

Reizüberflutung, Aufmerksamkeitsdefizit und RITALIN

Informationen für Eltern und Pädagogen

Klinisch - Psychologische Praxis
Dipl.-Psych. T. Fehr
Psychologischer Psychotherapeut BDP
Supervisor BDP
Bislicher Str. 3, 46499 Hamminkeln
fon 02852-508 99 60
fax 02852-909 75 90
www.i-p-p-m.de; Email: praxis@i-p-p-m.de

INHALT

1	EINLEITUNG.....	4
2	Symptome	5
3	Quellen.....	5
3.1	Reizüberflutung.....	5
3.1.1	Medien:	5
3.1.2	Umwelt:.....	27
3.2	Situation der Eltern.....	28
3.3	Schulische Erziehung.....	29
3.4	Organische Bedingungen für mangelnde Widerstandskraft und Aufmerksamkeitsstörungen..	29
3.4.1	Krankheiten	29
3.4.2	Vitalstoffdefizite und Umweltschäden.....	29
Biologische Vollwertkost		30
3.4.3	erbliche Bedingungen.....	30
3.5	Moderner Materialismus	30
4	Abhilfe	31
4.1	Die vier Arten des Lernens	31
4.1.1	Modell-Lernen, Imitation, Vorbild	31
4.1.2	Belohnung als Verstärker	31
4.1.3	Konditionierung.....	31
4.1.4	Reziproke Affekte.....	31
4.2	Aufmerksamkeit und Konzentration.....	32
4.2.1	Modi oder Perspektiven der „Aufmerksamkeit“.....	32
4.2.2	Trainingsmethoden	32
4.3	Sachlichkeit, Klarheit, Folgerichtigkeit des Denkens durch Kontemplative Betrachtung	32
4.4	Gedächtnis.....	32
4.5	Rituale und Rhythmen	32
4.5.1	Rituale	33
4.5.2	Rhythmen und Regelmäßigkeiten.....	33
4.6	Innere Ruhe und Sammlung als Voraussetzung für Ausdauer und Konzentration	33
4.6.1	Die Rolle von Entspannungsverfahren.....	33
4.6.2	Advaita-Meditation	34
4.6.3	Die Wirkung der Advaita-Meditation bei Kindern mit Problemen.....	46
4.6.4	Yoga.....	47

4.7	Selbständigkeit	50
4.8	Ernährung.....	53
4.9	Bewegung	55
4.10	Einfluss der Eltern	56
5	ADS, HYPERAKTIVITÄT und RITALIN: Informationen für Eltern und Pädagogen.....	58
5.1	ADS und Schule.....	58
5.2	Hyperkinetische Störungen (HKS)	68
5.3	Nebenwirkungen des Ritalin (Auszug Rote Liste 2001).....	76
5.4	Zu häufig verordnet.....	77
5.5	Gleichzeitige Psychotherapie	77
5.6	Vorsicht vor dem unkritischen Einsatz von Stimulantien bei „hyperaktiven Kindern“ !	78
5.7	ADS und Hyperkinetisches Syndrom HKS - Stand der Wissenschaft im Jahr 2001 Nach Heubrock und Petermann: Aufmerksamkeitsdiagnostik (Hogrefe, 2001)	79
5.8	NOVARTIS: Aus der RITALIN - Monographie.....	79
5.9	Kinder unter Psychodrogen - Wissenswertes über RITALIN	80
5.9.1	Das ADS - Syndrom	81
5.10	Das Interesse der Pharmakonzerne: Umsatz oder Heilung ?.....	90
5.10.1	N-TV.....	90
5.10.2	Ritalin: Die Prozesse.....	90
5.10.3	Medikamente und Gewalt.....	98
5.10.4	Ciba-Geigy: wie die Pharma-Industrie Ritalin puscht	100
5.10.5	„KILL TO WIN“ - Schlachtrufe von NOVARTIS	109
5.11	NOVARTIS: Wie stehen die Aktien ? - Der Aktienwert steigt mit dem Medikamentenverbrauch	113

1 EINLEITUNG

Dieses Skript enthält - zum Teil lediglich stichwortartig - Arbeitsmaterial und Anregungen für Pädagogen und Eltern zu den Themen

Reizüberflutung (z.B. durch Bildschirm)

ADS Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom / ADHD Hyperaktivität

Ritalin

Die Stichworte zu Kap. 2 bis 4.6.3 waren großenteils Aufhänger für Vorträge über „Fernsehen für Kinder?“ zu Beginn der achtziger Jahre im Kreis Wesel.

Wegen der zunehmenden und auch bei Bundesbehörden und in der Ärzteschaft nicht unumstrittenen Verschreibungspraxis des Ritalin bei Kindern, die - entgegen der ausdrücklichen Firmenempfehlung der Herstellerfirma NOVARTIS - in der Regel keine begleitende Verhaltenstherapie erhalten, wurde dies Thema mit in die Broschüre aufgenommen.

Die Broschüre soll Fachleuten wie Eltern Informationen leichter zugänglich machen, kann aber dennoch nicht als erschöpfend betrachtet werden. Es wurden einige Informationen aus dem Internet übernommen.

Bitte bedenken Sie, daß medikamentöse Behandlung eines Kindes / Jugendlichen so lange unangebracht ist, wie folgende Punkte nicht geklärt und angemessene therapeutische Maßnahmen nicht ergriffen wurden:

Komplikationen Schwangerschaft / Geburt ?

Krankheiten des Kindes und deren Behandlungen (wiederholte Antibiotikatherapie ?)

Unfälle ?

Besondere Ereignisse im Leben des Kindes

Unterscheiden sich die Eltern im Wesen stark voneinander ?

Sind sich die Eltern hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im allgemeinen einig ?

Wie ist das Verhältnis zwischen Mutter und Kind ?

Wie ist das Verhältnis zwischen Vater und Kind ?

Wie ist die Ehe der Eltern ? Haben die Eltern erhebliche Probleme miteinander ?

Hat ein Elternteil besondere körperliche oder seelische Probleme ?

Beschäftigt sich der Vater mit dem Kind in der Freizeit ?

Wird / wurde das Kind verwöhnt ?

Wie wird das Kind bestraft ?

Wie lange sitzt das Kind täglich vor Bildschirmen ?

Wie verträgt es sich mit den Geschwistern ?

Verbringt es seine Freizeit ausserhalb des Elternhauses ?

Ist das Kind unausgeschlafen ?

Hat es zu Hause regelmäßige Pflichten ?

Spielt es täglich ?

Wer hilft dem Kind bei den Hausaufgaben, wie lange, und: Geht das gut ?

Wie lange braucht das Kind für die Hausaufgaben ?

Wie verhält es sich vor Klassenarbeiten ?

Welche Einstellung hat es zu seinem Lehrer / zu seiner Lehrerin ?

Beobachten Sie öfter: Streiten, Kopfschmerzen, Trotz, Stottern, Eifersucht, Schüchternheit, Eßstörungen, Konzentrationsstörungen, Nägelkauen, Ängstlichkeit, ist es zu dick/dünn etc ?

Diese Punkte werden in der Regel in einer psychologisch-pädagogischen Beratung angesprochen.

Umfangreiches Material aus dem INTERNET wurde in der Broschüre mit aufgeführt. Dies Material darf nicht veröffentlicht werden und ist der privaten Nutzung vorbehalten. Zweckgebundene Kopien für den privaten Gebrauch sind gestattet. Ich bitte, die uneinheitliche Formatierung zu entschuldigen. Sie ist ein Resultat des Kompromisses aus struktureller Vereinheitlichung dieses Arbeitspapiers und dem Wunsch, soviel wie möglich der Formatierung der Ursprungsliteratur mit hinüber zu retten.

Für Anregungen und weitere Vorschläge bin ich dankbar.

Theo Fehr, Dipl.-Psych.

2 Symptome

Im Lauf der psychologischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen fällt ein häufig wiederkehrender Komplex von Beschwerden auf, mit denen die Eltern von Kindern konfrontiert werden. Die Kinder zeigen in auffälliger Weise die folgenden Probleme:

- ✍ gestörte Konzentration und Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit
- ✍ geringe Ausdauer bei geistiger Leistung
- ✍ mangelnde schöpferische Intelligenz, Kreativität, Initiative
- ✍ verringerte Unabhängigkeit, Selbständigkeit
- ✍ Unausgeglichenheit, Überaktivität, Nervosität, Unruhe

Exkurs: Aufmerksamkeitsdefizite: Das ADS - Syndrom

Etwa eine Million Kinder in Deutschland, davon etwa 80 Prozent Jungen, sind vom „ADS“-Syndrom betroffen, Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität.

Im Jahr 1999 sind 19 Bücher zum Thema ADS erschienen. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 12 und 20 Prozent aller Schulkinder betroffen sind. Das Leben dieser Kinder und ihrer Familien ist hart. Der Schulerfolg bleibt aus, die Kinder werden kaum zu Geburtstagen eingeladen und haben kaum Spielgefährten. Ihr Selbstbewusstsein ist folglich nur schwach ausgeprägt, und die Eltern machen sich oft Vorwürfe und fühlen sich als Versager. Schon Vorschulkinder leiden heutzutage unter Leistungsdruck. In der Schule wird der Druck noch größer. Etwa die Hälfte der Eltern möchten, dass ihr Kind das Abitur bekommt. Schon Neunjährige entwickeln morgens Spannungskopfschmerzen aus Angst, den schulischen Leistungen nicht gerecht werden zu können. Viele Kinder reagieren mit Verhaltens- und Lernstörungen.

Die Konzentrationsstörungen und die Unruhe, Nervosität, Ablenkbarkeit der Kinder, die Klagen der Lehrer und die schlechten Noten sind oft die Gründe für das Aufsuchen des Psychologen. Diese Kinder haben in den Tests Probleme mit ausdauernder Konzentration, sie liefern bei sprachlichen Aufgaben nur sehr dürftiges Material - oft schreiben sie nur wenige Sätze im Aufsatz, weil ihnen nichts mehr einfällt. Wenn sie sich in einer Zeitspanne so viel Worte wie möglich mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben einfallen lassen sollen, kommen nur zwei oder drei in einer Minute zusammen. Auffallend ist, daß dieselben Kinder regelmäßig jeden Tag ein bis mehrere Stunden vor dem Bildschirm sitzen.

Ich nannte vor zwanzig Jahren den Komplex der oben aufgezählten Beschwerden das **FERNSEHSYNDROM**. Heute wäre „Bildschirmsyndrom“ vielleicht angebrachter.

3 Quellen

3.1 Reizüberflutung

3.1.1 Medien:

Fernsehen
Video
Computerspiele
Filme
Comics

Die aufgezählten Medien - vor allem TV, Video, PC und Filme - haben mehreres gemeinsam - Sie haben massive Auswirkungen in verschiedenen Bereichen des Lebens.

Zwar sagen alle Kinder, daß sie "am liebsten spielen“, wenn man sie nach ihren bevorzugten Freizeitbeschäftigungen fragt, tatsächlich aber verbringen viele 6 - 13jährige mehr Zeit beim Fernsehen und mit Videofilmen, als im selbstbestimmten Spiel. Das ist leicht zu erklären, denn praktisch jede Familie besitzt heute mindestens einen Fernsehapparat, 75 Prozent aller Haushalte in West und Ost haben Kabelanschluß oder Satellitenempfang, und rund 20 Millionen Videorecorder in den 32 Millionen Fernsehhaushalten der Bundesrepublik führen zeitunabhängig vor allem - immer häufiger gekaufte und nicht nur geliehene - Kinder- und Zeichentrickkassetten sowie Spielfilme vor.

Schon Kleinkinder unter drei Jahren sitzen mit Eltern und Geschwistern regelmäßig vor dem Bildschirm, im Vorschulalter verbringen sie dort bereits eineinviertel Stunden täglich, bei den 6 - 9jährigen sind es dann 92 Minuten, und Schulkinder zwischen zehn und dreizehn Jahren sehen durchschnittlich 108 Minuten am Tag fern. Über ein eigenes Fernsehgerät verfügen rund 15 Prozent der 6 - 8jährigen und ein Drittel der 9 - 10jährigen. In diesem Alter haben 14 Prozent sogar schon einen Videorecorder im Kinderzimmer.

Am Wochenende wird von den jüngsten Zuschauern besonders viel Zeit mit Fernsehen verbracht. Zum einen wollen die Eltern dann endlich mal ausschlafen und nutzen den elektronischen Geschichtenerzähler bereits morgens als "Babysitter", zum anderen sind die zwei freien Tage aber auch vielfach der Familienunterhaltung per Knopfdruck gewidmet. Dabei sehen Kinder besonders häufig, was nicht für sie produziert wurde, weil zumeist die Vorlieben der Eltern im Vordergrund stehen, die übrigens über die Woche verteilt knapp drei Stunden täglich vor dem Bildschirm sitzen. Wobei die Zuschauer in den neuen Bundesländern noch lieber und länger fernsehen als jene im Westen der Republik. Und mit ihnen - oder auch ohne sie - ihre Kinder. Die Gründe dafür sind einleuchtend: Im Osten haben die Menschen immer noch einen Nachholbedarf - an Information, Unterhaltung und Lebenshilfe. Außerdem gibt es weniger Freizeitangebote, eine höhere Arbeitslosigkeit und niedrigere Einkommen. Damit wird der Rückzug in die Familie und auf häusliche Alternativen zur Gestaltung der freien Zeit verständlich. Aber auf diese Weise entwickelt sich unter den Kindern auch eine neue Gruppe von "Vielsehern" mit all ihren Problemen. So "zappen" sich immer mehr 6 - 13jährige durch das Programm (27 Prozent), schalten also zwischen den Sendern hin und her und sehen sich immer seltener einen Beitrag vom Anfang bis zum Ende an. Beliebteste Sendezeit ist bei ihnen das Vorabendprogramm mit seinen Serien. Doch auch nach 21 Uhr sitzen ältere Kinder (ab 9/10 Jahren) häufig noch vor dem Bildschirm, und rund 500.000 von ihnen sehen täglich das Nachtprogramm (nach 23 Uhr) mit Filmen voller Gewalt und Sex, die vorher nicht ausgestrahlt werden dürfen.

Jeden oder doch fast jeden Tag sehen mehr als 80 Prozent aller 6 - 13jährigen fern, daneben geben sie jedoch auch an, daß sie gern draußen und drinnen spielen, sich mit Freunden treffen, lesen, Musik hören, sich mit Tieren befassen, Sport treiben und etwas mit der Familie unternehmen. Je mehr sie zu all diesen Aktivitäten Gelegenheit haben, um so weniger zieht es sie vor den Bildschirm zu einem "Leben aus zweiter Hand". Fernsehen ist deshalb auch ein Hilferuf von Kindern, die in einer gleichgültigen oder kinderfeindlichen Umwelt aufwachsen müssen.

Übrigens: Ähnlich wie in Amerika schon vor Jahrzehnten läuft in immer mehr Haushalten der Fernseher praktisch den ganzen Tag - als Geräuschkulisse, der niemand besondere Beachtung schenkt. Ohne dabei jedoch zu bedenken, daß Kinder mit ihrem noch nicht so abgestumpften Wahrnehmungsvermögen oft zuviel mitbekommen, überreizt werden und das alles nicht mehr verarbeiten können.

Einige weitere Daten:

Fernsehkonzum vor 20 Jahren in den USA: Der durchschnittliche US- Zuschauer saß 6 Stunden und 44 Minuten täglich vor dem TV. Amerikanische Kinder haben, wenn sie 18 werden, 10 000 bis 15 000 Stunden vor dem Fernseher verbracht - weit mehr als in der Schule. Eine fünfjährige Untersuchung an 732 Kindern zeigte, daß Streit, Konflikte mit den Eltern, strafbare Handlungen im Verhältnis zur Stundenzahl Fernsehen anwachsen. - Je mehr die Kids ferngesehen hatten, desto größer wurden ihre Ansprüche ans Leben, ihre Vorstellungen, wie sie einmal leben wollten; die meisten erwarteten eine berufliche Stellung mit Prestige - gleichzeitig konnten 20% dieser Schulabgänger nicht einmal eine Kleinanzeige lesen - mit anderen Worten: Realitätsbewußtsein gleich Null.

idw - Pressemitteilung vom 25.06.1998 idw-info@tu-clausthal.de

von: Gabriele Rutzen: rutzen@uni-koeln.de

Art: Forschungsnachrichten

Sachgebiete: Medizin und Gesundheitswissenschaften

Amerikanische Kinder sind aggressiver als deutsche

Bei US-amerikanischen Kindern und Jugendlichen kommt aggressives und schizoid-zwanghaftes Verhalten deutlich häufiger vor als bei den deutschen. Auch soziale Probleme und sozialer Rückzug treten bei amerikanischen Kindern häufiger auf als bei ihren deutschen Altersgenossen. Dagegen bestehen nur geringe Differenzen im Verhalten zwischen Kindern und Jugendlichen aus Deutschland und den Niederlanden. Zu diesem Ergebnis kommt eine vergleichende Studie unter der Leitung von Dr. Manfred Döpfner, die an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln angefertigt wurde.

In der vorliegenden Untersuchung wurden Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe einer Checkliste erfaßt. Befragt wurden dreitausend Elternteile mit Kindern zwischen vier und achtzehn Jahren. Die aus der Befragung erhaltenen Ergebnisse wurden mit Umfragen verglichen, die in den 80er Jahren in den USA und den Niederlanden durchgeführt wurden.

Wie sich aus diesem Vergleich ergibt, bestehen besondere Unterschiede zwischen Deutschland und den USA. Bei den US-amerikanischen Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis elf Jahren kommen die genannten Auffälligkeiten deutlich häufiger vor als bei den deutschen. Mit zunehmendem Alter der Kinder werden die Unterschiede in ihrem Verhalten noch ausgeprägter. In der Altersstufe von zwölf bis achtzehn Jahren treten bei den amerikanischen Jugendlichen außerdem noch Angst bzw. depressives Verhalten verstärkt auf.

Wie die Kölner Untersuchung zeigt, bestehen dagegen geringe Unterschiede im Verhalten von Kindern und Jugendlichen aus Deutschland und den benachbarten Niederlanden. Zwar kommen bei den niederländischen Vier- bis Elfjährigen Verhaltensauffälligkeiten wie aggressives Verhalten, soziale Probleme und sozialer Rückzug häufiger vor, als bei den deutschen Kindern. Mit zunehmendem Alter verschwinden diese Differenzen jedoch. In der Altersstufe der Zwölf- bis Achtzehnjährigen ließen sich keine Unterschiede mehr zwischen deutschen und niederländischen Jugendlichen feststellen.

Wie die vorliegende Studie außerdem zeigt, wirken sich die kulturelle Herkunft sowie das Alter von Kindern und Jugendlichen beachtlich auf die Häufigkeit von Verhaltensstörungen aus. Es wurden dagegen keine oder nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit von auffälligen Verhaltensweisen festgestellt. Sowohl beim Vergleich deutscher und US-amerikanischer, als auch deutscher und niederländischer Kinder und Jugendlichen zeigten die Mädchen und Jungen ähnliches oder identisches Verhalten.

Verantwortlich: Dr. Wolfgang Mathias - Informationsdienst Wissenschaft (idw)

Körperliche Beschwerden: (Daten von 1984) Hier rangieren die zunehmenden Haltungsschäden (bereits 16% der Schulanfänger) an erster Stelle, gefolgt von zu niedrigem Blutdruck und Wirbelsäulenverkrümmung (12% der 11jährigen). Bei 17% war die Sehschärfe unzureichend, 14% wiesen Fußschäden auf. 11% der Jungen und 7% der Mädchen unter den Schulanfängern litten an Sprech- und Sprachstörungen. 14% der Kinder (Köln, 1996) leiden unter grobmotorischen Bewegungs- und Koordinationsstörungen.

Repräsentative Studien *heutiger* Zeit kommen zu dem Ergebnis, daß im Durchschnitt etwa 10–12% der Kinder im Grundschulalter an psychischen Störungen in Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und in sonstigen Entwicklungsbereichen leiden. Im Jugendalter muß mit einer noch höheren Quote von etwa 15–20% gerechnet werden. (Remschmidt 1990). Von chronischen Krankheiten sind etwa 7–10 % aller Jugendlichen betroffen (Lösel/Bender 1991); die Tendenz ist steigend. Es handelt sich um Krankheiten wie etwa Allergien, Bronchitis, angeborene Herzfehler, Epilepsie, Diabetes und Krebs, die über viele Jahre lang das Handeln und Empfinden eines Jugendlichen beeinflussen.

Das Spektrum von psychovegetativen Beeinträchtigungen wird breiter (Engel/Hurrelmann 1989). Die am häufigsten festgestellte Organveränderung, die sich im definitorischen Grenzbereich zwischen psychosomatischer und chronischer Erkrankung befindet, ist Asthma bronchiale (Steinhausen 1984). Die Prävalenzraten werden auf 5–7% geschätzt und liegen damit über denen von Neurodermitis und Ulcus pepticus (Weber u.a. 1990).

Zu den beherrschenden „Zivilisationskrankheiten“ gehören auch Süchte, gekennzeichnet durch psychische und physische Abhängigkeit von einer Substanz und den Verlust der Konsumkontrolle. Schon in der Gruppe der 12–13jährigen trinkt jeder vierte gelegentlich oder regelmäßig Wein und Bier, jeder zehnte Schnaps oder Weinbrand. 16% der 12–17jährigen Jugendlichen rauchen regelmäßig Zigaretten, 6 % hatten schon Kontakt mit harten Drogen, 3,8 % mit Schnüffelstoffen, 2,6 % mit Haschisch und Marihuana (Engel/Hurrelmann 1989). Als im engeren Sinne alkoholabhängig müssen im Jugendalter, bei den 15–20jährigen, etwa 3 % eingestuft werden.

Einfluss des Fernsehens auf Fähigkeiten: Ein Kind, das sich ein Video ansieht oder Fernsehen guckt, folgt der vorgegebenen Reihenfolge von Bildern und Szenen mit Augen und Ohren, während der Körper sich nur wenig im Raum bewegt oder ganz unbeweglich ist (Fernsehen als beliebtes Kindermädchen). Von klein auf wird auf diese Weise die Aufmerksamkeit auf den rezeptiven, für Reize passiv empfänglichen Modus eingestellt und gleichzeitig das explorative, unternehmerische, experimentelle Denken und Verhalten reduziert bis ganz eingestellt, und dies über Stunden täglich. Um eine Sendung, einen Film erfassen zu können, muß sich die Aufmerksamkeit in einen für Reize von außen offenen Zustand versetzen: Dies erfordert „Dezentrieren“ der Aufmerksamkeit - nämlich sich von Szene zu Szene leiten zu lassen, ohne die Möglichkeit, einzugreifen - anstelle selbstbestimmter „Konzentration“ und Aufmerksamkeitslenkung. Ein Trance-ähnlicher Zustand stellt sich ein - betrachten Sie einmal Ihre Kinder während des Fernsehens! Dies wirkt im Laufe der Zeit genauso wie jedes andere Training, das täglich durchgeführt wird und es führt dazu, daß die Fähigkeit zur Selbststeuerung der Aufmerksamkeit, zur Selbstbestimmung erlahmt und explorativ-experimentelles Neugieverhalten durch erzwungene Bewegungslosigkeit und die vollständige Schaltung aller Sinne „auf Empfang“ während mehrerer Stunden täglich gelöscht wird.

Im Laufe von Monaten und Jahren führt dies zur Gewöhnung an den rezeptiven Modus, dementsprechend zu mangelnder Selbstständigkeit in Wahrnehmung und Denken sowie Verhalten. Das Kind kann kaum noch Impulse aus sich selbst heraus erzeugen, es tut sich schwer, Initiative zu ergreifen, wenn dem kleinen Gehirn etwas einfallen soll - zum Beispiel einen Aufsatz zu schreiben -, ist nur Leere im Geist - der Output fällt daher mager aus.

Da seine Aufmerksamkeit Tag für Tag, Monat für Monat, Jahr für Jahr stundenlang passiv von außen gelenkt wurde, hat es nicht gelernt, durch exploratives Verhalten die umgebende Welt als interessant zu entdecken und für sein neugiergesteuertes Verhalten Belohnung in Form von Wissenszuwachs und Freude durch Kontaktnahme und Begegnung mit seinesgleichen zu erfahren.

Einfluss des Fernsehens auf Persönlichkeit und Charakter: Eine gewisse Abhängigkeit von der „Droge“ Fernsehen stellt sich ein. Mutter und Vater beginnen die Sucht des Kindes zu respektieren - die meisten Eltern, denen ich empfahl, ihrem 8 oder 10jährigen Kind den Fernseher zu entziehen, waren entgeistert. Sie waren der Meinung, dies sei ganz und gar unmöglich. So unterstützten sie die Abhängigkeit des Kindes.

Da der kindliche Geist darauf reduziert wird, nur noch Äußeres nach innen aufzunehmen, hört er im Laufe der Zeit auf, eigene innere Bilder und Phantasien zu bilden. Die seelische Gestaltungskraft erlahmt. Seelisches Erleben verflacht und wird von der Wirklichkeit der näheren Umgebung abgekoppelt. Die verinnerlichten Bilder sind nicht wirklich erlebt, da sie nur über zwei unserer fünf Sinne gehen: Sehen, Hören. Es ist eben etwas anderes einen Bauernhof in Wirklichkeit zu erleben oder einen Film darüber zu sehen. Bevor vor allem kleine Kinder etwas "begreifen" können, müssen sie die Chance bekommen, tatsächlich zu "greifen", also in ihrer unmittelbaren Umwelt lebendige Eindrücke zu sammeln und selbständig zu verarbeiten. Eine Katze auf dem Bildschirm ist etwas ganz anderes, als eine Katze, die man streicheln, mit der man spielen kann und deren Krallen auf der Haut Spuren hinterlassen. Erst wenn diese sinnliche Erfahrung gemacht worden ist, kann ein Kind die bewegten Fernsehbilder von einer Katze "lesen" lernen und mit seinen realen Kenntnissen verbinden. Deshalb ist es so wichtig, daß Eltern nicht schon ihre Jüngsten einfach vor dem Bildschirm "parken" in der irrigen Meinung, dort könnten sie ge-

nauso gut lernen, wie die Welt beschaffen ist. Und auch die Größeren haben noch Erklärungsbedarf, den die "elektronische Oma" nicht erfüllen kann. Frühes häufiges Fernsehen führt bei Kleinkindern zu Störungen der Sprachentwicklung und der gesamten geistig-seelischen Entwicklung. Wenn Ihr Kind zu denen gehört, die nur ungerne oder garnicht lesen, und die Probleme mit dem Sprechen haben, kann dies daran liegen, daß es bereits geschädigt ist.

Das Kind gewöhnt sich an die Außen- und Fremdsteuerung seines Geistes, es übernimmt die von den Medien vermittelten Werte eher wie „Abziehbilder“, denn das Fundament für die Funktion von Werten - Erleben und Erfahrung - wird nicht in entsprechender Weise ausgebildet. Es kommt zur Entpersönlichung, zur Schablonisierung geistig-seelischer Vorgänge gemäß Gesehenem. Denken - Meinungsbildung -, Fühlen, Willensbildung des Kindes repräsentieren vorgegebene Ereignistypisierungen - Konditionierung und Programmierung finden statt bis hin zur Übernahme von Argument und Gegenargument: Alles ist bereits von Meinungsmachern vorgedacht, sowohl These, als auch Antithese und natürlich Synthese - die richtige Lösung wird per TV gleich mitgeliefert. So entsteht der programmierte Mensch.

Das Kind baut in seiner Vorstellung eine Welt auf, die es nicht erfahren hat. Und es denkt, dies sei die Wirklichkeit. Diese Art der Wirklichkeit hat etwas Beliebigen, konsequenzloses an sich - alles ist möglich, nichts tut weh. Es entsteht ein reduzierter Realitätsbezug, bis hin zur Realitätsflucht.

In den USA, in denen der TV-Konsum weitaus früher als bei uns ein sehr hohes Ausmaß erreicht hat, fanden die Jugendpsychiatern bei ihren Untersuchungen kindlicher und jugendlicher Gewalttäter und Mörder heraus, daß die Kinder und Jugendlichen kein sonderlich ausgeprägtes Bewußtsein dessen hatten, daß die gequälten oder ermordeten Opfer lebende Menschen, fühlende Wesen wie sie selbst waren. Andere waren für diese Jugendlichen eher wie die „Menschen aus dem Bildschirm“ - Menschenschablonen aus einer anderen, künstlichen Welt, nicht richtig lebendig, keine Menschengeschöpfe, denen man begegnen konnte - denn menschliche Begegnung, das war diesen Tätern ein unbekanntes Erlebnis. Im Grunde lebten diese Jugendlichen nach den Gesetzen dieser Fernsehwelt, die sie primär kennengelernt hatten - der Welt der Fernsehfilme. Und deren bevorzugtes Thema ist seit je her das Töten. In den frühen achtzigern ermordete ein Rater Schüler ein junges Mädchen „à la Video“ - genau so, wie er's in einem Videofilm gesehen hatte.

Man hat dies als „Umkehrung der primären Eindrücke“ bezeichnet. Während frühere Generationen vielleicht bei einer zärtlichen Szene an ihre eigenen Erfahrungen erinnert wurden, hat diese Generation vor dem eigenen Erleben und der eigenen Erfahrung längst alles gesehen und gehört: Beim ersten Kuss werden die Kids daher unwillkürlich daran erinnert, daß es „ganz ähnlich wie letztes in der so-und-so Seifenoper war“. Es findet also eine Umkehrung der Maßstäbe statt - der programmierte Mensch entsteht. Und in der Regel ist er leider zu einem großen Teil auf Gewalt programmiert.

Einfluss des Fernsehens im sozialen Bereich: Die vor dem Fernseher vertane Zeit geht von der Zeit für das ab, was für Kinder am wichtigsten ist: Spielen, Bewegung, Freunde haben, die Welt entdecken und Neues Lernen.

Im sozialen Bereich wird die emotionale Sensibilität ausgedünnt und verflacht, Kontakte und Begegnung werden reduziert. Die Privatsphäre wird zerstört. Ich erinnere mich lebhaft an eine Sitzung mit einem 28jährigen Mann, der als Erinnerung eines harmonischen Familienabends als erstes ein Innenbild davon erhielt, wie er mit Geschwistern und Eltern samstagabends vor dem Fernseher saß. Scheingeborgenheit bei persönlicher Begegnungsunfähigkeit, Distanzierung von anderen, Austrocknung der sozialen Aktivität und innere depressive Vereinsamung ist die Folge, die wir heute so häufig sehen. Soziale Gleichgültigkeit breitet sich aus. Die Privatsphäre wird vom Medium aufgesaugt - unmerklich übernimmt „ein Fremdes“ die Regie und gaukelt „Vertrautheit“ vor („anchorman“).

Die zunehmende Gewalt in den Medien beginnt sich nicht erst heute auszuwirken: Bereits vor zwanzig Jahren haben die amerikanischen Psychologen Huesman und Eron von der Universität Illinois (USA) in einer Langzeitstudie über 22 Jahre festgestellt, daß Erwachsene, die als Kinder mehr Gewaltdarstellungen im TV gesehen hatten als vergleichbare Gleichaltrige aus den gleichen Schulen, zweimal so oft als Straftäter überführt wurden. Es bestand ein direkter Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Kriminalität. Erwachsene, die als Kinder viel Fernsehgewalt sahen, lassen ihre Kinder öfter gewalttätige Szenen sehen als andere Eltern. Mütter, die als Kinder viele Gewaltdarstellungen gesehen haben, prügeln ihre Kinder öfter als andere Mütter.

Fragen Sie Kindergartenerzieher und Lehrer: Kinder sind Montags viel brutaler und aggressiver als an anderen Tagen in der Woche, weil der TV-Konsum am Wochenende ihre Gefühle abgestumpft und sie aggressiv gemacht hat - mit Duldung oder Unterstützung der Eltern.

Sportberichte im Fernsehen - so weiss man heute auch - motivieren nicht im mindesten, selbst sportlich aktiv zu werden.

Altersspezifische Empfehlungen

Für die **3 - 5jährigen** lassen sich Phantasie und Realität noch nicht trennen. In diesem Alter des "magischen Denkens" erleben sie phantastische, märchenhafte Darstellungen auf dem Bildschirm als wirklich. Und das verstärkt ihre Wirkung. Unbekannte Realität dagegen kann als "unwirklich" empfunden werden.

Die Kinder können jetzt kurzen Filmhandlungen folgen, nehmen aber vor allem Einzelheiten wahr, die sie dann oft sehr genau wiederzugeben vermögen. Das gilt um so mehr, wenn sie mit der gleichen Situation bereits eigene Erfahrungen gemacht haben, die sie dann ohne weiteres in die Nacherzählung einbringen und so das Gesehene und Selbsterfahrene miteinander vermischen. Für diese Altersgruppe produzierte Vorschulsendungen - wie zum Beispiel die "Sesamstraße" - berücksichtigen diesen Entwicklungsstand, indem sie kleine Geschichten in Magazinform aneinanderhängen. So können die zuschauenden Kinder "ein- und aussteigen". Längere Geschichten versteht diese Altersgruppe dann, wenn sie - wie die meisten Märchen - so erzählt werden, daß sich ein Ereignis aus dem anderen in einer fortlaufenden Handlung ergibt ("Und-dann-und-dann-und-dann-Geschichte"). Dementsprechend werden ruhige Bilder und lange Szenen besser wahrgenommen, als die in den meisten (oft gar nicht für kleine Kinder produzierten) Zeichentrickfilmen vorherrschende Bewegungshektik. Daß viele Vorschulkinder diese Sendungen häufig und scheinbar gerne sehen, heißt nur, daß sie sich an sie gewöhnt haben. Sie wurden ihnen von den kommerziellen Sendern einfach vorgesetzt - nicht als "Kinderprogramm", sondern als - im Wortsinn - billiger Trick, um bekannte Vorlieben dieser Altersgruppe für gezeichnete Figuren mit dazwischen plazierten Werbebotschaften zu verbinden. Die entwicklungsbedingte Wahrnehmungsfähigkeit der kleinen Kinder hat sich dadurch nicht wirklich verändert. Zwar sieht es manchmal so aus, als hätten die Kinder "schneller sehen" gelernt, aber tatsächlich haben sie sich lediglich an immer wiederkehrende, wenig abwechslungsreiche Bildvergleiche gewöhnt. Denn die meisten Zeichentrickfilme sind nach einem Billigschema produziert, das durch schnellere Schnitte die Mängel in der (sonst teuren) Machart der Figuren zu überdecken trachtet.

Zeitsprünge, Raumsprünge, Rückblenden, Rahmenhandlungen überfordern Vorschulkinder ebenfalls.

Fazit: Ihren Kleinen geht absolut nichts verloren, wenn sie überhaupt nicht fernsehen - in der Tat ist dies die beste Lösung für Vorschulkinder. Jede Minute TV mehr vergrößert bei ihnen das Risiko der Überforderung und der Entgleisung der Entwicklung.

In der **Altersstufe von 6 - 9 Jahren** nehmen Kinder zunächst noch mehr Einzelheiten auf, als daß sie Sinnzusammenhänge verstehen. Beim Nacherzählen legen sie größten Wert auf die genaue Beschreibung dessen, was sie persönlich besonders berührt hat. Sie sind ihren Gefühlen aber nicht mehr so ausgeliefert, das heißt, sie werden weniger leicht von der Filmhandlung überwältigt, sondern suchen selbstbestimmt nach Möglichkeiten, sich auf die Handlung einzulassen, ohne sich in ihr zu verlieren. Das setzt allerdings stabile Beziehungen und positive Erfahrungen in der realen Umwelt voraus.

Nach und nach entwickelt sich jetzt das konkret-logische Denken. Die Kinder lernen, einer Filmhandlung über längere Zeit auch dann zu folgen, wenn die Geschichte aus verschiedenen Blickwinkeln erzählt wird, also zum Beispiel in der Gegenwart aus der Sicht eines unmittelbar Beteiligten als fortlaufende Handlung und in Erinnerung eines Dritten durch Rückblenden. Sie verfügen nun in der Regel über genügende Alltagserfahrungen, um bewegte Bilder in all ihren Aspekten zu erfassen und nach ihrer Wichtigkeit für das Gesamtgeschehen zu beurteilen. Aber erst im Alter von acht Jahren halten Kinder gezeichnete Figuren nicht mehr für real.

In diesem Alter sollte eine tägliche Fernsehzeit von maximal 15 Minuten (6 - 7 Jahre) bis 30 Minuten (8 - 9 Jahre) auch am Wochenende keinesfalls überschritten werden. Die Gegenwart der Eltern beim Fernsehen in diesem Alter ist absolut unverzichtbar. Im Anschluß sollten Sie mit Ihrem Kind über das Gesehene reden.

Von 10 - 13 Jahren: Es dauert noch mal ein bis zwei Jahre, bevor Mädchen und Jungen Wirklichkeit und Unwirklichkeit im Film *zuverlässig* voneinander unterscheiden können. Allerdings ist die tatsächliche oder vermeintliche "Unwirklichkeit" eines Geschehens kein Grund für sie, es weniger ernst zu nehmen als reale, täglich erlebte Ereignisse. Den formalen Ablauf einer Geschichte können "fernsehgewohnte" Kinder vom 10. Lebensjahr an auch mit Rahmenhandlungen, Rückblenden, Nebensträngen erfassen, dennoch achten sie weiterhin mehr auf Einzelszenen, der "rote Faden" ist ihnen nicht so wichtig, ebensowenig wie eine Logik im Handlungsablauf. Das macht sie nach wie vor sehr empfänglich für starke Gefühlseindrücke und Werbespots.

In diesem Alter sollte die tägliche Fernsehzeit - falls Ihr Kind keine Aufmerksamkeits- oder Lernstörungen hat - 40 Minuten (10 Jahre) bis maximal 60 Minuten (13 Jahre) auch an Wochenenden nicht überschreiten. Falls Ihr Kind unter Lern- oder Aufmerksamkeitsstörungen leidet, sind täglich 15 - 30 Minuten und am Wochenende - samstags, sonntags - je 30 (10 Jahre) bis 40 (13 Jahre) Minuten pro Tag gerade noch akzeptabel.

