

Das Problem der Verschreibung von Psychopharmaka im Kindesalter verfolgt uns schon einige Jahre. 1984 hat einer von uns (W. F.) schon einmal zu dem in seinen Augen mißlungenen Versuch des damaligen Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen, Prof. Dr. F. Farthmann, Stellung genommen, der aus den Verschreibungen der Ärzte weitreichende Schlußfolgerungen auf die Sinnfälligkeit der Indikationen gezogen hat (DÄ 81, Heft 16 vom 20. April 1984: „Widerspruch, Euer Ehren!“). Heute sind wir nicht viel besser dran, wie einem Bericht über die Philippika eines Kollegen in der Neuen Ärztlichen vom 16. Mai 1988 zu entnehmen ist: Wenn uns nicht alles täuscht, wird die gleiche Studie dazu herangezogen, die gleichen Fehlschlüsse zu ziehen wie damals. Da sei doch 1983 festgestellt worden, daß für Kinder 50 000 Packungen Antidepressiva verordnet worden seien, 185 000 Psychopharmaka-Rezepte für Bettnässer ausgegeben und 500 000 Rezepte gar für Schlaf- und Beruhigungsmittel! Unabhängig davon, daß diese Zahlen, so wie sie jetzt in dieser Zeitung wiedergegeben worden sind, nicht allzuviel aussagen – wie viele Rezepte bei wie vielen Kindern, wie oft repetitiv etc.? –; wir möchten uns nicht den Vorwurf aufladen, dem Problem zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt zu haben. Deshalb hat sich eine interdisziplinäre Expertengruppe*) aus Pädiatern, Epidemiologen und Pharmakologen aus Universität und Industrie am 1. Juni 1988 in Rauenberg bei Wiesloch getroffen und die Verschreibung von Psychopharmaka bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 15. Lebensjahr diskutiert.

Das Zahlenmaterial

Die Daten für die Ausarbeitung sind auf der Basis zweier Studien des Instituts für Medizinische Statistik (IMS), Frankfurt, errechnet worden. Zum einen werden Informationen aus dem „Verschreibungs-Index für Pharmazeutika“ (VIP) herangezogen. Eine repräsentative Auswahl

Verschreibung von Psychopharmaka im Kindesalter

E. Meiner, T. Elliger und W. Forth

von etwa 2000 niedergelassenen Ärzten unterschiedlicher Gebiete stellt regelmäßig anonymisierte Kopien ih-

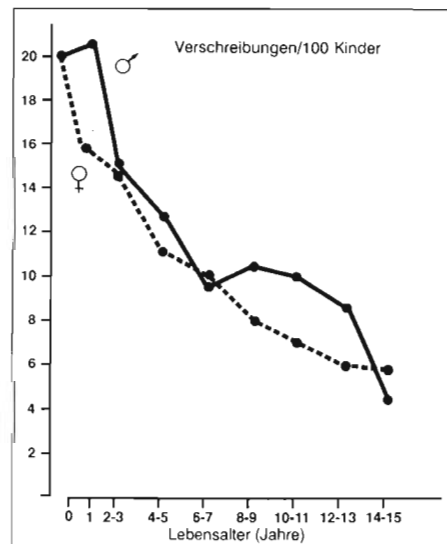


Abbildung 1: Verschreibungshäufigkeit von Psychopharmaka bei Neugeborenen, Kleinkindern und Kindern bis zum 15. Lebensjahr. Ordinate: Verschreibungen/100 Kinder. Abszisse: Alter der Kinder. Der Einfachheit halber sind nach dem 1. Lebensjahr die Kinder jeweils in Gruppen von 2 Lebensjahren zusammengefaßt worden.

rer Arzneimittel-Verschreibungen mit Angabe der relevanten Diagnosen zur Verfügung. Aus diesen kommen hier alle Psychopharmaka-Verordnungen für Kinder zur Auswertung. Außerdem wurden zur Abrundung auch Daten aus der Studie „Der Pharmazeutische Markt“ (DPM) verwendet, in der monatlich die Arzneimittel-Einkäufe der öffentlichen Apotheken ausgewiesen werden.

