

# PTA

DIE PTA IN DER APOTHEKE

REPETITORIUM

## AD(H)S – Teil 1

Zappelphilipp, Traumsuse – was verbirgt sich hinter AD(H)S? Mit diesem Repetitorium erhalten Sie grundlegende Informationen über das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom – in seiner „Träumer“-Variante (ADS) und in seiner hyperaktiven Form (ADHS).

Ist dies nicht eher eine reine „Modekrankheit“ unserer immer schnelllebigeren Gesellschaft? Tatsächlich hat sich AD(H)S in der Öffentlichkeit, aber auch in Pädagogik, Psychologie und sogar bei einzelnen Krankenkassen zu einer der umstrittensten Störungen des Kindes- und Jugendalters (dass auch Erwachsene betroffen sein können, wird meist erst gar nicht erwähnt) entwickelt. Überall wird davon geredet, heftige Richtungskämpfe ausgefochten. Auch die Medien stiften immer wieder gerne durch Mischung von geschickt recherchierten Sendungen und reinen Sensationsshows ohne sachlichen Hintergrund noch mehr Verwirrung.

**Realistisches Gesamtbild** Das große Interesse an dem Themengebiet hängt mit dem Umstand zusammen, das AD(H)S momentan das häufigste kinderpsychiatrische Krankheitsbild mit weit reichenden Konsequenzen für den weiteren Lebensweg der betroffenen Kinder und deren Familien ist. Mittlerweile ist allerdings auch gut belegt, dass das Störungsbild bis ins Erwachsenenalter weiterbesteht. Die langjährige Lehrmeinung, dass sich diese Störung im Erwachsenenalter auswächst, wurde durch Studien widerlegt. AD(H)S ist keine Modekrankheit, es gibt sie bereits seit Jahrzehnten. Schon 1908 beschrieb der Leibarzt Kaiser Napoleons I, Dr. Haslam, ein „moralisch krankes Kind, Sklave seiner Leidenschaft, Schrecken der Schule, Qual der Familie, Plage der Umgebung“. Und wem ist nicht das

Buch „Der Struwwelpeter“ bekannt, in dem der Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann (1809 bis 1894) typische Erscheinungsbilder hyperkinetischer Kinder wie den „Zappelphilipp“, den „fliegenden Robert“, „Hans guck in die



© drubig-photo / fotolia.com

Luft“ oder den „bösen Friedrich“ eindrucksvoll, treffend, aber auch humorvoll darstellte. 1937 berichtete schließlich der Psychiater Dr. Charles Bradley (1902 bis 1979) erstmals über die hilfreiche Wirkung von Stimulanzien auf verhaltensauffällige Kinder. In den Jahren nach der ersten Beschreibung Bradleys befassten sich anfangs Kinderärzte und -psychiater, später Kinderpsychologen intensiver mit dem „Krankheitsbild“. Es fand zunächst in den USA, später über Neuseeland, Holland (Niederlande), England und Skandinavien auch Mitte der 1960er Jahre in Deutschland Beachtung. 1985 erschien das erste deutschsprachige Buch „Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und Eltern“ des Münchner Kinderarztes Dr. Walter Eichlseder. Inzwischen ist die Zahl der Veröffentlichungen aus allen Teilen der Welt so groß, dass eine Literaturrecherche selbst nur bei den namhaften wissenschaftlichen Blättern monatlich gut 200 „neue“ Arbeiten umfasst.

**Definition und Verbreitung** Das Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom ist eine vor allem bei Kindern auftretende Verhaltensstörung, die mit starken Konzentrationsproblemen, motorischer Hyperaktivität und gesteigerter Erregbarkeit einhergeht. Die motorische Hyperaktivität ist dabei ein rein fakultatives Symptom, muss also nicht vorhanden sein. Den nicht hyperaktiven Typ (Träumer) gibt es wahrscheinlich ebenso häufig. Hier sind Mädchen und Jungen gleichermaßen betroffen, während es beim vorwiegend hyperaktiven-impulsiven

Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), so immer wieder veröffentlichte Zahlen. Eine kürzlich publizierte Studie des Versorgungsatlasses (hier lagen die Abrechnungs- und Arzneiverordnungsdaten von sieben Millionen Kindern / Jugendlichen der Jahre 2008 bis 2011 zugrunde) und der Ludwig-Maximilians-Universität München kommt zu folgenden Zahlen: Kinder, die erst kurz vor dem Stichtag zur Einschulung sechs Jahr alt wurden, erhielten zu 5,3 Prozent im Laufe der folgenden Jahre die Diagnose ADHS, bei den rund ein Jahr älteren Kindern waren es in der Studie „nur“ 4,3 Prozent. Tatsächlich sind Aufmerksamkeitsfähigkeit sowie die Fähigkeit zur Impulskontrolle entwicklungsabhängig. Jüngere Kinder haben durchschnittlich immer eine weniger lange Aufmerksamkeitsspanne. Dass früh eingeschulte Kinder häufiger die Diagnose ADHS erhalten als ihre älteren Klassenkameraden macht stutzig, dürfe allerdings nicht als Beleg interpretiert werden, dass jüngere Kinder komplett unauffällig wären, würden sie später eingeschult, stellte Professor Tobias Banaschewski, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, zur Studieninterpretation klar. Es werde lediglich deutlich, dass das negative Verhalten bei den Jüngeren ausgeprägter sei, dadurch die Wahrscheinlichkeit einer entsprechenden Diagnose steige. So existieren mittlerweile Vorschläge weiter zu untersuchen, ob eine flexiblere Einschulungspolitik den Zusammenhang zwischen Alter des Kinder und ADHS-Diagnose abmildern kann und damit die Gefahr möglicher Fehldiagnosen sinkt.

**»Schon 1908 beschrieb der Leibarzt Kaiser Napoleons I, Dr. Haslam, ein ‚moralisch krankes Kind, Sklave seiner Leidenschaft, Schrecken der Schule, Qual der Familie, Plage der Umgebung‘.«**

Typ deutlich mehr Jungen sind. Meist kommen zusätzlich Störungen des Sozialverhaltens hinzu. Ausprägung und Verteilung der verschiedenen Symptome variieren insgesamt deutlich – selbst innerhalb einer Person mit zunehmendem Alter der Betroffenen. Insgesamt tritt eine AD(H)S statistisch gesehen recht häufig auf. Im Kindesalter stellt sie sogar die häufigste seelische Störung dar. Die Angaben zur Häufigkeit unterscheiden sich allerdings deutlich – in Abhängigkeit von den zugrunde gelegten Diagnosekriterien. Etwa drei bis neun Prozent (amerikanischer Diagnose-Schlüssel, DSM-IV-Kriterien) beziehungsweise vier bis 15 Prozent (Diagnoseschema der Weltgesundheitsorganisation WHO, ICD-10-Kriterien) aller schulpflichtigen Kinder zeigen Symptome im Sinne einer Aufmerksamkeitsdefizit-

Bis zu 60 Prozent dieser AD(H)S-Kinder erfüllen die diagnostischen Kriterien in unterschiedlicher Ausprägung auch noch im Erwachsenenalter.

**Schwierige Diagnose** Im Brennpunkt der öffentlichen Wahrnehmung steht seit einigen Jahren demzufolge deutlich die Diagnosestellung. Die Feststellung einer AD(H)S sollte in sehr verantwortlicher Weise am besten von Kinder- und Jugendpsychiatern in Zusammenarbeit mit Psychologen oder auch – da Erstere den Bedarf bei Weitem nicht abdecken können – durch besonders ausgebildete Pädiater erfolgen. Wenn Eltern betroffener Kinder die Praxis eines Kinderarztes, besser noch eines Kinder- und Jugendpsychiaters zwecks Hilfe aufsuchen, sind es in der Regel