Action im TV: Ohne Frage hat sich der Stil der Fernsehprogramme, vor allem im Bereich der Serien und Filme, verändert, seit die heutige Elterngeneration als Kinder vor dem Bildschirm saß. Mehr denn je scheint "Action" gefragt, auch bei vielen 6 - 13jährigen, mehr von Jungen als Mädchen und weniger von Kindern im Vorschulalter. "Action" bedeutet Spannung, Erregung, Angstlust, Allmachtsgefühle. "Action" heißt auch Tempo, heißt Handeln und nicht Nachdenken, heißt klare Fronten und einfache Lösungen. Und wenn die "Action" in einer Sendung beendet oder nicht aufregend genug ist, dann "zappt" sich das Jungvolk eben in einen anderen Kanal - von "Action" zu "Action". Dabei kommt es keineswegs darauf an, überhaupt noch irgend etwas zu verstehen, Hauptsache, der Nervenkitzel steigert sich ...

Kinder, die sich so verhalten, kriegen bald Probleme. Und ihre Eltern auch. Denn all das unverdauliche Zeug, die vielen aufreizenden Einzelszenen erzeugen einen Erregungszustand, den Körper, Geist und Seele nicht mehr verarbeiten und so auf normalem Weg abbauen können. Der Stau aber kann zu schweren Verhaltensstörungen führen, Ängste und bedrängende Träume auslösen, lähmende Passivität erzeugen oder sich in aggressiven Ausbrüchen entladen.

Eine vor allem in Action-Filmen auf immer stärkere Effekte zielende fragwürdige Fernseh dramaturgie macht es auch Erwachsenen schwer, schnelle Abläufe, unvermutete Orts- und Szenenwechsel oder Zeitsprünge auf Anhieb zu verstehen. Ihnen fehlt die nach der Fernschwirkungsforschung nötige "halbe Sekunde", um sich auf die jeweils neue Situation einstellen zu können. Dieses Tempo verhindert das Verständnis und die Speicherung einer Information, das heißt, der Zuschauer kann sich nach kurzer Zeit nicht mehr an Inhalt und Aussage des Gesehenen erinnern.

Kinder mit ihrer noch nicht voll entwickelten Fähigkeit zur Wahrnehmung und Einordnung verkürzter Darstellungen, wie sie im Fernsehen üblich sind, müssen scheitern, wenn sie versuchen, die Bildschirmgeschichten mit Hilfe ihrer realen Erfahrung durch Nachdenken zu entschlüsseln, vor allem aber, wenn sie keine Gelegenheit bekommen, sich gefühlsmäßig von Szene zu Szene auf die jeweils veränderte Situation vorzubereiten. Denn da sie ja ohnehin eher erlebend als verstehend einer Handlung folgen, kann die Verkürzung zu einem Gefühlschaos führen, aus dem es dann kaum noch einen Ausweg gibt. Besonders betroffen davon sind "Vielseher", also jene Kinder, die täglich anderthalb und mehr Stunden vor dem Bildschirm sitzen. Sie können so durcheinandergeraten, daß sie richtig "fernsehrkrank" werden.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

Welche Probleme können Kinder durchs Fernsehen bekommen?

Freizeit gleich Fernsehzeit



"Zuviel Fernsehen" - was heißt das eigentlich? Ein Stundenmaß, so wie es über die Einschaltquoten errechnet wird, sagt noch nicht viel über die Situation des einzelnen Zuschauers, vor allem nichts über seine sonstigen Aktivitäten.

Doch in vielen Familien wird die Freizeitgestaltung mit einem Knopfdruck geregelt. Allein oder zusammen "guckt man in die Röhre". Das hat Auswirkungen auf das gesamte Familienleben. Statt miteinander zu spielen, zu werkeln, zu wandern oder zu reden, sitzt man stumm vor dem Fernseher. Es sieht aus wie ein gemütliches gemeinsames Erlebnis - und das kann es ja auch sein, hin und wieder -, ist aber oft nur die

Flucht vor täglicher Beschäftigung miteinander. Oder von familiären Problemen, die auf diese Weise immer "verdrängt" werden. Vor allem in "Vielseher"-Familien können Kinder kaum noch soziale Erfahrungen in einer lebendigen Auseinandersetzung mit realen Personen machen. So lernen sie weder Konflikte auszutragen noch eigene Wünsche angemessen durchzusetzen oder Toleranz und Rücksicht zu üben. So erleben sie nicht an sich selbst, was es heißt, sich einzusetzen, aber auch Hilfe zu erhalten, Freude zu schenken oder von anderen geschenkt zu bekommen. Kindern fehlt es durch häufigen Fernsehkonsum oft auch an Zeit und Muße, ein reiches Innenleben zu entfalten und zu lernen, über sich selbst nachzudenken. Sie können auch nicht mehr staunen.

Fernsehen verdrängt das Lesen und Spielen

Neben Schule und Hausaufgaben bleibt für 6 - 13jährige wochentags nur eine begrenzte Zeit für andere Aktivitäten. Nach dem Fernsehen folgt das Spielen zwar gleich an zweiter Stelle, aber schon mit deutlichem Abstand. Zum Spielen gehört Bewegung, die zur natürlichen Entwicklung von Kindern unbedingt notwendig ist. Durch zunehmenden Bewegungsmangel entstehen bei Kindern zunehmend Bewegungsstörungen und körperliche Beeinträchtigungen wie z. B. Haltungsschäden. Dem Spielen an 3. Stelle folgen Unternehmungen mit Freunden oder der Familie, und unter den Medien haben nach "der Glotze" schließlich noch Radio und Platten (oder Kassetten/CD) den Vorrang vor Büchern. Denn wer viel vor dem Bildschirm sitzt, hat nur noch wenig Zeit - und Lust - zum Lesen. Fernsehen macht faul. Doch selber zu denken, sich eigene Bilder zu schaffen, Geschichten auf diese Weise mitzugestalten, kann viel spannender sein, als sich "berieseln" zu lassen, erfordert auch eine gewisse Anstrengung. Besonders für jüngere Kinder ist das wichtig. Sie kennen die Welt noch nicht, sondern "erfinden" und formen sie aus eigener Kraft, wenn sie durchs Erzählen oder Lesen dazu angeregt werden. Damit erwerben Kinder unschätzbare Fähigkeiten, die ihrem ganzen Leben eine Richtung geben werden: aktiv einzugreifen, Informationen zu überprüfen, Phantasien und Perspektiven zu entwickeln, Vorurteilen zu mißtrauen.

Deshalb muß das Lesen in der Kindheit geübt werden. Nur wer viel liest, kann auch Fernsehinformationen ausreichend aufnehmen, weil er nicht nur oberflächlich die Bilder betrachtet, sondern auch den erklärenden Text bewußt hört und bedenkt. Aus der Lesefähigkeit entwickelt sich dann auch die "Filmlesefähigkeit", bei der die Dramaturgie und der Schnitt, die Symbolgehalte der Bilder, das Zusammenwirken von optischen und akustischen Reizen mit dem Text und die persönlichen Erfahrungen eine Rolle spielen. Der - leseungewohnte - "Vielseher" dagegen taucht in eine Sendung ein und gewinnt nicht die nötige Distanz, ihn reißen die Bilder und Geräusche mit, der Text bleibt auf der Strecke. So wird aus dem kindlichen Nichtleser, der viel Zeit vor dem Bildschirm verbringt, ein Erwachsener ohne Durchblick und Urteilsvermögen, während der "Vielleser" die Fähigkeit erwirbt, sein Wissen und seine Kenntnisse außer durch Bücher auch noch durch Fernsehen und Rundfunk ständig zu erweitern.

Warum ist das Fernsehen für so viele Kinder heute der scheinbar unschlagbare Freizeitreffer? Fernsehen ist "easy", sagen Kinder, man muß sich dabei nicht anstrengen, es bringt schnell und viel Abwechslung, verdrängt Gefühle von Einsamkeit und Langeweile, ersetzt fehlende Kontakte mit anderen Kindern. Es tröstet über Streitigkeiten mit Eltern und Geschwistern hinweg, lenkt von unangenehmen Pflichten wie Schularbeiten und häuslichen Aufgaben ab und gibt ein Gefühl der Geborgenheit, wenn die ganze Familie dabei zusammensitzt. Gründe genug für ein Kind, das Fernsehen zu mögen, wenn es keine Alternativen sucht und geboten bekommt. Tatsächlich aber verstärkt das Fernsehen noch all jene Mängel und Probleme, denen das Kind gerade zu entkommen sucht.

Einsamkeit

Alleine fernzusehen, macht den meisten Kindern nicht viel Spaß. Aber Vater und vor allem Mutter sind auch nicht immer die richtigen Partner. Wenn sie dabei sind, muß man meistens still sitzen und den Mund halten. So bleibt es oft bei kurzen Wortwechseln und Ermahnungen. Richtige Gespräche während der Sendung sind sowieso nicht möglich. Und hinterher erklären manche Eltern zwar, was Kinder nicht verstanden haben oder was ihr Wissen sonst erweitern kann, aber sie belehren dabei in der Regel und hören meistens nicht gern zu, wenn die Töchter und Söhne über ihre eigenen Wahrnehmungen und Erlebnisse beim Fernsehen sprechen. Und sie "machen sich Sorgen", wie Kinder sagen, kritisieren sogar nicht nur die Filme, sondern auch das Fernsehvergnügen ihres Nachwuchses besonders dann, wenn sie selbst keinen Spaß an einer Sendung gefunden haben. Kinder stößt dieses Verhalten ihrer Eltern in die Einsamkeit, macht sie stumm. Sie fühlen sich abgelehnt - und wissen häufig nicht einmal, warum. Denn Kinder nehmen Dinge anders wahr als Erwachsene, erkennen oft noch nicht die hinter einer Geschichte liegende "Moral" (Unmoral), die Banalität oder Menschenverachtung. Aber es hilft ihnen dann überhaupt nicht, wenn Eltern mit scharfen und ablehnenden Worten das ganze Filmerlebnis zurückweisen. Das hat auch etwas Demütigendes für Kinder. Sie sind offenbar zu dumm, um etwas zu verstehen - und verstehen es doch nur ganz anders. Auch wenn berufstätige Eltern abends kein Ohr für die Tageserlebnisse ihrer Kinder haben, wenn diese nicht erzählen, sich auch nicht entlasten dürfen von Fernseherlebnissen, empfinden junge Zuschauer das als mangelnde Annahme. So vereinsamen Kinder regelrecht und suchen immer häufiger beim Auslöser-Medium, dem Fernsehen selbst, die Befriedigung ihrer Wünsche nach Zuwendung, Anerkennung und wirklichen Erlebnissen. Natürlich erfolglos.

Aggression

Gewaltdarstellungen auf dem Bildschirm werden von Kindern unterschiedlich, immer aber als gefühlsmäßig anspannend erlebt. Ein seelisch stabiles Kind kann besser damit umgehen, als ein Kind, das in seiner eigenen Alltagswelt mit Gewalt konfrontiert ist. In besonderen Fällen kann so eine Sendung deshalb der letzte Auslöser für spontan aggressives Verhalten sein. Aber: Fernsehsendungen allein, auch solche mit brutalen Inhalten, verderben nicht den Charakter eines Kindes und verändern auch nicht sein Verhalten generell.

Mangelerfahrungen im realen Alltag - z.B. enge Wohnverhältnisse, kaum Spielmöglichkeiten, Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile, keine zugewandten Bezugspersonen - machen Kinder zu unruhigen, gefühlsmäßig "leeren" Heranwachsenden. Action, Klamauk und Gewalt in den Medien füllen dann dieses Loch. Und dieser aufputschende Cocktail macht sich manchmal auch als aggressives Verhalten bemerkbar. Besonders sensibel auf die aggressionssteigernde Wirkung von Gewalt im Fernsehen reagieren Vorschulkinder und "Vielseher".

Psychologie

bild der wissenschaft online, Meldung vom 08.10.1999

Brutale Kinder durch Fernsehen

Kinder, die ohne ihre Eltern im Fernsehen Gewaltfilme ansehen, werden mit einer größeren Wahrscheinlichkeit selbst gewalttätig als Kinder, die unter Elternaufsicht fern sehen. Dies ist das Ergebnis einer Studie, die von Forschern der Case Western Reserve University in Cleveland, Ohio, durchgeführt wurde und in der Oktober-Ausgabe der Zeitschrift "Pediatrics" (1999; 104; 878-884) veröffentlicht wurde.

Mark Singer und seine Kollegen untersuchten das Fernsehverhalten von 2.245 Schülern im Alter zwischen 7 und 15 Jahren. Die Fragen, die Kinder in einem Fragebogen beantworteten sollten, bezogen sich auf die Dauer und den Inhalt des täglichen Fernsehkonsums, auf die eventuelle Beaufsichtigung durch die Eltern und auf Gewalterfahrungen im Alltag der Kinder. Die Wissenschaftler fanden eine deutliche Korrelation zwischen gewalttätigem Verhalten und dem hohen Konsum von Gewaltfilmen im Fernsehen. Dabei zeigten Jungen durchweg mehr Gewaltbereitschaft und gewalttätiges Verhalten als Mädchen. Dr. Doris Marszok und Pediatrics

Gleichgültigkeit

Lehrer und Eltern beobachten zunehmend eine Abstumpfung gegenüber realer Gewalt. Wer Schulhofprügeleien sieht, ist über ihre Brutalität oft erschreckt. Das liegt jedoch seltener daran, daß Kinder kein Mitleid mehr empfinden können, sondern vielmehr daran, daß sie die konkrete Situation falsch einschätzen. Da sie schon so viele folgenlose Fernsehgewalttaten gesehen haben, fehlt ihnen ein realistischer Maßstab zur Beurteilung der tatsächlichen Wirkung von Gewalt. So reagieren sie gleichgültig und kommen oft gar nicht auf die Idee, anderen zu helfen.

Angst - Ekel - Lust

Am meisten belastet Kinder jedoch die Angst, die Gewaltdarstellungen auf dem Bildschirm bei ihnen auslösen. Vor allem Kinder, die allein vor dem Bildschirm sitzen, sind Furcht und Erregung hilflos ausgeliefert. Dabei haben neuere Untersuchungen zu wichtigen Erkenntnissen geführt. Ging man früher davon aus, daß Gewaltdarstellungen in Nachrichten und Informationssendungen von Kindern weniger wahrgenommen werden als fiktionale Gewalt in Spielfilmen, so hat sich das entscheidend geändert. Heute wissen Kinder, daß diese Darstellungen "wirklich" sind, und sie reagieren entsprechend darauf. Mit Opfern, die erkennbar leiden, haben fast alle Kinder Mitgefühl. Zeigen Fernsehsendungen die Folgen von Gewalt in blutigen Bildern, reagieren Kinder durchweg mit Ekel. Drastische Bilder lösen Angst aus, die eine Beziehung zu bereits vorhandenen Vorstellungen oder bedrohlichen Situationen wie Krieg, Tod, Trennung, Flucht, Verlust haben. Kinder phantasieren sich dann in solche Darstellungen hinein und steigern damit unterschwellig bereits vorhandene Befürchtungen. Besonders verwirrend und belastend für Kinder sind die Pseudowirklichkeiten in den Reality-TV-Filmen. Denn obwohl sie eigentlich wissen, daß diese Sendungen "ausgedacht" sind, gelingt ihnen wegen der auf Spannung und emotionale Überwältigung angelegten Dramaturgie oft keine Distanzierung. Das gilt vor allem für Kinder aus einem wenig anregenden Milieu, deren Eltern Reality-TV als - gestelltes - Abbild der Wirklichkeit betrachten. In den Bann solcher Sendungen gezogen, sehen sich diese Kinder undurchschaubaren, allgegenwärtigen und scheinbar realen Gefahren ausgeliefert. Und wenn Eltern sie dann nicht bewußt darin unterstützen, können sie auch nicht ernsthaft über das Geschehen nachdenken. Von solchen Sendungen "lernen" Kinder deshalb überhaupt nichts, im Gegenteil: die Vorstellungen von der Welt und den Ereignissen in ihr entwickeln sich falsch und schief.

Gewalt auf dem Bildschirm wirkt besonders dann angsterregend, wenn Kinder in der gezeigten Situation ihre eigene Umwelt erkennen, also in scheinbar ganz normalen Alltagsszenen. Oder wenn magisch-phantastische Ungeheuer "mit Gewalt" in ihre vertraute Umgebung einbrechen. Sie sind "plötzlich im Wohnzimmer", die Teufel und Vampire, Monster und Werwölfe. Das ist kein Fernsehspaß für Kinder - auch wenn sie sich zusammen mit Freunden oder als "Mutprobe" die Videos ansehen. Ängste und Verstörungen nach Filmen mit fürchterlichen Schreckgestalten können monatelang anhalten, zu schweren Träumen und tagtäglichen Horrorvisionen führen.

Verzerrung der Wirklichkeit und Illusionsbildung

Nach den Zeichentrickfilmen gehört die Werbung bei jedem zweiten Kind zu den beliebtesten Sendeformen. Dabei können Vorschulkinder zwischen Werbung und Programm kaum unterscheiden, wie eine neue Untersuchung ergeben hat. Und auch ältere Kinder haben noch Schwierigkeiten, geschickt plazierte Produktwerbung oder "Sponsoring" (finanzielle Unterstützung von Sendungen durch die Industrie) zu erkennen. Was Werbung bewirken soll, wissen nur 2,4 Prozent der 4 - 14jährigen. Daß die "Kaufkraft"

der 9,6 Millionen bundesdeutschen Kinder mit 5,6 Milliarden DM "Taschengeld" und einer Beeinflussung der elterlichen Einkäufe in noch mal derselben Höhe für die Wirtschaft attraktiv ist, versteht sich.

Die Beliebtheit der Werbung bei Kindern, die übrigens mit zunehmendem Alter abnimmt, läßt sich leicht erklären: Viele Werbespots sind abwechslungsreich, unterhaltsam und manchmal komisch. Die Personen wirken stets wohlgelaut. Und am Ende steht immer ein Erfolg. In der Werbewelt können Kinder sich wohlfühlen, weil Probleme durch den einfachen Kauf eines Produkts als lösbar erscheinen.

Um so nah wie möglich an ihre kleinen Kunden heranzukommen, plazieren Unternehmer ihre Kinderwerbespots, die meistens zwischen 20 und 30 Sekunden lang sind, bevorzugt im Umfeld von Kindersendungen oder solchen Programmen, die besonders häufig von Kindern gesehen werden: nachmittags an Werktagen und vormittags an Wochenenden. Die vorgeschriebenen Werbelogos, die Reklame vom Programm deutlich trennen sollen, sind jedoch oft zu kurz und zu wenig prägnant. Manche Firmen lassen ihren Spot bis zu 350-mal wöchentlich laufen und hämmern ihn damit in jedes Kinderköpfchen. Und auch die Welt dieses schönen Scheins können Kinder nicht durchschauen. Dabei müssen Eltern ihnen helfen, sonst entstehen schnell Enttäuschungen. Durch den Vergleich von Werbung und Wirklichkeit in der eigenen Umwelt sollten Kinder lernen, daß es nicht bestimmte Produkte sind, die Menschen tüchtig, beliebt und attraktiv machen, sondern daß sie selbst etwas dafür tun müssen.

In Wunschwelten entführen aber auch manche Spielfilme, darunter vor allem die werbenahen Serien des Vorabendprogramms, die Kinder so gerne sehen. Da ist das Leben dann oft ganz schlicht in Gut und Böse geteilt, werden Menschen zu "Typen" klischiert und Lebenswirklichkeiten zu spektakulären Spielelementen verzerrt. Solange Kinder noch keine gesicherten eigenen Realitätserfahrungen haben, kann ihnen das Fernsehen leicht etwas "vormachen" und damit Illusionen, Vorurteile und falsche Wertvorstellungen erzeugen, die sich im Alltag dann nur schwer und oft schmerzlich aufklären und verändern lassen. Manchmal flüchten Kinder auch aus der eigenen, als unbefriedigend empfundenen Wirklichkeit in eine freundlichere Fernsehwelt. Dann heißt es aufpassen für die Eltern, denn der Realitätsverlust kann böse Folgen haben. Kinder verlieren sich in Träumen, die sie empfänglich machen für Verführungen vieler Art, schlimmstenfalls auch für Drogen.

Wie erkennen Eltern nun Sendungen, die ihren Kindern ein verzerrtes Weltbild vermitteln?

Scheinrealitäten zeigen zum Beispiel Filme, in denen Tiere menschlich handeln und Menschen in einer Welt ohne Arbeit und Alltagsverpflichtungen im Wohlstand leben, wobei sie ihr andauerndes Glück aus eben dieser Situation herleiten. Scheinbare Probleme werden mühelos gelöst. Vorurteile entstehen durch die Wiederholung von Stereotypen: "Verbrecher" erkennt man an ihrem finsternen Aussehen, Frauen wirken im Haus oder sind Modeschönheiten, Erwachsene können immer mehr als Kinder und Kinder kommen vor allem als liebe Lausbuben vor. Aber so einfach machen es sich nicht alle Serienschreiber. Erfolg haben sie heute vor allem mit Geschichten, in denen sie nicht ganz unproblematische Familienbeziehungen mit Alltagskomik anreichern und ernste Probleme auch schon mal tränentreibend vorbringen. Fast immer aber geht alles glatt einem guten Ende zu. Was Kinder im übrigen besonders lieben, denn sie wollen Harmonie. Ende gut, alles gut.

Mangelnde Konzentration

"Fernsehkinder", die nichts lieber wollen als von Action zu Action "berieselt" zu werden, können sich oft nur noch schwer auf irgend etwas länger konzentrieren. Das merken dann vor allem die Lehrer in der Schule. Geschichten ohne Bilder, Anforderungen an das eigene Nachdenken, längeres Beobachten und genaues Zuhören überfordern oder langweilen solche Kinder bald. Die Folge: ihre Aufnahmebereitschaft schwindet, die Kinder "schalten einfach ab". Gewöhnt an flüchtige Wahrnehmungen, passiven Bildkonsum, schnellen Wechsel der Reize, ist das Gehirn des "Vielsehers" nicht nur für die Anforderungen der Schule, sondern auch des sozialen Miteinanders im Alltag "falsch eingestellt". Allerdings gilt dasselbe wie bei der Bildschirmgewalt: Allein auf einen überzogenen Fernsehkonsum läßt sich auch Schulversagen nicht zurückführen. Da spielen immer viele Faktoren eine Rolle. Was aber auffällt: Durch schlechte Leistungen in der Schule entmutigte Kinder mit geringem Selbstwertgefühl fliehen gern vor den Fernsehapparat, um sich dort ablenken, ja umnebeln zu lassen.

Körperliche Reaktionen

Immer wieder warnen Ärzte auch vor den zunehmend beobachteten körperlichen Schädigungen bei Kindern, die zuviel fernsehen.

Da ist zunächst und vor allem der Bewegungsmangel. Jedes Kind braucht - zumal nach der Schule, wo es ja auch still sitzen muß -, den körperlichen Ausgleich im aktiven Spiel. Hockt es statt dessen bis in den Abend hinein vor dem Bildschirm, dann verformt sich die Wirbelsäule zu einem "Sitzbuckel", werden die Muskeln schlapp, streiken Kreislauf und Verdauungstrakt, entstehen Kopfschmerzen, Nervosität und Schlafstörungen.

Deshalb hier einige Regeln, die solche Schäden verhindern helfen:

Statt zu sitzen oder zu hocken, sollten Kinder in etwa drei Meter Entfernung zu dem Fernsehapparat auf dem Boden liegen mit einem harten Kissen unter dem Brustbein.

Kinder sollten sich nicht mehrere Sendungen hintereinander anschauen und nicht kurz vor dem Schlafengehen fernsehen. Niemals sollten Kinder gleich nach dem Abschalten ins Bett geschickt werden, ganz besonders dann nicht, wenn die Sendung aufregend oder gefühlsintensiv war. Alle Kinder brauchen eine "Abschaltpause".

Das Naschen beim Fernsehen ist verführerisch, die Folgen sind bitter: Fettleibigkeit als Stoffwechselstörung mit erhöhtem Blutdruck und Cholesterinspiegel belasten nicht nur den Körper, sondern auch die Seele. Süßigkeiten, Salzgebäck und zuckerhaltige Fruchtsaftgetränke bleiben deshalb im Schrank, wenn Kinder fernsehen. Eltern sollten dabei mit gutem Beispiel vorangehen. Wer unbedingt etwas kauen oder trinken muß, sollte Kaugummi, Trockenobst in kleinen Mengen und Mineralwasser bekommen.

Kinder sollten täglich mindestens doppelt bis dreimal so lange körperlich aktiv sein, wie sie fernsehen und Schulaufgaben erledigen. Vom Spiel weg sollte ein Kind auf gar keinen Fall zum Fernsehen gerufen werden, es sei denn, es gibt feste Verabredungen darüber, weil gemeinsam mit den Eltern ein bestimmtes Programm ausgewählt worden ist und die Mutter oder der Vater es übernommen hat, das Kind daran zu erinnern.

Fazit: Fernsehen ist für Kinder verzichtbar. Es hat keinerlei förderliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, birgt jedoch das Risiko von mehr oder minder großen Schäden oder der Verstärkung bereits vorhandener Probleme des Kindes. Was schadet, sind insbesondere Auswirkungen des Fernsehens wie: zuwenig Bewegung, falsche Ernährung, fehlerhafte Körperhaltung, zuwenig Schlaf und unzureichende Lebensbedingungen, wie sie immer mehr Kinder in sozial benachteiligten Familien in Kauf nehmen müssen. Wo nur ein Wohnraum für eine große Familie zur Verfügung steht, in dessen Mittelpunkt der Fernseher den ganzen Tag läuft, wo Eltern mehr Zeit fürs Fernsehen als für ihre Kinder aufbringen und diese sich weder drinnen noch draußen richtig frei bewegen und auch mal austoben können, werden fast zwangsläufig "Vielseher" herangezogen, die sich dann seelisch und körperlich nicht gesund entwickeln.

Umgang mit dem Fernsehen:

Beteiligen Sie Ihre Kinder an der Auswahl der für sie geeigneten Sendung, die Sie am Anfang jeder Woche gemeinsam mit dem Kind aussuchen. Sie geben die Länge der Fernsehzeit vor, die Kinder dürfen den Beitrag aussuchen. Je jünger ein Kind ist, um so eher empfiehlt es sich, aufs Fernsehen ganz zu verzichten.

Größere Kinder (ab 10. Lj.) sollten auch wählen dürfen, was Ihnen als Eltern nicht so gut gefällt. Auf diese Weise erfahren Sie, was Ihre Kinder wirklich interessiert. Nur wenn Kinder ernst genommen werden, lernen sie auch, unabhängig zu entscheiden und selbständig zu urteilen. Machen Sie selbst Vorschläge, die vor allem das für Kinder produzierte und besonders geeignete Programm berücksichtigen.

Gehen Sie davon aus, daß für 3 - 6jährige Fernsehen völlig überflüssig ist, für 6 - 9jährige maximal eine halbe Stunde und für die 10 - 13jährigen maximal eine Stunde Fernsehen am Tag genug sind. Denken Sie daran: Je bewußter Eltern mit dem Fernsehapparat umgehen, je entschiedener sie ihren Kindern die Grundsätze vorleben, die sie ihnen gegenüber vertreten, um so geringere Probleme werden sie bei der Einhaltung ihrer Richtlinien haben.

Machen Sie sich bewußt, warum die Mitglieder Ihrer Familie fernsehen. Wieviel "zuviel" ist für den einzelnen, läßt sich nur individuell feststellen. Entscheidend ist das Bedürfnis. Will mein Kind sich unterhalten, hat es Langeweile, Kummer, sucht es Ablenkung oder die Nähe der Eltern, die viel vorm Fernsehapparat sitzen?

Alle Kinder, besonders aber die jüngsten, sollten nicht allein fernsehen. Am liebsten sitzen Kinder zusammen mit Gleichaltrigen oder Geschwistern vor dem Bildschirm. Gemeinsam haben sie mehr Spaß und können einander auch dabei helfen, Angst und Spannungen abzubauen. Erwachsene, besonders Mütter, werden dagegen vor allem von den größeren Kindern oft als "Aufpasser" und "Spielverderber" erlebt.

Wenn Sie dabei sein möchten, nehmen Sie einfach wahr, wie Ihre Kinder fernsehen, ohne sie dafür zu kritisieren. Kinder erleben anders als Erwachsene und gehen anders mit dem Gesehenen um. Mimik und Gestik, Bewegung und Kommentare helfen ihnen bei der Verarbeitung von Spannungen, Ängsten und Aggressionen. Lassen Sie das alles zu, verlangen Sie nicht, daß Ihre Kinder still sitzen und den Mund halten.

Lachen Sie Ihr Kind nicht aus, wenn es sich bei einer Sendung ängstigt. Solche Gefühle sind kein Grund, den Apparat abzuschalten - es sei denn, Ihr Kind verlangt es von selbst. Sonst wird es Angst und Spannungen künftig vor Ihnen zu verstecken versuchen und kann sie nicht "offen" verarbeiten. Bei Gesprächen über Fernsehsendungen verzichten Sie auf Herabsetzungen und Verbotsdrohungen. Nehmen Sie Ihr Kind und sein Erleben ernst, fragen Sie es nicht aus, sondern hören Sie ihm zu. Bestehen Sie nicht auf einer perfekten Nacherzählung oder logischen Begründung für Vorlieben oder Ablehnungen. Verallgemeinern und belehren Sie nicht. Sprechen Sie selbst nur von Ihren eigenen Ansichten und Gefühlen, und werten Sie die Beurteilungen Ihrer Kinder nicht ab.

Geben Sie Ihren Kindern während und nach einer Sendung Gelegenheit, ihre Gefühle zu zeigen und abzureagieren: durch Bewegung, durch körperlichen Kontakt, Fragen und Gespräche. Aber fragen Sie sie nicht aus oder ab, Sie werden doch nicht hören, was Sie sich vorstellen. Warten Sie, bis Ihr Kind von sich aus zu erzählen oder zu fragen beginnt. Kinder brauchen Zeit für die Verarbeitung. Die Dauer hängt von ihrer gefühlsmäßigen Beteiligung ab. Hören Sie gut zu, beobachten Sie, was passiert, dann können Sie viel darüber erfahren, was Kinder an Fernsehsendungen so fasziniert, was sie ängstigt und verunsichert. Wenn Sie Grundsätze und Werte in einer Sendung verletzt sehen, dann sagen Sie das Ihren Kindern, aber bleiben Sie dabei sachlich und auf sich bezogen. So können Sie etwas klarstellen und bieten den Kindern Orientierung an, ohne sie dazu zu zwingen. Spielen Sie mit Ihren Kindern manchmal Fernsehsendungen nach. Sie werden viel darüber erfahren, was die Kinder gesehen, erlebt, empfunden, behalten haben.

Führen Sie Kinder mit etwa zehn Jahren an Nachrichten und Informationssendungen heran, aber bleiben Sie während der Sendung dabei. Reale Gewalt ängstigt oft mehr als fiktive. Solche Sendungen schärfen den Realitätssinn und regen zu Fragen nach den tatsächlichen Verhältnissen auf dieser Welt an. Und lassen Sie Ihr Kind Werbung und Wirklichkeit miteinander vergleichen. Helfen Sie ihm dabei, Fehler und Widersprüche herauszufinden.

Benutzen Sie das Fernsehen weder zur Belohnung noch zur Bestrafung. Ihr Kind sollte nie den Eindruck gewinnen, fernsehen zu dürfen sei - unabhängig vom Programm - etwas besonders Erstrebenswertes. Ist es nötig, eine Zeitlang ganz auf das Fernsehen zu verzichten, weil Ihr Kind schlecht schläft, schwer träumt, sich nicht mehr konzentrieren kann oder gar über Kopfschmerzen klagt, machen Sie ihm klar, daß es sich nicht um eine Strafe, sondern um eine gesundheitliche Notwendigkeit handelt.

Das Fernsehen ist kein "Babysitter" und sollte auch nicht als "Dauertröster" für Kinder mißbraucht werden, die viel allein sind. Sorgen Sie dafür, daß Ihr Kind Geschwister oder Freunde zur Seite hat, die sich mit ihm gemeinsam eine - zuvor ausgesuchte - Sendung ansehen. Sie sollten möglichst immer wissen, was Ihr Kind sieht, und bei den Kleinen regelmäßig, bei Größeren zumindest gelegentlich selbst zuschauen. "Familienfernsehen" kann im übrigen ein sinnvolles Freizeitvergnügen sein, wenn Kinder und Eltern das miteinander planen. Bei Bedarf sollte danach jedoch immer noch Zeit für ein Gespräch sein.

Viele Kinder versuchen, ihre Eltern gegeneinander auszuspielen, indem sie behaupten, die Freunde dürften viel mehr sehen als sie selbst. Lassen Sie sich nicht unter Druck setzen. In anderen Fragen des Zusammenlebens und der Erziehung werden ja auch nicht die unterschiedlichsten Verhaltensweisen der Nachbarn zum Vorbild genommen. Sie können sich aber auch mit den Eltern der Freunde über eine gemeinsame Haltung in Sachen Fernsehen einigen. Machen Sie den Fernsehapparat nicht zum Mittelpunkt Ihrer Wohnung. Steht er eher abseits oder sogar in einem Schrank, verliert er an Wichtigkeit und damit an Attraktivität.

Gehen Sie selbst mit gutem Beispiel voran. Wer selbst wahllos und ausdauernd fernsieht, sollte sich nicht wundern, wenn seine Kinder ihm nacheifern. Machen Sie Alternativangebote. Spielen Sie mal wieder mit Ihren Kindern, lesen Sie ihnen etwas vor, stellen Sie gemeinsam etwas Handwerkliches her. Führen Sie einen freiwilligen "fernsehfreien Tag" in der Woche ein, verabreden Sie gemeinsam, wann dieser Tag ohne Fernsehen sein soll.

Sie können und werden als Eltern nie alles immer richtig machen, auch nicht in der Fernseherziehung. Aber Sie sollten Ihren Kindern zeigen, daß es Ihnen nicht gleichgültig ist, was das Fernsehen mit den Kindern und die Kinder mit dem Fernsehen machen. Und daß Sie bereit sind, sich damit auseinanderzusetzen.

VIDEOS

Problem:

- ✍ Vor allem "Vielseher" und Kinder, die oft alleine sind, erweitern mit Videokassetten ihren Filmkonsum erheblich und nicht selten unkontrolliert.
- ✍ Überhaupt wird die elterliche Kontrolle über Art und Umfang des Fernsehkonsums erschwert, weil Kinder früher am Tag und zu anderen als den Kinderprogrammzeiten mit dem Fernsehen beginnen.
- ✍ Videos, die Kinder überfordern und auch nicht in ihre Hände geraten sollten, können Angst, Unsicherheit, Aggressivität, Schlafstörungen und Nervosität erzeugen, ganz abgesehen von der Vermittlung gefährlich falscher Weltbilder, Wertvorstellungen und Verhaltensnormen.
- ✍ Wenn Eltern feststellen, daß ihre Kinder sich - zumeist heimlich und mit Freunden - Zombie- und Monsterfilme, Sado-Pornos und Selbstjustiz-Greuel, harte Krimis und brutale Kriegsfilmse ansehen, sind sie oft erschrocken und ratlos. Warum, fragen sie sich, mögen unsere Kinder so etwas?

Zunächst einmal, so sagen die Wissenschaftler, haben die Kinder heute ein ganz anderes Verhältnis zum Fernsehen als ihre Eltern. Die Alltäglichkeit, Selbstverständlichkeit des Mediums hat ihm den besonderen Reiz genommen, den es noch für die Eltern hatte. Aufregend ist nur noch das Außergewöhnliche, Verbotene. Bei einer Umfrage unter Zuschauern aller Altersgruppen sagten 80 Prozent der Befragten jedoch, daß Kinder und Jugendliche zu viele Gewalt- und Horrorvideos sehen. Dem stimmten auch die 8 - 18jährigen voll zu. 60 Prozent der Befragten meinten, daß diese Videos einen "schlechten Einfluß" auf die jungen Zuschauer hätten, ein Drittel aber glaubt nicht an irgendeine Schädigung durch sie.

Und das sagen Kinder selbst dazu:

- ✍ Gewaltvideos ersetzen die Spannung, die im Alltag fehlt.

- ✍ In Horrorfilmen ist die Welt so schrecklich, daß man sich hinterher freut, in einer "normalen" Umwelt zu leben.
- ✍ "Metzelvideos" durchzuhalten, gilt als Mutprobe.
- ✍ Wer Gewalt und Horror auf dem Bildschirm tapfer erträgt, fühlt sich hinterher nicht nur stärker, sondern gilt auch mehr in der Gruppe.
- ✍ Es macht Spaß, Erwachsene damit zu erschrecken, daß man sich Gewaltvideos ansieht.

Schon an solche Videos heranzukommen, bedeutet ein Abenteuer. Videotheken dürfen sie nicht an Kinder und Jugendliche ausleihen, aber ältere Geschwister und Freunde helfen bei der Beschaffung.

Es gibt ein gutes Gruppengefühl, gemeinsam und gefahrlos Grauen und Ekel zu erleben.

Horrorvideos erzeugen bei den Kindern auch jenen Erregungszustand, in dem Gefahr und Geborgenheit zugleich erlebt werden können: "Angstlust".

Ohnmachts- und Allmachtserlebnisse, die in der Entwicklung jedes Kindes eine Rolle spielen, werden hier auf primitive Weise zum Anlaß genommen.

Langeweile, Einsamkeit, Minderwertigkeitsgefühle und Identitätskrisen können ebenfalls die Ursache für den Spaß am Seelenstreß von der Videokassette sein.

Weil es um dargestellte Gewalt - und zwar extremsten Ausmaßes - geht, sind die möglichen Folgen bekannt: Ängste, Alpträume, Aggressionen, Machtphantasien, Mitleidsverlust, Realitätsverzerrung. Da die Gewissens- und Wertebildung bis ins Jugendalter fortgesetzt wird, drohen Gefahren für die geistig-seelische Entwicklung, seltener: Nachahmung, Einübung vergleichbaren Verhaltens, Süchtigkeit.

Kinder von sechs bis dreizehn Jahren sind besonders schockiert, wenn das Bedrohliche, Unfaßbare in den normalen Alltag einbricht und damit "ihre Schwelle" überschreitet. Sie reagieren dann mit Angst und Entsetzen, können sich oft lange nicht von den Bildern lösen, die immer wiederkehren und im Schlaf wie Wachzustand ihren Schrecken behalten. Grenzfälle des Horrors sind phantastische Monster und Zombies, die auf Kinder manchmal eher komisch wirken. Es kommt jedoch auf die Sensibilität jedes einzelnen Kindes an, was es verkraften und wovon es sich distanzieren kann. Selbst falls Sie entsetzt sind, wenn Ihre Kinder sich mal im Freundeskreis aus den oben genannten Gründen einen "verbotenen Film" angesehen haben, versuchen Sie, nicht direkt ablehnend und wütend zu reagieren. Drohungen bringen gar nichts. Besser ist es, sich erzählen zu lassen, was die Kinder dabei erlebt haben, damit Sie auf mögliche Nachwirkungen gefaßt sind und sich richtig, das heißt verständnisvoll und akzeptierend verhalten können. Andererseits müssen Sie Ihren Kindern klarmachen, daß bestimmte Gewaltvideos gegen die Menschenwürde verstoßen. Bei Vergleichen mit ähnlichen Geschehnissen in der Realität (Kriegsgreuel) können Kinder das Abstoßende solcher Videos erkennen.