Die Abbildung 1 enthält die Zahl der Verordnungen von Psychopharmaka pro 100 Kindern, die in Alters-

gruppen von 0, 1 und dann jeweils in 2 Jahren zusammengefaßt bis zum 15. Lebensjahr aufgelistet sind. Aus dieser Abbildung erhellt die zunächst beängstigende Tatsache, daß offenkundig die höchste Verschreibungsfrequenz von, wohlgermerkt, Psychopharmaka bei Säuglingen zwischen 0 und 1 Jahr liegt. Bis zum 15. Lebensjahr, wenigstens bei Mädchen trifft dies zu, nimmt die Verschreibungshäufigkeit kontinuierlich ab; bei Jungen ergibt sich zwischen dem 6.-7. und 14.-15. Lebensjahr erneut ein ziemlich breitbasiger Anstieg der Verschreibungsfrequenz, der noch erläutert werden muß.

Was sind „Psychopharmaka“?

Bei der Erfassung der Verschreibungen niedergelassener Ärzte, die als repräsentativ zu betrachten sind, werden unter die Rubrik „Psychopharmaka“ folgende Medikamentengruppen zusammengefaßt: Neuroleptika, Hypnotika und Sedativa (ohne Barbiturate), Barbiturate, Tranquillanzien, Antidepressiva, Stimulanzien und Cerebro-Aktivatoren, die der Verordnungshäufigkeit nach praktisch keine Rolle spielen. Aus dieser Aufgliederung geht bereits hervor, daß pauschale Qualifizierungen der Verordnung von „Psychopharmaka“ bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern, wie sie in der Einleitung skizziert worden sind, nicht sehr hilfreich sind und vor allen Dingen dann nicht, wenn es um das Verständnis einer Verordnung und deren Anlaß geht.

*) Dellings, Forth, Frankenne, Heise, Höcker, Kimbel, Meiner, Jorch, Schmidt-Rohr. Thust.

Das krampfende Kind

Das läßt sich sehr gut anhand des Verordnungsgipfels der „Psychopharmaka“ im 1. Lebensjahr erläutern. Die Analyse der verschiedenen Arzneimitteltypen ergibt nämlich, daß es sich dabei gut zur Hälfte um Barbitursäuren handelt; die andere Hälfte der Verschreibungen von „Psychopharmaka“ im 1. Lebensjahr wird gerade zu gleichen Teilen von Hypnotika und Sedativa (ohne Barbiturate) und von Neuroleptika bestritten.

Der *Abbildung 2* ist zu entnehmen, daß der überwiegende Teil der Verschreibungen in diesem Lebensalter durch Pädiater erfolgt. Der Rest der Ordnungen wird ganz überwiegend durch praktische Ärzte und Allgemeinärzte vorgenommen.

Zum Verständnis muß man sich ins Gedächtnis zurückrufen, daß der größte Anteil der Hypnotika und Sedativa (ohne Barbiturate), unter denen auch einige Benzodiazepine subsumiert sind, sowie die Barbiturate krampfdämpfende Wirkungen haben. Über 70 Prozent der Verschreibungen entfallen demnach auf derartige Mittel, die in der ärztlichen Hand bevorzugt zur Behandlung von Krampfanfällen verwendet werden. Werden nun erfahrene Kinderärzte befragt, dann spielt in der Tat die Diagnose „Krampfanfall“ in diesem Lebensabschnitt eine ganz besondere Rolle.

Die Morbidität der Epilepsien beträgt für Kinder bis zum 8. Lebensjahr 6,8 Promille (Doose, H.: Aktuelle Aspekte der kindlichen Epilepsie, in: Das anfallsranke Kind, herausg. von G. Groß-Selbeck, Hamburg, Edition m+p 4. Aufl. 1986), wobei das 1. Lebensjahr bevorzugt betroffen ist. Unter den Gelegenheitskrämpfen bilden die Fieberkrämpfe die weitaus überwiegende Mehrheit, diese sind darüber hinaus die häufigste Form aller cerebralen Anfallserkrankungen. Bis zum Ende des Infektkrampfalters, also etwa bis zum Alter von 5 Jahren, werden die genannten Pharmaka in der Akut- und Präventivtherapie in der Praxis eingesetzt.

