeweiligen Förderschwerpunkte. Im Zusammenhang mit dem Förderschwerpunkt Autismus wird dieser Aufgabenbereich von der Beratungsstelle Inklusive Schule (BIS) Autismus wahrgenommen.

2. „Psychische Erkrankungen“

Diese Thematik wird aufgegriffen unter „Außerschulische Strukturen“ und Unterstützungssysteme in den oben genannten Fachrichtungen, gelegentlich auch mit Besuch in jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Auf die Wichtigkeit der dort erarbeiteten Empfehlungen für die Kinder und Jugendlichen wird hingewiesen, u.a. wird das Thema der Schweigepflichtsentbindung angesprochen.

Die BIS Autismus und die Beratungsstelle zur Unterstützung Körperbehinderter (BUK) im Förderschwerpunkt Körperliche und Motorische Entwicklung bieten auf Anfrage hierzu an den Förderschwerpunkt gekoppelte Einzelberatungen oder Fortbildungsveranstaltungen an.

3. „Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche“

Dieses Thema ist wiederum in allen sonderpädagogischen Fachrichtungen verankert: Die Verwendung von Psychostimulantien insbesondere Methylphenidat wird z.B. im Rahmen der ADHS-Problematik angesprochen. Es wird auf Wirkmechanismen und Nebenwirkungen, insbesondere auch bei Überdosierungen hingewiesen, die auf unterrichtliche Aspekte Einfluss haben. Ebenso wird auf die derzeitige Auseinandersetzung seitens des Bundesgesundheitsministeriums und der Drogenbeauftragten des Bundes aufmerksam gemacht. In den Fachrichtungen Geistige Entwicklung, Autismus, Körperliche und motorische Entwicklung ist die Medikation (regelmäßig bzw. in Notfällen) in Zusammenhang mit bestimmten Behinderungs-/Krankheitsbildern (einschließlich der medizinischen Versorgung wie z.B. Sondenernährung) fast immer ein Thema, z.B. bei Epilepsie etc. Angesprochen wird auch die Problematik beim Lernen an außerschulischen Orten (wie Klassenfahrt), beim Sport- und Schwimmunterricht.

Auch hier beraten die BIS Autismus und die BUK Förderschwerpunkt bezogen und bieten auf Anfrage Fortbildungen an.

- 6) Welche Maßnahmen zur Prävention hält die Landesregierung für richtig, damit weniger Kinder und Jugendliche behandlungsbedürftig werden?

Antwort:

Da es Hinweise auf eine multifaktorielle Genese für das Expressionsmuster der Erkrankung gibt (genetischer Polymorphismus mit Gen-Umwelt-Interaktion), ist hierfür nach Ansicht der Landesregierung keine einzelne präventive Maßnahme zielführend, sondern nur ein Gesamtkomplex aus frühzei-

tigen unterstützenden Maßnahmen für (insbesondere sozial benachteiligte) Familien, Projekte im Setting Schule für betroffene Kinder und Jugendliche sowie Fortbildungen für Erzieher und Erzieherinnen.

Beispielhaft hat die Landesregierung bereits umgesetzt:

1. Pilotprojekt Frühe Hilfen: „Gaarden 1-2-3“ für sozial benachteiligte Familien (interdisziplinäre Unterstützung für das gesunde Aufwachsen der Kinder bis zum Eintritt in die KiTa)
2. Fort- und Weiterbildungsprogramm der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung für Erzieherinnen und Erzieher:

Exemplarisch seien dafür genannt:

- Entspannung und Stille erleben mit Kindern unter drei Jahren
- Spiel gut – denk besser
- Mucksmäuschenstill - Möglichkeiten für Stille und Entspannung im Kindergartenalltag
- Dynamik – Grenzen – Förderung Basisseminar Wahrnehmung/ Wahrnehmungsverarbeitung/ Wahrnehmungsstörungen
- Entwicklungspsychologie 0-3 Jahre – ganz praktisch
- Bewegung und Lernen
- Rück(g)rat – Ergonomie und Bewegung im Kindergartenalltag
- Jungen im Kindergarten
- Toben, Raufen, Kräfte messen
- Motorische Förderung der Jungen
- Ernährungsbildung und Prävention von Essstörungen im Kindergarten

Darüber hinaus alle Maßnahmen, die ein gesundes Aufwachsen fördern: Bewegung, Ernährung, Lebenskompetenz. Dazu auch die 15. Fachtagung „Gesundheitsförderung in der Kita“. (Weitere Angebote unter <http://lvgfsh.de/media/pdf/Fortbildungsprogramm%202012%20Homepage.pdf>)
und additiv

3. die Projekte des Netzwerks Ernährung in Schleswig-Holstein:
 - Lebensstiltraining für Migrantinnen und Migranten
 - Lebenslust-Leibeslust - Prävention von Essstörungen in Kindertagesstätten und Grundschulen
 - Rück(g)rat - Ergonomie und Bewegung im Kindergarten und Grund- und Förderschulen
 - „Kochen mit Jochen“ -Ernährungstraining für sozial benachteiligte Jugendliche
 - Prävention von Ess-Störungen
 - Vernetzungsstelle Schulverpflegung Schleswig-Holstein

- 7) Liegen der Landesregierung Erkenntnisse über Spätnebenwirkungen bei Einnahme von Psychopharmaka im Kinder- und Jugendalter vor? Wenn ja, welche?