Beobachten Sie Ihr Kind und stellen Sie fest, was ihm fehlt, wenn es das Bedürfnis hat, häufig Gewalt- und Horrorvideos zu sehen. Schauen Sie sich selbst mal so einen Film an. Sie können dann besser begründen, was Ihnen daran nicht gefällt, und vielleicht herausfinden, was Ihr Kind reizt.

Filme sind "bebilderte Phantasien". Nehmen Sie die Inhalte deshalb im Gespräch mit Ihrem Kind nicht als real, das hilft Ihnen, eine moralische Verurteilung der vielleicht unbewußten Wünsche und Träume Ihres Kindes zu vermeiden. Sprechen Sie gegebenenfalls mit einem Fachmann (Pädagogen, Psychologen) über das Problem. Bieten Sie Alternativen an: Abenteuerspiele, Erlebniswochenenden, Sport. Kein Kind, dessen Freizeit sinnvoll ausgefüllt ist, hat auf die Dauer das Bedürfnis, Horrorfilme zu sehen.

Computerspiele schädigen jugendliche Gehirne

bild der wissenschaft online, 21.08.2001

Hightech-Abbildungen zeigen, dass Computerspiele für die Entwicklung des Gehirns schädlich sein können. Der japanische Wissenschaftler Ryuta Kawashima von der Tohoku University hat nachgewiesen, dass die Tendenz zum Kontrollverlust bei Heranwachsenden nicht auf die aggressiven Inhalte

von Computerspielen zurückzuführen ist, sondern auf Schädigungen der noch nicht vollentwickelten Gehirne.

Messungen der Gehirnaktivität ergaben, dass Computerspiele nur jene Gehirnbereiche stimulieren, die mit Sehen und Bewegung in Zusammenhang stehen, berichtet der Observer in seiner aktuellen Ausgabe.

Für seine kontroversielle Studie verglich Kawashima die Gehirnaktivität von Hunderten Teenagern, die Nintendo spielten mit den Gehirnschans von Teilnehmern, die einfache, sich wiederholende mathematische Aufgaben lösten. Zur Überraschung des Spezialisten für Gehirn-Abbildungen zeigte sich, dass die arithmetischen Aufgaben die Aktivität in den rechten und linken Hemisphäre des Frontallappens stimulierte. Gehirnbereiche, die mit Lernen, Gedächtnis und Gefühl in Verbindung gebracht werden.

Entscheidend sei jedoch laut Kawashima, dass der Frontallappen, der sich beim Menschen ungefähr bis zum 20. Lebensjahr weiterentwickelt, auch bei Selbstkontrolle eine wichtige Rolle spiele. Wann immer dieser Kontrollmechanismus verhindert, dass es beispielsweise zu einer Handgreiflichkeit kommt, ist der Frontallappen sehr aktiv. Je mehr bei Kindern die Entwicklung dieser Gehirnregion gefördert wird, desto besser wird auch seine Fähigkeit zur Selbstkontrolle sein. Computerspiele fördern diese Art von Gehirnentwicklung nicht. Laut Kawashima könnten sie daher zum Entstehen einer eher gewaltbereiten Generation beitragen, die eher Schwierigkeiten hat, unsoziale Elemente ihres Verhaltens zu kontrollieren.

pte

Computerspiele

erfordern einen Computer. Andere Möglichkeiten, ins Spiel zu kommen, sind die Videospiele, zu denen es spezielle Abspielgeräte (Konsolen) gibt.

Zunächst werden hier einige Daten und Fakten zur Verbreitung des Computers, der mehr Nutzungsmöglichkeiten als das Computerspiel zuläßt, aufgeführt:

1995 verfügten 15 % der 6 - 12jährigen Kinder über einen Computer (Quelle: Media-Perspektiven 5/95); davon nennen dreimal soviel Jungen wie Mädchen einen Computer ihr eigen. 74 % aller befragten 6 - 9jährigen und 64 % aller 10 - 11jährigen Kinder haben dagegen keinen Zugang zum Computer, bei den 6 - 13jährigen Mädchen sind es sogar 75 %.

Einzeluntersuchungen zum Computergebrauch von Kindern ergeben folgendes:

- Der Computerbesitz hängt vom Alter der Kinder und den finanziellen Möglichkeiten der Eltern ab: Je älter die Kinder und je wohlhabender die Eltern, desto eher steht ein Computer im Kinderzimmer.
- Der Umgang mit dem Walkman, vor allem aber der Besitz eines Game-Boys kann als Vorbereitung für den Gebrauch des Computers angesehen werden. Die Kinder entwachsen dem "Game-Boy-Alter" und kommen in das "Computer-Alter" hinein.
- Computerbesitz sagt noch nichts über die individuelle Nutzung aus. Nur 1/5 der 6 - 13jährigen Kinder, die einen Computer besitzen, nutzen ihn täglich. Wieweit durch den Computer die Freizeit der Kinder durchschnittlich verkürzt wird, ist nicht bekannt.
- Der Umgang mit der neuen Kommunikationstechnologie wird von den Heranwachsenden so in den Tagesablauf eingepaßt, daß andere Aktivitäten mit Medien nicht verändert zu werden brauchen. Allerdings kommt es bei einigen Kindern zur Einschränkung kreativer Tätigkeiten zugunsten des Computergebrauchs.

- Befürchtungen und Horrorvorstellungen aus den 80er Jahren, wonach der Computergebrauch zwangsläufig zu einer Verringerung sozialer Kontakte führen muß, haben sich für die Mehrzahl der Kinder nicht bestätigt. Im Gegenteil: "Computerkids" sind zumeist eingebunden in die Gruppe Gleichaltriger, die ebenfalls einen Computer haben, pflegen enge Freundschaften, tauschen sich aus und sind vielseitig interessiert.
- Wie kreativ-anspruchsvoll der Computer genutzt wird, hängt z.B. davon ab, ob der Computer in Aktivitäten von Elternhaus, Schule oder außerschulischen Bildungseinrichtungen eingebunden ist. Je mehr Unterstützung von Erwachsenen gewährt wird, desto kreativer stellt sich der Computergebrauch dar. Und: Je interessierter Kinder an ihrer Nahwelt sind, je lieber sie zur Schule gehen, je größer der Spaß beim Lesen ist, um so stärker nutzen sie den Computer für Lernprogramme. Hier erweist sich: Der Computer wirkt nicht von sich aus, sondern nur soweit, wie das Kind Interessen und Bedürfnisse mit in den Computergebrauch einbringt.

Kinder im Vorschul- und Grundschulalter finden mit dem Game-Boy ihren Einstieg ins Computerspiel.

Für die Untersuchung "Warum spielen Kinder Game-Boy?" (Korte/Gregarek in "Warum Computerspiele faszinieren". Hrsg. Jürgen Fritz, 1995) wurden 567 Kinder (davon 29% 3 - 9 Jahre alt, 38,8% Grundschul Kinder und 54,6% aus den unteren Klassen weiterführender Schulen) befragt. Insgesamt besitzen davon 187 Kinder (32,9 %) einen eigenen Game-Boy. In der Altersklasse 3 bis 6 Jahre haben bereits insgesamt 16,7 % und in der Altersklasse 6 bis 11 Jahre 49,5 % einen Game-Boy. Das heißt, im Grundschulalter verfügt bereits die Hälfte der Kinder über einen eigenen Game-Boy. Am häufigsten wird mit dem Game-Boy zwischen 6 und 13 Jahren gespielt. In allen Altersstufen benutzen nach dieser Untersuchung den Game-Boy gleich viele Mädchen wie Jungen.

Doch was sind die Motive für das Game-Boy-Spielen? "In den Intensivgesprächen kam sehr deutlich heraus, daß die Kinder besonders in *Frustrationserlebnissen* (z.B. Einsamkeit, Schulversagen, Langeweile) zum Game-Boy greifen. Ein Hauptanreiz stellen der rasche Spielablauf und die dazugehörige Leistungsüberprüfung dar."

Zusammenfassend erläutert diese neue Untersuchung, daß das Game-Boy-Spiel Ausgleichsfunktionen für das hat, "was Kinder in der *alltäglichen Lebenswirklichkeit vermissen*". Näher ausgeführt sind das:

- "Ersatzpartner" sein für das, was an Kontaktmöglichkeiten mit der Familie und zu Gleichaltrigen fehlt: "Durch die weitgehende Isolation eines Großteils der Kinder steht der Game-Boy als stets bereiter Partner, der noch dazu selbst völlig "gerecht" und "gefühlneutral" reagiert, permanent zur Verfügung.
- Der Game-Boy wird in den verschiedensten Frustrationssituationen unserer technisierten, rationalisierten und weitgehend kinderfeindlichen Alltagswelt zu einer Ersatzbefriedigung verschiedener Bedürfnisse wie zum Beispiel nach Spielräumen, Attraktionen und Gestaltungsmöglichkeiten.
- Kinder und Jugendliche erleben ein starkes Ohnmachtsgefühl ihrer Umgebung gegenüber, weil sie keinen direkten Einfluß nehmen können; der Game-Boy dagegen vermittelt ihnen wenigstens ein Macht- und Kontrollgefühl in einer miniaturisierten und auf wenige Grundelemente reduzierten Welt.
- Die Komplexität des Lebens ist im Game-Boy-Spiel weitgehend aufgehoben zugunsten einfacher Schemata. Es gibt nur die Gegensätze von Falsch und Richtig, Gut und Böse, Bestehen oder Verlieren.
- Ihre Leistungsbereitschaft, die Kinder und Jugendliche aktivieren wollen, aber in der Familie, Schule und im gesamten Lebensumfeld nur selten einsetzen können, kann auf dem Game-Boy durch Training und Geschicklichkeit gleichsam auf leichte Weise erbracht werden. Die selbstgestellten Prüfungsaufgaben können - auch ohne sanktionierende Erfahrungen von außen bei eventuellem Versagen - immer wieder angegangen und zunehmend "perfekter" gelöst werden.

- Der Game-Boy ist nicht isoliert zu sehen, sondern muß im Zusammenhang der gesamten Mediennutzung in der Gesellschaft gesehen werden.
- Dieses Fazit kann man in der Tendenz auch auf die Funktion von Computer- und Videospielen allgemein für Kinder übertragen. Eltern sollten über diese Ergebnisse nachdenken: Inwieweit sie ihnen das Verständnis für das Computerspiel ihrer Kinder erleichtern oder auch, ob sie die Möglichkeiten wahrnehmen können, Alternativen zu schaffen.

Direkte positive, persönliche Effekte der Videospiele für das einzelne Kind sind:

- Das Computerspiel ist ein Vergnügen. Es zieht in den Bann, fasziniert und fesselt, verschafft das Gefühl, etwas zu können und zu leisten und es ermöglicht, ganz in dieser spielerischen Tätigkeit aufzugehen (Flow-Erlebnis).
- Computerspiele vermitteln Erfolgserlebnisse, positive Streßgefühle. Umgekehrt: Wer das Spiel nicht beherrscht, bricht es häufig ganz ab. Allerdings kann auch das Gegenteil passieren; ständige Mißerfolgserlebnisse bringen den Spieler erst recht dazu, noch mehr Zeit vor dem Gerät zu verbringen, um die Spielabläufe zu beherrschen. Dadurch entsteht eine gewisse Sogwirkung - von "Sucht" kann man bei dieser "Faszination" allerdings noch nicht sprechen.

Bei der Spielintensität und -auswahl gibt es Altersunterschiede. Die intensiven Spielphasen liegen im allgemeinen zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr.

Es werden auch Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei den Spielen sichtbar. Ihre Ursache liegt in den unterschiedlichen Erziehungsstilen und -bedingungen. Hier setzt sich fort, was beim übrigen Mediengebrauch und anderen Spielaktivitäten schon festzustellen war: Mädchen bevorzugen "lustige", comic-artige Spiele, bei Jungen herrschen Action, Abenteuer und "Kampf" vor.

Überblickt man die wenigen Untersuchungen zu den Computerspielen, zeigen sich körperliche, intellektuelle, soziale und gefühlsmäßige Einflüsse, die einigen Wirkungen des Fernsehens entsprechen, sich aber in anderen Punkten von ihnen unterscheiden.

Auswirkungen auf den Körper

Durch audiovisuelle Medien allgemein - auch durch das Computerspiel - werden Auge und Ohr "angesprochen", andere Sinne und Fähigkeiten weniger, einseitiger oder überhaupt nicht. Wenn Auge und Ohr übermäßig belastet und die körperliche Bewegung vernachlässigt werden, können Wohlbefinden und gesunde Entwicklung des Kindes gestört werden.

Belastungen des Auges

Das Auge kann am Bildschirm belastet werden, z.B. durch Blendungen und Spiegelungen, die durch falsche Beleuchtung entstehen. Augenermüdung, -brennen, -rötung, Kopfschmerzen können die Folge sein. Gerade jüngere Kinder übernehmen oft von den Eltern "Second-hand-Computer", die den gegenwärtigen ergonomischen Empfehlungen nicht entsprechen. Die kontrastarmen Flüssigkristall-Bildschirme (LCD-Bildschirme) sind oft so klein, daß bei ausgedehntem Videospiele die Augen der Kinder ermüden. Daran sollten Eltern denken und vor allem bei jüngeren Kindern die Spielzeit begrenzen.

Einseitig körperliche Belastungen

Kinder, die den Computer nutzen, verharren oft lange Zeit in einer Art Zwangshaltung, bei der Kopf, Hals, Rücken, Gesäß, Oberschenkel und Füße in ein und derselben Position fixiert bleiben. Die falsche Platzierung des Computers, schlechte Sitzgelegenheiten können darüber hinaus bei Kindern, die sich noch in der Wachstums- und Entwicklungsphase befinden, zu Haltungs- und Rückenschädigungen führen. Konzentrationsschwächen und körperliche Verspannungen sind weitere Folgen einer falschen Sitzhaltung.

Einseitige und unnatürliche Bewegungen der Hände und Handgelenke durch die Bedienung von Maus und Tastatur können ebenfalls ungewollte Beschwerden verursachen.

Bewegungsmangel

Hinzu kommt, daß Kinder mit starkem Computer- und Fernsehkonsum nicht nur unter Bewegungsmangel leiden, sondern sich auch seltener an der frischen Luft aufhalten. Dadurch können Atemwegserkrankungen begünstigt werden, Unruhe und Nervosität entstehen. Da Kinder ein natürliches Bedürfnis nach Bewegung haben und die Bewegung für ihre Entwicklung brauchen, kann chronischer Bewegungsmangel körperliche und seelische Entwicklungsstörungen verursachen.

Streß

Der Umgang mit dem Computer erfordert von Kindern ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und eine hohe Reaktionsgeschwindigkeit. "Computerspielen" kann Streßsymptome wie Kopf- und Rückenschmerzen, Augenflimmern, Schweißausbrüche auslösen.

Die gesamte körperliche Anspannung kann sich in starkem Bewegungsdrang, in Lautstärke usw. entladen. Eltern, die Kindern Zeit geben, den Computer zu nutzen, müssen ihnen auch Zeit lassen, den inneren Streß abzubauen.

Auswirkung auf das Denken

Bestimmte Computerspiele fördern logisches Denken und schärfen die Fähigkeiten zu einer systematischen Problemlösung. Durch manche Computerspiele können vielfältige Zusammenhänge besser verstanden und Lernprozesse angestoßen werden.

Auf der anderen Seite kann einseitige Entwicklung logisch-rationaler Denkprozesse und Problemlösungsstrategien zu einer Vernachlässigung der emotionalen, sozialen und kreativen Anteile der Persönlichkeit führen. Insbesondere gilt dies für den wichtigen Bereich des Mitgefühls.

Wenn der Leistungsbegriff auf Arbeit, Rationalität und Aufstieg eingeschränkt wird, führt dies zu einer Verarmung der kindlichen Lebenswelten. Kinder brauchen vor allem das Spiel, Bewegung, Unmittelbarkeit. Auch deshalb ist es für Eltern wichtig, den Computergebrauch altersangemessen abgestuft zu beschränken, um für die Kinder freie Zeit für eine Vielfalt anderer Aktivitäten zu gewinnen.

Soziale Wirkungen

Das sozial vereinsamte, sich in das Computerspiel flüchtende Kind ist die Ausnahme. Computer- und Videospiele sind vielmehr Teil einer Kinderkultur, die nicht selten von Kindern selbst gestaltet wird. Sehr häufig wird das gemeinsame Spiel gewünscht, was sich freilich nicht immer verwirklichen läßt. Um das Computerspiel herum entwickeln sich zahlreiche soziale Aktivitäten, über Computerspiele kann man sich unterhalten, Interessen und Wünsche ausdrücken, sich darüber hinaus auch abgrenzen. Bildungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen hat diesen Gesichtspunkt des Computer- und Videospieles in zahlreichen Projekten aufgegriffen. Insgesamt gilt: Je sozial eingebundener sich der Computergebrauch darstellt, um so nützlicher erscheint er für das einzelne Kind. Das sollten Eltern wissen.

Gefühlsmäßige Wirkung

Forschungsbemühungen und öffentliches Interesse konzentrieren sich auf jene Wirkungen, die Gewalt verherrlichende, rassistische oder pornographische Spielangebote haben können. Hier zeigt sich: Obgleich Heranwachsende mit diesen Angeboten spielen, sind sie sehr wohl in der Lage, die Unmenschlichkeit zu erkennen und zu kritisieren. Eltern sollten deshalb versuchen, nicht spontan wütend zu reagieren, selbst, falls sie sehr betroffen sind, wenn sie ihre Kinder mit diesen Spielen "erwischen". Sie sollten in Gesprächen mit den Kindern ihren Standpunkt klarmachen.

Wirkung von Gewalt

Grundsätzlich gelten für die Wirkung von Gewalt im Computerspiel Regeln, wie sie im Fernsehspiel schon aufgeführt worden sind. Weil sie so wichtig sind, werden sie hier noch einmal kurz zusammengefaßt. Zunächst läßt sich festhalten: Kinder haben einen anderen Gewaltbegriff als Erwachsene. Je näher

die dargestellte Gewalt dem Alltag der Heranwachsenden kommt, um so bedrohlicher wird sie für das Kind. Problematische Einflüsse durch Gewalt in Medien sind dann gegeben,

- wenn Ähnlichkeit zwischen der medial dargestellten Situation und der Alltagswelt des Kindes besteht,
- wenn Gewalt als lohnend dargestellt wird und Kinder eine ähnliche Erfahrung in ihrem Familienalltag machen,
- wenn Kinder mit einem hohen Aggressionsvermögen Gewaltszenen in Medien erleben,
- wenn Kinder aus einem gefühlsmäßig "leeren" Familienklima entsprechend aggressiv-zerstörerische Symbole in den Medien sehen bzw. hören,
- wenn das Computerspiel zum Ersatz für fehlende zwischenmenschliche Beziehungen wird.

Gewalt und Aggressionen im Zeichentrick des Computerspiels werden von Kindern im mittleren Schulalter als wirklichkeitsfern erlebt und lösen kaum gefühlsmäßige Betroffenheit aus, anders als Comics im Fernsehen, die von Vorschul- und Grundschulkindern durchaus als real angesehen werden.

Generell gilt: Kinder sind nicht vor den gefühlsmäßigen Einflüssen - gerade was Aggression betrifft - zu schützen. Kinder können lernen, sich selbst zu schützen. Verbote und Drohungen helfen nicht, führen höchstens zu Heimlichkeiten. Kinder können erfahren, daß sie sich mit allen Persönlichkeitsanteilen, auch ihren aggressiven, von Eltern angenommen und verstanden fühlen. Solches Verständnis schließt ein, Spielangebote zu kritisieren, wenn sie den Normen und Vorstellungen der Eltern widersprechen. Falsch verstandene Nachsicht oder Akzeptanz verwirrt das Kind moralisch und ethisch.

Untersuchungen zeigen, daß die Faszination des Computerspiels in der Anfangsphase sehr (zeit-)intensiv sein kann: stundenlanges Spielen kann zunächst die Regel sein. Diese Phase, die sich über Monate erstrecken kann, geht jedoch vorbei. Die Anziehungskraft des Computerspiels wird dann durch die Anziehungskraft, die andere Freizeitaktivitäten für das Kind wiedergewinnen, abgeschwächt

Sollte die Faszination durch das Computerspiel über längere Zeit andauern, so sollten Eltern nach Bedingungen in der unmittelbaren Nahwelt des Kindes suchen, die den Rückzug vor den Computer begünstigen. Der starke Sog, den Computer- und Videospiele auf einige Kinder ausüben, liegt bei vielen Nutzern nicht in den Spielen begründet, sondern ist ein äußeres Anzeichen für dahinterliegende Probleme. Die intensive Zuwendung zum Computer kann dann als Hilfeschierei des Kindes verstanden werden. Ursachen für eine übermäßige Nutzung des Computers, die sich über viele Monate hinzieht, können sein:

1. schulische Probleme (Überlastung, Überforderung, Versagensängste etc.),
2. Probleme mit Freunden,
3. fehlendes Urvertrauen, nicht vorhandenes Selbstwertgefühl, Entmutigung,
4. starke Spannungszustände bei gleichzeitig fehlendem Streßabbau,
5. ein gefühlsmäßig "leeres" Familienklima, unbefriedigende Eltern-Kind-Beziehungen, Gleichgültigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen,
6. Eltern, die selbst zeitintensive Mediennutzer sind,
7. nicht vorhandene andere Freizeitangebote.

Wenn die Eltern das "Computern" bei einer zwanghaften Bindung an die elektronischen Spiele verbieten, hilft das kaum. Das Verbot führt schnell zu Machtkämpfen, an deren Ende gegenseitige Hilflosigkeit und Ohnmacht stehen. Wichtiger ist es, gemeinsam mit dem Kind den Ursachen für die intensive Computernutzung auf die Spur zu kommen und nach Auswegen zu suchen. Lösungen, die sich dabei gegen das Kind richten, werden von ihm nicht anerkannt und verschärfen die Situation.

Diese Aufzählung ist für Eltern gedacht, die selbst noch nicht mit Computerspielen vertraut sind.

Der Markt der Computerspiele ist schier unüberschaubar. Es dürften zwischen 8.000 und 10.000 Spiele auf dem Markt sein. Die Lebensdauer eines Spiels - von "Longsellern" einmal abgesehen - ist relativ kurz. Nach drei bis fünf Monaten ist das Interesse zumeist erloschen.

Die für Kinder wichtigsten Computerspiele lassen sich folgenden Bereichen zuordnen:

Action-Spiele

Dazu zählen sowohl kampforientierte Spiele in Duell-Situationen (z.B. "Streetfighter") als auch Abschießspiele (z.B. Weltraumschlachten). Beliebt sind auch Schießspiele in Labyrinthen. Bei Jüngeren und insbesondere auch bei Mädchen sehr beliebt sind die "Funny Games": lustige, zeichentrickartige Spiele, die an Zeichentrickfilme erinnern.

Spielgeschichten

Hier muß der "Held" der Geschichte bestimmte Aufgaben und Rätsel lösen. Für das Überlegen kann man sich Zeit nehmen. Bei manchen Spielen muß sich der Spieler "Begleiter" suchen, die gemeinsam Abenteuer bestehen. Spielgeschichten sind wegen ihres Schwierigkeitsgrades eher für Ältere gedacht. Es gibt jedoch auch viele typische "Junior-Adventures".

Strategiespiele

Bei diesen Spielen ist trotz "heißer" Situationen der "kühle" Kopf gefragt. Es gibt Spiele, die das Ziel haben, feindliche Armeen zu besiegen und Länder zu erobern. Diese Spiele sind eher für Jugendliche und Erwachsene gedacht. Bei anderen Spielen steht der Spieler vor wirtschaftlichen Aufgaben: Er muß einen Sportclub managen, ein Eisenbahnnetz aufbauen, ein Hochhaus profitabel machen oder gar eine ganze Stadt angemessen verwalten.

Sport- und Fahrzeugsimulationen

Diese Spiele sind bei Kindern und Jugendlichen sehr beliebt. Sie haben Spaß daran, Autos und Motorräder zu lenken oder hinter einem Cockpit zu sitzen. Interessant ist es auch, sich als Fußball- oder Tennisstar zu beweisen, Tore zu schießen und die entscheidenden Punkte zu machen.

Edutainment

In den letzten Jahren haben sich Computerspiele entwickelt, die in besonderer Weise Spielen und Lernen miteinander verbinden. Es handelt sich um "lebendige" Computer-Bilderbücher für Kinder, in denen bestimmte Aufgaben zu lösen sind. Es gibt auch ausgesprochene Lernspiele, in denen Kinder ihre Fähigkeiten in Mathematik, Rechtschreibung und Denkopoperationen unter Beweis stellen können.

Verbotene Spiele sind weiter verbreitet, als manche Eltern oder professionell Erziehende ahnen. Verbote und Moralisieren hilft in der Regel wenig, führt fast immer dazu, daß der Umgang mit diesen Spielen heimlich geschieht. Es erscheint jedoch wichtig, daß Eltern mit Kindern das Gespräch suchen, um auf die Gefährdungen hinzuweisen, die von diesen Spielen ausgehen können. Und wichtig ist, daß der Erwachsene Stellung bezieht. Nur so kann man bei Kindern ein Bewußtsein für problematische Inhalte wecken. Übrigens: Sie können sich informieren. Die Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Schriften (BPS) in Bonn hat über 300 Computerspiele auf den Index gesetzt.

Empfehlungen zur Auswahl von Computerspielen:

1. Um einer Vereinzelnung beim Spielen vorzubeugen, sollte das Spiel so angelegt sein, daß sich mehrere Spieler möglichst zugleich beteiligen können.
2. Kaufen Sie selbst Spiele für Ihr Kind bzw. Ihre Kinder. Dabei sollten Sie den Spielinhalt nach dem Alter und den gefühlsmäßigen wie sozialen Fähigkeiten Ihres Kindes bestimmen. Für Kinder bedeutet Spiel vor allem Spaß, Kinder wollen Herausforderungen, ohne überfordert zu sein.
3. Achten Sie auf eine möglichst gute Grafik und klare Tonwiedergabe, die das Spiel angemessen unterstützt. Denken Sie daran: Die Hörelemente des Spiels können gefühlsmäßige Einflüsse nachhaltig verstärken. Deshalb sollten *Töne, Geräusche und Musik nicht überzogen drastisch gestaltet sein.*

4. Spiele haben für Kinder eine Vielfalt von Bedeutungen. Dies gilt auch für Computerspiele. Das Spiel muß eine Aufgabenvielfalt enthalten, dazu zählen das logische Denken, die Fähigkeit zu kombinieren, aber auch Reaktionsschnelligkeit.
5. Spiele sind für Kinder konstruktiv und schöpferisch, ähnliche Anforderungen muß auch das Computerspiel erfüllen. Simulations- und Abenteuerspiele gehen auf konstruktiv-schöpferische Elemente mehr ein als vordergründig-zerstörerische "Schießspiele".
6. Die Spiele sollten Möglichkeiten für Jungen und Mädchen bieten, sich selbst wiederzuerkennen, ohne traditionelle Rollenklischees zu fördern.
7. Beim Computerkauf achten Sie auf geringe Strahlung und hohe Bildwiederholfrequenz. Dies schont vor allem die Augen. Achten Sie auf die Prüfzeichen MPR-II oder TCO 92.
8. Die Stiftung Warentest empfiehlt zu Recht: Wenn man sich einen PC anschaffen will, sollte man überlegen, sich gleich einen "richtigen" Computer zu kaufen. Dieser kann für die Spiel- und Lernprogramme der Kinder genauso nützlich sein wie zur Unterstützung der Eltern. Videospiele-Konsolen sind zwar in der Anschaffung preiswerter und auch problemloser zu bedienen, lassen aber nur das Spielen zu.

Zusammenfassende Tips zum Umgang mit dem Computerspiel

1. Kinder brauchen Spiele, Unmittelbarkeit, Anschaulichkeit, Bewegung, den Kontakt zu Gleichaltrigen. Deshalb muß sich der Computergebrauch dem normalen Tagesablauf der Kinder unterordnen und nicht umgekehrt: Der Tagesablauf darf nicht auf den Computer hin ausgerichtet sein. Nach der anfänglichen Faszinationsphase ist der kindliche Computergebrauch im Hinblick auf andere Freizeitaktivitäten - wie bei anderen Medien auch - zeitlich zu begrenzen. Das Bedürfnis der Kinder nach Computer- und Videospiele wird um so geringer, je intensiver sie andere Freizeitmöglichkeiten nutzen können. Ein zeitweise auftretender heftiger Computergebrauch - bedingt durch Jahreszeit, die Entdeckung eines "neuen" Spiels, durch Freunde - ist kein Grund zur Beunruhigung.
2. Machen Sie sich bewußt, aus welchen Motiven Ihr Kind mit dem Computer spielt. Unterscheiden Sie die intensive anfängliche Faszinationsphase und die Ansprüche, die ein Kind in späteren Zeiten an den Computer stellt. "Zu viel computern" - das Maß ist schwer zu bestimmen, entscheidend ist der Anlaß, aus dem ein Kind an das Spiel herangeht. Wenn der Computergebrauch zur Flucht, zur Selbstisolation benutzt wird, dann ist selbst die kürzeste Zeit zu viel.
3. Wenn sich ein Kind dauerhaft wünscht, sehr intensiv mit dem Computer zu spielen, kann dies auch ein Hilferuf sein. Flucht in das Computerspiel, Isolation mit Hilfe von Medien ist meist Hinweis auf eine unbefriedigende Lebenssituation des Kindes. Kinder, die über wenig Selbstwertgefühl verfügen, die schulische Probleme haben, in einer gefühlsmäßig brüchigen Eltern-Kind-Beziehung leben, denen es an Halt und Orientierung fehlt, fliehen häufig in die Welt der Medien, sind durchaus in der Gefahr, im Sog der Medienfluten unterzugehen.
4. Computerspielverbote helfen in der Regel wenig, sie führen zu einem Machtkampf zwischen Eltern und Kindern, fördern kindlichen Widerstand und Protest. Verbote haben in der Regel keinen Rückzug vom Computern zur Folge, sie fördern einen Trend zur Heimlichkeit. Der Computergebrauch sollte weder als Belohnung noch zur Bestrafung verwendet werden. Dadurch gewinnt das Computer- und Videospiel an zusätzlicher Bedeutung.
5. Kinder brauchen, um in ein Computerspiel hineinzufinden, Zeit. Diese Zeit sollten Sie dem Kind lassen! Aber Kinder brauchen auch Eltern, die Maßlosigkeiten beim Computerspielen zeitliche Grenzen setzen. Das bringt Reibereien und Streit mit sich! Und lassen Sie sich nicht durch das Argument verunsichern, alle anderen Kinder dürften länger mit dem Computer spielen! Bleiben Sie konsequent.
6. Computererziehung sollte sich am Alter des Kindes orientieren: Ein 6jähriges Kind braucht engere zeitliche Grenzen schon aus gesundheitlichen Gründen, als ein 10jähriger Heranwachsender. Deshalb ist Computererziehung niemals abgeschlossen, sondern sie verändert sich mit der Entwicklung des Kindes. Je älter die Kinder sind, um so mehr Mitspracherecht haben sie, desto größer ist jedoch auch die Verantwortung, die die Kinder damit für sich übernehmen.

7. Wenn Ihnen Spielinhalte nicht gefallen, sagen Sie dies dem Kind auf diese Weise: "Ich mag nicht ..." und nicht: "Das Spiel ist ein Mist!" Vermeiden Sie Moralpredigten und besserwisserische Belehrungen. Wecken Sie Einsicht und Bereitschaft, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen.

8. Kinder brauchen Zeit zur Verarbeitung, zum Abbau der Spannungen, die das Computerspiel aufgebaut hat. Die Dauer hängt entscheidend davon ab, wie stark das Kind vom Spiel berührt wurde. Wenn ein Kind längere Zeit spielt, bieten Sie ihm kurze Entspannungsmöglichkeiten an, dies kann die Zeit des Spannungsabbaus verkürzen.

Es gibt keine ideale, widerspruchsfreie, vor allem reibungslose Computererziehung. Dies ist genauso normal wie in anderen Erziehungsfragen. Versuchen Sie aber, Widersprüche nicht zu verdecken, sondern im Gespräch mit den Kindern offen zu diskutieren und auszuhandeln. Dadurch wird allen Beteiligten deutlich, daß Computererziehung ein gegenseitiger und gemeinsamer Lernprozeß ist. Je lebendiger und offener solch ein Prozeß abläuft, um so besser!

3.1.2 Umwelt:

Städte
Verkehr
Warenhäuser
Spielzeug
Schule
Disco

Hörschäden bei Jugendlichen

Etwa 16 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Hörstörungen. Jeder 4. Jugendliche ist schwerhörig. Wissenschaftlern zufolge wird ein Drittel der Jugendlichen aufgrund von Hörschäden durch Freizeitlärm mit spätestens 50 Jahren ein Hörgerät benötigen.

Hauptursachen der Hörschädigung sind lautes Kinderspielzeug, Feuerwerkskörper, Musik durch elektro-akustische Verstärkung (in Walmen, Diskotheken, Musik - Großveranstaltungen etc.). Deshalb werden von den Ärzten und Fachleuten Lärmschutzmaßnahmen gefordert und Lärmpegelbegrenzungen durchgesetzt. Eine Hörschädigung ist ab einer Lautstärke von 85 dB (Dezibel) anzunehmen.

Nach neueren Untersuchungen ist bei Musik der hohe Frequenzbereich schädlicher als der tiefe Bassbereich. Deshalb gehen Bemühungen dahin, die Lautstärke bei Diskothekenmusik mehr durch Bässe und weniger durch Hochtonmusik zu erreichen.

Vom Deutschen Ärztetag wurden in diesem Jahr folgende Pegelbegrenzungen als Lärmschutz gefordert:

- · Für lärmgebendes Spielzeug und andere Geräte mit Ohrhörern bei Kindern unter 14 Jahren: Dauerschallpegel nicht höher als 80 dB.
- · Für tragbare und andere Geräte mit Ohrhörern : Begrenzung auf 95 dB;
- · in Diskotheken Begrenzung des Dauerschallpegels auf 90- 95 dB.

Merke: Die Dauerschädigung des Gehörs durch immer wiederkehrende Lärmbelastung ist das eigentlich Gefährliche für das Gehör- auch bei Kinder und Jugendlichen. Es kommt hier zu einem schleichen Hörschaden, den man erst viel zu spät realisiert- und dann ist es zu spät. Also nicht nur vor dem einmaligen Lärmschwall muss man Angst haben, sondern vor der zu lauten Dauerberieselung! Lärmbelastung führt zu einer Schädigung des Innenohres. Es muss nicht erst ein "Knalltrauma" beim Silvesterfeuerwerk oder die Dauerfolter eines Preßlufthammers sein, die das Ohr streiken lassen. Auch unterhalb der anerkannten Schädigungsgrenze von 85 dB können Schäden auftreten, insbesondere dann, wenn der Lärm oder die Geräuschkulisse als störend empfunden werden.

WAS GESCHIEHT BEIM NORMALEN HÖRVORGANG? WIE KOMMT ES ZU DEN IRRITATIONEN?

Das äußere Ohr besteht aus Ohrmuschel und äußerem Gehörgang. Das Trommelfell schafft eine Abdichtung zum Mittelohr, an das sich das Innenohr anschließt. Beim normalen Hörvorgang treffen Schallwellen über die Ohrmuschel und den äußeren Gehörgang auf das Trommelfell und bringen dieses zum Schwingen. Die Gehörknöchelchen des Mittelohres, nach ihrer Form Hammer, Amboß und Steigbügel genannt, verstärken die kaum wahrnehmbare Bewegung des Trommelfells und übertragen sie auf das Innenohr, wo Flüssigkeit in Schwingungen gerät und ihrerseits feinste Sinneshärchen mit Nervenzellen erregt.

Als Nervenimpulse werden die akustischen Informationen zum Gehirn geleitet und dort in einer engen Zusammenarbeit von verschiedenen Zentren zu Hör- und Sprachindrücken verarbeitet. Formen von Schwerhörigkeit muß grundsätzlich unterscheiden zwischen Störungen der Schalleitung (hier sind der äußere Gehörgang oder das Mittelohr betroffen) und Störungen der Schallempfindung (dies betrifft die kleinen Sinneshärchen im Innenohr, die Nervenbahnen zur Reizweiterleitung an das Gehirn oder die Reizverarbeitung im Gehirn selbst; also die Vernetzung des Hörzentrums mit den Sprach-, Erinnerungs- und Erkennungszentren des Gehirns).

Lärm ist die häufigste Ursache für erworbene Hörschäden. 85 Dezibel reichen hier schon aus, wenn sie über längere Zeit auf das Ohr einwirken. Zum Vergleich: Bei einer Unterhaltung entstehen ca. 60 Dezibel; auf einer befahrenen Straße ca. 80 Dezibel. Ein Walkman produziert durchschnittlich 95 Dezibel. Bei einem Rockkonzert werden spielend 100 Dezibel überschritten, ein lauter Lastwagen fährt in 5 Meter Entfernung mit ca. 90 Dezibel vorbei. Beachte: Laute Musik in Discos oder Techno-Musik aus den eigenen Lautsprechern mit Verstärker können einen Hörschaden hervorrufen! Auch Schlagzeugspielen, das bei Kindern zunehmend beliebter wird, nur mit Gehörschutz!

Jeder siebte deutsche Jugendliche leidet unter einer Minderung des Hörvermögens, meistens ist zu laute Musik in Diskos und Walkmen der Auslöser gewesen.

Merke : Jedes neu auftretende Ohrgeräusch, jedes dumpfe Gefühl, das nach einem Diskobesuch oder einer anderen Lärmexposition auftritt, sind Zeichen einer Belästigung und möglichen Schädigung unseres Ohres.

Techno macht Kinder tumb

Der Hirnforscher Professor Niels Birbaumer wertet den einseitigen Konsum von Techno und Rap als Desaster für die Entwicklung des Gehirns. Mit seinem Team hat er gemessen, was sich beim Hören welcher Musik im Kopf abspielt. Die stundenlange Berieselung führe zur Verblödung.