Hinsichtlich der Fieberkrämpfe bleibt festzuhalten, daß nach einem

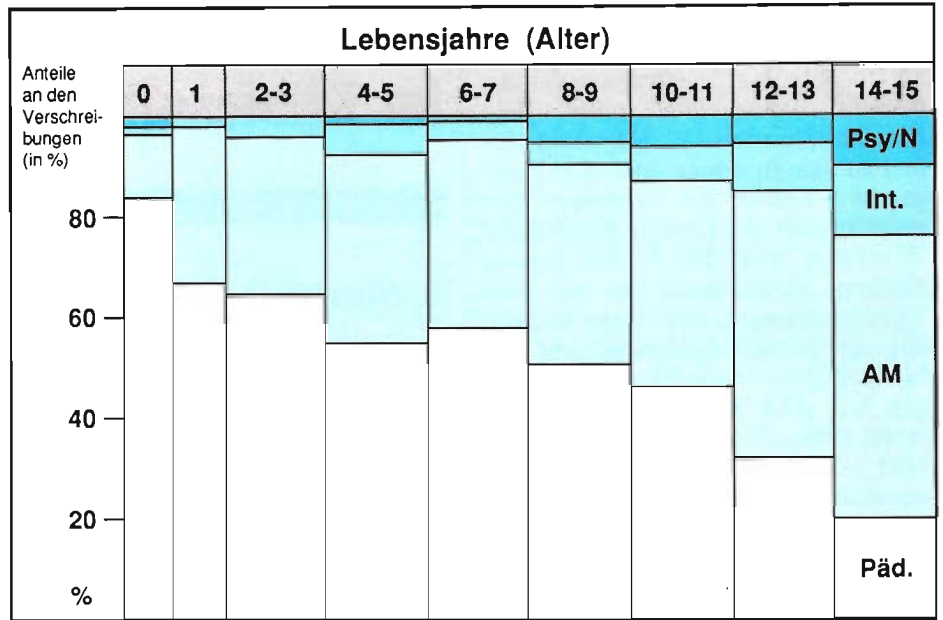


Abbildung 2: Verschreibung von Psychopharmaka im Kindesalter durch Pädiater, Praktische Ärzte und Allgemeinärzte, Internisten und Psychiater bzw. Neurologen. Der Pädiater wird offenkundig im Laufe des Alters im wesentlichen durch den Allgemeinarzt als betreuenden Arzt abgelöst. Die Verschreibung von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche durch Internisten und Psychiater bzw. Neurologen spielt nur eine marginale Rolle und fällt erst mit der Pubertät ins Gewicht.

prolongierten Fieberkrampf in 16 Prozent der Fälle innerhalb der nächsten 24 Stunden mit einer Wiederholung zu rechnen ist. Darüber hinaus muß man bestrebt sein, künftigen Fieberkrämpfen bei neuen mit Fieber einhergehenden Erkrankungen vorzubeugen, da nach dem ersten Fieberkrampf etwa ein Drittel der Kinder einen zweiten, ein Sechstel einen dritten und ein Zehntel drei und mehr Infektkrämpfe bis zum Ende des Kleinkindalters erleiden (Nelson, K. B.; Ellenberg, J. H.: „Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures.“ *New Engl. Journal of Medicine* 295, 1976, 1029).