Antwort:

Diskutiert und untersucht wurden mögliche Effekte auf die Genese einer Alzheimererkrankung, auf die Auslösung von Depressionen und möglicher kardiovaskulärer Erkrankungen wie Myokardinfarkte und Schlaganfälle.

Erkenntnisse über Spätnebenwirkungen von Psychopharmakatherapie im Kindesalter sind jedoch schwer zu gewinnen. Gründe dafür sind die mangelnde Vergleichbarkeit bei vorwiegend tierexperimentell durchgeführten Studien von gesunden und ADHS-Tieren, die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Menschen und das ethische Verbot einer unbehandelten Kontrollgruppe bei Kindern. Hinzu kommt, dass auch die Studienlage nicht eindeutig ist. Tierexperimentelle Untersuchungen, insbesondere an gesunden Tieren, ergaben Hinweise, dass eine Behandlung im frühen Lebensalter, wenn die Gehirnreifung noch nicht abgeschlossen ist, zu Langzeiteffekten führen könnte. Ergebnisse aus klinischen Langzeitstudien wie der Multimodal Treatment Study (MTA) hingegen zeigen, dass auch eine jahrelange Therapie mit Psychostimulanzien bei vielen Patienten nicht zu langfristigen Veränderungen führt.

Im Hinblick auf depressive Störungen ergab sich sogar der Hinweis auf einen möglichen protektiven Effekt bei frühzeitigem Therapiebeginn.

Die jüngsten wissenschaftlichen Publikationen untersuchen insbesondere das kardiovaskuläre Risiko im Verlauf. In einer großen retrospektiven Kohortenstudie in den USA mit 1,2 Millionen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen zwei und 24 Jahren wurden bei Probanden mit oder ohne medikamentöse ADHS-Therapie in einem Zeitraum von über zwei Jahren die Raten von schweren kardiovaskulären Ereignissen analysiert. Als Ergebnis dieser großen Studie seien keine Belege für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko durch ADHS-Arzneien gefunden worden, betonen die Forscher. Das gelte besonders auch für Methylphenidat, das gesondert analysiert worden war. Statistisch betrachtet lässt sich durch die große Zahl der Teilnehmer und die geringe Anzahl der Ereignisse jedoch nicht ausschließen, dass die Ereignis-Rate unter ADHS-Arzneien möglicherweise doch etwas steigt. Absolut betrachtet wäre aber damit nach Aussage der Wissenschaftler die absolute Zahl der Ereignisse immer noch nur gering erhöht.

Somit kann die Diskussion um mögliche Langzeiteffekte durch den Einsatz von Stimulanzien nicht als abgeschlossen gelten. Da die ADHS-Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen allerdings mit weiteren hohen psychosozialen und gesundheitlichen Risiken wie Unfällen, Hospitalisierungen, ungeschützten Sexualpraktiken, Sucht und Delinquenz assoziiert ist, kann nach fundierter leitliniengerechter Diagnosestellung die Suche nach der optimalen Therapieform immer nur eine individuelle Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses sein.

- 8) Wie hoch ist die Anzahl der Kinder- und JugendpsychaterInnen in Schleswig-Holstein nach Kenntnis der Landesregierung? Auf wie viele SchülerInnen kommt demnach im Durchschnitt ein/e Kinder- und JugendpsychaterIn?

Antwort:

Nach Angaben der Ärztekammer sind in Schleswig-Holstein 73 Ärzte mit der Facharztanerkennung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie tätig. Bei 305.241 Schülerinnen und Schülern an schleswig-holsteinischen allgemein bildenden Schulen (Stand: 24.09.2010 - ohne berufsbildende Schulen) bedeutet dies eine Quote von 1 : 4.181.

- 9) Wie viele Diagnosen, die die Verschreibung von Psychopharmaka zur Folge haben, werden von diesen Kinder- und JugendpsychaterInnen pro Jahr gestellt und wie viel Prozent der gesamten Diagnosen, die die Verschreibung von Psychopharmaka zur Folge haben, macht dies in der entsprechenden Altersgruppe in Schleswig-Holstein aus?

Antwort:

Angaben dazu stehen der Landesregierung nicht zur Verfügung.