Gerade in der Pubertät sind die Kids von den Videoclips des Musiksenders MTV kaum weg zu bekommen - Klassik ist out. „Die Jugendlichen werden von der teils erotisch wirkenden Rhythmik der Popmusik in den Bann gezogen“, sagt Niels Birbaumer. „Das entspricht ihrem neuen Lebensgefühl“. Nicht nur die hormonelle Revolte des Körpers, auch die neue Vorliebe für Techno und Rap ist, so der Professor, „ein Desaster für die Hirnentwicklung“. In aufwendigen Versuchen hat sein Team gemessen, was sich beim Hören unterschiedlicher Musik im Kopf abspielt.

EEG Ableitungen brachten an den Tag, daß die Strukturen der Musik sich exakt in der Aktivität der Hirnrinde widerspiegeln. Klassische Musik resultierte in hochkomplexen neuronalen Mustern, Rock und Reggae lassen die Kurven dagegen flacher werden. „Bei Kindern, die ausschließlich Popmusik hören, kommt es zu regelrechten Einbrüchen in der Hirnaktivität, wenn sie sich davon berieseln lassen“, sagt Birbaumer.

„Das ist ein Zeichen für eine völlige geistige Entspannung“, so der Verhaltenspsychologe, „aber es besteht die Gefahr, daß Entspannung und Verblödung in diesem Fall nah beieinander liegen.“

3.2 Situation der Eltern

Karriere, Stress, eheliche Disharmonie

3.3 Schulische Erziehung

Notengebung

3.4 Organische Bedingungen für mangelnde Widerstandskraft und Aufmerksamkeitsstörungen

3.4.1 Krankheiten

Wenn ein Kind während der Kindheit Impfungen und gegen Infektionen regelmäßig Antibiotika erhielt, ohne, daß vorher eine Heilung mit natürlichen Heilweisen versucht wurde, konnte der Organismus keine Widerstandskraft selbst herstellen, da ihm die Erstarkung der eigenen Immunkräfte in der Auseinandersetzung mit der Krankheit erspart blieb. Da innerhalb der ersten sechs Lebensjahre die seelische Entwicklung sehr eng mit den Ereignissen im Organismus verkoppelt ist, bildet sich auch im Seelischen des Kindes keine oder nur eine geringe Widerstandskraft aus. Woran merken Sie das als Eltern ?

Sie merken das an folgenden Zeichen: Wenn Ihr Kind meckrig und näfzig ist und erhebliche Probleme in der Begegnung mit neuen Situationen hat und wenn es eine auffallend geringe eigene Stabilität und Flexibilität (Beweglichkeit) im Kennenlernen neuer (im Umgang mit neuen) Situationen und Menschen zeigt; wenn es Über-Sensibilität und Ängstlichkeit vor allem gegenüber Unbekanntem zeigt, sein exploratives (erkundendes) Neugierverhalten auffallend reduziert ist, wenn es sehr ängstlich ist, zu „anhänglich“ wird und rasch unter Belastung erkrankt - vor allem an wiederkehrenden Infektionen der Atemwege und wiederkehrenden Banalinfektionen, die sich hartnäckig halten.

In diesen Fällen sollten Sie mit einem Behandler für Naturheilverfahren prüfen, wieweit bereits ein Behandlungs- und Medikamentenschaden vorliegt (Antibiotikaschaden). Es gibt Behandlungsverfahren, mit denen - vor allem wenn früh genug eingesetzt - noch eine gewisse Gesundung und Nachreifung und eine Verbesserung der körperlichen und seelischen Robustheit erreicht werden kann.

3.4.2 Vitalstoffdefizite und Umweltschäden

Das Gehirn wird ständig gefordert, ohne dass ihm dazu immer die notwendigen Nährstoffe zur Verfügung stehen. Bei Energiemangel reagiert das Gehirn sofort, weil es das Organ mit dem größten Energiebedarf darstellt. Fehlen die notwendigen Nährstoffe, laufen einige der Hirnfunktionen verlangsamt oder nicht mehr ausreichend ab. Hochwertige Nährstoffe wie Spurenelemente, Omega 3- und 6-Fettsäuren und hochwertige Proteine werden für die Bildung von Botenstoffen im Gehirn, den Neurotransmittern, benötigt.

Durch den zunehmenden Stress werden mehr Vitalstoffe verbraucht und benötigt. In unseren heutigen Lebensmitteln sind leider nicht mehr alle Stoffe in dem Umfang vorhanden, die Körper und Gehirn benötigen. Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche, deren Körper und Gehirn im Wachstum begriffen sind. Oft stammt die Nahrung in Schul-Cafeterias und Mensen von überdüngten, übersäuerten und ausgelaugten Böden. Nur was im Boden ist, kann auch im darauf gewachsenen Nahrungsmittel sein.

Colagetränke, Weißmehlprodukte und Zucker entmineralisieren den Körper. Schwermetalle wie Blei, Aluminium, Cadmium und Blei im Trinkwasser, in Atemluft und Lebensmitteln wirken sich zusätzlich negativ auf Gehirnfunktionen aus und können zu Konzentrations- und Lernschwächen sowie zu Verhaltensstörungen wie Stimmungsschwankungen, Aggressionen und Antriebsschwäche und Lethargie führen. Die tolerablen Grenzwerte von Schwermetallbelastung und anderen Umweltgiften oder Zusatzstoffen in Lebensmitteln sind für Erwachsene mit 70 Kilo Gewicht berechnet worden. Das geringe Gewicht von Babies, Kleinkindern und Schulkindern blieb dabei unberücksichtigt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang ein System zur Reinigung und Energetisierung des Trinkwassers, da das Wasser aus der Leitung durch Schwermetalle zum Beispiel aus Blei- und Kupferrohren teilweise stark belastet ist.

Bei vielen Kindern mit ADS wurde eine Schwermetallbelastung nachgewiesen. Für Kinder ist eine optimale Versorgung mit Nähr- und Aufbaustoffen fürs Gehirn wichtig, um eine optimale Gehirnleistung zu gewährleisten. Kinder reagieren schon sehr früh auf die wachsende Schere zwischen geistigem Leistungsdruck und Energiemangel im Gehirn mit psychosomatischen Auffälligkeiten, Lernschwächen und Verhaltensstörungen bei oft überdurchschnittlicher Intelligenz.

Das „Hyperkinetische Syndrom“, früher „Minimale zerebrale Dysfunktion“ (MCD) genannt, wird zunehmend als Folge eines Energiemangels im Gehirn diskutiert und mit einem Mangel an Neurotransmittern wie Dopamin und Serotonin in Zusammenhang gebracht. Allerdings wird nur selten die „Frage nach den „Ursachen der Ursachen“ gestellt. Wie kommt es, dass ein Syndrom, das früher selten war, heute so verbreitet ist, dass Kinder mit ADS in jeder Kindergartengruppe und Schulklasse zu finden sind?

Als Ursache der Störung gilt ein neurobiologisches Defizit im Gehirn-Stoffwechsel. Durch einen Mangel an Neurotransmittern werden Informationsverarbeitung, Weiterleitung von Nervenimpulsen und die damit zusammenhängende Fähigkeit zur Aufmerksamkeit geschwächt. Die Frustrationstoleranz ist niedriger als normal und die Gewaltbereitschaft höher.

Die Ursachen des hyperkinetischen Syndroms oder von ADS sind vermutlich multikausal. Offenbar wird ADS durch *zu viel Fernsehen, zu viele Computerspiele* und *eine Laissez-Faire-Erziehung* verstärkt, darüber hinaus auch durch bestimmte *Zusatzstoffe* in Lebensmitteln, durch *Weißmehlprodukte* und *Süßigkeiten*.

Die Disposition dafür scheint erblich zu sein. Mehr als 6000 wissenschaftliche Publikationen sind bisher zu diesem Thema erschienen.

Untersuchungen an betroffenen Kindern und Erwachsenen zeigen, dass der Zuckerstoffwechsel verlangsamt ist und Teile des Gehirns, die für Aufmerksamkeit zuständig sind, mit zu wenig Glukose versorgt werden. Einige Forscher machen dafür Schwermetalle wie Blei und PCBs verantwortlich, andere Hypoglykämie durch den Verzehr von Zucker und anderen einfachen Kohlenhydraten. Etwa drei von vier Kindern, die unter dem hyperkinetischen Syndrom leiden, sind gegen Pollen, Hausstaub und Allergene in Nahrungsmitteln allergisch, was auf eine herabgesetzte Widerstandskraft des Immunsystems hinweist. Allergien, Schwermetalle und Antibiotika werden mit dem Syndrom in Zusammenhang gebracht.

3.4.3 Biologische Vollwertkost

Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine konsequente Ernährungsumstellung auf „Vollwert“ und „Bio“ oft den entscheidenden Durchbruch bringt. *Hans Krautstein* schrieb in „Schrot & Korn“ vom Dezember 1999: „Hierzu gehört nicht nur das vorübergehende Meiden der ermittelten Allergene, sondern auch eine vitalstoffreiche, vollwertige Kost.“ Es geht also nicht nur darum, bestimmte Stoffe wegzulassen, sondern um das Zufügen bestimmter Stoffe, ohne die das Gehirn nicht optimal arbeiten kann! Angesichts der Vitalstoffarmut unserer Lebensmittel selbst aus biologischen Land- und Gartenbau, wenn auch nicht so gravierend wie aus der industrialisierten Landwirtschaft, ergibt sich die Notwendigkeit der Ergänzung unserer Nahrung mit natürlichen, konzentrierten Lebensmitteln.

3.4.4 erbliche Bedingungen

OBST UND GEMÜSE VERLIEREN AN QUALITÄT

Auszüge aus einem Artikel aus „Welt am Sonntag“ vom 18.03.2001

Die Qualität von Obst und Gemüse hat seit rund 50 Jahren erheblich abgenommen, wie englische Ernährungswissenschaftler festgestellt haben. Der Wunsch des Kunden, nur das zu kaufen, was seinem Auge gefällt, hat zu einem dramatischen Rückgang an Mineralien und Spurenelementen in den Früchten geführt.

Der Wissenschaftler David Thomas in Sussex untersuchte verschiedene Obst- und Gemüsesorten auf diese Stoffe und verglich die Ergebnisse mit Daten aus den frühen 40er Jahren. Das Ergebnis: Die Anteile lebenswichtiger Mineralien gingen in diesem Zeitraum bei einigen Sorten um weit mehr als 50% zurück, Brokkoli verlor in fünf Jahrzehnten 75% seines Kalziums, das Zähne und Knochen stärkt.

Hier einzelne Werte:

Verlust an	
Kupfer in Kresse	93%
Magnesium in Möhren	75%
Eisen in Steckrüben	71 %
Eisen in Spinat	60%
Phosphor in Kartoffeln	47%
Eisen in Orangen	67%
Natrium in Avocados	62%
Kalzium in Erdbeeren	55%
Kalium in Passionsfrüchten	43%
Kalzium in Himbeeren	39%
Kalzium in Brombeeren	35%
Kalium in Rhabarber	32%

3.5 Moderner Materialismus

Drogen, Sinnentleerung in Verbindung mit materieller Übersättigung, Herabstufung menschlicher und sozialer Werte. Siehe hierzu den Abschnitt über „Belohnung als Verstärker“ (3.1.2).

4 Abhilfe

4.1 Die vier Arten des Lernens

Es gibt vier hauptsächliche Arten, die dafür verantwortlich sind, daß wir etwas lernen.

4.1.1 Modell-Lernen, Imitation, Vorbild

Dies ist die wichtigste Art des Lernens. In der frühen Kindheit sind die primären Bezugspersonen (meist also die Eltern) die Vorbilder für kindliches Verhalten. Später werden es die Lehrer, in der Pubertät können es Rock- und Popgrößen sein, oder Vorbilder wie geschichtliche, religiöse oder Forscherpersönlichkeiten, große Politiker usw.

4.1.2 Belohnung als Verstärker

Ein Verhalten, das unmittelbar von einer Belohnung gefolgt wird, wird dadurch verstärkt. Wenn Sie ihr Kind für etwas loben, kann dies eine verstärkende Wirkung für das erwünschte Verhalten haben. Beliebte - wenn auch fragwürdige - Verstärker sind oft Süßigkeiten, besser ist ein gemeinsames Spiel mit dem Kind oder seine Lieblingsmahlzeit. Noch besser ist einfach nur anerkennendes und ehrlich gemeintes Lob. Materielle Belohnungen verstärken auch die materielle Ausrichtung Ihres Kindes, was eine materielle Haltung zur Folge hat - die Neigung, alles nach dem äußeren materiellen Schein zu beurteilen, wird verstärkt. Kinder sind heute sehr oft materiell „sattiert“, also gesättigt. Sie haben vom CD-Player übers Fahrrad, Mountainbike bis hin zum Fernseher alles. In diesem Falle fällt es schwer, ein Kind überhaupt noch zu motivieren. Wozu soll das „satte Kind“ denn noch etwas tun, wenn seine materiellen Bedürfnisse bereits (über)erfüllt sind? Lustlosigkeit, mangelnde Belastbarkeit, Antriebsarmut, unangemessene Anspruchshaltung, Verwöhntheit, Nachlässigkeit, Gereiztheit, Aggressivität können Anzeichen einer solchen Sättigung sein, die regelmäßig Vorläuferin und Begleiterscheinung der kindlichen und jugendlichen Depression - „nichts macht noch Sinn - alles ist sinnlos“ - ist. Dann sind Sie als Eltern schon recht weit in die Sackgasse geraten, und Ihre Kinder mit.

Ihr Lob sollte also vor allem die Funktion haben, die Selbstbestätigung des Kindes in solcher Weise zu fördern, daß es sich selber freut, wenn es aus eigener Kraft etwas erreicht hat. So baut es Selbstbewußtsein auf, aus der es seelische Energie erhält. Aufbau eines Wertebewußtseins als eines Bewußtseins ideeller, also nicht materieller Werte wie „Ehrlichkeit“, „Fleiß“, „Hilfsbereitschaft“ etc. bedarf einer Nutzung des nicht-materiellen Belohnungssystems durch die Eltern; denn wo ist der persönliche materielle Nutzen eines Abgebens einer Geldbörse, die mit 480 DM gefüllt ist?

4.1.3 Konditionierung

Eine Konditionierung liegt vor, wenn uns das Wasser im Mund zusammenläuft, wenn wir intensiv an eine Zitrone denken. Die Höflichkeits-„Dressur“ unserer Vorväter hatte etwas von Konditionierung an sich - aufstehen, wenn eine Dame den Raum betritt, ihr die Türe aufhalten etc. Die Hand geben zur Begrüßung ist eine Konditionierung. Konditionierte Abläufe benötigen zu ihrem Vollzug keines besonderen Nachdenkens - sie sind „eingeschliffen“. Diese Art des Lernens spielt eine Rolle z.B. beim Vokabellernen - ist die Vokabel einmal gelernt, produziert das englische Wort „table“ automatisch sein deutsches Gegenstück „Tisch“.

4.1.4 Reziproke Affekte

Im Umgang mit Menschen gibt es ein Gesetz: Jeder Mensch hat eine starke Tendenz, Ihnen denselben Affekt zurückzugeben, mit dem Sie zu ihm kommen. Wenn Sie also jemanden lächelnd begrüßen, wird es dem Gegenüber schwerfallen, dies mürrisch zu erwidern - er wird in der Regel ebenfalls lächeln. Wenn Sie zu jemandem aggressiv sind, wird derjenige etwas Anstrengung aufwenden müssen, Ihnen freundlich zu entgegnen. Oft „gibt ein Wort das andere“ und beide liegen miteinander im Streit und „schaukeln sich hoch“. Wenn Sie um das Geheimnis der reziproken Affekte wissen, können Sie auch jemanden, der grad nicht ganz so gut drauf ist, stimmungsmäßig aufhellen.

4.2 Aufmerksamkeit und Konzentration

4.2.1 Modi oder Perspektiven der „Aufmerksamkeit“

Kapazität der Ausdauer der selektiven Ausrichtung (des selektiven Ausgerichtet Seins)

Diffusion - Fluktuation - Konzentration - Perseveration - Stagnation

4.2.2 Trainingsmethoden

4.2.2.1 Impulsivität - Reflexivität

Reaktions**verzögerung** trainieren

Üben, die Qualität der Leistung zu beachten (stetiges feed-back über Leistungsgüte)

4.2.2.2 Kognitive Selbststeuerung durch inneres Sprechen

Trainer arbeitet und kommentiert sich selbst

Kind arbeitet und Trainer kommentiert das Kind

Kind arbeitet und Kind kommentiert sich selbst laut

Kind arbeitet und kommentiert sich selbst leise

Kind arbeitet und kommentiert sich selbst in Gedanken

4.2.2.3 Konzentration und Ausdauer

Rätsel (kein Kreuzwort) üben,

Dreieck und anderes abschrägen;

Würfel: in der Vorstellung Mittelpunkte der Flächen verbinden (Oktaeder);

Erinnerungsbilder von vor kurzer Zeit gesehenen Dingen zurückrufen und „schauen“ - einige Minuten Aufmerksamkeit darauf lassen;

Pflanze in Gedanken entstehen und vergehen lassen.

4.2.2.4 Belohnungssysteme (Perlen, Münzen etc.) einsetzen

4.3 Sachlichkeit, Klarheit, Folgerichtigkeit des Denkens durch Kontemplative Betrachtung

Alltagsgegenstände wie Bleistift, Schere etc. vergegenwärtigen: Material, Größe, Farbe; Zusammenhang mit Funktion und Zweck; Herkunft und Art der Herstellung.

4.4 Gedächtnis

Bewußtes Verlegen

Rückwärts Vorstellen (z.B. des vergangenen Tages (abends) - vom Abend bis zum Morgen schrittweise rückwärts gehen)

4.5 Rituale und Rhythmen

Rituale und Rhythmen spielen eine besondere Rolle und werden von den meisten Eltern und vielen Lehrern bereits intuitiv im Umgang mit den Kindern angewendet.

In der Grundschule - vor allem den ersten Klassen - hat sich bewährt, morgens zu Beginn des Unterrichts erst einen Sitzkreis (ca 15 - 20 Minuten) zu machen, in dem jedes Kind die *Möglichkeit* hat, zu äußern, was das Kind besonders bewegt.

Nach der großen Pause sind die Kinder heute meist mehr aufgekratzt als ausgeruht und erfrischt. Es ist eine empfehlenswerte Übung, einen Moment der Stille einzuüben - was meist einige Minuten dauert, bis es soweit ist - und dann einen leichten Gegenstand fallen zu lassen, der im Aufprall ein grad eben wahr-

nehmbares Geräusch macht und nur wahrzunehmen ist, wenn alle Kinder für einen Moment absolut muckmäuschenstill sind. Sie können raten, was es sein könnte. In den darauffolgenden 15 bis 20 Minuten wird unter Begleitung durch sehr leise Musik und absolutem Verbot zu Sprechen, sich zu melden oder den Platz zu verlassen, Stillarbeit gemacht, wobei die Kinder einen Ermessensspielraum haben, aus angebotenen Aufgabenmaterial auszuwählen - es sollte für jedes Kind etwas Passendes dabei sein.

Gegen Ende des Unterrichts kann wiederum ein Stuhlkreis den Schultag beschließen: „Was mir heute besonders (positiv) aufgefallen ist“, „wem ich heute eine Anerkennung aussprechen möchte“.

4.5.1 Rituale

Rituale (zum Beispiel des Ins-Bett-Gehens, Aufstehens usw.) stellen einerseits Symbole der Sicherheit dar. Sie sind ruhespendende Ankerpunkte, die dem Kind das Gefühl von Geborgenheit, Schutz und „zu Hause sein“ vermitteln. Eltern erleben selbst oft, daß Kinder Probleme haben, wenn die gewohnten Rituale des zu Bett Bringens einmal nicht durchgeführt werden: Für das Kind ist dann etwas „nicht in Ordnung“, etwas „fehlt“, eine gewisse Unruhe ist fühlbar.

Rituale sind die *Vorboten symbol- und werthafter Erlebens*, das so notwendig zur späteren seelischen Gesundheit ist, insbesondere über das Erzählen - später das Lesen - von Märchen (Vorschulalter bis 7. Lj., Bettelheim: Kinder brauchen Märchen, Paperback), von Sagen und Legenden (2. und 3. Schuljahr) und germanischer und griechischer Mythologie (4. und 5. Schuljahr).

4.5.2 Rhythmen und Regelmäßigkeiten

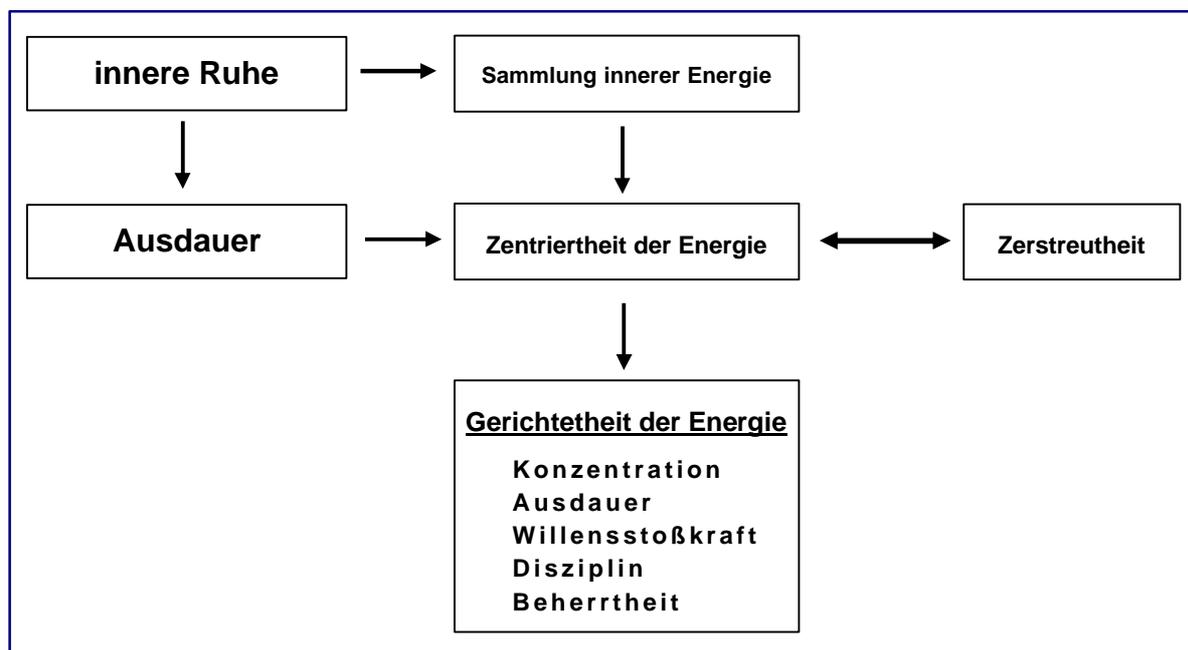
Rhythmen sorgen dafür, daß der Organismus in seinen Funktionen gestärkt wird - *regelmäßige* Zeiten der Ruhe und der Aktivität, des Spielens und des Arbeitens, des zu-Bett-Gehens und Aufstehens, der Nahrungsaufnahme und Ausscheidung sorgen für stabile physiologische Funktionen und erhöhte Widerstandskraft. Rhythmische Gliederung des Tageslaufes schafft Ordnung und wirkt dem Reizchaos entgegen, dem Kinder heute ausgesetzt sind.

Ganz konkret schließlich sind rhythmische Übungen wie klatschen, trommeln sehr gute Übungen, die chaotische Energie der Kinder in rhythmische Bahnen zu lenken und zu ordnen.

4.6 Innere Ruhe und Sammlung als Voraussetzung für Ausdauer und Konzentration

4.6.1 Die Rolle von Entspannungsverfahren

Zeiten äußerer und innerer Ruhe spielen sowohl für Eltern als auch für die Kinder eine zentrale Rolle. Ohne sie ist realistischweise nicht damit zu rechnen, daß eine Verbesserung in Konzentration und Ausdauer der Aufmerksamkeitssteuerung erreicht werden kann.



Die zentrale Rolle der Entspannung in Kind, Eltern und Familie wird dadurch unterstrichen, daß unter den diversen evaluierten Behandlungsverfahren aus dem gesamten Spektrum der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden - verhaltenstherapeutische Techniken (Modell-Lernen, positive Verstärkung, Diskriminationstraining, Problemlösetraining), Elternt raining (Verbesserung der Erziehungskompetenz, Kommunikationstraining, Vermittlung von Techniken zur Verhaltensmodifikation), Behandlungspaketen (multimodalen Ansätzen für betroffene Kinder, Eltern und Lehrer), Selbstinstruktionstraining (Versprachlichung bei Problemlöseaufgaben, verbale Selbststeuerung) - die Entspannungs- und verhaltenstherapeutischen Verfahren sich als Methoden mit den besten Wirkungen erwiesen. (s. Kap. 5.3., S. 57) Meditation ist für Kinder frühestens ab etwa dem 10. - 13. Lebensjahr durchführbar, falls ein Elternteil ebenfalls meditiert. Für die Eltern und Pädagogen ist es aber eine *erste Empfehlung*. Siehe hierzu auch Kap. 4.6.4 über Yoga, Seite 46: Es gibt sehr gute Erfahrungen bzgl. *Yoga mit Kindern*.

4.6.2 Advaita-Meditation

Hier wurden in der Vergangenheit vor allem Entspannungstechniken wie Autogenes Training und progressive Muskelrelaxation (z.B. Jacobson) angewendet, die allerdings von den meisten nach relativ kurzer Zeit wieder aufgegeben werden. Als Technik mit der geringsten Ausfallrate hat sich wegen ihrer Einfachheit, Voraussetzungslosigkeit und ihrer durch andere Techniken nicht erreichten Effektivität auf seelischer, geistiger und physiologischer Ebene die Advaita-Meditation herausgestellt.

Die Advaita-Meditation (in der Technik identisch mit der „Transzendentalen Meditation“, aber unabhängig von deren Organisationen) hat sich seit zwanzig Jahren bei einer großen Zahl von aufmerksamkeits- und hyperaktivitätsgestörten Kindern und Eltern bewährt.

Dies wird rasch verständlich, wenn wir uns den eigentlichen Stichworten unseres Themas - *Reizüberflutung* mit der Folge der *Aufmerksamkeitsstörung* und *Hyperaktivität* - noch einmal direkt zuwenden. Alle drei sind gekennzeichnet durch ein Übermaß an nervlicher Reizung, das vom Nervensystem und Gehirn nicht mehr in geordnete Bahnen gelenkt werden kann. Die Sinne sind überreizt und der Geist wird mit einer solchen Fülle an Informationen bombardiert, daß er sie nicht mehr bewältigen, nicht mehr einordnen kann. Die bereits mehrfach - in den Abschnitten zum Fernsehen und Video - genannten Symptome und Beschwerden wie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Einsamkeit, Aggressivität, Geiztheit, Lustlosigkeit, Unmotiviertheit, „Null-Bock-Stimmung“ usw. sind die natürliche Folge.

Die entscheidende Rolle der *Reizüberflutung* als eine der hauptsächlich verursachenden Bedingungen in diesem Geschehen kann als gesichert gelten. Aufmerksamkeitsstörungen wie Hyperaktivität können vor allem als *Folgen* fortwährender Überreizung der Sinne, des Nervensystems und des Geistes angesehen werden. Während nun eine bereits vorhandene Aufmerksamkeitsstörung mit/oder Hyperaktivität als *innere* Bedingung des Organismus eher schwer zu ändern ist, ist demgegenüber Reizvielfalt als externes Merkmal der Umwelt ein Angriffspunkt, an dem Änderung ansetzen kann, denn dort kann eingegriffen werden. Es bietet sich daher als leichtestes Mittel zunächst an, die Reizüberflutung einzudämmen, zu verringern.

Wie ?

Ganz einfach: Durch **Reizentzug - Reizdeprivation**.

Wie können Sie sich das vorstellen ?

Da Reizüberflutung zu einer Überaktivität / Überaktiviertheit der Sinne führt, die wiederum Geist / Intellekt und das Gefühlsleben mit Informationen - in großer Menge und kurzer Zeit, also hektisch und rasch - bombardieren, ist einleuchtender Weise die Reizverarmung der Sinne (Außenreizverarmung) und die Erzeugung eines ruhevollen Zustandes des Geistes das Mittel der Wahl. Eine der weisesten und ältesten Methoden und zugleich eine der wirkungsvollsten Techniken hierzu ist *Advaita-Meditation*.

Wie erreicht Meditation die Abkoppelung der Sinne von ihren Reizobjekten ? Indem sie die Sinne nach innen wendet. Es ist also nicht nötig, die Außenweltbedingungen zu ändern, denn die Meditation lenkt die Sinne von den äußeren Objekten weg / ab und nach innen, wodurch sie von ganz alleine ruhig werden, da ein überreiztes und überaktiviertes System sich nach Ruhe sehnt und die Sinne dem Geist weniger Reize senden. Ebenso wie die Aktivität, so ist auch Ruhe des Geistes und des Nervensystems ein Grundzustand des Organismus, der sich mühelos und spontan herstellt, wenn man dem Organismus die

Gelegenheit dazu gibt. Anstatt des fruchtlosen Versuches, die Außenreize abzustellen, was selten ganz gelingt, kommt der Geist durch Wendung der Sinne nach Innen zur Ruhe.

Wie funktioniert das ?

Nun, das aktive nach-außen - Gehen der Sinne benötigt die meiste Energie. Wenn also die Sinne sich durch Verringerung ihrer Aktivität nach innen wenden, sparen sie Energie bzw. sie erhalten Energie. Dies ist ein angenehmer Vorgang, was zu einer Verstärkung der Aktivitätsreduktion führt. Verstärkte Verringerung von Aktivität bringt Sinne und Geist immer weiter in den Bereich bewußter Stille hinein.

Dies läßt sich körperlich, seelisch sowie geistig messen. Ich bringe daher auf den nächsten Seiten ausschnittsweise eine Übersicht über die wichtigsten Meditationseffekte in verschiedenen Bereichen.

Advaita-Meditation: Wirkungen

Inhalt:

I Stress-Resistenz und Stressbewältigung durch Meditation:

- körperliche Ruhe: Verringerung des Sauerstoffverbrauches
- Tiefe der Entspannung: Zunahme des Hautwiderstandes
- Alpha-Zustand: Entspannte, ruhevolle Wachheit
- Stress-Resistenz 1: Verringerung des Stress-Hormons Cortisol
- Stress-Resistenz 2: Anti-Stress-Training beginnt mit Meditation
- Stress-Resistenz 3: Mit Meditation von „überdurchschnittlich gestresst“ nach „überdurchschnittlich stressresistent“ wechseln
- Psychosomatische Stabilität - rasche Abnahme von Beschwerden und Symptomen
- größere vegetative Stabilität und Anpassungsfähigkeit

II Körperliche Auswirkungen der Meditation

- Verzögerung des Altersprozesses
- Blutdrucknormalisierung vor allem bei Bluthochdruck
- verbesserte Ökonomie der Herz- und Kreislaufsituation
- Verkürzung der Einschlafzeit - von 75 auf 15 Minuten in wenigen Wochen

III Mentale Auswirkungen der Meditation

- Erhöhter Alpha-Wellen-Anteil
- Höherer kortikaler Ordnungsgrad der Hirnfunktionen
- Physiologische Merkmale: Turiya - der vierte Hauptbewußtseinszustand
- schneller arbeitendes Gehirn

IV Gesundheit heißt weniger Krankheit

- Meditation und Krankenversicherung/Krankenkasse
- Effektivität von Entspannungsverfahren im Vergleich

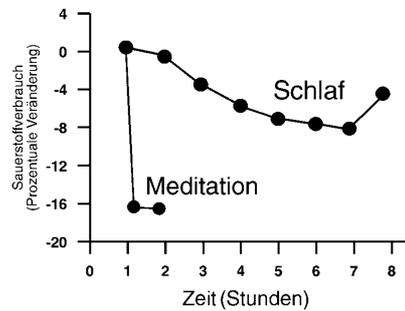
I. Meditation: Stress-Resistenz und Stressbewältigung

KÖRPERLICHE RUHE

Ruhe....

Bereits bei Meditationsanfängern sinkt die Stoffwechselrate (hier am Beispiel des Sauerstoffverbrauches bei der Atmung) innerhalb weniger Minuten markant ab: Zeichen für einen rasch eintretenden Zustand tiefer körperlicher Ruhe und Entspannung. (1)

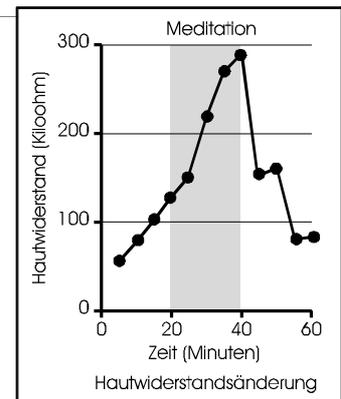
MEDITATION UND STOFFWECHSEL



TIEFE DER ENTSPANNUNG

Tiefe der Ruhe.....

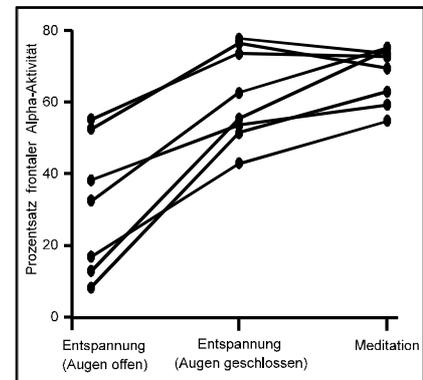
Während in Phasen von Stress oder Angst der Hautwiderstand abnimmt, weist die Zunahme des Hautwiderstandes während der Meditation auf einen tiefen Entspannungszustand mit verringerter physiologischer Stress- und Angstbereitschaft hin. (2)



ALPHA = RUHEVOLLE WACHHEIT

Alpha im EEG

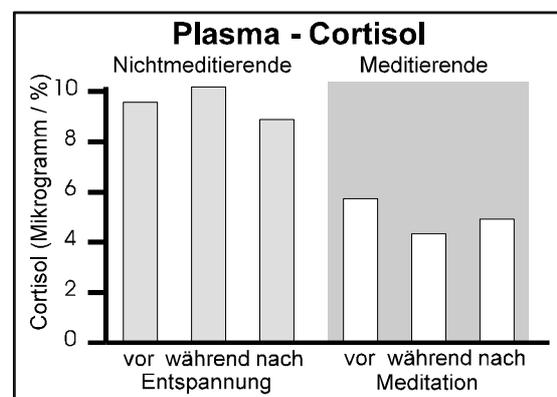
Meditierende zeigen signifikant mehr Alpha-Wellen im Zustand der Entspannung bei geöffneten Augen als Nichtmeditierende in derselben Bedingung; ebenso mehr Alpha in der Meditation im Vergleich zu nicht-meditierenden Kontrollpersonen in Entspannung. Alpha in Meditation war wiederum stärker ausgeprägt als während einfacher Entspannung. (3)



STRESS - RESISTENZ 1

Dauer des Effektes

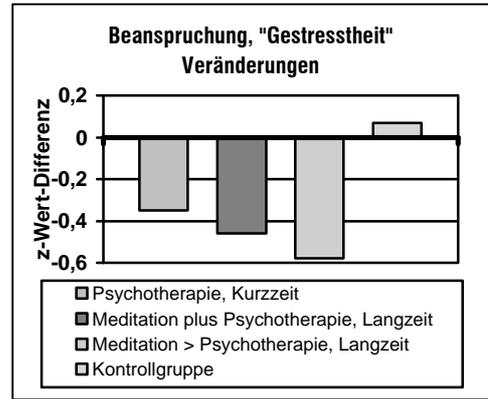
Ein zu hoher Cortisolspiegel ist ein Indikator erhöhter Angstneigung und Anfälligkeit für Krankheiten. Der deutlich geringere Anteil von Plasma-Cortisol im Blut Langzeitmeditierender mit mehreren Jahren Meditation im Vergleich zu Kurzzeitmeditierenden ist die Folge eines niedrigeren physiologischen Stress-Niveaus und erhöhter psychophysiologischer Stress-Resistenz und Stabilität. (4)



STRESS - RESISTENZ 2

*Meditation
VOR allem
anderen....*

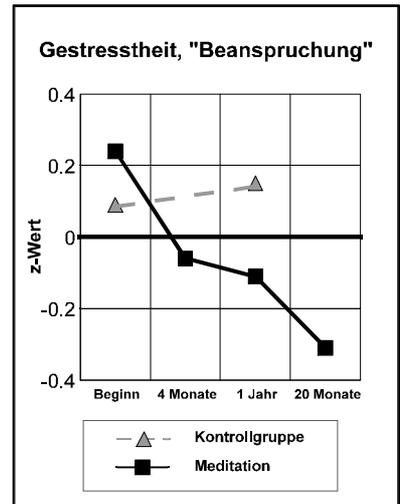
Meditation, einige Monate später gefolgt von psychologischem Training, ist auf längere Zeit - ein bis zwei Jahre - gesehen, wirksamer in der Verringerung von Stresserleben als 6 Monate Psychotherapie (Kurzzeit) oder als der gleichzeitige Beginn von Meditation und psychologischen Methoden. Die Messung erfolgte mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R. (5h)



STRESS - RESISTENZ 3

von unterdurchschnittlich nach überdurchschnittlich

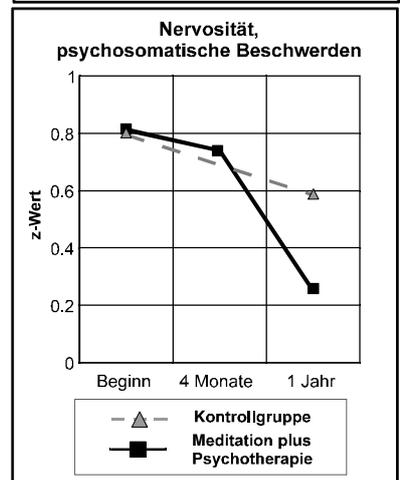
Bemerkenswert ist, daß die Advaita-Meditation die zu Anfang der Untersuchung deutlich erhöhte Gestresstheit der Probanden nicht nur bis zum Normbereich des Üblichen reduzierte, sondern daß die Verbesserung auf die Dauer von ein bis zwei Jahren gesehen das zu erwartende Maß - den normalen Durchschnittswert der Bevölkerung - deutlich zu einem besseren, also überdurchschnittlich stressfreien Wert hin, überschreitet. Das subjektive Erleben relativer Stressfreiheit markiert die Reibungslosigkeit, mit der zielführende Aktivitäten in diesem Zustand von Entspannung ausgeführt werden. (5h)



PSYCHOSOMATISCHE STABILITÄT

Cool ...