Der „unruhige Säugling“

Im Säuglings- und Kleinkindalter spielen ferner trizyklische Verbindungen wie Promethazin und Promazin als dritte Arzneigruppe eine besondere Rolle. Diese Medikamente werden z. T. aufgrund ihrer antihistaminischen Wirkung bei Pruritus, Asthma bronchiale und asthmoider Bronchitis sowie bei Kinetosin eingesetzt. Ihre psychotropen

Wirkungen, die sie vorrangig für die Sedation sogenannter „unruhiger Säuglinge“ geeignet erscheinen lassen, spielen aber die größte Rolle für ihre Verordnung. Ein kritisches Überdenken der Indikation ist sicher notwendig, da ihre Anwendung in Klinik und Praxis manchmal unreflektiert erfolgt. Es wäre aber weltfremd, wenn wir hier vom grünen Tisch aus Ratschläge erteilen wollten, die schlicht realitätsfern sind.

Die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte haben dazu geführt, daß die Sozialisationsbedingungen des Kindes heute gänzlich anders sind als noch vor 50 oder 100 Jahren. Die verstärkte Berufstätigkeit der jungen Mütter mit all ihren Problemen der Doppelbelastung, die Auflösung des Sippenverbandes und die neuzeitliche Form der Ein-Kind-Familie sowie die Wohn- und Arbeitsverhältnisse unserer Tage lassen besondere Schwierigkeiten in der Betreuung und Versorgung gerade „schwieriger“ Säuglinge und Kleinkinder entstehen. Veränderte Einstellungen der Eltern führen im übrigen dazu, daß der Kinderarzt sich heute öfter und nachhaltiger elterlichen Forderungen gegen-

übergestellt sieht, die eigene strenge Indikationsstellung und restriktive Handhabung von Hypnotika und Sedativa zu überdenken.

Die Bettnässer

Einen besonderen Anstieg innerhalb des abwärts gerichteten Trends bei den Verordnungen von Psychopharmaka mit ansteigendem Alter zeigen Jungen. Mit dem 6. bis 7. Lebensjahr, nämlich der Zeit der Einschulung, zeigt sich hier noch einmal ein flacher, aber breitbasiger Buckel der Verordnungszahlen bis zur beginnenden Pubertät (*Abbildung 1*). Hierbei zeigt die Analyse der verschriebenen Arzneimitteltypen einen entsprechenden Anstieg bei der Verordnung von Antidepressiva. Dahinter verbirgt sich Imipramin. Diese deutliche Zunahme der Verordnung von Imipramin begründet sich allein in einer speziellen Indikation dieses bewährten Antidepressivums für die Altersgruppe der Schulkinder: die Enuresis. 16 Prozent aller 5jährigen Kinder sind Enuretiker, zwischen 6¹/₂ und 12 Lebensjahren reduziert sich die Gesamtpopulation der Enuretiker um jeweils ca. 13,5 Prozent pro Lebensjahr. Das Leiden ist bei Knaben weiter verbreitet als bei Mädchen (Kanimerer, G.: Enuresis, in: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Hgb. H. Remschmidt, M. Schmidt. Bd. III. S. 83–94. G. Thieme; Stuttgart, New York).

Vor Vollendung des 4. Lebensjahres kann man noch nicht von einer Enuresis sprechen. Mit zunehmendem Alter des Kinder nimmt die Wahrscheinlichkeit kindlicher wie elterlicher emotionaler Reaktionen auf das Symptom zu, so daß man sich der Verschreibung dieses wirksamen Medikaments nach vergeblich erfolgten verhaltenstherapeutischen und psychotherapeutischen Maßnahmen kaum wird verweigern können.

Das „hyperaktive“ Kind

Schließlich noch ein Wort zu den Psychostimulanzien. Da hat doch der Kinderschutzbund behauptet,