zwei Hauptproblembereiche, die ihnen und den Kindern das Leben schwer machen. Zum einen sind dies Verhaltensprobleme, etwa ausgeprägte motorische Unruhe, Dominanzstreben, geringe Frustrationstoleranz, Unfähigkeit richtig zu spielen, viele Auseinandersetzungen, im Klassenzimmer Unruhestifter. Mit Gleichaltrigen und Geschwistern gibt es viele Schwierigkeiten, Eltern wissen nicht mehr weiter, Mütter fühlen sich zum Teil völlig überfordert. Zum anderen sind es Lern- und Leistungsprobleme, die Eltern und Kinder verzweifeln lassen. Trotz normaler Intelligenz mehren sich schon zu Beginn der Grundschulzeit Misserfolge und Frustrationen, Leistungsdefizite in den Grundfertigkeiten Lesen, Schreiben, Rechnen entstehen. Die besondere Ausgangslage der Kinder, etwa die begrenzte Kapazität ihres Kurzzeitgedächtnisses, ihre kurze Aufmerksamkeitsspanne, ihre geringe Motivation für „langweilige Lerninhalte“, häufig eine auffallende Langsamkeit bei der Aufgabenlösung, ihre niedrige Frustrationstoleranz, ihre hohe Impulsivität sowie

### ÜBERGREIFEND

Um AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen wirkungsvoll zu begegnen, ist eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen wie der Ärzte, Pädagogen, Psychologen, Lehrer, aber auch der Apotheker samt ihrer Mitarbeiter unerlässlich. Eine gelungene Kooperation setzt voraus, dass die unterschiedlichen Blickwinkel auf das Störungsbild in Diagnostik und Therapie miteinander in Einklang gebracht werden. Dies ist ein insgesamt schwieriges Unterfangen und ein permanent laufender, sich hoffentlich stetig verbessernder Prozess.

vielfach graphomotorische Probleme (schlechtes Schriftbild) führen zu schulischem Misserfolg, Vermeidungsverhalten und großen Lerndefiziten. Die Diagnose der AD(H)S selbst ist sehr komplex. Zu einer aussagekräftigen Diagnostik gehört eine neurologische Untersuchung (einschließlich Elektroenzephalogramm, EEG), die Überprüfung von Fein- und Grobmotorik, die Erhebung der Anamnese und der störungsspezifischen Entwicklung des Kindes (Interviews beziehungsweise standardisierte Fragebögen und validierte Checklisten mit Erziehungsberechtigten, Lehrern), eine umfassende Leistungsdiagnostik mit Überprüfung der intellektuellen Möglichkeiten sowie Feststellung von eventuell vorhandenen Teilleistungsstörungen. Eine testpsychologische Erfassung der emotionalen Situation des Kindes, ausreichende Kenntnisse über die familiäre Situation, Erziehungskompetenzen der Eltern und der bisherige schulische Werdegang des Kindes sind ebenfalls einzubeziehen. Nach ICD-10 müssen für die Diagnose einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sowohl Aufmerksamkeitsdefizite als auch Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen. Nach dem Amerikanischen-Diagnose-Schlüssel DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches

Manual psychischer Störungen) werden hingegen drei Typen unterschieden:

- Mischtyp, bei dem sowohl Aufmerksamkeitsdefizit als auch Hyperaktivität und Impulsivität vorhanden sind (ADHS),
- vorwiegend unaufmerksamer Typ, bei dem Hyperaktivität und Impulsivität augenfällig nicht ausgeprägt sind (ADS),
- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ, bei dem das Aufmerksamkeitsdefizit im Hintergrund steht, also nicht beziehungsweise nicht besonders stark ausgeprägt ist.

Damit findet auch der vorwiegend unaufmerksame Subtyp (ADS) die klinisch notwendige diagnostische und therapeutische Berücksichtigung. Diese Patienten würden mit der strengeren Definition nach den ICD-10-Kriterien nicht erfasst, da dabei in allen drei Bereichen – Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität – Probleme vorhanden sein müssen. Der rein hyperaktiv-impulsive Typ kommt, so viele Experten, praktisch so gut wie nicht vor. Der nur unaufmerksame Typ (ADS, Träumer) wird zahlenmäßig bis heute unterschätzt, da er seltener dem Arzt vorgestellt wird und die Diagnosestellung zudem erschwert ist.