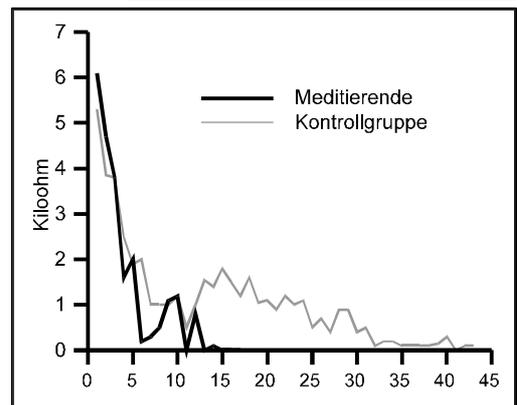
Untersuchungen an Patienten zeigen eine beeindruckend rasche Abnahme psychosomatischer Beschwerden (beispielsweise Symptome an Herzkreislauf wie Bluthochdruck und mangelnde Durchblutung, Magen-Darm - Störungen bei seelischer Belastung, Kopfschmerzen, Schwitzen, Nervosität, Schreckhaftigkeit, Unruhezustände, Ängstlichkeit, Erröten, Schlafprobleme) nach dem Lernen der Meditation, ein Hinweis auf eine schnell zunehmende psychosomatische Stabilität. Dabei ist das Ausmaß der Verbesserung rund doppelt so groß wie bei Psychotherapie alleine. (5d, h)



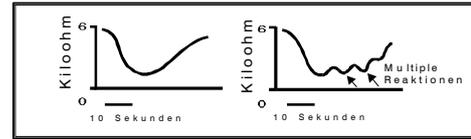
PSYCHOPHYSIOLOGISCHE STABILITÄT UND ANPASSUNGSFÄHIGKEIT

noch cooler....

In der galvanischen Hautreaktion auf Stressreize sinkt die Antwortamplitude Meditierender deutlich rascher ab als bei Nicht-Meditierenden, außerdem erholt sich das Nervensystem nach jedem Reiz schneller: Zeichen einer größeren Stabilität des Nervensystems plus größerer Fle-



xibilität und Anpassungsfähigkeit in Bezug auf unerwartete Stressreize der Umwelt. Meditation steigert daher die Ökonomie und Effizienz, mit der das Nervensystem mit der Umwelt umgeht. (6)

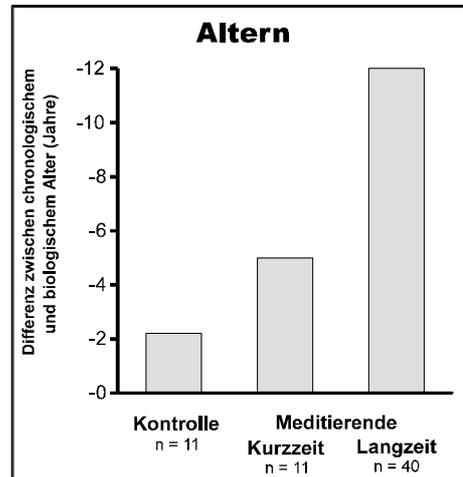


II. Körperliche Auswirkungen der Meditation

VERZÖGERUNG DES ALTERSPROZESSES

In einer standardisierten Untersuchung des biologischen Alters mit dem Adult Growth Examination US National Health Survey zeigten nichtmeditierende Kontrollpersonen eine Differenz zwischen biologischem und chronologischem Alter von -2,2 Jahren, Kurzzeitmeditierende mit einer Meditationsdauer bis zu fünf Jahren von minus 5,0 Jahren, Langzeitmeditierende mit einer Meditationsdauer von mehr als fünf Jahren von minus 12,0 Jahren, das heißt, sie waren relativ umso jünger, je länger sie meditiert hatten. Regelmäßiges Praktizieren der Meditation verzögert also physiologische Alterungsprozesse im vegetativen und sensorischen Bereich. (7)

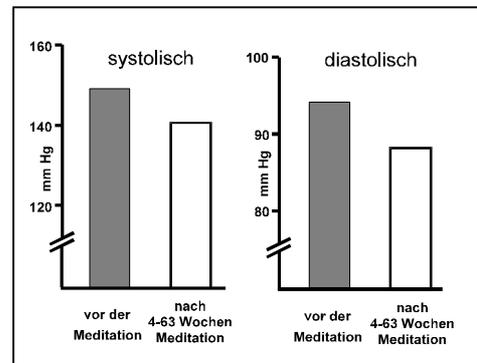
Verjüngt..



BLUTDRUCK-NORMALISIERUNG

Die Amerikaner Herbert Benson und Robert Keith Wallace zeigten als erste durch 1119 Messungen an 22 Bluthochdruck-Erkrankten vor Beginn der Meditation und einige Zeit später, daß regelmäßige Meditation überhöhten Blutdruck senkt. Das bedeutet gleichzeitig eine Senkung der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken wie Herzinfarkt und Schlaganfall. (8)

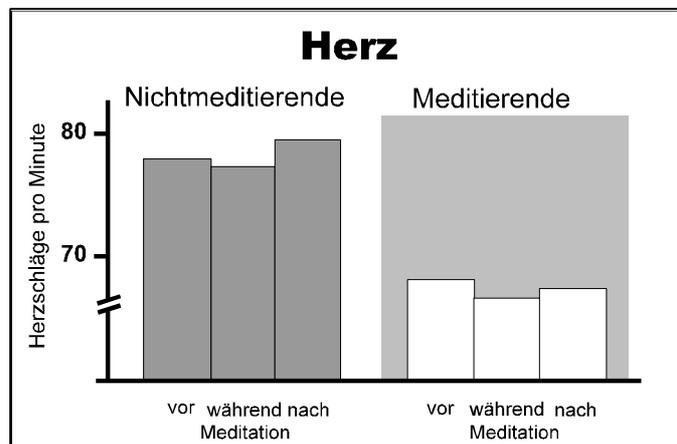
Hypertoniker aufgepaßt !!



ÖKONOMIE DES KÖRPERS AM BEISPIEL VON HERZ UND ATEM

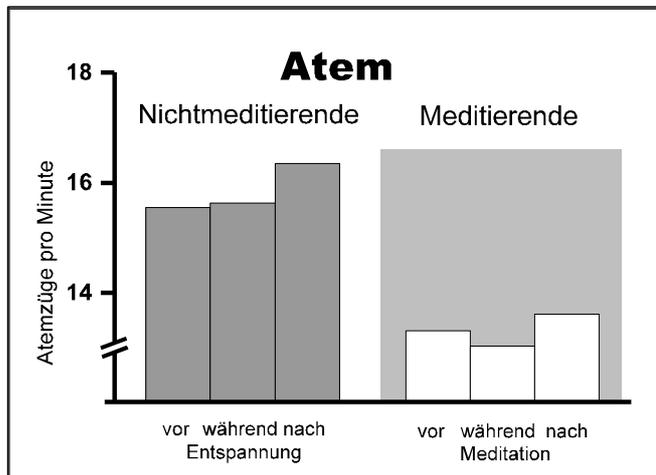
Wissenschaftliche Untersuchungen an Meditierenden und Kontrollpersonen zeigen deutlich ruhigere Herz- und Atemtätigkeit bei Meditierenden vor, während und nach der Meditation im Vergleich zur Herz- und

Gehen Sie sparsam mit Ihren Ressourcen um !



Atemtätigkeit der Kontrollpersonen vor, während und nach Entspannung.

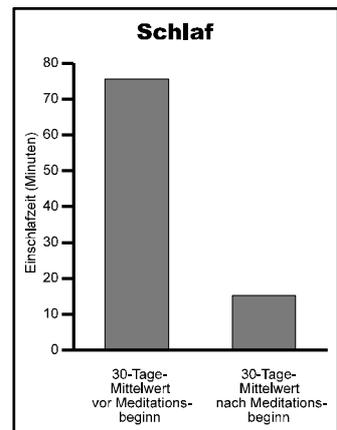
Meditation steigert also die Effizienz und Ökonomie körperlicher Funktionen nicht nur für die Dauer der Meditation selber oder die Zeit unmittelbar danach, sondern sie führt infolge der Langzeitwirkung zu dauerhaften positiven Veränderungen physiologischer Abläufe. (9)



VERKÜRZUNG DER EINSCHLAFZEIT

Als Therapie gegen Schlaflosigkeit verkürzt regelmäßige Meditation die Einschlafzeit. Dies ist das Ergebnis einer Untersuchung an chronisch schlaflosen Patienten an der Universität von Alberta in Edmonton, Canada. Die mittlere Einschlafzeit dieser Patienten verkürzte sich von 75 Minuten auf 15 Minuten innerhalb der ersten Wochen regelmäßiger Meditation. (10)

Endlich gut schlafen !



WEITERE ERGEBNISSE SIND:

? *Meditation wirksame Hilfe gegen chronische Schmerzen*

Yoga und Meditation helfen gegen chronische Schmerzen

Fernöstliche Meditationstechniken und Yogaübungen können Patienten mit dauernden Schmerzen das Leben erleichtern. Das ergab eine Studie von Pat Randolph am Health Sciences Center der Texas Tech Universität. Der Psychologe erarbeitete ein Programm aus Yoga- und Meditationsübungen für Schmerzpatienten, die gleichzeitig medizinisch und psychologisch betreut wurden. Vier Fünftel der Beteiligten gaben an, nun besser mit der Belastung fertig zu werden.

Leute mit Migräne und Rückenschmerzen aufgepaßt !

Von den Patienten, die Meditation einsetzen, um ihre Schmerzen zu regulieren, berichteten 78 Prozent, daß sie sich danach besser fühlten. 86 Prozent waren sich ihrer Gedanken und ihres Befindens bewußter als vor der Behandlung. 98 Prozent meinten, sie hätten aus dem Programm etwas gelernt. Da Schmerzen durch ein komplexes Zusammenspiel zwischen Sinneswahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen entstehen, müssen bei der Behandlung sowohl medizinische als auch psychologische Methoden angewendet werden, meint Randolph. Sein Programm basiert auf dem Theravada-Buddhismus, einer östlichen Lehre, die Leiden und Belastungen als einen Teil des Lebens hinnimmt. Wer sie bewußt wahrnimmt und sich von Erwartungen verabschiedet, kann demnach am besten damit fertig werden. „Unser Programm benutzt die Meditationstechniken, hat aber keinen religiösen Hintergrund“, versicherte Randolph.

Texas Tech Health Sciences Center; nach: bdw-ticker „Gesundheit“, Bild der Wissenschaft, 17.2.1999

- *Meditation gegen Arteriosklerose besser als Diät und körperliche Aktivität*

Prävention der Atherosklerose / Studie: Transzendente Meditation ist wirksamer als Diät oder körperliche Aktivität

Fairfield (rf). Wer zweimal täglich meditiert, beugt damit einer Atherosklerose vor, und zwar deutlich besser als durch herkömmliche Methoden wie Diät oder körperliche Akti-

vität. Dies kann man zumindest aus einer US-amerikanischen Studie mit 60 afroamerikanischen Patienten, die hohen Blutdruck hatten, schließen.

Dr. Amparo Castillo-Richmond und seine Kollegen vom Center for Natural Medicine and Prevention der Maharishi University in Fairfield im US-Staat Indiana haben die Studie in Kooperation mit Wissenschaftlern der University of California in Los Angeles gemacht.

*Schlaganfall
und Herzinfarkt:*

kein Thema !!

Beurteilt wurde der Erfolg der Interventionsmaßnahmen durch Ultraschallmessungen der Intima-media-Dicke in der Carotis. Die Dicke dieser Schicht korreliert mit der Prognose von KHK-Patienten und der Häufigkeit von KHK-Risikofaktoren. Die Messungen wurden zu Studienbeginn und sechs bis neun Monate später ausgewertet (Stroke 31, 2000, 568). Die 60 US-Amerikaner waren älter als 20 Jahre und hatten einen systolischen Blutdruck zwischen 130 und 180 mmHg und einem diastolischen Wert zwischen 80 und 110 mmHg. Die Patienten der einen Gruppe waren angeleitet worden, zweimal täglich für 20 Minuten zur Streßreduktion transzendente Meditation (TM) zu machen, das heißt ruhig zu sitzen bei geschlossenen Augen und sich zu entspannen. Die anderen Patienten waren zu einem allgemeinen Gesundheitsprogramm ermuntert worden, unter anderem zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität.

Sechs Monate später ergab sich nach Angaben der Forscher ein signifikanter Vorteil für die Patienten der TM-Gruppe: Bei ihnen hatte sich die Intima-media-Dicke im Mittel um 0,1 Millimeter verringert; dagegen wurde in der anderen Gruppe eine Zunahme um 0,05 Millimeter registriert. In beiden Gruppen hatten sich auch im Vergleich zu Studienbeginn die Blutdruckwerte und der Puls verringert, signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab es nicht.

Als möglichen Mechanismus für den Effekt der TM auf die Carotis-Gefäßwand nennen die Forscher die Verringerung eines überaktiven sympathischen Nervensystems.

Ärzte Zeitung, 20.03.2000

Effekte der Stressreduktion auf die Arteriosklerose der Carotis bei afroamerikanischen Bluthochdruckpatienten

Stress-Verringerung mit der Transzendentalen Meditation (unser Label: Advaita-Meditation) führt bei afroamerikanischen Bluthochdruckpatienten zu stärkerer Verringerung der Carotis-Arteriosklerose verglichen mit Maßnahmen zur Gesundheitserziehung und vermindert daher die Risikofaktoren für koronare Herzkrankheit und die kardiovaskuläre Sterblichkeit in dieser Patientengruppe.

Stroke 2000 Mar; 31 (3): 568-73

- *mit Meditation weniger Zahnfleischentzündung*

Seiler, G. et al.: The Effects of Transcendental Meditation on Periodontal Tissue, J. Am. Soc. Psychosom. Dent. and Med., vol. 26, no. 1, 1979, pp. 8 - 12

- *mit Meditation bessere Heilung der Haut bei Psoriasis*

Stressreduzierende Meditation beschleunigte die Zunahme der Reinheit der Haut bei Patienten mit mäßiger bis schwerer Psoriasis, die sich einer Phototherapie (UVB) und einer Photochemotherapie (PUVA) unterzogen.

Psychosom Med 1998 Sep-Oct;60(5):625-32

- *mit Meditation verringerter Alkohol- und Zigarettenkonsum*

Sie wollen mit dem Rauchen aufhören ?

Benson, H. and Wallace, R.K.: Decreased Drug Abuse with Transcendental Meditation: A Study of 1.662 Subjects, Drug Abuse: Proceedings of the International Conference, ed. C. J. D. Zarafonitis (Philadelphia, Pennsylvania: Lea and Febiger, 1972): 369-376 and Congressional Record, Serial No. 92-1 (Washington, D.C.: Government Printing Office, 1971).

Shaffii, M. et. al.: Meditation and the Prevention of Alcohol Abuse, Am. J. Psychiatry 132, (1975): 942-945

- *mit Meditation verbesserte Atmung bei Bronchial-Asthma*

Endlich frei durchatmen !

Honsberger, R. W. et. al.: The Effect of Transcendental Meditation upon Bronchial Asthma, Clin. Research, vol. 21, 1973, p.278

dieselben: Transcendental Meditation in Treating Asthma, Respiratory Therapy: The Journal of Inhalation Technology, vol. 3, 1973, pp. 79 - 80

Wilson, A.F. et. al.: Transcendental Meditation and Asthma, Respiration, vol. 32, 1975, pp.74 - 80 (Karger, Basel, 1975)

- diese und weitere Effekte sind Resultate regelmäßiger meditativer Ruhe zweimal täglich.

III. Mentale Auswirkungen der Meditation

mens sana in corpore sano -

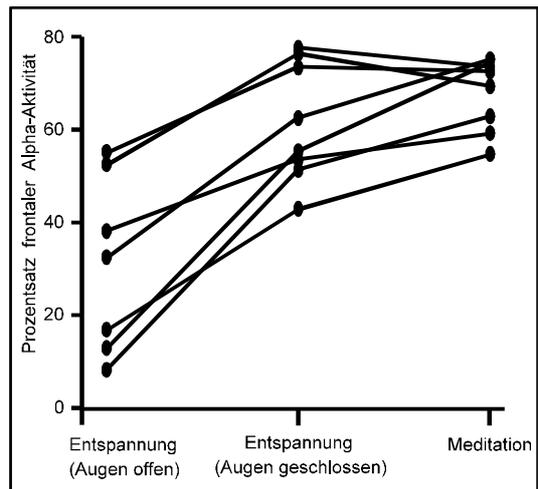
Es ist der Geist, der sich den Körper baut

Meditation ist zuerst einmal eine Sache des Geistes. Die regelmäßige Erfahrung des Zustandes ruhevoller Wachheit, einer Bewußtheit, hat auch auf geistiger Ebene einiges an Wirkungen:

ALPHA-WELLEN: RUHEVOLLE WACHHEIT

Meditierende zeigten signifikant mehr Alpha-Wellen in ihren Gehirnströmen im Zustand der Entspannung bei geöffneten Augen als Nichtmeditierende in derselben Bedingung sowie mehr Alpha im Zustand der Meditation im Vergleich zu Entspannung mit geschlossenen Augen bei nichtmeditierenden Kontrollpersonen. Alpha bei Meditierenden war im Zustand der Meditation ausgeprägter als im Zustand der Entspannung mit geschlossenen Augen. Während der Meditation stellt sich ein Zustand ruhevoller, entspannter Wachheit und Bewußtheit ein, dessen Wirkungen nach und außerhalb der Meditation anhalten. (11)

*Alpha-Wellen =
Ruhevoller
Wachheit*



HÖHERER ORDNUNGSGRAD DURCH SYNCHRONISATION

Meditation führt durch die Synchronisation der Gehirnwellen zu einem höheren Ordnungsgrad physiologischer Funktionen des Gehirns im Zustand geistiger Aktivität und zu einer besseren Koordination der Aktivität vorderer und hinterer (Handlungskonzept und Wahrnehmung) sowie rechter und linker (intuitiver und analytischer) Bereiche des Gehirns. (12)

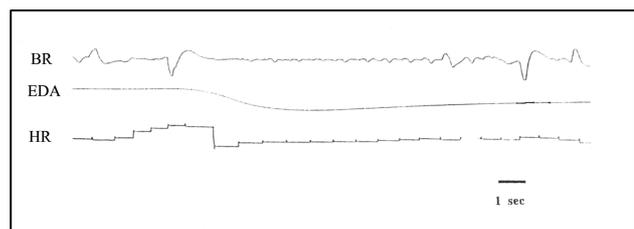
*mehr
Ordnung
im Gehirn*



RUHEVOLLE BEWÜSSTHEIT IM EEG

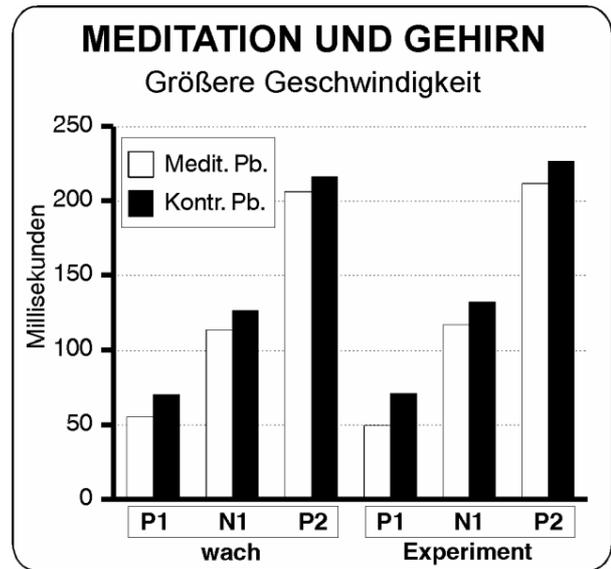
Meditation führt zu einem spezifischen Bewußtseinszustand, der gekennzeichnet ist durch tiefe Ruhe zum einen und einen erhöhten Grad an Wachheit und Bewußtheit zum anderen (apneustic breathing BR, skin conductance orienting EDA, Zunahme der peak power des EEG, Abnahme der Herzrate HR). Dies Muster unterscheidet diese Art der Meditation von allen anderen vergleichbaren Zuständen und Techniken der Entspannung. (13)

*spezifischer
Bewußtseins-
zustand*



neurophysiologisch optimiert

Akustisch evozierte Potentiale von Menschen, die seit einiger Zeit Advaita Meditation praktizieren, zeigen signifikant kürzere Latenzzeiten für die meisten positiven und negativen Auslenkungen. Das gilt für beide untersuchte Versuchsbedingungen (1 = wach, 2 = Meditation), verglichen mit einer Kontrollgruppe mit ebenfalls zwei Aufmerksamkeitszuständen (3 = wach, 4 = dösen). Im Vergleich des Gehirns mit einem Computer ließe sich sagen, daß Meditation zu einer höheren Geschwindigkeit des Prozessors führt. Die Autoren werten die Ergebnisse als Zeichen der Beschleunigung der sensorischen Wahrnehmung bei Meditierenden. (14)



IV. Mehr Gesundheit – weniger Krankheit

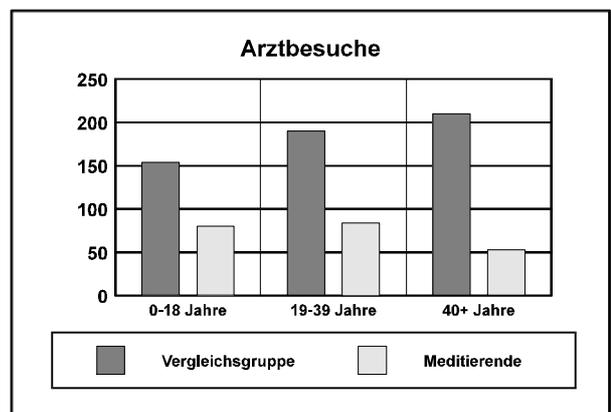
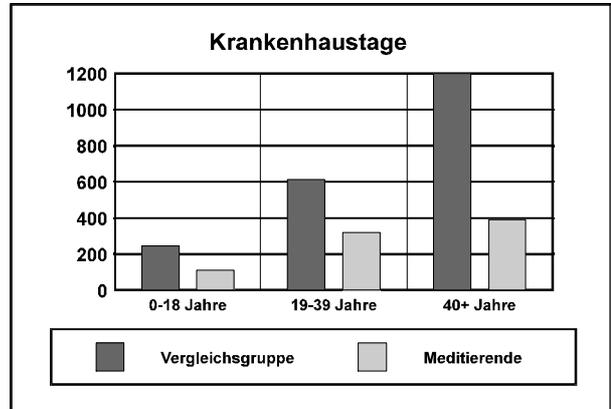
In einer fünfjährigen Feldstudie wurden 2000 Meditierende mit den 600.000 Versicherten desselben Trägers verglichen. Bei vergleichbaren demographischen Grunddaten zeigten Meditierende in allen Kategorien geringere medizinische Nutzungsraten.

Meditation spart Kosten !

Bei den Krankenhauseinweisungen lagen die Patiententage 50,2 % niedriger für Kinder (0-18 Jahre), 50,1 % niedriger für junge Erwachsene (19-39 Jahre) und 69,4 % niedriger für ältere Erwachsene (40+).

Arztbesuche bezogen auf dieselben Kategorien lagen um 46,8 %, 54,7 % und 73,7 % niedriger.

Im Vergleich mit fünf anderen Versicherungen gleicher Größe und berufsbezogener Mitgliedschaft wies die Meditationsgruppe 53,3 % weniger Patientenaufnahmen und 44,4 % weniger Arztbesuche auf. (15)

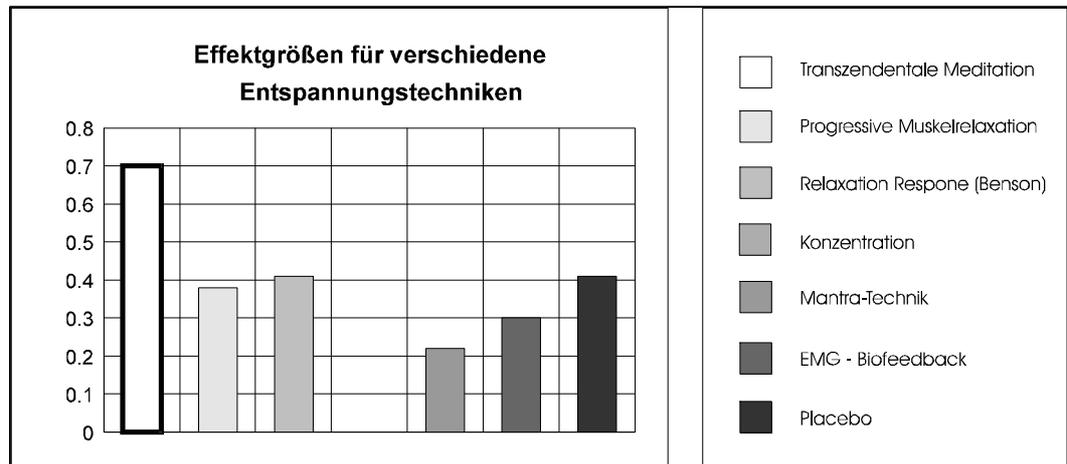


MEDITATION IM VERGLEICH

In einer Meta-Analyse Untersuchungen über angstreduzierende Entspannungstechniken, von denen entsprechend den gestellten Kriterien 109 verwertet werden konnten, wurden die Effektgrößen für Progressive Muskelrelaxation (PMR), EMG Biofeedback, verschiedene Meditationsformen und andere Techniken miteinander verglichen.

Die meisten Untersuchungen zeigten ähnliche Effekte mit Ausnahme der Meditation, die signifikant größere Wirkungen zeigte. Die Kontrolle verschiedener Variablen wie Alter, Geschlecht, Ernährung etc. ergab keine wesentlichen Veränderungen. (16)

*Meditation
leichter
und
effektiver*



FAZIT:

Advaita Meditation führt zu einem Zustand tiefer körperlicher Ruhe und Entspannung. Anders als bei den meisten Entspannungsverfahren erzeugt sie zugleich einen spezifischen Bewußtseinszustand wacher, ruhevoller Bewußtheit.

In mehreren hundert wissenschaftlichen Untersuchungen seit den frühen siebziger Jahren konnte nachgewiesen werden, daß der meditationsspezifische Zustand ruhevoller Bewußtheit hinsichtlich

- *der Raschheit seines Eintrittes,*
- *der Tiefe der durchschnittlich erreichten Entspannung,*
- *der funktionalen Veränderungen im Bereich des Nervensystems und des Gehirns,*
- *seiner Fähigkeit, Stress-Symptome zu reduzieren und Stress-Resistenz zu induzieren*
- *sowie stressantagonistische psychische Voraussetzungen wie eine gelassenere, ausgeglichene und zugleich selbstbewußtere und durchsetzungsfreudigere Mentalität zu schaffen*

unter Berücksichtigung der Ökonomie und Effizienz der Meditationstechnik einzigartig dasteht.

Diese Art tiefer Meditation ist angenehm - weil nicht-konzentrativ - und mühelos durchzuführen. Als einfache und zugleich natürliche Entspannungsmethode ist sie leicht zu lernen. Ihre Wurzeln reichen hinab zu einer der ältesten geistigen Traditionen unseres Planeten. Heute gilt sie als die am weitesten verbreitete und erfolgreichste Technik meditativer Relaxation in der westlichen Welt. Zum Erlernen der Technik in genuiner Weise und Originalfassung bedarf es eines qualifizierten Meditationslehrers. Um zu meditieren, braucht man keine besonderen geistigen oder körperlichen Voraussetzungen. Die Technik ist weltanschaulich neutral.

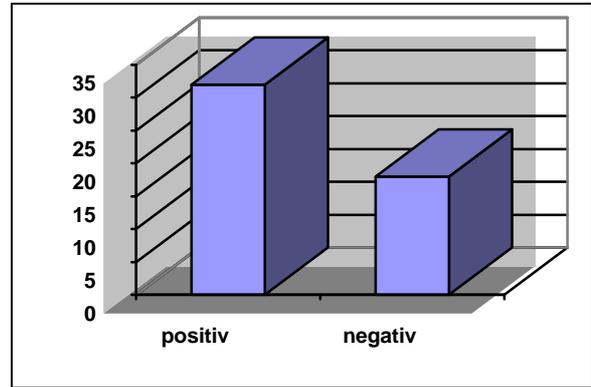
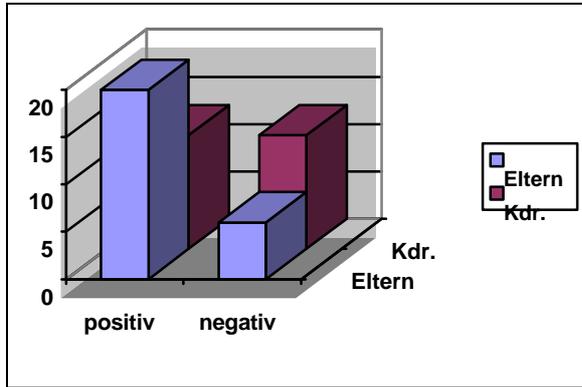
Literatur

- (1) Wallace R.K., et al. A Wakeful Hypometabolic Physiologic State, *Am. J. Phys.* 221, no. 3: 795-799 (1971)
- (2) Wallace R.K., et. al. The Physiology of Meditation, *Scientific American* 226, no. 2:84 - 90 (1972)
- (3) Kras, D. The Transcendental Meditation Technique and EEG Alpha Activity. University of Stirling, Stirling, Scotland, 1974
- (4) Jevning, R. et al. Plasma Prolactin and Cortisol during Transcendental Meditation. *The Endocrine Society Program 57th Annual Meeting*, New York City, 18 - 20 June 1975, p. 257
- (5a) Fehr, T., U. Nerstheimer, S. Törber: Untersuchung von 49 Praktizierenden der Transzendentalen Meditation mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar. Universität Köln, 1972
- (5b) Fehr, T. Die Wirkung der Transzendentalen Meditation auf die Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen" Schöpferische Intelligenz 4/20: 4 - 15, 1975
- (5c) Fehr, T. A longitudinal study of the effect of the Transcendental Meditation Program on changes in personality. *Scientific Research on the Transcendental Meditation Program, Collected Papers Vol. I: 476 – 483, 1977*
- (5d) Fehr, T. Therapeutisch relevante Effekte durch transzendente Meditation ? *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 46 (5), 178 –188, 1996
- (5e) Fehr, T. Die persönlichkeitspsychologische Fundierung Bioenergetischer Typen. *Forum der Bioenergetischen Analyse*, 1 - 19, 1998
- (5f) Fehr, T. Bioenergetische Prozess-Analyse; Screening-Verfahren zur Persönlichkeitsstruktur. *Swets Test Services* 1998
- (5g) Fehr, T. Bioenergetische Charakterkonzepte aus persönlichkeitspsychologischer Sicht. *Report Psychologie* 5-6: 344 - 355, Mai 2000
- (5h) Fehr, T. Forschungsbericht des IPPM Institutes für Persönlichkeitspsychologie und Meditation. Januar 2001
- (6) Orme Johnson, D. W. Autonomic Stability and Transcendental Meditation. *Psychosomatic Medicine* 35, no. 4: 341 - 349 (1973)
- (7) Wallace, R.K. et al. The Effects of the Transcendental Meditation and TM-Sidhi-Program on the Aging Process. *Intern. J. Neuroscience*, 1982, vol. 16, pp. 53 - 58
- (8) Benson, H. and Wallace, R.K. Decreased Blood Pressure in Hypertensive Subjects Who Practiced Meditation. Supplement II to *Circulation* 45 and 46: 516 (1972)
- (9) Routt, T. J. Low Normal Heart and Respiration Rates in Individuals Practicing the Transcendental Meditation Technique. *Coll. Papers Vol. 1, paper 30: 256-260 (1977)*
- (10) Miskiman, D. The Treatment of insomnia by the Transcendental Meditation Program. University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada, published in *Coll. Papers Vol. 1 (s.o.)*
- (11) Kras, D. The Transcendental Meditation Technique and EEG Alpha Activity", University of Stirling, Stirling, Scotland, 1974
- (12) Banquet, J.-P. „EEG and Meditation", *Electroenc. and Clin. Neurophysiol* 33: 454 (1972)
ders. „Spectral Analysis of the EEG in Meditation", *Electroenc. and Clin. Neurophysiol.* 35: 143-151 (1973)
ders. „Analyse E.E.G. d' états de conscience induits et spontanés", *Revue d' Electroencephal. et de Neurophys. & Clin.* 4: 445 - 453 (1974)
- (13) Travis, F., Pearson, C. Pure Consciousness: Distinct Phenomenological and Physiological Correlates of "Consciousness Itself". *Int. J. Neuroscience* 2000; 100 (1-4): 77 - 89
- (14) A. Wandhöfer, Kopal, G., Plattig, K-H.: „Latenzverkürzung auditorisch evozierter Potentiale bei transzendentaler Meditation", *Ztsch. f. EEG-EMG* 7 (1976) 99-103
dieselben „EEG Power Spectra and Auditory Evoked Potentials in Transcendental Meditation TM)", *PflügerArchiv* 359, Suppl. R 96, 1975
- (15) Orme-Johnson, D. Medical Care Utilization and the Transcendental Meditation Program, *Psychosomatic Medicine* Vol. 49, No. 4 (493 - 507) 1987
- (16) Eppley, K, Abrams, A., Shear, J. Differential Effects of Relaxation Techniques on Trait Anxiety: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology* Vol. 45, No. 6. 1989
- (17) Bevan, A. J. W. et. al. „Endocrine Changes In Relaxation Procedures", *Proc. Endocr. Society of Australia*, 1976, 19: 59

4.6.3 Die Wirkung der Advaita-Meditation bei Kindern mit Problemen

Wir führten fünf Jahre nach Anwendung der Meditation in unserer damals psychologisch-pädagogisch geführten Praxis an insgesamt 342 PatientInnen eine retrospektive Befragung von Eltern und Kindern/Jugendlichen durch, soweit wir diese telefonisch erreichen konnten. Da inzwischen bis zu fünf Jahren verstrichen waren, mussten wir uns mit einer kleinen Stichprobe zufrieden geben. Gleichwohl sind die Ergebnisse ermutigend:

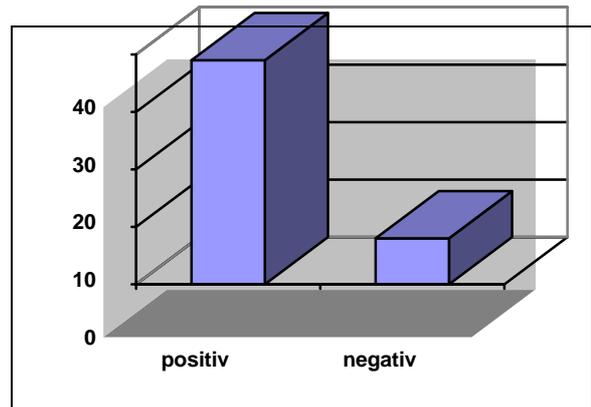
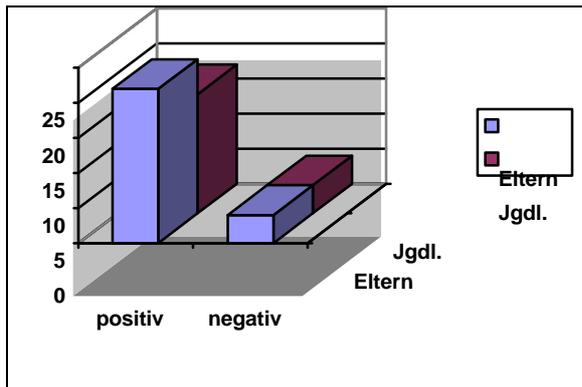
Kinder:



Insgesamt 33 Eltern und 26 Kinder beantworteten unsere Fragen. Bei den Eltern überwog deutlich der Prozentsatz derjenigen, die der Meditation eine positive Wirkung bescheinigten, vor denen, die keinen Effekt sahen. Bei den Kindern hielten sich beide Gruppen die Waage. Nimmt man Eltern und Kinder zusammen, so waren etwa zwei Drittel der Ansicht, daß ihnen die Meditation geholfen hatte, ein Drittel sah keine Hilfe in der Meditation.

Etwa die Hälfte von Eltern und Kindern praktizierte die Meditation noch zum Zeitpunkt der Befragung - knapp ein Jahr bis fünf Jahre nach dem Lernen der Meditation. Die Hälfte der Kinder praktizierte Meditation länger als ein Jahr.

Jugendliche:



26 Eltern und 21 Jugendliche beantworteten unsere Fragen. Jugendliche stimmten in ihren Einschätzungen bezüglich des Nutzens der Meditation stärker mit ihren Eltern überein. 83% der Eltern und Jugendlichen waren der Meinung, daß ihnen die Meditation geholfen hatte, nur 17% verneinten dies. Damit spricht einiges dafür, daß Advaita-Meditation vom 10. Lebensjahr ab mit zunehmendem Alter bessere Effekte erzielt. Der Prozentsatz noch Meditierender konnte hier nicht ermittelt werden.

4.6.4 Yoga

Der Einsatz von Yoga scheint vielversprechend bei Kindern mit ADS / Hyperaktivität. Entsprechende Erfahrungen gibt es aus den Untersuchungen von Frau Dr. Luedtke.

http://rye.free.fr/texte_ludke.html

Dr. Ulrike Lüdtké is Assistant Professor at the University of Bremen, Germany, Department of Education Institute for Special Education, where she participates in a research project "Body Emotion Language". She has a diploma in RYE techniques. She is the president of RYE Germany and an International Lecturer.

Le Dr. Ulrike Lüdtké est spécialiste des troubles de l'apprentissage. Elle est diplômée de l'université de Cologne, et est actuellement professeur assistant à l'université de Brême où elle travaille sur le projet " Corps - Emotions - Langage ". Elle a participé à plusieurs projets de formation des jeunes enseignants de la région de Düsseldorf, et en particulier à la formation de responsables en charge d'enfants handicapés. Parallèlement, elle a fait des études approfondies de yoga. Elle est diplômée de la Bihar School of Yoga (Swami Satyananda), de l'association allemande de professeurs de yoga (BDY) et de l'EYU (European Yoga Union). Elle a intégré dans sa pratique les techniques de yoga à l'école. Elle est présidente fondatrice du RYE-Allemagne. Elle est l'auteur de plusieurs articles sur la pédagogie pour enfants handicapés et sur le yoga adapté à l'éducation. Le Dr Ulrike Lüdtké a 37 ans.