daß schon 15 Prozent der Erstkläßler Beruhigungsmittel oder Aufputschmittel einnehmen (Zit. nach DNÄ Nr. 92 vom 16. Mai 1988: Sorgen über Psychopharmaka-Verbrauch). Liest man diese Kurzfassung, dann könnte man zu der Überzeugung gelangen, daß unsere Schüler von den Ärzten schlechtweg zu Drogenabhängigen gemacht werden. Einfältiger kann man eigentlich die sicherlich notwendige kritische Betrachtung ärztlicher Tätigkeiten nicht mehr betreiben. Wenn der Kinderschutzbund nicht weiß, was „hyperaktive“ Kinder sind und wie sie übrigens weltweit behandelt werden, dann sei er auf die außerordentlich instruktive Diskussion des „Kinderpsychiatrischen Gutachtens über die Verschreibung von Methylphenidat bei hyperaktiven Kindern“ in der *Pädiat. Prax.* 25, 209–218, 1981, verwiesen, das von D. Nissen, Würzburg, verfaßt und von L. Eisenberg, Boston, Ch. Förster, München, H. R. Huessy, Burlington, und J. Hadan, Haan, kommentiert wurde.

Die Sachverständigen stimmen jedenfalls darin überein, daß die Stimulanzienbehandlung bei schweren Fällen des hyperkinetischen Syndroms indiziert ist und zusammen mit einer verhaltensmodifikatorischen und psychotherapeutischen Behandlung in nahezu allen Fällen gute Resultate erbringt. Es ist eine Illusion zu glauben, diese Kinder durch wissenschaftlich nicht begründbare, jedoch öffentlich propagierte Diätbehandlungen oder mittels eines alleinigen psychotherapeutisch-heilpädagogischen Maßnahmenkatalogs erfolgreich behandeln zu können.

Beiläufig soll nur erwähnt werden, daß Hyperkinesie oder Hyperaktivität bei Kindern unterschiedlich oft diagnostiziert wird: in den USA häufig (1:25) und in England ausgesprochen selten (auf der Insel Wight 1:2000). Ob diese Diagnose in den USA Mode ist oder ob dahinter mehr steckt, als jetzt zu diskutieren möglich ist, muß noch offen bleiben. Immerhin haben unsere europäischen Angelsachsen auch den Begriff des „unkontrollierten Kindes“. Das bringt uns dann auch hier wieder auf den Zeitgeist, der allemal

hierzulande schon im Kindergarten und erst recht in der Schule auf Disziplinierungsmaßnahmen ganz verzichten zu können glaubt.

Ein hoffnungsvoller Knabe aus der engeren Familie eines der Autoren lief eines Tages hinter den letzten Bänken in seinem Schulraum, die Hände in den Hosentaschen, pfeifend umher, während die Lehrerin glühend darum bemüht war, die Aufmerksamkeit der lieben Kleinen auf sich zu ziehen. Das hat nicht nur dazu geführt, daß die Großmutter in die Schule zitiert wurde und ein Familienpalaver über die Konsequenzen, die nunmehr zu ziehen sind, abgehalten wurde. Früher hätte es dafür, wohl dosiert, sofort ausgeführt, eine „Maulschelle“ gegeben, die die Einsicht in die verschiedenen Notwendigkeiten sehr sinnfällig nach sich gezogen hätte. Auch hier werden wir nicht darum herumkommen, die Indikation für Psychostimulanzien entsprechend unseren veränderten Verhaltensschemata bei der Abrichtung der Kinder zum ach so qualvollen Leben der Erwachsenenwelt zu akzeptieren.

Schlußfolgerungen

Was bleibt also von dem ganzen Aufstand hinsichtlich der Verschreibungswut von Psychopharmaka bei Kindern, sogar bei Kleinstkindern? Nicht sehr viel. Eines ist aber sicher: daß sich eine Reihe von Leuten, nicht zuletzt die Politiker und deren Berater, die Sache oft zu einfach machen, indem sie lauthals Kritik über Dinge ausposaunen, die, analysiert man sie nur ohne größeren Aufwand, aber immerhin sachverständig, bestimmte Sinnfälligkeiten aufweisen. Allerdings handelt es sich dabei um Sinnfälligkeiten an Stellen, wo sie oft nicht so recht in das weltanschauliche Konzept passen. Merke: Schaden und Nutzen sind vor jeder Handlung sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Wir haben uns dieses Themas hier nicht zum letzten Mal annehmen müssen.

Anschrift für die Verfasser:

Expertenkommission
Herbert-Lewin-Straße 1
5000 Köln 41