Nicht zu unterschätzen ist in der Differentialdiagnostik zudem die häufige Vergesellschaftung von AD(H)S mit weiteren Problemfeldern (ADHS assoziierte Störungen). In der wissenschaftlichen Literatur wird insbesondere das gemeinsame Auftreten zusammen mit Lese/Rechtschreibschwächen beziehungsweise -störungen (LRS), Rechenschwäche/-störung, Tic-Störungen oder auch des Autismus-Spektrum (etwa Asperger Syndrom) häufig beschrieben.

**Erstes Fazit** AD(H)S ist keine „Modekrankheit“. Zu häufig diagnostiziert wird ADHS allerdings sicherlich. Doch wirklich Betroffene brauchen eine angemessene psychologische und pharmakologische Therapie.

Den Ursachen der Störung sowie der AD(H)S-Therapie widmen sich die Repetitoriumsteile zwei und drei. Und auch hier gilt: Besonders die pharmakologische Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen wird in der Öffentlichkeit, aber auch in Teilen der medizinischen und psychologischen Fachwelt äußerst kontrovers und gerne emotional diskutiert. ■

*Dr. Eva-Maria Stoya, Apothekerin / Journalistin*



**Lesen Sie  
online weiter!**  
Webcode: F1088



# Emser Pastillen® treten völlig neu auf

## Natürlich und homöopathieverträglich gegen Halsschmerzen und Hustenreiz

Als wirksames Halsschmerzmittel und Rachentherapeutikum haben sich die Emser Pastillen® hohe Kompetenz und positive Beachtung erworben. Ein völlig neuer Auftritt des modernen Produktes mit Traditionsgeschichte markiert nun einen nächsten Schritt: Wer das Therapeutikum Emser Pastillen® jetzt im Regal sucht, muss nach einer Packung im Querformat schauen.

Deutlicher als bisher wird jetzt auf die Kernkompetenz der Halstabletten hingewiesen: Sie wirken nachweislich bei Halsschmerzen und Hustenreiz. Emser Pastillen® helfen dem Verwender langanhaltend und natürlich, sind dabei homöopathieverträglich (in den Sorten „ohne Menthol“) und zahnfreundlich (drei zuckerfreie Variationen).

## Emser Pastillen®: Ergebnis beständiger Weiterentwicklung

Seit dem Jahre 1858 werden aus dem Mineralkomplex der Emser Heilquelle in Bad Ems die Emser Pastillen® gepresst. Seitdem wurde das Rachentherapeutikum beständig und gewissenhaft weiterentwickelt. Heutzutage garantiert ein mehrstufiger Verdampfungsprozess den Erhalt der über 30 (empfindlichen)



Mineralien- und Spurenelemente, die in einer einzigartigen Zusammensetzung ihre Effizienz speziell für die Atemwegstherapie seit Dekaden unter Beweis stellen.

## Einzigartige Wirkstoffkombination mit hoher Verträglichkeit

Der Wirkstoff der Emser Pastillen® besteht durch einen besonders hohen Gehalt an Hydrogencarbonat, hat somit leicht alkalische Eigenschaften (pH 8-10) und damit eine ausgezeichnete Pufferkapazität speziell bei entzündlichen Prozessen. Aufgrund der sehr guten Verträglichkeit können Emser Pastillen® bedenkenlos über einen unbegrenzten Zeitraum eingenommen werden. Sie sind auch bei Heiserkeit, zur Stimmpflege und zur Prävention indiziert.

Die neuen Emser Pastillen® im Querformat werden den Apotheken zunächst in vier Varianten, davon drei zuckerfreien und damit zahnfreundlichen Versionen, angeboten:

- **Ohne Menthol** (homöopathieverträglich), 30er Packung
- **Ohne Menthol zuckerfrei** (homöopathieverträglich), 30er Packung
- **Mit Mentholfrische zuckerfrei**, 30er Packung
- **Mit Süßholz zuckerfrei**, 30er Packung