Publications

Learning, Doing, Teaching - How to Apply Yogic Techniques at School, Yoga Magazine 4 (1991) 25-38, Munger, India

Die Pädagogische Atmosphäre - Analyse, Störungen, Transformation, Bedeutsamkeit, Lang, Frankfurt - New York 1998

Earth, Water, Fire, Air and Ether - The 5 Elements and the 5 Koshas as a Didactic Tool for Teaching Yoga at School, L`YX Magazine (#4), Paris, France

Referat auf der Jashrestagung der SMMR Society for Meditation and Meditation Research, Mai 2001, Heidelberg:

Yoga für Kinder – Eine empirische Studie mit dem Bihar Yoga TM System von U. Lüdtké

In diesem Beitrag werden das Design und die empirischen Ergebnisse einer Studie zum Bereich Yoga für Kinder vorgestellt, die 1999 gemeinsam von der weltweit ersten Yoga-Universität Bihar Yoga Bharati und der ebenfalls einmaligen indischen Kinder-Yogalehrer-Organisation Bal Yoga Mitra Mandal durchgeführt worden ist. Das Ziel der Untersuchung war, den Effekt einer klar strukturierten, täglichen Yoga-Praxis auf die kindliche Persönlichkeitsentwicklung in ihren Dimensionen Gedächtnis, Kreativität, Selbstvertrauen, Selbstachtung und Selbstdisziplin zu messen. Aus 39.100 Kindern, die an 255 indischen Schulen von in Bal Yoga Mitra Mandal organisierten Mitschülern in Yoga unterrichtet werden, wurden 351 Kinder ausgesucht, die dann 4 Monate in einem von Paramahansa Niranjanananda, dem Kanzler der Yoga-Universität, entwickelten Übungsprogramm durch Kinder-Yogalehrer instruiert wurden. Anschließend wurden die Ergebnisse mit der ebenfalls 351 Kinder umfassenden Kontrollgruppe verglichen.

Insgesamt zeigen sich als Resultat in der Yoga-Gruppe überdurchschnittliche Entwicklungsfortschritte bezüglich aller 5 Items.

Korrespondenzanschrift: Dr. U. Lüdtké; Alte Landstraße 123; D 40 489 Düsseldorf;

e-mail: RYE-Luedtke@t-online.de

<http://www.yoga-fuer-kinder.de/>

YOGA FÜR KINDER

Auf dieser WebSeite sollen die Möglichkeiten beschrieben werden, Yoga mit Kindern zu betreiben und die Erfahrungen derer, die es bereits praktizieren.

Vor kurzem wurden zwei Arbeitskreise gegründet, von denen sich einer mit der Fragestellung der wissenschaftlichen Fundierung des Yoga an Schulen beschäftigt und der andere der Frage nachgeht, wie Yoga an deutschen Schulen unterrichtet werden kann. Hierzu existieren in anderen Ländern teils Beispiele.

YogalehrerInnen, die auf diesem Gebiet arbeiten:

Staudt-Schmoelzer, Liz Staudt-Schmoelzer@gmx.de

Hoste, Elisabeth berlin@wegdermitte

Goldstein, Nicole kgs-zentrum@aol.com

Elisabeth Hoste berlin@wegdermitte.de

Personen (Lehrer und Yogalehrer), die sich mit der Frage der Qualitätssicherung für den Bereich Kinder-Yoga befassen:

Becker, Kornelia Tel 02681/983977 -

Freyaldenhoven, Herbert Herbert.freyaldenhoven@couven.fh-aachen.de

Born, Anne RYE-Born@t-online.de

Fritsch, Ulrich Ulrich.Fritsch@gmx.de

Lüdtke, Dr. Ulrike RYE-Luedtke@t-online.de

Körnhoff, Matthias, Tel.: 02401/958532-

Frech, Monika monikaFrech@yahoo.de

Dietz-Erk, Ursula, Tel.: 0228/468938-

<http://www.rye-deutschland.de/>

Wer ist R.Y.E Deutschland e.V.?

Die vielfältigen Anforderungen unserer Zeit fordern und überfordern Kinder in zunehmenden Maße. Auffälligkeiten bis hin zu Störungen (motorische Unruhe, Konzentrationsprobleme, Lernschwäche, Entwicklungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten etc.) entwickeln sich zusehends. Die Komplexität derselben wächst gleichermaßen. Die Diskussionen um pädagogische / therapeutische Antworten werden schon lange geführt und die Suche nach Konzepten ist groß.

Eine Möglichkeit die zunehmende Komplexität von kindlichen Störungen zu verstehen und positiv zu beeinflussen, besteht in einer Integration von Yoga in die pädagogischtherapeutische Arbeit. Aus diesem Anlass möchten wir Sie daher auf unsere Tätigkeit als gemeinnütziger Verein und Veranstalter von Fortbildungen für alle in Pädagogik und Therapie tätigen Berufsgruppen aufmerksam machen.

Seit 1994 stellt R.Y.E. Deutschland (Verein zur Förderung von Yoga in Erziehung, Therapie und Wissenschaft) Möglichkeiten vor, wie die Wissenschaft des Yoga mit Elementen aus modernen westlichen Methoden (z.B. Psychomotorik, Brain Gym, Edukinästhetik etc.) zu einem integrierten pädagogisch / therapeutischen Konzept verbunden werden kann.

R.Y.E. Deutschland e.V. versteht sich als Zweig des internationalen Vereins ***R.Y.E. Research on Yoga in Education*** der vor 25 Jahren von der Pariser Gymnasiallehrerin Micheline Flak in Frankreich gegründet wurde. Sein Interesse richtete sich darauf, die verschiedenen Techniken des Yoga für die pädagogischen und unterrichtlichen Aufgaben in Schulen nutzbar zu machen. Ein dreijähriges Ausbildungskon-

zept wurde von Lehrern für Lehrer entwickelt. In vielfältigen Seminarangeboten konnten interessierte Pädagogen Kinder in Frankreich besuchen bereits ab dem 4. Lebensjahr die Schule (école maternelle) - Yoga zunächst für sich entdecken, Formen der altersangemessenen Auswahl und Gestaltung kennenlernen und ausprobieren, um ihn dann später in den pädagogischen Alltag integrieren zu können. Dieser Prozess der Integration gelang in Frankreich sehr gut und inspirierte zur Gründung weiterer Vereine in nahezu allen europäischen Ländern sowie z.B. auch in Israel, Chile und Uruguay. Der Bekanntheitsgrad von **R.Y.E.** wurde im einwöchigen Sommer-Intensiv-Training 1999 organisiert von **R.Y.E. Deutschland** und **R.Y.E. Österreich** - deutlich: 45 Teilnehmer/innen aus 11 verschiedenen Ländern trafen sich zur Weiterbildung und zum Austausch zum Thema 'Yoga in der Schule'.

R.Y.E. Deutschland besteht seit 1994 und wird in ehrenamtlicher Tätigkeit geführt. Ein großer Teil der Mitglieder arbeitet in den verschiedensten pädagogischen / therapeutischen Arbeitsfeldern. Im Rahmen der pädagogischen Diskussion um interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Erziehungsinstitutionen, einschließlich der Familie, beschloss der Verein sein Aufgabenfeld über die Schule hinaus zu erweitern. In Anlehnung an das historisch-traditionelle Anliegen des Yoga, das von jeher die Erziehung war, hat der Verein sich die Aufgabe gestellt, die Wissenschaft und die Erfahrungen dieser Tradition in pädagogisches / therapeutisches Handeln zu integrieren. Er möchte damit einen Beitrag leisten zur Weiterentwicklung der Erziehungsinstitutionen. Zitiert sei hier aus der in Ost und West hoch angesehenen Yoga-Tradition von Swami Sivananda: Erziehung besteht nicht nur im reinen Ansammeln von Informationen, und ihr Zweck liegt auch nicht darin uns nur funktionsfähig zu machen. Sie ist vielmehr ein Mittel, voll integrierte Persönlichkeiten zu entwickeln und sie ermöglicht uns in jenes Ideal hinein zu wachsen, das wir uns selbst gesetzt haben.

Die guten Erfahrungen in Frankreichs Schulen mit der Integration von Yogaelementen in den Unterricht und die wissenschaftlich begleiteten Studien haben bewiesen, dass Yoga die Konzentrationsfähigkeit, die Fähigkeit zu Konfliktlösungen und das Lernverhalten der untersuchten Gruppen eindeutig positiv zu beeinflussen vermochte. Auf diese 25-jährigen Erfahrungen konnten wir uns in unserer Konzepterstellung beziehen. Neben der Ausweitung unserer Zielgruppe auf alle im weitesten Sinne pädagogischen/therapeutischen Tätigkeitsbereiche bezogen wir neben den klassischen, wirkungsvollen Yogatechniken auch Elemente moderner westlicher Methoden wie z.B. Psychomotorik, Kunsttherapie u.a. in ein integriertes Konzept für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ein.

In unseren Seminarangeboten zu Themen wie

- ***Kurzübungen zur Konzentration und Wahrnehmung im Unterricht***
- ***Die Entwicklung des menschlichen Potentials***
- ***Yoga und persönliche Beziehungen***
- ***Entspannung in pädagogischen Arbeitsfeldern***
- ***Yoga in der Schule***
- ***Yoga für Kinder mit besonderen Bedürfnissen***

versuchen wir den Aspekt der Vielschichtigkeit und Vielgestaltigkeit unserer Lebenswelt sowie die vielfältigen Probleme im pädagogischen/therapeutischen Alltag aufzugreifen. Ziel ist es zum einen den Teilnehmer/innen Yoga für sich selber zur Regeneration, Reflexion und Inspiration persönlich zugänglich zu machen und zum anderen die Fähigkeit zu erwerben, einzelne Elemente des integrierten Konzeptes oder sogar das Konzept als Ganzes an ihre spezifischen Arbeitsfelder zu adaptieren als Werkzeuge zur Bewältigung, Gestaltung und freudigem Erleben des pädagogischen / therapeutischen Alltags.

Unsere Aktivitäten umfassen inzwischen die Bereiche Publikationen, Vorträge, Durchführung von Seminaren, eintägigen Schnupperkursen und Kinder-Yoga-Tagen, Aufbau einer Präsenzbibliothek, Erstellen einer Bibliographie, Konzepterstellung zur Weiterbildung, Konzeptberatung, Herstellen von Kontakten nach Anfrage, Kommunikationstage in Form eines Yoga-Brunch, Wissenschaftliche Beratung und Öffentlichkeitsarbeit. Zukünftig möchten wir auch Angebote für Eltern, Mütter und Frauen entwickeln. In diesem Bereich könnten wir noch weitere Unterstützung von außen gebrauchen. Unsere Seminarangebote sowie insbesondere der Schnuppertag können von Ihnen für Ihren persönlichen Interessentenkreis oder für Ihre eigene Institution gebucht werden.

Unser Verein hat sich mittlerweile als Team organisiert, das sich aus einem vierköpfigen Vorstand und 6 Beisitzern zusammensetzt. Jede/r Beisitzende ist zuständig für ein eigenes Ressort und berät den Vorstand. Wenn Sie sich also für Informationen an uns wenden, so wird Ihre Anfrage ggfs. an die/den zuständige/n Beisitzende/n weitergeleitet. Diese/r nimmt dann mit Ihnen Kontakt auf. Wir bemühen uns natürlich Ihre Anfrage im Rahmen unserer ehrenamtlichen Kapazitäten zügig zu beantworten.

Angesichts der Ziele, die wir uns gesteckt haben, freuen wir uns immer wieder über neue Interessierte für eine aktive Mitgliedschaft (Jahresbeitrag 90 DM, mit Vergünstigungen bei den Seminaren von **R.Y.E. Deutschland**) oder fördernde Mitgliedschaft. Als förderndes Mitglied zahlen Sie keinen Jahresbeitrag, sondern können dem Verein eine Spende nach ihren eigenen Vorstellungen zukommen lassen. Als gemeinnützig anerkannter Verein freuen wir uns darüber hinaus über jede allgemeine oder projektbezogene Spende (Spendenquittung wird selbstverständlich zugesandt). Für Fragen oder Anregungen Ihrerseits stehen wir gerne zu Verfügung. Bitte wenden sie sich an die R.Y.E.-Organisation, möglichst wochentags in der Zeit von 18.00 bis 20.00 Uhr. Information zu dem Bereich Aus- und Weiterbildung können Sie gerne direkt bei Stefanie Juds einholen, die für diesen Bereich verantwortlich ist. Die Adresse finden Sie untenstehend.

R.Y.E. DEUTSCHLAND 2001

R.Y.E. Deutschland, 1.Vorsitz: Dr. Ulrike Lüdtkke, Dr.Luedtke@RYE-Deutschland.de
2.Vorsitz u. Organisation: Anne Born, Bonnstr.533, 50354 Hürth Fon/Fax: 02233/401230, BORN@RYE-Deutschland.de
Bereich Aus-u. Weiterbildung: S. Juds, Zum Höhbergblick 3, 53783 Eitorf, Fon 02243/840711 Fax 912651,
Juds@RYE-Deutschland.de

4.7 Selbständigkeit

Zunehmende Verantwortung durch Übernahme von Aufgaben und Pflichten:

Aufgaben für Kinder im Vorschulalter: Mithelfen beim Backen, ein Müsli anrühren

- *Papierkorb leeren*
- *Im Garten säen und pflanzen*

Aufgaben für Kinder im Grundschulalter

- *Das eigene Zimmer selbständig aufräumen und das Bett machen*
- *Knopf annähen, Schuhe putzen*
- *Waschbecken und Badewanne reinigen, Toilette in Ordnung halten*
- *Kleine Einkäufe*
- *Öffentliche Verkehrsmittel selbständig benutzen*
- *Geschirr spülen und abtrocknen bzw. Geschirrspüler bedienen*
- *Staubsaugen*
- *Tisch decken und abräumen*
- *Einfache Gerichte zubereiten <Pfannkuchen, Pudding>*
- *Kleine Geschwister betreuen und anleiten*
- *Einteilung des Taschengeldes*

Aufgaben für jugendliche unter 16 Jahren

- *Verantwortung für das Frühstück insgesamt übernehmen*
- *Eine Mahlzeit zubereiten, Kuchen backen*

- *Wochenspeiseplan und Einkaufsliste erstellen, mcl. Preisvergleiche*
- *Rasen mähen*
- *Bestimmte Haushaltskorrespondenz übernehmen*
- *Alle Kleidungs- und Wäscheteile waschen und bügeln können*
- *Bett beziehen*
- *Eigenes Budget verwalten*

Aufgaben für Jugendliche ab 16 Jahren

- *Verantwortliche Stellvertretung in allen Haushaltsaufgaben*
- *Mit 18 Jahren den Führerschein machen, auch um notwendige Großeinkäufe zu übernehmen*
- *Eigenes Konto eröffnen (Taschengeld, Einkommen), Überblick über Geldanlagen*
- *Kulturelle Aktivitäten der Familie planen und umsetzen*

Hierzu 10 Tipps für Eltern, vor allem Mütter:

- 1.** Für die Haushaltskooperation ist wichtig, daß gemeinsam klare Verabredungen getroffen und die Zuständigkeiten eindeutig festgelegt werden. Zu glauben, es gehe auch, wenn jeder „mal was macht“, ist eine Falle.
- 2.** Die Arbeiten sollten nach Neigung und Können der Haushaltsmitglieder verteilt werden, z.B. jeder macht das, was er oder sie am besten bzw. am besten von allen kann. Bei allseits ungeliebten Arbeiten kann ein rotierendes Verfahren für eine gerechte Aufteilung sorgen. So kann z. B. nach einem Monat eine neue Aufgabenverteilung probiert werden, damit jeder mal dran kommt und dazu-
lernt.
- 3.** Mit der Abgabe von Hausarbeit ist fast zwangsläufig eine zeitweise Senkung des eigenen Anspruches verbunden. Springen Sie über Ihren Schatten, wenn nicht spurenlos Staub gewischt wurde oder die weiße Bluse bei der Buntwäsche gelandet ist. Erwarten Sie keine Perfektion. Kleine Miß-
geschicke können passieren und müssen Sie riskieren.
- 4.** Es kann auch sinnvoll sein, technische Hilfsmittel auf Profi-Niveau zu bringen, z. B.
 - *Sammelsysteme für die Getrenntsammlung von Hausmüll*
 - *Wischmop und Wringeimer, Profi-Fensterputzer usw.*
 - *Schmutzwäschebehälter für jede Wäscheart*
- 5.** Nehmen Sie sich genügend Zeit, um Ihre Haushalts'lehrlinge' gut anzuleiten. Schreiben Sie ggf. Bedienungsanleitungen und kleben Sie sie an das entsprechende Gerät. Lassen Sie dann die anderen selbständig nach dieser Anleitung arbeiten. Hat sich die Aufgabenverteilung dann eingespielt, sollten Sie sich ganz heraushalten.
- 6.** Gestehen Sie Ihren „Mitarbeitern/innen“ im Haushalt zu, Aufgaben anders zu erledigen als Sie.
- 7.** Übernehmen Sie nicht die Rolle des Ober-Kontrolleurs, der mit dem weißen Handschuh prüft, ob auch das Treppengeländer vom Staub befreit ist. Damit ersticken Sie jede Lust aufs Mitmachen und erzeugen statt dessen Frust. Entblößende Belehrungen sind fehl am Platze.
- 8.** Zeigen Sie Vertrauen in Ihre Helfer/innen, daß sie die übernommenen Verpflichtungen auch einhalten. Wann die Arbeit ausgeführt wird, muß der bzw. dem Verantwortlichen überlassen bleiben.
- 9.** Führen Sie Vertretungsregeln ein. Sehen Sie sich nicht selbst als den/die Vertreter/in für jeden „Ausfall“ an, sondern lassen Sie die Vorsorge-Verantwortung auch von anderen übernehmen.
- 10.** Und vergessen Sie nicht, für eine gelungene Arbeit ein dickes Lob auszusprechen, auch Sie freuen sich über Anerkennung.

WAS TUN, WENN'S NICHT KLAPPT?

Die Haushaltsmitglieder spielen nicht mit,

Dann sollten Sie Hilfestellung geben

- *Dann sollte mit „kleineren Aufgaben“ geübt werden*
- *Dann sollten Sie gegebenenfalls mit weniger zufrieden sein*
- *Dann sollten Sie auch nicht wollen und sich verweigern, d.h., die bislang ausgeführten Arbeiten nicht mehr verrichten*
- *Dann sollten Sie „kündigen“ und Ihre Sichtweise deutlich machen*
- *Dann sollten Sie nach einer anderen Lösung suchen, z. B. Haushaltshilfe, Vergabe*
- *Dann sollten Sie sich Ihre Arbeit in Heller und Pfennig bezahlen lassen, z. B. „Hotel Mama“ nur gegen Entgelt anbieten*

Biologische Vollwertkost

Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine konsequente Ernährungsumstellung auf „Vollwert“ und „Bio“ oft einen entscheidenden Durchbruch bringen kann. *Hans Krautstein* schrieb in „Schrot & Korn“ vom Dezember 1999: „Hierzu gehört nicht nur das vorübergehende Meiden der ermittelten Allergene, sondern auch eine vitalstoffreiche, vollwertige Kost.“ Es geht also nicht nur darum, bestimmte Stoffe wegzulassen, sondern um das Zufügen bestimmter Stoffe, ohne die das Gehirn nicht optimal arbeiten kann! Angesichts der Vitalstoffarmut unserer „normalen“ Lebensmittel ergibt sich die Notwendigkeit einer Ernährung mit natürlichen biologisch angebauten Lebensmitteln.

Einhellig wird in der Literatur die Notwendigkeit einer Veränderung des Ernährungsverhaltens für eine Vielzahl von Jugendlichen beurteilt: Als Folgen des heute weit verbreiteten Ernährungsfehlverhaltens werden Herz-/Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Krankheiten der Leber, alkoholbedingte Krankheiten, einige Krebsarten, Gicht, Neurodermitis, Bluthochdruck sowie Mangelkrankheiten und Krankheiten der Verdauungsorgane und des Kauapparates genannt. Folgende Vorschläge fassen die wichtigsten Forderungen der modernen Ernährungslehren (Schnitzer, Bruker, Bircher-Benner, Fit for life u.a.) zusammen:

Jeden Morgen:

1/2 bis 1 feingeriebener Apfel, drei Eßlöffel gekeimter Weizen (oder Roggen; Herstellung: über Nacht

- etwa 12 Std. - einweichen mit kaltem ungekochtem Wasser, morgens abschütten, in der nächsten Nacht wieder einweichen, morgens nochmal abschütten - fertig; es kann noch eine weitere Nacht eingeweicht werden, bis die Keimlinge einige Millimeter lang sind) oder Weizengel (Herstellung: Getreide frisch mahlen - evtl. in der Kaffeemühle -, mit Wasser zu Brei rühren, 2,5 bis 12 Std. (im Schnitt 3-4 Std) quellen lassen, dabei sollte mit einiger Übung kein Wasser übrigbleiben! Zum Süßen 1/2 bis 1 Banane das ist besser als Honig -, geraspelte Nüsse und Mandeln, etwa 1-2 Eßlöffel Sahne, etwas Zitronensaft, Haferflocken; das Müsli kann mit gekauftem Fertigmüsli aufgefüllt werden, dann aber ausdrücklich auf zuckerfreie Müslis achten, da die meisten Zucker enthalten!

Jeden Mittag als erstes: Frischkostsalat, Vorschlag:

je ein Drittel geraspelte Möhren, Sellerie, Apfel (oder: Möhren, Blumenkohlröschen, Apfel oder...), 2 Eßlöffel Leinsamen- oder Nußöl (oder kalt geschlagenes Weizenkeim-, Distel- oder Maisöl), geraspelte Nüsse und Mandeln, Zitronensaft nach Geschmack oder Obstessig, Hüttenkäse oder Joghurt (rechtsdrehend) oder Dickmilch, saure Sahne, Sahne hinzügen; würzen mit Brecht- Gewürzen wie Delikata, Endoferm, Vitam-R, Soja-Sauce, Basilikum etc etc (nicht alles Genannte auf einmal!)

abends: Gemüse oder Suppe (Gemüsesuppe)

Beim Essen grundsätzlich:

JEDEN BISSEN 40 MAL KAUEN!! anfangs zählen!

Vollständig abgewöhnen:

1. Zucker in jeder Form, sei es als Marmelade oder in Limonade oder in anderen zuckerhaltigen Süßigkeiten bzw. Speisen. Zucker ist ein Mineral- und Vitaminräuber ersten Ranges! Er führt darüber hinaus zur Kohlehydratabhängigkeit (Süßhunger, Sucht nach Süßem oder Kohlehydraten) und fördert damit Abhängigkeit.
2. Auszugsmehlprodukte: Graubrot, Weißbrot, Kuchen, Zwieback, Brötchen, Nudeln, Gebäck etc, Grund siehe Punkt 1. Statt dessen: Vollkornprodukte, seien sie mit dem vollen Korn oder Vollkorn ausgemahlen (achten auf MÜHLENFRISCH VERBACKEN!), Empfehlung z.B. Schnitzer-Produkte.
3. Fabrikfette und erhitzte Fette und Öle: statt dessen: Distelöl, kalt geschlagenes Weizenkeimöl, Lein(samen)öl, Nußöl (kein Erdnußöl!), Olivenöl, Zum Aufstrich z.B. Diäsan, Vitagen, Vitaquell, becel, Butter

Vorschläge Frischkostsalate:

Frühjahr:

1. Radieschen, Fenchel, Kopfsalat
2. Sellerie, Tomaten, Kresse
3. Rübchen, Chicoree, Kopfsalat
4. Rettich, Lattich, Kresse
5. Mohrrüben, Löwenzahn, Kopfsalat
6. Blumenkohl, Spinat, Kresse
7. Kohlrabi, Tomaten, Kopfsalat

Sommer:

1. Rettich, Tomaten, Kopfsalat
2. Rübchen, Zucchini, Kopfsalat
3. Blumenkohl, Radieschen, Kopfsalat
4. Kohlrabi, Kresse, Kopfsalat
5. Sellerie, Lattich, Kopfsalat
6. mit Blumenkohl gefüllte Tomaten, Kopfsalat
7. Rübchen, Gurken, Kopfsalat

Herbst:

1. Sellerie, Tomaten Endivien
2. Mohrrüben, Pepperoni, Kopfsalat
3. Schwarzwurzel, Spinat, Kopfsalat
4. Blumenkohl, Feldsalat, Endivien
5. Rübchen, Zucchini, Kresse
6. Rettich, Tomaten, Kopfsalat
7. Sellerie, Gurke, Kopfsalat

Winter:

1. Schwarzwurzel, Rotkohl, Endivien
2. Sellerie, Cicerino rosso, Kopfsalat
3. Rübchen, Pepperoni, Kopfsalat
4. Mohrrüben, Sauerkraut, Endivien
5. Blumenkohl, Spinat, Feldsalat
6. Tomaten, Chicoree, Kopfsalat
7. Sellerie, Wirsing, Endivien

Dazu nach Belieben Früchte und Nüsse.

4.9 Bewegung

Ein Mangel an regelmäßiger und angemessen dosierter Bewegung zählt heute zu den Hauptursachen der sogenannten Zivilisationskrankheiten (Regulationsstörungen des Herz-/Kreislaufsystems, Arteriosklerose, Koronarinsuffizienz, Einschränkungen des Bewegungsapparates und funktionelle Organschwächen) (Mellerowicz/Dürrwächter 1985).

Ist es einerseits ein Mangel an Bewegung, der zahlreiche Krankheiten verursacht bzw. die Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen erhöht, so können andererseits auch zu exzessiv betriebene Sportaktivitäten zu funktionellen und morphologischen Störungen führen (Banzer 1989).

Bewegungsmangel als Risikofaktor im Kindesalter - mögliche Ursachen und Auswirkungen (Auszug, Dr. Sigrid Dordel, Deutsche Sporthochschule, Köln)

Der natürliche Bewegungsdrang im Kindesalter ist physiologisch begründet. Die familiären und gesellschaftlichen Bedingungen, die den Entwicklungsverlauf eines Kindes wesentlich mitbestimmen, lassen jedoch eine freie Entfaltung von Kindern und damit auch ein Ausleben ihres Bewegungsdrangs nicht unbedingt zu.

In der aktuellen Diskussion zum Wandel der Kindheit wird dem zunehmenden Mangel an Körperwahrnehmung und Raumerfahrung im Rahmen allgemein reduzierter motorischer Aktivitäten bzw. auch veränderten Bewegungsverhaltens eine bedeutende Rolle zugemessen (vgl. Dordel 1997; Rolff / Zimmermann 1993; u.a.).

Verhäuslichung und Verinselung werden als charakteristische Merkmale veränderter Kindheit heute genannt: Kinder spielen eher im Haus bzw. in der Wohnung, da das Spielen auf dem Hof, auf der Straße oder auf dem Spielplatz nicht möglich, vielleicht auch verboten ist, zu gefährlich oder zu wenig attraktiv erscheint. Der Lebensraum – der Raum, der die Wohnung als Lebensmittelpunkt umgibt – kann oft nicht mehr selbständig von Kindern erobert und erweitert werden. Viele Aktivitäten finden so weit von der Wohnung entfernt statt, daß die Kinder auf einen Transport durch Erwachsene angewiesen sind; es kommt zur Verinselung.

Bewegungsraum und Bewegungszeit können dadurch erheblich eingeschränkt werden. Der Einfluß der Medien auf die Entwicklung von Kindern wird vielfach diskutiert.

Zwar sollte z.B. der Umfang des Fernsehkonsums nicht überschätzt werden (vgl. Ledig 1992); dennoch stellt ein hohes Maß an audiovisuellen Reizen im Sinne einer Reizüberflutung besonders für Kinder eine nicht zu unterschätzende Belastung des vegetativen Nervensystems dar. Abgesehen von einer möglichen emotional-affektiven Überforderung durch die Inhalte von Fernsehsendungen bewirkt das passive Konsumieren eine Reduktion aktiver Bewegungszeit; eingeschränkte Wahrnehmungs- und Bewegungsprozesse sind die Folge.

Hinzu kommt, daß das Bewegungsverhalten von Kindern vielfach im Sinne einer Versportlichung durch Vorbilder in den Medien, aber auch durch institutionelle Angebote geprägt wird; demgegenüber verlieren eigenständige kreative motorische Aktivitäten an Bedeutung.

Die hier nur kurz skizzierten, für die heutige Gesellschaft typischen sozio-ökologischen Bedingungen, die noch vielfach zu ergänzen und zu differenzieren wären, schränken die Quantität wie auch die Qualität kindlicher Bewegungserfahrungen in erheblichem Maße ein. Darüber hinaus sollten als Ursache für Bewegungsmangel im Kindesalter aber auch Behinderungen, insbesondere auch chronische Krankheiten, die teilweise ebenfalls sozio-ökologisch (mit)verursacht sein können, nicht vergessen werden. Auch diese können die jeweils individuelle Bewegungszeit und -vielfalt erheblich beeinträchtigen.

Bedingungsfaktoren des Bewegungsmangels im Kindesalter im Zusammenhang mit möglichen Folgen: Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen im Kindesalter führen zu körperlicher Leistungsschwäche und motorischen Defiziten und Auffälligkeiten. Diese wiederum können – entsprechend der Bedeutung der Motorik für die Entwicklung eines Kindes – Auffälligkeiten in anderen Persönlichkeitsbereichen nach sich ziehen. Hier sind insbesondere negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Selbstkonzepts und des Sozialverhaltens, aber auch Störungen im Bereich des Lern- und Leistungsverhaltens zu nennen.

Motorische Minderleistung als Folge veränderter Entwicklungsbedingungen ?

In Befragungen von Sport unterrichtenden Lehrkräften hinsichtlich ihrer Einschätzung der motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern wird oft geklagt, daß die Leistungsfähigkeit von Kindern ‚heute‘ im Gegensatz zu ‚früher‘ gering sei. Schon Grundschulkindern fehlten wesentliche sportmotorische Grundlagen wie z.B. Rollen, Werfen, Fangen; sie seien oft nur schwer zu motivieren und zeigten generell eine geringe Anstrengungsbereitschaft und schlechte Konzentrationsfähigkeit. Solche subjektiven Einschätzungen sind mit Vorsicht zu interpretieren. Hier spielen die persönliche Situation der einzelnen Lehrkraft, die spezifischen Bedingungen von Schule und Sportunterricht sowie die jeweiligen didaktisch-methodischen Entscheidungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zudem sollte bedacht werden, daß die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern immer von der jeweils aktuellen Bewegungskultur geprägt wird. So können Kinder heute wahrscheinlich nicht mehr so gut werfen und fangen wie früher; sie können aber vielleicht Rollschuhfahren oder Inline-Skaten, vielleicht Einradfahren oder jonglieren und vieles mehr.

Ob sich die körperliche Leistungsfähigkeit im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte im Zusammenhang mit der Veränderung gesellschaftlicher Bedingungen verschlechtert hat, ist bisher nur selten gezielt untersucht worden. Zwei aktuelle Studien sollen hier zitiert werden.

Rusch, Bradfisch und Irrgang (1994) haben zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Schülern und Schülerinnen den Auswahltest Sportförderunterricht (ATS) entwickelt. Der Test enthält Aufgaben zur Prüfung koordinativer und konditioneller Fähigkeiten: Ballprellen, Zielwerfen, Rumpfbeuge, Standhochsprung, Halten im Hang und ein Stufentest. 1986 wurde der ATS anhand einer Stichprobe von 289 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 14 Jahren normiert. 1995 erfolgte eine erneute Durchführung des Verfahrens mit 850 gleichaltrigen Testpersonen. Ein Vergleich der Ergebnisse der beiden Studien mit einem Abstand von fast 10 Jahren zeigt eindrucksvoll die Veränderung in der körperlichen Leistungsfähigkeit beider Stichproben (Abb. 2; Rusch/Irrgang 1996, pers. Mitt.): 1986 wurden 16 % der Probanden als förderbedürftig eingestuft, 1995 mußten 47 % der Probanden als förderbedürftig bezeichnet werden. Als „förderbedürftig“ gelten hier Schüler und Schülerinnen, deren Testergebnisse den Mittelwert abzüglich einer Standardabweichung erreichen oder unterschreiten.

1996 wurden in einer Arbeit von Dordel und Köster 550 Kinder im Alter von 7 bis 11 Jahren hinsichtlich ihrer Sprungkraft untersucht (Köster 1997). Als klassische sportmotorische Prüfaufgabe kam der Standweitsprung zur Anwendung, für den z.B. von Kirsch (1974) sowie von Fetz und Kornexl (1978) Normwerte vorliegen. Abbildung 3 zeigt einen Vergleich der mittleren Sprungweite der 7–11jährigen Mädchen und Jungen in den Untersuchungen, die im Abstand von bis zu 25 Jahren durchgeführt wurden. Es wurden pro Alter und Geschlecht jeweils 100 bis 200 Kinder untersucht. Die Ergebnisse sind eindeutig (Abb. 3). 1996 haben die untersuchten Kinder generell weniger Sprungkraft als 1974. Die Unterschiede bewegen sich in der Größenordnung von 13 (8) cm Sprungweite bei den 7jährigen Mädchen (Jungen); bis zu 24 (20) cm Sprungweite bei den 11jährigen Mädchen (Jungen); dieses entspricht einer Reduzierung der Sprungkraft von minimal 6 % bei den 9jährigen Jungen, bis zu 14,6 % bei den 11jährigen Mädchen im Vergleich der Untersuchungen von 1974 und 1996.

Hervorzuheben ist, daß durchgängig die Mädchen 1996 größere Defizite gegenüber den Daten von 1974 haben als die Jungen. Auffällig erscheint auch, daß im Vergleich der jüngeren mit den älteren Kindern die Verminderung der Sprungkraft bei den 11jährigen gegenüber den 7jährigen deutlich zunimmt (10,0 % bzw. 6,2 % Leistungsminderung bei den 7jährigen Mädchen und Jungen gegenüber 14,6 % bzw. 12,0 % Leistungsminderung bei den 11jährigen Mädchen und Jungen). Als naheliegende Schlußfolgerung könnte darauf hingewiesen werden, daß die Schule im Verlauf der Schulzeit zunehmend die Zeit der Kinder beansprucht; damit geht Bewegungszeit verloren. Hinzu kommt, daß mit zunehmendem Alter auch das Spektrum möglicher Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche größer wird und sich insbesondere bei Jugendlichen im Zusammenhang mit der pubertären Entwicklung eher eine Abkehr von sportlichen Aktivitäten abzeichnet. Offensichtlich reagieren Mädchen sensibler auf die sich im Verlauf der Zeit verändernden Entwicklungsbedingungen als Jungen; diese Tendenz zeigt sich nicht nur in der Untersuchung von Dordel und Köster (in Vorb.), sondern auch in der von Rusch und Irrgang (1996). Dennoch sollten diese Tendenzen mit aller Vorsicht betrachtet werden; hier sind weitere Untersuchungen erforderlich, die große Probandengruppen, weitere Facetten motorischer Leistungsfähigkeit und insbesondere auch gezielt unterschiedliche Entwicklungsbedingungen berücksichtigen.

Häufigkeit der körperlichen Leistungsschwäche im Kindesalter

Zur Häufigkeit der körperlichen Leistungsschwäche im Schulalter werden immer wieder die Angaben von Hollmann et al. (1978), ergänzt durch Dordel (1985), zitiert:

- ≈ 50 bis 65 % Haltungsschwächen und -schäden,
- ≈ 30 bis 40 % Koordinationsschwächen und -schäden,
- ≈ 20 bis 25 % Herz-Kreislauf-Schwächen und Kreislaufregulationsstörungen (Ausdauerschwächen).

Schließlich stellt sich mit großer Dringlichkeit die Frage nach der Norm: Was ist normal, was muß als auffällig bezeichnet werden? Was bedeutet ‚normal‘, wenn fast 80 % aller untersuchten Kinder auffällig sind (vgl. Dordel 1996; Matthee 1993)? Muß man hier feststellen, daß die zugrunde gelegten Normen vor 20 Jahren Gültigkeit hatten, heute aber aufgrund der veränderten Entwicklungsbedingungen zu revidieren sind? Oder ist die Schlußfolgerung in der Hinsicht zu ziehen, daß die sportmedizinisch begründeten Normen gesundheitlich bedeutsam sind und nach wie vor Gültigkeit haben? Dann können die vorliegenden Ergebnisse nur als in höchstem Maße alarmierend bezeichnet werden; es müßten dringend Strategien entwickelt und Mittel bereitgestellt werden, um Maßnahmen der Bewegungsförderung zu intensivieren.

4.10 Einfluss der Eltern

Neben indirekten Faktoren treffen direkte Einflüsse der Eltern auf die Gesundheit ihrer Kinder. Sie konnten für das Jugendalter bereits nachgewiesen werden und betreffen die Rolle der Eltern als Verhaltensmodelle und als Einstellungsübermittler, gleichzeitig aber auch das Familienklima und die Funktion der sozialen Unterstützung.

Durch ihr Verhalten dienen Eltern heute generell als Modelle für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

Die tägliche Hygiene und Ernährung sind hiervon genauso betroffen wie der Umgang mit Drogen und Arzneimitteln, der Umgang mit Gefühlen, Aggressionen, Bewältigungsstrategien sowie soziale Kompetenzen (Bandura 1979; Troschke 1989).

Neben grundsätzlichen Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper, dem körperlichen Selbstwertgefühl sowie dem Empfinden von Scham haben die Eltern in frühen Jahren großen Einfluß auf den Attributionsstil der Kinder. Dieser schlägt sich in Gewohnheiten der ursächlichen Zuschreibung von Ereignissen in der Umwelt nieder. Dies wiederum wirkt sich auf Motivationen zu gesundheitsförderndem Handeln aus. Ebenso ist hierdurch auch die Wahrnehmung von Kontrollierbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes („Health locus of control“) betroffen.

Durch das Zusammenleben in der Familie werden grundsätzliche soziale Fertigkeiten erlernt und erprobt. Sie sind unabdingbare Voraussetzungen für ein gesundes Selbstbewußtsein und eine eigene unabhängige Identität (Lohaus 1993; Mansel/Hurrelmann 1994).

5 ADS, HYPERAKTIVITÄT und RITALIN: Informationen für Eltern und Pädagogen

5.1 ADS und Schule

Wir zitieren zu Beginn ausschnittsweise aus einem ausgezeichneten und ausgewogenen Artikel von Dieter Ellrott, Fachdirektor beim Landesinstitut für Schule, Didaktik der Mathematik, Neurodidaktik, Förderdiagnostik in den VDS-Mitteilungen 4 /2001, ADS und Schule

Mit dem Aufsatz „ADS und Schule“ wird versucht, die Thematik „ADS / Ritalin“ zu hinterfragen und Bezüge zur „Schule“ als Raum institutionalisierten Lernens herzustellen. Erörterungen zum Für und Wider von Medikamenten werden oft erbittert und emotionalisiert geführt, das ist verständlich, aber wenig hilfreich.

Hyperkinetische Störungen

Von hyperkinetischer Störung betroffen sind 3% bis 5% aller Kinder; davon etwa 75% Jungen. Es handelt sich bei dieser Differentialdiagnose (Abgrenzung und Unterscheidung durch Gegenüberstellung mehrerer Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen) nicht um eine Entwicklungsstörung, die im Laufe der frühen Jugendzeit verschwindet; vielmehr werden bei Nichtbehandlung später soziale und psychiatrische Komplikationen deutlich. Bis zum 18. Lebensjahr nehmen einige Erscheinungen der hyperkinetischen Störung deutlich ab, aber sie dauern fort in dissozialem Verhalten. Der Symptomenwandel scheint mit der Reifung des Dopaminsystems erklärt werden zu können.

Zu den vier Grundsymptomen der hyperkinetischen Störung gehören:

Unaufmerksamkeit / Desorganisiertheit:

Aktivitäten nicht selbst in die Hand nehmen oder zu Ende führen; Zeit nicht einteilen; schlecht unterordnen; Flüchtighkeitsfehler; unkonzentriert; wirken geistesabwesend.

Hyperaktivität (nicht obligat):

Motorisch unruhig; innerlich unruhig; unfähig zur Entspannung; Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, werden selten beibehalten.

Impulsivität:

Unüberlegte Handlungen; keine Konsequenzen einrechnen; Handlungen werden nicht kontrolliert; auf Kritik wird mit Wut reagiert.

Emotionale Instabilität:

Rasche Stimmungswechsel ohne besonderen Anlass; Zappelkinder sind für Eltern, Lehrer und Mitschüler eine Last; ihr Problem besteht vor allem in ihrer Unfähigkeit, sich auf eine Sache zu konzentrieren. Viele Symptome der Erkrankung sind darauf zurückzuführen. Nach dem Urteil von Lehrern sind bis zu 18% der Kinder in deutschen Grundschulen hyperkinetisch / aufmerksamkeitsgestört.

Das Verhalten dieser Kinder wird umschrieben mit „Hyperaktivität“, auch „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ und zeigt sich „durch Bewegungsunruhe, durch Bewegungsarmut, durch Koordinationschwäche beim Bewegen, durch ungesteuerte Reaktionen in Wut und Freude, durch Wahrnehmungsstörungen, durch Ablenkbarkeit und Konzentrationsschwäche, durch zu rasche Ermüdbarkeit, durch verminderte Belastbarkeit“.

Zur Unterdrückung dieser Verhaltensauffähigkeiten wird immer häufiger das Medikament „Ritalin“ verordnet; Produktion und Konsum stiegen von 1988 bis 1997 von zwei Tonnen jährlich auf 14 Tonnen jährlich; Überdosierung des Medikaments liegt im Trend. Weil Ritalin unter die Betäubungsmittel-Verordnung fällt, sind Erziehungsberechtigte und Lehrerinnen, aber auch Mediziner verunsichert.

Grundschulalter	Jugendalter	Erwachsenenalter
Schulleistungsstörungen	Verminderung motorischer Unruhe	Verminderung motorischer Unruhe
Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht	Aufmerksamkeitsstörungen	Organisationsdefizit
Teilleistungsschwächen	aggressiv-dissoziales Verhalten	Aufmerksamkeitsstörungen
Ablehnung durch Gleichaltrige	Alkohol-, Drogenmissbrauch	dissoziales Verhal. (20-45%)
Umschulungen und Klassenwiederholungen	emotionale Auffälligkeiten	antisoziale Persönlichkeit (25%)
emotionale Auffälligkeiten	geringeres Bildungsniveau	Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit
oppositionell-aggressives Verhalten (30-50%)		geringer Beschäftigungsstatus

Komplikationen (ungünstige Beeinflussungen) der hyperkinetischen Störung (nach Döpfner et al., 1997)

Welche Ursachen liegen dem Verhalten von angenommenen 18% der Kinder in deutschen Grundschulen zugrunde?

1. Bei einem Teil der Kinder mit oben beschriebenem Verhalten wird eine angeborene Hirn-Stoffwechselstörung angenommen. Man vermutet einen **Dopamin-Mangel** (zu schneller Abbau oder zu geringe Produktion), d. h. die Weiterleitung und Verarbeitung von Informationen ist gestört.

Andere drücken diese Hirn-Stoffwechselstörung auch als eine Fehlsteuerung längs der **Katecholamin-Serotonin-Achse** aus.

Dopamin ist ein **Neurotransmitter**. Mit Medikamenten wird versucht, das Dopamin-Defizit auszugleichen. Wirkstoff eines dieser Medikamente ist Methylphenidat-Hydrochlorid. Methylphenidat ist ein Psycho-Heilmittel (Psychopharmakon) und wirkt stimulierend auf das Zentral-Nerven-System; nachweisbar sind die Wirkungen vor allem im „corpus striatum“, in der „formatio reticularis“ und im „tegmentum“, also insgesamt in Teilen des **Limbischen Systems**. Psychopharmaka werden therapeutisch zur Beeinflussung gestörter psychischer Funktionen eingesetzt, d. h. zur Änderung von Verhalten, Erleben und Befinden.

2. In der überwiegenden Zahl der Fälle liegt bei gleichem Verhalten aber kein Dopamin-Mangel zugrunde.

Alle biologischen Erklärungsansätze bleiben bisher unbefriedigend. Die Wichtigkeit der psychosozialen Bedingungen für das heranwachsende Kind wurde entsprechend betont. Die Frage, ob sich die sozialen Entwicklungsdefizite unter einer Ritalintherapie aufholen lassen, lässt sich dementsprechend nur in Abhängigkeit von den während der Medikation angebotenen erzieherischen Inhalten beantworten. Nur ein beschränkter Teil jener Kinder, die durch Konzentrationsmängel auffallen, sind der Diagnosegruppe ‚hyperkinetisches Syndrom‘ zuzuordnen!

„Corpus striatum“, „formatio reticularis“ und „tegmentum“ des Limbischen Systems, die auf die Einnahme von Methylphenidat reagieren, können aber auch durch andere Einflüsse erregt werden. Genau dieselben Bereiche signalisieren beispielsweise „Störungen“, wenn Kinder spüren, dass sie bestimmten Anforderungen nicht nachkommen können. Ihr Limbisches System will sie schützen und schränkt die Informationsweiterleitung und -verarbeitung im Gehirn durch Ausschüttung bestimmter Neurotransmitter

ein; die Kinder „blockieren“, eigentlich: sie werden blockiert vom Limbischen System. Treten solche Ereignisse gehäuft auf, können sich nachhaltig Verhaltensweisen entwickeln, die im Spektrum von Aggressivität bis Suizid liegen.

unterschiedliche Kinder mit besonderen, aber vergleichbaren Verhaltensmustern



das Besondere im Verhalten wird zurück geführt auf ...

gestörte Signale,
weil Dopamin-Mangel
die Weiterleitung von Kontrollsignalen
verzögert / verhindert

gestörte Signale,
weil aufgrund von Angst vor Misserfolg
erhöhte Ausschüttung an Stresshormonen
die Weiterverarbeitung von Informationen
verzögert / verhindert

in beiden Annahmen wird auf Störungen *derselben* Hirnstrukturen verwiesen

GROSSHIRN (telencephalon)
zwei Großhirnhemisphären, die mit ca. 300 Mill. Kommissurfasern über den Balken (corpus callosum) verbunden sind

Basalganglien
Corpus striatum
somatisches Striatum – Handlungsplanung, Verhaltenssteuerung
limbisches Striatum (Caudatum, Putamen)
– Emotionen, Verhaltensbewertung

Globus pallidus

Hirnrinde (cortex cerebri)
Palaeocortex
Amygdala (Mandelkernkomplex)

Archicortex
Septum
Hippocampus – Formation

limbischer Cortex
u. a. Cingul. cinguli anterior und posterior
...



BRÜCKE (pons)
5. bis 8. HNP
Retinatio reticularis
(noradrenerge, dopaminerge, serotoninerge Kerne)

- *Olivari-Komplex*
Hören; Gleichgewicht;
Verbindung zum Kleinhirn
- *Fasertrakt der Pyramiden-*

MITTELHIRN (mesencephalon)
3. und 4. HNP

- *Vierhügelkette*
colliculi superiores, colliculi inferiores

Substantia nigra
dopaminerge Neurone

in beiden Annahmen wird auf *dieselbe* Gruppe biogener Amine verwiesen, auf Katecholamine

Pharmakotherapie
*
alles bleibt beim alten?

Verhaltenstherapie
psychosoziale Intervention
anderer Unterricht
*
Chance auf Veränderung?

An dem Verhalten eines Menschen sind verschiedene Faktoren beteiligt:

Die **Lernanlagen** eines Kindes, sein **Selbstbild**, das **psycho-soziale Umfeld** und die **Schule**. In jedem einzelnen der vier Bereiche können Ursachen für Lern- und Verhaltensschwierigkeiten liegen, aber auch im Zusammenwirken der einzelnen Bereiche als System.

Lernanlagen können Ursachen für Schwierigkeiten werden, wenn sie nicht erkannt, wenn sie ignoriert, wenn sie nicht respektiert werden.

Das **Selbstbild** kann Ursache für Schwierigkeiten werden, wenn Lernanlagen als unnormal bzw. hinderlich empfunden werden, wenn Anpassung über Selbstständigkeit dominiert, wenn Selbsteinschätzung nicht mit den eigenen Möglichkeiten übereinstimmt.

Die **Schule** kann Ursache für Schwierigkeiten werden¹ wenn ihr Ziel nicht darin besteht, jeden Einzelnen in seiner Entwicklung zu fördern und wenn starre Vorgaben individuelle Entwicklungsmöglichkeiten erschweren; wenn Lernrückstände als Lernschwächen ausgelegt werden, wenn Misserfolge nicht aufgearbeitet werden (gelernte Misserfolge wiegen schwer), wenn Ursachen dort vermutet werden, wo Defizite sichtbar sind.

Das **Umfeld**, die nähere und weitere Umgebung, in der Kinder aufwachsen und sich entwickeln, kann Ursache für Schwierigkeiten werden, wenn dem Kind nicht seine Grenzen aufgezeigt wurden, wenn Kinder nicht angeregt werden, sich mit ihrem Umfeld auseinander zu setzen bzw. das vor-schulische Angebot anregungsarm und wenig kreativ war, wenn Instabilität im Umfeld den Kindern keinen außerschulischen Halt gibt, wenn mangelndes Vertrauen in das Kind dessen Verunsicherung erhöht, wenn schulische Leistungen wichtiger genommen werden als menschliche Werthaltungen. Es ist auch nicht selten, dass Eltern sich vor ihren Kindern ganz klein machen, während diese hilflos in ihrer Maßlosigkeit über das Ziel hinausschießen.

Trotz äußerlich gleichen Verhaltens können die Ursachen für eben dieses Verhalten ganz unterschiedlicher Natur sein und demgemäß müssen sich auch die erforderlichen Maßnahmen unterscheiden.

Die Bewertung eines Verhaltens, also inwiefern Reaktionen auf Reize angemessen sind oder nicht, geschieht in erster Linie von außen. Wer was wie störend empfindet ist unterschiedlich, wer was in welcher Form duldet ist unterschiedlich, wer einem bestimmten Verhalten wie konsequent oder inkonsequent begegnet ist unterschiedlich. Wie unterschiedlich muss dann erst die Palette der Maßnahmen sein?

Medikamentöse Behandlung mit Ritalin

Selbstverständlich darf bei einer eindeutig festgestellten Krankheit das helfende Medikament nicht vorenthalten werden. Aber der Nachweis eines (angeborenen) Dopamin-Mangels ist aufwendig und nicht in jedem Einzelfall anwendbar.

Die Dopaminhypothese könnte erhärtet werden durch eine Untersuchung des D-4 Dopamin-Rezeptor-Gens und durch eine Untersuchung vom Allel (480-bp) des Dopamin-Transporter-Gens. (Allel-Ausprägungen eines Gens, die auf homologen Chromosomen am gleichen Genort lokalisiert sind)

Meistens wird von bestimmten Verhaltensmerkmalen mehr oder weniger sorgfältig auf eine Diagnose (nicht unbedingt auf die Ursache) geschlossen, ein Umkehrschluss, der mit einem großen Fehldeutungsrisiko behaftet ist.

Es ist erforderlich, hohe Anforderungen an die Diagnostik und die Verantwortung von Medizinern zu richten, die den Einsatz von Medikamenten empfehlen.

Die Indikation für eine medikamentöse Behandlung sollte streng auf das hyperkinetische Syndrom beschränkt sein. Aggressive Verhaltensweisen, die den Störungen des Sozialverhaltens zuzuordnen sind, stellen ebensowenig eine Indikation für den Einsatz von Methylphenidat (Ritalin) dar wie emotionale Störungen aufgrund von Überforderungen in der Familie oder der Schule, bei denen fast regelhaft Konzentrationsprobleme der Kinder auftreten.

Wird eine Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) in Betracht gezogen, so sollte der behandelnde Arzt abwägen, in welchem Ausmaß dem Kind durch die Medikation Ressourcen zugänglich gemacht werden, oder ob einer schon vorliegenden Überforderungssituation des Kindes noch weiter Vorschub geleistet wird. Im zweiten Fall ist eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) abzulehnen.

Die Anwendung des in Österreich neu zugelassenen Medikaments RITALIN im Indikationsbereich ‚hyperkinetisches Syndrom‘ erfordert ein besonders hohes Maß an fachlicher Kompetenz und Augenmerk insbesondere in der Differentialdiagnostik. Nur ein beschränkter Teil jener Kinder, die durch Konzentrationsmängel auffallen, sind der Diagnosegruppe ‚hyperkinetisches Syndrom‘ zuzuordnen! In die-

sem Sinne ist - auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Ländern - einem unkritischen Einsatz des Präparates vorzubeugen.

Empfohlene Vorgehensweise:

1) Diagnose / Indikation:

Die Indikationsstellung soll an einer Abteilung / Station für KJNP - nach Möglichkeit im Rahmen einer stationären Aufnahme - erfolgen.

Grundlage von Diagnose/Indikation sind die fachspezifischen (ärztlichen, psychologischen etc.) Standardverfahren der KJNP unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Aufmerksamkeit. Psychosozialen Aspekten, die zu einer Störung der Aufmerksamkeitsentwicklung führen können, ist besondere Beachtung zu schenken.

Themenspezifische diagnostische Verfahren sollen die Standarddiagnostik ergänzen.

2) Therapeutische Strategie:

Bei entsprechender Diagnose einer ADHD und Indikationsstellung zur medikamentösen Therapie mit RITALIN ist - parallel zur pharmakologischen Behandlung - ein adäquates Setting der psychosozialen Betreuung vorzusehen.

Zur Zeit kann man davon ausgehen, dass nur ein Bruchteil von Ritalin-Kindern, weniger als 1%, sorgfältig betreut und überwacht werden.

3) Verlaufsbeobachtung:

Bei ambulanten Kontrolluntersuchungen im 4 - Wochen - Intervall sollen überprüft werden:

Durchführung der medikamentösen Behandlung und der psychosozialen Betreuung (Compliance); klinische Beurteilung der Wirkung und etwaigen Nebenwirkungen der Behandlung.

Nach 4-6 Monaten soll eine Überprüfung der Indikation im Rahmen einer Wiederholung der Eingangsdiagnostik erfolgen.

Die Sicherung der Diagnose ‚Hyperkinetisches Syndrom‘ sollte ausschließlich auf internationale Klassifikationen wie dem DSM-IV (APA, 1994) oder dem ICD-10 (WHO, 1992) basieren. Symptom-orientiert unterscheidet das DSM-IV zwischen Störungen der Aufmerksamkeit und Störungen der Impulsivität-Hyperaktivität. Nach den ICD-10 Forschungskriterien müssen beispielsweise die drei Kernsymptome - Störung der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle sowie motorisch unruhiges Verhalten - in mindestens zwei der drei Settings (Schule, zu Hause, in der Untersuchung) in deutlicher Ausprägung über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorhanden sein. Der Beginn der Störung muss definitionsgemäß vor dem 7. Lebensjahr liegen. Neuere Studien empfehlen, das auf das 7. Lebensjahr festgelegte Alterskriterium nicht mehr streng anzuwenden.

Die Diagnose nach den genannten Klassifikationsschemata sollte durch einen Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychologischen Psychotherapeuten gestellt und nach Möglichkeit durch standardisierte und normierte Fragebogenverfahren ergänzt werden. Die systematische Analyse des Eltern- wie auch des Lehrerurteils (Conners' Teacher Rating Scale, Conners Parent Rating Scale, Conners, 1989), eventuell ergänzt durch die Beobachtungen anderer Bezugspersonen, ist bei der Diagnosestellung unabdingbar.

Zur Einschätzung eines breiteren Symptombereichs bietet sich ergänzend eine Kombination der Fragebögen Child Behavior Checklist und Teacher Report Form (TRF) an. „Diagnosen“, die aufgrund einzelner psychologischer Tests oder des EEG auch unter Einbeziehung von evozierten Potentialen gestellt

werden, sind nicht gerechtfertigt. Für sie liegen keine hinreichend spezifischen und sensitiven Forschungsergebnisse vor.

Hochdosierungen sind abzulehnen. Leider mußten wir in Berlin bei einigen Ärzten eine Tendenz zur sogenannten „Hochdosierung“ von bis zu 3 mg/kg-Körpergewicht feststellen. Eine solche Behandlung lässt sich nach dem gegenwärtigen Forschungsstand nicht rechtfertigen.

Kurze Medikationspausen, zum Beispiel für die Wochenenden, erscheinen wegen möglicher Rebound-Effekte und der damit in Zusammenhang stehenden lerntheoretischen Verknüpfung der „Pille als Problemlösung“ nicht sinnvoll. Längere Pausen, wie etwas anlässlich eines Urlaubs, können in das Behandlungsprogramm einbezogen werden.

Von zentraler Bedeutung ist die zuverlässige Mitarbeit der Bezugspersonen. Unregelmäßigkeiten im schriftlich festgelegten Behandlungsschema müssen in der begleitenden Elternarbeit zur Sprache gebracht werden. Gegebenenfalls ist eine Beendigung der Behandlung in Betracht zu ziehen. Strikt abzulehnen ist der „freie“, dem aktuellen Verhalten des Kindes durch die Eltern angepasste Gebrauch von Methylphenidat (Ritalin).

Vor Einleitung einer Methylphenidat-Medikation sollte eine Kontrolle des Differential-Blutbildes, der Elektrolyte, der Nieren sowie der Schilddrüsenwerte (T3, T4, TbH) erfolgen. Neuere Arbeiten haben einen möglichen Zusammenhang zwischen einer teilweisen Rezeptor-Unempfindlichkeit für Schilddrüsenhormone und dem Hyperkinetischen Syndrom gefunden.

Hinsichtlich der von den Eltern häufig befürchteten Suchtgefahr nach Methylphenidat-Medikation erlaubt der gegenwärtige Forschungsstand keine sichere Aussage. Für eine Erhöhung des Suchtrisikos durch Methylphenidat finden sich jedoch derzeit keine Hinweise.

Fragebogen für hyperkinetisches Verhalten bei Kindern (nach Conners, 1975)

Aktivitätsgrad (0 = gar nicht, 1 = manchmal, 2 = oft, 3 = meistens)

1. ruhelos und überaktiv ()
2. erregbar und impulsiv ()
3. stört andere Kinder ()
4. bringt angefangene Aktivitäten nicht zu Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne ()
5. immer in Bewegung ()
6. unaufmerksam und unruhig ()
7. geringe Frustrationstoleranz ()
8. weint oft und leicht ()
9. Stimmung wechselt schnell und heftig ()
10. Wutausbrüche, unvorhersagbares Verhalten ()

..... und was könnte passieren, wenn

die Vorgaben nicht in vollem Umfang erbracht wurden? Was passiert, wenn die Medikation verordnet wurde und angewendet wird, obwohl keine krankhafte Ursache vorliegt?

- *Um eine hyperkinetische Störung zu diagnostizieren, müssen Informationen aus mindestens zwei Lebensbereichen eingeholt werden (aus der Schule, vom Kindergarten oder von den Eltern).*

- *Liegen einem bestimmten Verhalten keine krankhaft bedingten hyperkinetischen Störungen zugrunde, könnte eine medikamentöse Behandlung zu einer unangemessenen Therapie führen oder es könnte der Lerneffekt eintreten, dass Medikamente bevorstehende Belastungen verkleinern. Es würde die Chance vergeben, bisher negativ bewertetes Verhalten zu verändern.*

Aus welchen Lebensbereichen wurden Informationen eingeholt?

- *Aggressive Verhaltensweisen, die den Störungen des Sozialverhaltens zuzuordnen sind stellen ebenfalls wenig eine Indikation für den Einsatz von Ritalin dar wie emotionale Störungen aufgrund von Überforderungen in der Familie oder der Schule, bei denen fast regelhaft „Konzentrationsprobleme“ der Kinder auftreten. ... Wenn das Kind sich bereits in einer Überforderungssituation befindet, kann durch eine Behandlung mit Ritalin der Überforderung weiter Vor-schub geleistet werden. In diesem Fall ist eine medikamentöse Behandlung mit Ritalin abzulehnen.*

Wurde die Situation des Kindes ausreichend gründlich kinderpsychiatrisch und körperlich untersucht?

- *Störungen des dopaminergen Systems: Bei einem Dopamin-Mangel kann es ... zu hyperkinetischen Symptomen kommen, bei einem Dopamin-Überschuss hingegen zu psychotischen Symptomen.*

Der Einsatz von Ritalin ist nur dann gerechtfertigt, wenn das Hirn unterstimuliert ist, sonst sind Überreizungen möglich, die bis zum Zusammenbruch führen können.

Wurde ein Dopamin-Mangel festgestellt?

- *Wird bei einer latenten Schilddrüsenüberfunktion mit Methylphenidat behandelt, läuft der Arzt Gefahr, das hyperkinetische Verhalten zu verstärken und dem Kind zu schaden.*

Wurden die Schilddrüsenparameter bestimmt?

- *Da Methylphenidat die Krampfschwelle herabsetzen kann, sollte vor Beginn der Medikation ein Elektroencephalogramm (EEG) durchgeführt werden.*

Wurde die Ableitung eines EEG durchgeführt?

Pädagogische und psychosoziale Maßnahmen - Was können Lehrerinnen tun?

Die Behandlung von sogenannten Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen erfolgt auf verschiedenen Ebenen: Verhaltenstherapie, psychosoziale Intervention und Pharmakotherapie.

Einen Weg ohne Medikamente gehen Marburger Schulpsychologen. Sie entwickelten ein Konzentrationsstraining, das vor allem Kindern Spaß machen soll und sich besonders für die schnell und flüchtig (impulsiv) arbeitenden Kinder eignet. Die regionale Schulberatungsstelle der Stadt Mülheim an der Ruhr gibt Vorschläge im Umgang mit auditiv wahrnehmungsschwachen Kindern heraus. Es geht also nicht direkt um ADS-Kinder; aber was LehrerInnen hier vorgeschlagen wird, ist durchaus beachtenswert, falls es nicht schon zu ihrem Standardrepertoire gehört.

„Wer nicht erzieht macht auch nichts falsch. Oder?“ Dieser Aufsatz beschreibt kritisch und ohne Schonung Erziehung von Kindern in der derzeitigen gesellschaftlichen Situation. Er könnte missverstanden werden als Schuldzuweisung an die Eltern und damit z. T. als Freibrief für Lehrerinnen.

Ein nicht unerheblicher Teil der sogenannten ADS-Kinder wird erst nach Eintritt in das Schulleben verhaltensauffällig. Ist dafür die „Schule“ verantwortlich, d. h. Schulprofile, pädagogische Leitlinien, curriculare Vorgaben und Akzentuierungen, Einstellung von LehrerInnen zu Erziehung und Unterricht, Organisations- und Aneignungsformen, ... ?

Die Schule kann Ursache für Schwierigkeiten werden, wenn ihr Ziel nicht darin besteht, jeden Einzelnen in seiner Entwicklung zu fördern und wenn starre Vorgaben individuelle Entwicklungsmöglichkeiten erschweren; wenn Lernrückstände als Lernschwächen ausgelegt werden, wenn Misserfolge nicht aufge-

arbeitet werden (gelernte Misserfolge wiegen schwer), wenn Ursachen dort vermutet werden, wo Defizite sichtbar sind.

Es ist nicht leicht Kinder zu unterrichten, die bis zum Schuleintritt bestimmte gesellschaftliche Spielregeln noch nicht (kennen) gelernt haben, aber Unterricht hat sich (auch) an den Möglichkeiten der Kinder zu orientieren und nicht (nur) umgekehrt!

Der Forderung nach immer mehr Förderung wird man nicht nur durch Bereitstellung von mehr Förderstunden gerecht. Nachsorgende Förderung muss sich an den Ursachen orientieren, die zum Förderbedarf führten; nachsorgende Förderung ist aufwendig und nicht immer effektiv. Präventive Fördermaßnahmen sind vor allem unter emotionalen Gesichtspunkten wirkungsvoller. Anders akzentuierter Unterricht ist Unterricht auf der Grundlage von vorbeugender Misserfolgsreduzierung. Fördermaßnahmen für einige sind Differenzierungsangebote für alle. Differenzieren bedeutet, die Individualität zu respektieren und nicht, angenommene Schwierigkeiten zu sezieren.

Kinder lernen unterschiedlich, das ist neurologisch bedingt und nachgewiesen. Neurologische Anlagen können auch nicht von amtlichen Vorgaben oder individuellen Überzeugungen Außenstehender gebeugt werden. Geschieht dies dennoch „signalisieren Bereiche des Limbischen Systems beispielsweise ‚Störungen‘, wenn Kinder spüren, dass sie bestimmten Anforderungen nicht nachkommen können. Ihr Limbisches System will sie schützen und schränkt die Informationsweiterleitung und -verarbeitung im Gehirn ein durch Ausschüttung bestimmter Neurotransmitter; die Kinder ‚blockieren‘, eigentlich: sie werden blockiert vom Limbischen System.

Schule und Umfeld müssen informiert sein über unterschiedliche Lernanlagen. Die Schule muss unterschiedliche Lernanlagen respektieren: Individuelle Leistungen sollen anerkannt und nicht als unerwünscht (weil so nicht vorgesehen) entwertet werden. Lernangebote und ihre Bearbeitung müssen auf unterschiedliche Lernanlagen ausgerichtet sein.

Vorzeitige Normierung und Nacharbeiten einer Buchvorgabe scheint Sicherheit zu geben. Aber diese Sicherheit ist trügerisch, weil es keine Alternativen gibt. Verunsicherung kommt in erster Linie nicht daher, dass Möglichkeiten unterschieden werden müssen, sondern daher dass man sich nicht sicher ist, ob man die Erwartungen anderer erfüllt - Misserfolge verunsichern.

Schule und Gesellschaft müssen die individuelle Entwicklung des Einzelnen fördern und nicht Anpassung als Hauptziel wählen. Anpassung ist nicht konstruktiv, weil sie nicht auf die Erweiterung des Bestehenden ausgerichtet ist. Gleichschrittigkeit und Zeitdruck tragen nicht zur Entfaltung individueller Kräfte bei.

Fördernder Unterricht berücksichtigt neben der Leistungs-Differenzierung auch die Aneignungs-Differenzierung. Fördernder Unterricht vermeidet verfrühte Formalisierung und setzt an die Stelle von programmiertem Wissenstransport Erfahrungslernen, das an Personen gebunden ist. Fördernder Unterricht greift die Vielfalt der Realität auf und erweitert so den Schonraum Schule. Fördernder Unterricht muss auch ohne Ritalin anregend und aufregend sein, oder anders ausgedrückt muss fördernder Unterricht Situationen schaffen, dass sich auch ADS-Kinder gerne in Konzentration vertiefen.

LehrerInnen brauchen auch Hilfe, z. B. Aufmerksamkeitstraining für ADS-Kinder im Rahmen des Unterrichts oder andere Anregungen und Unterstützungen zur Durchführung erfolgreichen Unterrichts trotz ungünstiger Voraussetzungen. LehrerInnen brauchen die Unterstützung von Eltern und Schulbehörden.

Dürfen LehrerInnen zur Überwachung oder Durchführung einer Medikament-Verabreichung herangezogen werden, die sie glauben nicht verantworten zu können? Müssen LehrerInnen die Verordnung und Einnahme des Medikamentes respektieren? In welcher Form?

Der Wunsch „Mein Kind soll aber doch auch in der Schule mitkommen!“ ist berechtigt, aber man kann diesen Wunsch nicht ohne weiteres über eine medikamentöse Regelung erfüllen. Einerseits soll ein Me-

dikament die Kinder befähigen, aufmerksamer am Unterricht teilzunehmen, aber andererseits bleibt die Frage unbeantwortet: „Wie bzw. was lernen Kinder, die medikamentös eingestellt werden?“

Allein aus neurologischer Sicht gibt es zwei Erklärungsmuster für Verhaltensformen mit hyperkinetischen Merkmalen: Einmal werden die Störungen auf einen angenommenen Dopamin-Mangel zurückgeführt bzw. als Fehlsteuerung längs der Katecholamin-Serotonin-Achse ausgewiesen, ein anderes Mal werden die Störungen durch Überschuss an Adrenalin und Noradrenalin begründet. Beide Hypothesen liegen dicht beieinander, denn Dopamin, Adrenalin und Noradrenalin gehören derselben Gruppe **biogener Amine** an, nämlich den **Katecholaminen**. Beide Hypothesen sind plausibel und im Grunde möglich, aber jede von ihnen führt zu einer anderen Ursache und damit zu anderen Stützmaßnahmen. Wenn also beide Hypothesen möglich sind, muss ausgelotet werden, welche Stützmaßnahmen für welchen Betroffenen angemessen sind.

Eine weitere Hypothese scheint auf den ersten Blick von weit hergeholt zu sein, erweitert aber das Spektrum von Überlegungen (Thom Hartmann, New England Salem Children's Village). Die ehemals notwendigen Anlagen des „Jägers und Sammlers“, der ständig auf der Hut sein musste, waren: rastlos wandernde Wahrnehmung, rasche Reaktionen ohne lange Überlegungen und keine Scheu vor Risiken. Bei einigen Menschen, so Thom Hartmann, scheinen diese Anlagen dominant geblieben zu sein und haben sich nicht angepasst. Den „Farmer“ von heute zeichnen Eigenschaften aus wie Anpassung, Geduld und Beständigkeit. Diese Hypothese zeichnet ein positives Bild des hyperkinetischen Syndroms. Was heute stört, war einmal überlebensnotwendig. Wie kann man mit diesen Anlagen umgehen, wie sie sinnvoll in das heutige Leben einbinden?

Man muss kein Ritalin-Gegner sein, um nicht als Ritalin-Befürworter zu gelten. Alternative Sichtweisen helfen nicht weiter bei der Suche nach Lösungen. Gefahr droht nicht allein von Ritalin oder einem anderen Medikament; Gefahren drohen auch von unsorgfältigen Diagnosen und von unzureichenden Begleitmaßnahmen. Je mehr der Streit um das Medikament in den Vordergrund rückt, desto weiter rücken Überlegungen in den Hintergrund zu Veränderungen in Erziehung, Gesellschaft und Schule. Gefahren drohen von eingengter Ursachen-Suche und mangelnder Bereitschaft zu ursachenorientierter Veränderung. Die Suche nach Veränderungen und die Erprobung von Veränderungen brauchen Unterstützung; hierfür sind die Kräfte zu bündeln und hierfür sollte zumindest für einen begrenzten Zeitraum der fruchtlose Wertestreit für oder gegen ein Medikament zurücktreten.

Die Diagnose „ADS“ (mit oder ohne nachfolgende medikamentöse Behandlung) beruht häufiger auf einer Einschätzung bzw. Bewertung von geschildertem Verhalten als auf einer umfassenden medizinischen Untersuchung. Die Einstufung eines Verhaltens als hyperaktiv geschieht häufig von eben denen, die mit diesem Verhalten konfrontiert werden bzw. die diesem Verhalten nicht gewachsen sind. Der einfache Rückgriff auf eine Medikamentierung ohne nachgewiesenen Krankheitsbefund führt zu einer ständig anwachsenden Zahl medikamentenabhängiger Kinder, weil die eigentlichen Ursachen nicht gesucht werden oder unbeachtet bleiben. Ein ADS-Kind ist vorrangig kein medizinisches Problem, sondern ein gesellschaftliches.

Jedem Kind seine Chance, seine persönliche gut abgewogene Fürsorge.

Kriterien für die medikamentöse Behandlung von sogenannten „ADS-Kindern“

In der Grafik sind sechs Kriterien aufgeführt, die bei alternativer Bewertung zu 64 Fallunterscheidungen führen. Nach strengen Maßstäben dürfte nur in einem Fall, nämlich dem äußersten rechten Baumverlauf entsprechend, ein Medikament wie Ritalin verordnet werden. Also müsste gewährleistet sein,

das der Dopamin-Haushalt nachweislich gestört ist,

das eine unterstützende Therapie durchgeführt wird,

das die Verträglichkeit des Medikaments positiv abgeklärt ist,

das die Diagnose nach Abklärung mehrerer Krankheitsbilder erhoben wurde,

das die Auffälligkeiten in mehreren Umgebungen auftreten,

das die Auffälligkeiten schon vor Schuleintritt signifikant waren.



Seminararbeit von Raphael Bronnhuber

Inhaltsverzeichnis:

1. Begriffsabgrenzung
2. Abriß der Forschungsgeschichte
3. Diagnose
 - 3.1. Symptome
 - 3.2. Diagnoseverlauf und Diagnoseinstrumente
 - 3.3. Differentialdiagnose
4. Genese der Störung
 - 4.1. Genetische Genese
 - 4.2. Neurophysiologische Genese
 - 4.3. Neurochemische Genese
 - 4.4. Allergologische Genese
5. Therapie
6. Verlauf der Störung
7. Literaturverzeichnis:
 - 7.1. Einzelliteratur
 - 7.2. Nachschlagewerke

1. Begriffsabgrenzung

Nach der ICD-10 gehören Hyperkinetische Störungen zur Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend [ICD-10/F 90-98]. Als dazugehörige Begriffe werden genannt: attention deficit disorder (ADD), Aufmerksamkeitsstörung(-syndrom) mit Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung(-defizit) mit Hyperaktivitätsstörung [ICD-10/F 90]. Die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens [F 90.1] bei Merkmalen von HKS [F 90] und einer Störung des Sozialverhaltens [F 91] ist von der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung [F 90.0] als eigenständige Form abzugrenzen. Bei verschiedenen Autoren werden oftmals unterschiedliche Bezeichnungen für Personen mit HKS verwendet, die aber ein und dieselbe Störung bezeichnen.

Dr. Klaus Skrodzki (1996) listet solche Begriffe ausführlich auf (vgl.: sehr knapp: Steinhausen -1995, S. 12f.):

"MCD: Minimale cerebrale Dysfunktion war früher die häufigste Bezeichnung

MBD: Minimal Brain Dysfunction/ Damage

POS: Psycho - organisches Syndrom ist in der Schweiz üblich

HKS: Hyperkinetisches Syndrom hat sich in Deutschland eingebürgert

ADDS: Attention Defizit Disorder Syndrom mit / ohne Hyperaktivität und Sozialstörungen gilt in den USA und nach der WHO (Weltgesundheitsbehörde) als die jetzt korrekte Bezeichnung = Aufmerksamkeitsstörung

SIS: Sensorische Integrationsstörung

Hirnfunktionsstörung, Partielle Hirnreifungsstörung, Hirnorganisches Psychosyndrom, Teilleistungsstörung, Minimale cerebrale Bewegungsstörung, Hyperaktive Kinder, Ungeschickte Kinder, Aufmerksamkeitsgestörte Kinder, Kinder mit besonderem Förderbedarf, Schwerkraftverunsicherte Kinder."

Dabei betont Skrodzki (1996): "Alle Namen umfassen nur Teilaspekte der Störung und sind nicht identisch, aber sie überschneiden sich in großen Bereichen. (...) Ihnen ist gemeinsam, daß es sich nicht um Diagnosen handelt, sondern um Sammelbegriffe".

2. Abriß der Forschungsgeschichte

Nicht in jeder Zeit ging man mit Kindern und Jugendlichen, die spezieller Förderung bedurften, so sensibel um wie heute. Die Herauentwicklung eines Bewußtseins von einer hyperaktiven Störung setzte demnach eine gewisse Aufmerksamkeit auf die je eigenen Bedürfnisse eines Kindes voraus. So ist das sich im Laufe der Geschichte verändernde Störungsbild jeweils auch ein Spiegelbild gesellschaftlich geprägter Anschauungsweisen.

Skrodzki (1996) nennt einige Epochen der Forschungsgeschichte des hyperkinetischen Syndroms: "Schon 1808 beschrieb Dr. Haslam, Leibarzt Kaiser Napoleon I. ein "moralisch krankes Kind, Sklave seiner Leidenschaften, Schrecken der Schule, Qual der Familie, Plage der Umgebung. 1844 entstand in Frankfurt das Buch "Der Stuwwelpeter" von Heinrich Hoffmann. Dieser Frankfurter Arzt beschrieb aus eigener Erfahrung typische Erscheinungsbilder hyperkinetische Kinder: den Zappelphilipp, den fliegenden Robert, Hans guck in die Luft und den bösen Friedrich. 1881 beschrieb Scherpf "das impulsive Irresein als häufigste kindliche Seelenstörung". 1902 erforschte der englische Kinderarzt Still Kinder mit "Defects in Moral Control". 1917 schrieb Professor Czerny über "Schwererziehbare Kinder" und 1937 Dr. Charles Bradley über die hilfreiche Wirkung der Stimulantien auf verhaltensauffällige Kinder. In den Jahren nach der ersten Beschreibung Bradleys befaßten sich anfangs Kinderärzte und Kinderpsychiater, später Kinderpsychologen mit diesem Krankheitsbild. Es fand erst in den USA, später über Neuseeland, Holland, England und Skandinavien Beachtung. In Deutschland erschienen die ersten Berichte Mitte der 60er Jahre. Dann allerdings zahlreiche Publikationen; allein im deutschsprachigem Raum 1965 bis 1985 über 250 Arbeiten, die sich ausschließlich mit diesem Thema beschäftigen von medizinischer, psychologischer und pädagogischer Seite".

3. Diagnose

3.1 Symptome

Die folgenden Symptome treten früh auf, in der Regel "vor dem sechsten Lebensjahr" (ICD-10/1993 deutsch, F 90, S.295) und gelten als "situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltenscharakteristika" (S.293). Hyperaktive Verhaltensformen werden dabei als Abweichungswerte erstens vom - nach Alter und Intelligenz des Kindes - zu erwartenden Verhalten und zweitens als abweichend vom Verhalten anderer Gleichaltriger in gleicher Situation erfaßt (vgl. S. 294). Das beobachtete Verhalten wird allerdings nur dann als hyperaktiv bezeichnet, wenn es "extrem ausgeprägt ist" (ebd.). So liegt der Beurteilung von hyperaktivem Verhalten immer die Beachtung "entwicklungsmäßig angemessener Normen" (S. 295) zugrunde.

Als Symptome für das hyperkinetische Syndrom nennt Steinhausen (1995: schematisch Tab 1.1) oder - hier zitiert- Skrodzki (1996) : "Extreme Hyperaktivität (motorische Unruhe), übermäßige Impulsivität (Wutausbrüche, vermehrte Reizbarkeit), vermehrte Ablenkbarkeit, übermäßiges Störverhalten, auffallende Langsamkeit bei der Aufgabenlösung, Frustrationsintoleranz, auffallende Diskrepanz zwischen der offenkundigen Intelligenz und der Leistung". Er betont weiterhin: "Nicht alle genannten Verhaltensauffälligkeiten müssen nebeneinander bestehen und ebensowenig müssen alle Auffälligkeiten gleich stark ausgeprägt sein. Die große Variation in Qualität und Quantität des Erscheinungsbildes macht es schwierig, dieser kombinierten Verhaltensstörung einzuschätzen". Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen hält Skrodzki (1996) ebenfalls für bedeutsame Symptome des hyperkinetischen Syndroms: "Bei der medizinischen Untersuchung erkennt man oft einen unharmonischen Bewegungsablauf und damit eine deutliche Diskrepanz zu anderen Kindern: während die Bewegung gesunder Kinder meist rund und wellenförmig ist, wirken diese Kinder ausgesprochen eckig, ruckartig und ungeschickt. Neurologisch finden sich zum Teil mäßige Störungen der Feinmotorik, der Balancefähigkeit, der allgemeinen Geschicklichkeit, also insgesamt Zeichen einer leichten Hirnfunktionsstörung". Besonders das Schriftbild eines Kindes lasse diese hyperkinetisch bedingten Symptome erkennen, so Skrodzki (1996). Er listet weitere, grundlegende Symptome auf: "Bei diffiziler Untersuchung entdeckt man zahlreiche Wahrnehmungs- und

Programmsteuerungsstörungen und fast immer erhebliche Verzögerungen in der psychomotorischen Entwicklung und der sensorischen Integration. Unter sensorischer Integration versteht man die sinnvolle Ordnung, Aufgliederung und Zusammenfassung von Sinneserregung, um diese nutzen zu können. Die Nutzung besteht in der Wahrnehmung und Erfassung des Körpers in Bezug zur Umwelt. Durch die sensorische Integration wird erreicht, daß alle Abschnitte des zentralen Nervensystems zusammen arbeiten, die erforderlich sind, damit ein Mensch sich sinnvoll mit seiner Umgebung auseinandersetzen kann und Befriedigung dabei erfährt". Wichtige Wahrnehmungsstörungen, die Skrodzki (1996) auflistet, seien kurz benannt: "verminderte Erfassungsspanne, verminderte Kanalkapazität, verminderte Diskriminationsfähigkeit, veränderte Reizschwelle, verlangsamte Umstellungsfähigkeit, intermodale Störung, serielle Störung, mangelhafte Codierung und Optimierung erlernter Abläufe, fehlerhafte Suchstrategien".

Wie sich die einzelnen Symptome oder Symptomgruppen über der Lebensspanne verändern, darauf möchte ich im Kapitel "Verlauf der Störung" eingehen.

3.2 Diagnoseverlauf und Diagnoseinstrumente

Nach Steinhausen (1995) sollte ein - an klinischer Praxis orientierter - Untersuchungsplan bei einer gründlichen Anamnese ansetzen (vgl. S. 17f. und Tab. 1.2). Danach könne die Diagnose durch Verfahren zur "Objektivierung der Befunderhebung" (S. 18) abgesichert werden.

"Die Eigenanamnese des Kindes erstreckt sich auf eine sorgfältige prä-, peri- und postnatale Anamnese" (Steinhausen - 1995, S. 17). Ziel ist es, "organische Psychosynndrome" (S. 20) auszuschließen beziehungsweise "mögliche Risikofaktoren als stützenden Beweis für Befunde einer koexistierenden Hirnfunktionsstörung zu erfassen" (S. 17). Aus einer Familienanamnese können Erkenntnisse über schon vorhandene hyperkinetische oder anderweitige psychiatrische Belastungen in der Verwandtschaft hervorgehen. Da diese "anamnestischen Daten" (S. 18) vor allem aus dem Elternhaus oder der Schule eines hyperkinetischen Kindes stammen, müssen sie, beispielsweise bei der Frage nach Situationsspezifität der Störung, einer zusätzlichen Prüfung durch Psychologen und/oder Psychiater unterzogen werden. Der Wert der dabei verwendeten Diagnoseinstrumente wird sich daran messen, inwieweit sie annähernd objektiv hyperkinetisches Verhalten erfassen können. Verhaltensbeobachtung, Fragebögen und Schätzskalen (Beispiele: Steinhausen - 1995, S. 26-32), klinische Exploration (Beispiel: Steinhausen - 1995, S. 33), psychologische Tests (z.B.: Aufmerksamkeitstests), EEG-Verläufe, Aktometerdaten, die hyperkinetische Kinder von Normokinetikern unterscheiden (vgl. Steinhausen - 1995, S. 62) oder eine entwicklungsneurologische Untersuchung können hierzu hilfreich sein (vgl. Steinhausen - 1995, S. 17ff.).

3.3 Differentialdiagnose

Vor die Diagnose einer hyperkinetischen Störung gestellt werden kann, müssen zuerst verschiedene andere Störungen mit einem der hyperkinetischen Störung sehr ähnlichen Erscheinungsbild ausgeschlossen werden. Zunächst sind dies Intoxikationen, sowie organische Psychosynndrome, Erethie und entwicklungsbedingte Hyperaktivität, die hyperaktives Verhalten hervorrufen können. Weiterhin kann es angeraten sein, beim Auftreten hyperaktiver Symptome eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens [ICD-10/F 90.1; siehe Kapitel "Begriffsabgrenzung"] oder eine ganz andere nach der ICD-10 zu verschlüsselnde psychopathologische Störung zu diagnostizieren (vgl. ICD-10/1993 deutsch, F 90, S.295f. oder ausführlicher: Steinhausen - 1995, S. 20f und Tab 1.3). Erst das, was von diesen Kategorien deutlich abgetrennt werden kann, wäre eine "reine" hyperkinetische Störung, die in dieser Form allerdings kaum auftritt, sondern zumeist von anderen Störungen begleitet wird (siehe z.B.: ICD-10/F 90.1), was wiederum zu einer Untergliederung der Störung führt (vgl. ICD-10/1993 deutsch, F 90.0 bis F 90.9, S.296f.). Dazu kommt, daß sich die hyperkinetische Störung selbst im Laufe eines Lebens mehrmals wandelt (siehe im Kapitel "Verlauf der Störung") und sich jeweils ganz anders manifestiert. Definitorische Verwirrung wird aufgrund der Heterogenität der Störung also weiterhin gegeben sein. Meiner Meinung nach ist eine zuverlässige Diagnose der hyperkinetischen Störung nur unter Berücksichtigung der frühen Kindheit eines Menschen möglich, da das "reine" Störungsbild hier noch am deutlichsten zu Tage tritt, bevor es andere Störungen, die daraus hervorgehen, überlagern. Eine gute Anamnese einer hyperkinetischen Person wird deshalb vor allem die frühe Kindheit berücksichtigen.

4. Genese der Störung

4.1 Genetische Genese

In der Verwandtschaft hyperkinetischer Kinder kann zum Teil eine bedeutsame psychiatrische Belastung insbesondere mit HKS festgestellt werden (vgl. Steinhausen - 1995, S. 22). Daraus wurde auf Vererbung geschlossen. Eine neuere Studie im *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (June, 1997) bestätigt dies: "A recent study suggests that Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) may be genetically based. Australian researchers studied nearly 2,000 families with twins and other children aged 4-12 years and found that when one twin was diagnosed with ADHD, there was a 91% chance that the other twin had it also. No difference was found in the heritability of ADHD between identical and fraternal twins. Researchers say the findings suggest also that ADHD is not necessarily a specific condition, but rather a strong deviation from the norm in terms of a tendency toward ADHD-like traits. The findings are thought to have implications in the development of ADHD drug treatments".

4.2 Neurophysiologische Genese

Störungen der Hirnfunktion können hyperkinetischem Verhalten zugrundeliegen (vgl. Steinhausen - 1995, S. 21 unten f.). Solche Störungen können durch elektrische (Ableitung von Hirnströmen an der Schädeldecke - EEG) oder metabolische Verfahren (Emissionstomographie - SPECT) aufgezeichnet und diagnostiziert werden (ausführlich: Daniel Brandeis in: Steinhausen - 1995, Kap. 4.3, S. 74 ff.). Mit letzterem Verfahren kann der regionale Blutfluß oder Glucoseverbrauch innerhalb einer kurzen Zeitspanne sichtbar gemacht werden (vgl. S. 76). Steinhausen weist auf folgende Ergebnisse dieser Untersuchungsmethode hin: "Metabolische Studien belegen, daß sich die regionale Hirndurchblutung von Kindern mit HKS und Kontrollgruppen schon im Ruhezustand unterscheidet. Eine erste Untersuchung des regionalen Blutflusses mit SPECT bei Kindern mit HKS wies eine Minderdurchblutung im medial frontalen Kortex sowie im Striatum nach (Lou et al 1984)" (S. 77). Ist diese Minderdurchblutung hier bereits im Ruhezustand nachgewiesen, zeigt sich jedoch die für Hyperkinetiker typische Abweichung im EEG erst bei der Aktivierung durch Aufgaben im evozierten Potential (EP). "Sowohl hirnelektrische als auch metabolische Befunde zeigen zusätzlich, daß Verarbeitungsdefizite auch bei unverminderter Leistung nachgewiesen werden können, und daß Stimulanzen die bei hyperkinetischen Störungen veränderten Merkmale normalisieren..." folgert Brandeis aus einer Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse (Brandeis in: Steinhausen - 1995, S. 84).

Im folgenden möchte ich auf wichtige EP-Muster, die Hyperkinetiker von Normokinetikern unterscheidet, eingehen und Implikationen daraus für das Informationsverarbeitungssystem darstellen. Die EP lassen auf den "Ablauf der Informationsverarbeitung" (S. 74) schließen. Frühe EP-Komponenten (bis 150 ms nach einem Reiz) bilden die "afferente Verarbeitung" (S. 75) ab. Hier unterscheiden sich Hyperkinetiker kaum von Normokinetikern, "was auf eine intakte Grundverarbeitung mit unauffälligen sensorischen Verarbeitungsstufen" (S. 80-81) bei Hyperkinetikern hinweist. Relevante Reize können beispielsweise von ihnen ohne weiteres von irrelevanten unterschieden werden (vgl. S. 81). Dagegen sind ihre Aufmerksamkeitseffekte bei der geforderten Unterscheidung von abweichenden Blitzen und Tönen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe geringer, aber auf visuelle Reize größer (vgl. S. 81-82). Daraus geht hervor, "daß hyperkinetische Störungen eine Reihe von neurophysiologisch unterschiedlichen Formen der Aufmerksamkeit betreffen" (S. 82), nicht ein generelles Defizit.

"Spätere EP-Komponenten werden durch Aufmerksamkeit beeinflusst und hängen oft weitgehend von der kognitiven Bewertung des Reizes ab" (S. 75). Für die Informationsverarbeitung Hyperaktiver ergeben sich hier nach Sergeant (in: Steinhausen - 1995) Störungen auf zwei Ebenen: Erstens eine Störung der Output-Operationen (spätere Verarbeitungsschritte) auf einem niedrigen Niveau des Informationsverarbeitungssystems wie beispielsweise Störungen der motorischen Reaktion (je länger das Vorbereitungsintervall desto langsamer wird die Verarbeitungszeit) und zweitens eine Störung eines höheren Kontrollmechanismus, der Inhibition (Handlungsabbruch nach Stoppsignal), Anstrengung und strategische Kontrolle beeinflusst (vgl. Sergeant in: Steinhausen - 1995, S. 46).

An einer Einzelkomponente des EEG, der P300-Komponente kann der Unterschied Hyperkinetiker-Normokinetiker besonders deutlich werden: Brandeis weist darauf hin, daß nach neueren Forschungsberichten "bei Kindern und Jugendlichen mit HKS sowohl deutliche EP-Veränderungen vor dem Beginn

der P300-Komponente als auch verlängerte P300-Latenzen..." (Brandeis in: Steinhausen - 1995, S. 85) im EEG auftreten. Weiterhin wird folgender Punkt betont: "Die verkleinerten P300-Komponenten bei hyperkinetischen Störungen stützen die These energetischer Defizite bei der Zielreizverarbeitung, da die Stärke der P300 die verfügbaren Ressourcen anzeigt (Isreal et al. 1980)" (S. 82). "Die 'kognitive' P300-Komponente (Sutton et al. 1965) tritt nach seltenen, unerwarteten oder für die Aufgabe relevanten Zielreizen auf... Die P300 weist Latenzen von 300-600 ms und eine parietal positive Topographie auf, die von der Art des auslösenden Reizes wenig beeinflusst wird. Ihre Stärke scheint den energetischen Aufwand für Wahrnehmung und Entscheidung (Isreal et al. 1980) und ihre Latenz die Verarbeitungsdauer ohne motorische Anteile (Vorbereitung und Ausführung) anzuzeigen (McCarthy und Donchin 1981). ...Sie wird oft anhand seltener Zielreize untersucht, die zufällig in einer Folge von irrelevanten Reizen auftreten, wie etwa in Versuchen zur Daueraufmerksamkeit (CPT= 'continuous performance tests'), wo bestimmte Zeichen oder Zahlenfolgen die relevanten Zielreize bilden" (S. 75).

4.3. Neurochemische Genese

Verschiedene Neurotransmitter (Katecholamine), die erregend oder hemmend wirken können, regulieren das Verhalten einer Person zu ihrer Umwelt in Zentren des ZNS. Die Messung der Neurotransmitter erfolgt über ihre Metaboliten im Serum oder Urin (vgl. Hässler/Irmisch in: Steinhausen - 1995, S. 91). Vor allem über die Wirkungsweise und Konzentration von Dopamin und Noradrenalin können Hyperkinetiker von Normokinetikern abgetrennt werden. Für die Entstehung hyperaktiven Verhaltens spielen die "Regulationseinheit" der Monoamine (S. 93), vor allem aber Dopamin und die Monoaminoxidase (MAO) als wichtigstes Enzym zum Abbau monoaminerger Neurotransmitter eine wichtige Rolle. Das Abbauprodukt 3-Methoxy-4-hydroxyphenylglykol (MHPG) kann dem Urin entnommen werden. Bei Hyperkinetikern herrschen eine funktionale hypodopaminerge "Ausgangsbasis" (S. 91), ein habituell erniedrigtes Niveau der Katecholaminfreisetzung (bei Noradrenalin aber kontrovers) (vgl. S. 92) und "keine altersabhängige Abnahme der MAO-Aktivität" (Trott/Wirth in: Steinhausen - 1995, S. 214) vor. Letzterer Ansatz gilt heute (vgl. ebd.) als Ansatzpunkt zur Intervention bei hyperkinetischen Störungen, da insbesondere MAO-A-Hemmer im Gegensatz zu Dopamin-Antagonisten gute therapeutische Effekte zeigten. Zur Pharmakotherapie der hyperkinetischen Störung schlagen die Autoren deshalb Moclobemid, einen MAO-Hemmer und ein gleichzeitig auch als Antidepressivum gebräuchliches Medikament, vor. In einer offenen klinischen Studie wiesen sie dessen Wirksamkeit nach (S. 217).

Die gängigste Pharmakotherapie hyperkinetischer Störungen ist aber nach wie vor die Stimulanzienbehandlung mit dem Methylphenidat-Präparat Ritalin (ausführlich: Trott/Wirth in: Steinhausen - 1995, S. 210ff.). Methylphenidat verhindert die "Inaktivierung der Neurotransmitter durch Wiederaufnahme in der präsynaptischen Zelle" und steigert die "Konzentration der Neurotransmitter im Intersynapsenspalt" (Steinhausen - 1995, S. 22). Weitere Effekte sind: Dopamin-Freisetzung im synaptischen Spalt, Wiederaufnahmehemmung des Serotonin und der Katecholamine an der Synapse und Hemmung der Monoaminoxidase (vgl. Trott/Wirth in: Steinhausen - 1995, S. 211). Es treten aber auch eine Reihe von Nebenwirkungen auf, wie zum Beispiel eine Tendenz zu gedrückter Stimmungslage bei sonst in den Augen der Eltern "lebhaften" Kindern (vgl. S. 212f.).

4.4 Allergologische Genese

Bei Subgruppen hyperkinetischer Kinder besteht nach Blank (Blank in: Steinhausen - 1995, S. 110) ein Zusammenhang von Hyperaktivität und Allergie derart, daß bestimmte Nahrungsmittel bei verschiedenen Vpn zu allergischen Reaktionen führen, die auch Auswirkungen auf das Gehirn haben (Neurotransmitter-Stoffwechsel). So liegen Verhaltensauffälligkeiten von nahrungsmittelallergischen Atopikern zumeist im Bereich Hyperaktivität/Impulsivität. Allergische Anamnesen ihrerseits können aber nicht Subgruppen von Hyperkinetikern differenzieren.

Die Frage ist nun, inwieweit durch eine Diät eine solche "allergische Störung" geheilt werden kann. Aus einer Zusammenschau der Kapitel 6 und 8 aus Steinhausen (1995) und der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 24/3 (1996), S. 176ff. heraus möchte ich folgendes festhalten: Die Vermeidung bestimmter Substanzen bessert HKS-Verhalten, zusätzliche Gabe solcher Stoffe provoziert es aber nicht. Die Vermeidung provozierender Nahrungsmittel im Rahmen einer oligoantigenen Diät bessert zwar in vielen Fällen das hyperaktive Verhalten und hat weniger unerwünschte Nebenwirkungen als etwa Rita-

lin. Dafür ist das Verfahren teurer, aufwendiger und nicht unbedingt effektiver als die pharmakologische Behandlung.

5. Therapie

Neben den schon im Kapitel "Genese" genannten Interventionsmöglichkeiten gibt es heute vielerlei Therapieansätze auf den unterschiedlichsten Ebenen, die Hyperkinetikern helfen sollen. Betrachtet man die Hyperaktivitätsstörung im multifaktoriellen Bedingungsmodell (siehe Sonderheft der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1996, 24 (3), S. 164ff.), so wird man leicht die unterschiedlichen Ansatzpunkte für eine Therapie daraus ersehen können. Die fünf zentralen Störungsebenen sind demnach: Defizitäre Aktivierungsregulation, kognitiv-funktionale Defizite, verringerte Selbststeuerungsfähigkeit, strategisch-organisatorische Defizite und negative soziale Reaktionen beziehungsweise ungünstige reaktive Verarbeitung der eingetretenen Beeinträchtigungen. Entsprechend breitgestreut sind die Therapieangebote, die ich im Überblick nach Dipl. Psych. Dr. Edith Klasen (1996) darstellen will:

- *"Familientherapie: stützende Beratung für alle Familienmitglieder;*
- *Verhaltenstherapeutische Maßnahmen: Positives Verstärken, Negatives nicht beachten oder bestrafen; beides sofort, nicht erst, wenn abends der Vater nach Hause kommt oder sonst in dem Stil;*
- *Kognitive Verhaltensmodifikation: inneres Sprechen lernen zur Selbstinstruktion und Selbststeuerung, lautes Denken, Selbstkontrollprogramme einüben;*
- *Time out: eine bestimmte Methode Kindern zum Nachdenken, zum Ruhigwerden zu verhelfen; dafür gibt es einen stillen Platz, an dem sie einige Minuten allein sein sollen; dem Kind wird genau erklärt, warum und wie lange es an seinem time-out-Platz bleiben soll;*
- *Professionelle Beratung: problemorientiert, nicht tiefenpsychologisch; Entlastung, praktische Ratschläge, Überweisungen...;*
- *Spieltherapie: Das Kind kann seelische Konflikte "ausspielen" und unter fachlicher Anleitung aufarbeiten;*
- *Sensorisches Integrationstraining: nach Jean A. Ayres; es geht um das möglichst harmonische Zusammenspiel aller Sinnes- und Körperfunktionen durch gelenkte Bewegungsübungen;*
- *Visuo-Motor-Training: nach Marianne Frostig; Wahrnehmungs- und Koordinationsübungen;*
- *Psychomotorik: nach J. Kiphardt; wird auch Mototherapie (Passolt, München) genannt; Balance, Körperschema, Lateralität usw. werden durch körperliche Übungsbehandlung gefördert;*
- *Ergotherapie: auch hier wird durch körperliche Übungsbehandlung das Gefühl für den eigenen Körper, die Koordination und die Wahrnehmung trainiert; Musiktherapie: Hinhören, Tonunterscheidung, Konzentration, Melodie und Rhythmus stehen im Vordergrund;*
- *Heileurhythmie: Bewegungstherapie auf anthroposophischer Grundlage; Hippotherapie: harmonische Bewegung, körperliche Selbstsicherheit, vertrautes Zuwenden zum Tier durch heilpädagogisches Reiten"*

Ausfühlich stellen zudem Lauth und Linderkamp in Steinhausen (1995) (Steinhausen - 1995, Kap. 9; S. 136ff.) die "Diagnostik und Therapie bei Aufmerksamkeitsstörungen" dar. Ein solches Trainingsprogramm wurde nach Angaben der Pressestelle der Universität Köln (Nr. 221/97 - 10.12.97) im Januar 1998 vom Erstautor an der dortigen Universität als Ambulanz eingerichtet:

"Köln, den 10. Dezember 1997 - Im Januar 1998 wird an der Universität Köln unter der Leitung von Professor Dr. Gerhard Lauth eine "Ambulanz für Hyperkinetische Störungen" eingerichtet.

An der Ambulanz wird ein Training für Kinder zwischen 8 und 11 Jahren angeboten, das nach einem neuen, von den Professoren Gerhard Lauth (Köln) und Peter Schlottke (Tübingen/Stuttgart) entwickelten

Konzept, durchgeführt wird. Eine Aufmerksamkeitsstörung wird dabei als Handlungsbeeinträchtigung verstanden, die durch gezieltes Lernen beeinflusst werden kann. So lernen die Kinder, aufmerksamer und bedachter mit sich und den gestellten Aufgaben umzugehen und über längere Zeit beharrlich bei einer Sache zu bleiben. Dabei wird zum Beispiel geübt, genau hinzuschauen, genau zuzuhören, vor dem Handeln innezuhalten und -Halt! Stop!- erst einmal nachzudenken. Im nächsten Schritt erlernen die Kinder Vorgehensweisen, die in ganz unterschiedlichen Situationen eine erfolgreiche Aufgabebearbeitung ermöglichen. Ziel ist es, ein bewußteres, planvolleres Handeln zu erreichen.

Zunächst wird mit den Kindern eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt, damit die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes abgestimmt werden kann.

Das Trainingsprogramm wurde in mehrjährigen Forschungsarbeiten entwickelt und erprobt. Dabei konnten deutliche Behandlungserfolge nachgewiesen werden. So belegen Testergebnisse bei den meisten Kindern eine Zunahme der Konzentrationsfähigkeit. Auch reagieren die Kinder im Anschluß an die Therapie weniger spontan. Die Eltern betroffener Kinder berichten zudem von einer deutlichen Verringerung der typischen Verhaltensprobleme nach Abschluß einer solchen Therapie".

6. Verlauf der Störung

Nach Essers (1992) sehr detaillierter Erhebung begünstigt insgesamt eine hyperkinetische Störung eine dissoziale Störung, welche ihrerseits später wiederum z.B. Drogenmißbrauch begünstigt. Insgesamt birgt HKS für Kinder ein erhöhtes Entwicklungsrisiko in sich (Lebensbewältigung, Schulleistung, Berufsstatus). Dabei ist wichtig, daß im Erwachsenenalter HKS und dissoziale Störungen generell abnehmen, wobei HKS, Sozialverhaltensstörungen und Drogenmißbrauch vielfach zusammen auftreten. Eine Beschreibung des hyperaktiven Störungsverlaufs in den einzelnen Lebensabschnitten, den ich gekürzt und dadurch leicht verändert wiedergeben möchte, liefert Skrodzki (1996):

"Säuglingsalter:

Diese Kinder schreien oft ungewöhnlich viel, ausdauernd und besonders schrill und sind in ununterbrochener Bewegung, quengelig, reizbar, werden schnell wütend und schätzen körperlichen Kontakt wenig ...

Kleinkindesalter:

Meist besteht eine ausgeprägte Trotzphase. Typisch ist eine Erprobungsphase, die für die Umwelt besonders strapaziös ist... Wenn das Kind in den Kindergarten kommt, baut es keine Bauklötzurmchen, setzt kein Puzzle konstruktiv zusammen, sondern es zerstört nur... Zum Kinderarzt kommen die Eltern mit auffallendem Eßverhalten: "Es frißt bedenkenlos alles in sich hinein", oder "es ißt nur ganz wenige spezielle Dinge", mit Schlafstörungen: "Es kann keinen Abend einschlafen, jede Nacht kommt es zu uns, und wenn es dann bei uns ist, ist es so unruhig, daß wir selbst nicht schlafen können"; "Wenn es in den Raum kommt, verbreitet es Unruhe, wir werden alle nervös". "Es kann sich nicht selbst anziehen, zieht alles verkehrt herum an, macht nie einen Knopf zu" und es gibt Probleme mit der Sauberkeitserziehung...

Schulalter:

... Es soll sich sozial integrieren in eine Klassengemeinschaft und soll bestimmte Spielregeln akzeptieren lernen, aber genau da liegt das Problem... (Es zeigt) Affektlabilität und Frustrationsintoleranz... Im Schulalter ist diese Phase bei anderen Kindern meist schon überwunden, nicht jedoch bei unserer Gruppe von Kindern mit Hirnreifungsstörung - sie sind in einem kleinkindhaftem Verhalten stehen geblieben... Es handelt sich also nicht um lebhaft, vergnügte, bewegungsfreudige Kinder, wie man nach dem Namen Hyperaktiv - "Überaktiv" meinen könnte, sondern um eine Gruppe, die unter ihrem eigenen Anderssein leidet. Impulsivität und Aggressivität (treten zutage)... Ihre Aufmerksamkeitsspanne ist außerordentlich kurz... Man darf nun nicht glauben, daß alle Kinder dieser Krankheitsgruppe wirklich ein hyperaktives Verhalten zeigen. Es gibt durchaus auch das Gegenteil: die Hypoaktiven, das sind Kinder, die überhaupt nicht herumzappeln und nicht unruhig wirken, eher apathisch. Sie fallen auf diese Weise zwar weniger auf, aber sie haben alle anderen Störungen (erinnern Sie sich an die 7 Punkte zu Anfang): Störungen der Konzentrationsfähigkeit, abnormes Sozialverhalten, sind ruppig bis explosiv und wirken nach außen hin unbegabt, leistungsschwach und sozial isoliert. Das trifft besonders oft für Mädchen zu. Sie zeigen weniger oft motorische Unruhe als die Jungen.

Adoleszentenalter:

Bei vielen ADS-Kindern tritt die Pubertät später auf als bei den Gleichaltrigen. Das paßt zu ihrer psychischen Reifungsverzögerung... Die Ablehnung der Umwelt ist durch das erheblich gestörte Selbstwertgefühl stärker als üblich... (und eine Art) "Nullbock"-Mentalität (entwickelt sich)... Wenn man frühzeitig Interessen und Hobbys unterstützt hat, kommen diese jetzt manchmal zum Tragen und können von großen Nutzen für die Berufswahl sein, da auf Lieblingsgebieten bei diesen Jugendlichen oft ein ganz erstaunliches Wissen besteht.

Im Erwachsenenalter:

Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit und Konzentration bleiben bestehen. Aus Hyperaktivität wird jetzt Inaktivität, gepaart mit Nervosität. Weiter bestehen Stimmungsschwankungen, ausgeprägte psychische Labilität und Impulsivität (geschäftlich, finanziell, privat), die zu unüberlegte Entscheidungen führt, zu Ungeduld und Jähzorn und leider oft zur Unfähigkeit sich und das Leben zu organisieren. Die niedrige Strebtoleranz, fehlende Ausdauer, Egoismus z.T. gepaart mit unbegrenzter Großzügigkeit, führen zu Unzuverlässigkeit und schnell wechselnden Freundschaften und Bindungen. Suchttendenzen (Spiel-, Kauf-, Drogen-, Alkohol-) können schließlich Beruf und Karriere zerstören.

Wir haben hier nicht von ihren positiven Eigenschaften wie Phantasie, Kreativität, grenzenlose Einsatzbereitschaft, Spontaneität und Wärme gesprochen, die aber leider in unserer Gesellschaft oft nicht hoch genug bewertet werden, um ihre Schwierigkeiten auszugleichen".

7. Literaturverzeichnis:

Anm. d. Verf.: Literaturangaben, die sich auf Dokumente aus dem Internet (www) beziehen, sind nach Möglichkeit unter der Angabe des Anbieters als Html-Dokumente gekennzeichnet.

7.1 Einzelliteratur

Esser, G. et al. (1992): Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20, 232-242

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (June, 1997): A recent study suggests that Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) may be genetically based. Html-Dokument, veröffentlicht unter: Mediconsult.com Limited in association with TVisions of Cambridge, MA.

Dr. Klasen, Edith (1996): "Was nun?" - München, Ausgabe 2/1996. Html-Dokument, veröffentlicht unter: Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e.V., Forchheim

Pressestelle Uni Köln Presseinformation 221/97: Köln, den 10. Dezember 1997: Im Januar 1998 wird an der Universität Köln unter der Leitung von Professor Dr. Gerhard Lauth eine "Ambulanz für Hyperkinetische Störungen" eingerichtet. Html-Dokument.

Dr. Skrodzki, Klaus(1996): Das Hyperkinetische Syndrom. Html-Dokument, veröffentlicht unter: Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e.V., Forchheim

Sonderheft (1996) der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1996, 24 (3)

Steinhausen, H.-C. (1995): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Kohlhammer

WHO (1993): Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen - ICD 10 Kap. V (F), deutsch. 2. Aufl.: Huber

7.2 Nachschlagewerke

Gerhard Thews et al. (1989): Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen. Stuttgart: WVG

Elbert/Rockstroh (1990): Psychopharmakologie. Berlin-Heidelberg: Springer

Lutzenberger et al. (1985): Das EEG. Berlin-Heidelberg: Springer

5.3 Nebenwirkungen des Ritalin (Auszug Rote Liste 2001)

Nervensystem

- e Erhöhung der Krampfbereitschaft
- f Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel
- g Psychomotorische Erregungszustände (Unruhe, Übererregbarkeit, Aggressivität)
- h Müdigkeit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Weinerlichkeit
- i Hypersensitivitätsphänomene (wie Kribbelgefühl), orofaziale Dyskinesien (Kinder)
- j Konzentrationsmangel (Erwachsene häufig); Angst, Verfolgungsideen, Geräuschempfindlichkeit, vermehrtes Träumen (Erwachsene gelegentlich)
- k Psychotische Reaktionen (speziell paranoid halluzinatorischer Art)
- l Schizophrene Psychosen (b. chron. Anw. in hoh. Dosen und bei Mißbrauch)
- m Auslösung von Tics und Verhaltensstereotypen
- n Cave psychische Abhängigkeit (b. Langzeitbehandl. in hoh. Dosen), Entzugssyndrom (Bei abruptem Absetzen nach Langzeitbehandlung)

Augen

- o Konjunktivitis

Gastrointestinaltrakt

- q Stomatitis (Erwachsene gelegentlich)
- r Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Diarrhoe und Obstipation

Herz, Kreislauf

- s Herzklopfen, Herzjagen
- t ventrikuläre Rhythmusstörungen (Erwachsene häufig)
- u Pektanginöse Beschwerden (Erwachsene häufig)
- v Hypertonie

Blut

- w Gehirnblutungen mit Dauerfolgeschäden od. tödl. Ausgang (sehr selten)
- x Thrombozytopenie

Sonstiges

- z Rebound-Phänomene beim plötzlichen Absetzen: erhöhtes Schlafbedürfnis, Heißhunger, Dysphorie, Depressionen, Kreislaufregulationsstörungen

Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 44, 2. Nov. 2001:

AKTUELL

Methylphenidat

5.4 Zu häufig verordnet

Therapie von ADHS soll speziell qualifizierten Ärzten vorbehalten bleiben.

Um das „Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndrom“ (ADHS) bei Kindern zu diagnostizieren und mit Methylphenidat zu therapieren, soll künftig eine spezielle ärztliche Qualifikation nötig sein. Das kündigte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, für 2002 an. Sie reagiert damit auf die in den letzten Jahren sprunghaft gestiegenen Verordnungen von Methylphenidat. Nach Angaben der Bundesopiumstelle stieg der Verbrauch von 1993 bis 2000 auf das 14fache. Die Fortschritte in der Therapie seien grundsätzlich zu begrüßen, sagte Caspers-Merk, das Medikament dürfe aber nicht unkritisch eingesetzt werden. Ein Drittel der Rezepte werde nicht von Kinderärzten oder -psychiatern ausgestellt, sondern von Hausärzten, aber auch von Labor- und HNO-Ärzten, Gynäkologen, Radiologen und Zahnärzten. Die Diagnose sei jedoch schwierig, und neben der medikamentösen Therapie sei auch psychotherapeutische Hilfe nötig.

Caspers-Merk setzte zwei Arbeitsgruppen ein, die Ursachen und Verbreitung von ADHS sowie Verordnungsstrukturen untersuchen sollen.

Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 50, 14. Dez. 2001:

AKTUELL

Hyperaktive Kinder

5.5 Gleichzeitige Psychotherapie

Die Diagnose ADHS wird oft falsch gestellt.

Stellt der Kinderarzt die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), sollte das Kind einem Psychotherapeuten vorgestellt werden. Darauf weist die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP) hin. Die Verordnung von Methylphenidat zur alleinigen Therapie sei der falsche Weg. „Die Diagnose ADHS wird oft falsch gestellt, beispielsweise schon bei Unruhe oder einer außergewöhnlichen Belastung des Kindes“ erklärt der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Dr. rer. biol. hum. Hans Hopf die Position des VAKJP in dieser Frage. Die Psychodynamik des Kindes und die psychosozialen Bedingungen im Elternhaus zu beurteilen sei in einer Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie besser möglich. Wichtig sei auch, die Eltern begleitend in die Behandlung einzubeziehen.

„In der Therapie merken die Kinder oft, dass sie das verordnete Medikament nicht mehr brauchen - ein erster Schritt zur Heilung“ sagt Hopf. Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt sei dann zu entscheiden, Methylphenidat zu reduzieren oder abzusetzen.

Medikamentöse Behandlung hyperaktiver Kinder

5.6 Vorsicht vor dem unkritischen Einsatz von Stimulantien bei „hyperaktiven Kindern“ !

Das Magazin schreibt, daß der Einsatz von Stimulantien bei hyperaktiven Kindern hat in den letzten Jahren stark zugenommen hat. So habe sich die Dauermedikation in den letzten 20 Jahren auf rund 15.000 Kinder mindestens vervierfacht. Zum Einsatz kommen hierbei neben Methylphenidat (*Rita/in*, *Medikinet*) auch Amfetamin (*ANI*), Fenetyllin (*Captagon*) und Pemolin (*Tradon*, *Hyperilex*). Bis auf Pemolin unterliegen alle Substanzen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung. Die Verschreibung dürfe nur auf einem besonderen Rezept und nur bis zu einer begrenzten Menge erfolgen.

Nach dem Weseler Magazin führt der Pharmazeutische Dienst des Kreises Wesel derzeit aufgrund einer Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit eine Erhebung über den Einsatz von Methylphenidat im Kreisgebiet und in Krefeld durch. Hierbei soll durch eine gesicherte Datengrundlage zu einer realistischen Einschätzung der Situation erreicht werden. Insgesamt ist nach derzeitigem Stand von einer erheblichen Zunahme der Verordnungen auszugehen. Überraschend ist auch die große Zahl an verordnenden Ärzten (alleine über 130 im Kreis Wesel).

Das Magazin führt weiter aus, daß entgegen der landläufigen Meinung nach derzeitigem Stand keine erhöhte Suchtgefahr besteht, und daß es nur in Einzelfällen bisher zum Missbrauch im Rahmen einer hochdosierten, langfristigen Anwendung kam. Die Therapie mit psychischen Stimulantien bei Kindern sollte allerdings nur nach fachgerechter Diagnosestellung durch einen erfahrenen Kinderarzt erfolgen und könne nur Teil eines individuellen Behandlungskonzeptes sein. Solche Konzepte beinhalten geeignete verhaltenstherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen. Zugleich müsse der Therapieerfolg der Stimulantien ständig überprüft werden.

Das hyperkinetische Syndrom ist nicht bei jedem Betroffenen gleich ausgeprägt. Man unterscheidet dabei zwei Symptommuster:

Entweder überwiegen Konzentrationsstörungen oder Hyperaktivität. Die besten Erfolge mit dem Einsatz von Stimulantien werden bei ausgeprägten Störungen bei hypermobilen, unaufmerksamen Kindern mit Konzentrationsproblemen erreicht. Dieser Typus tritt stärker bei Jungen auf, die auch über 70 % der Patienten darstellen. Auffällig sei, dass recht häufig Geschwister sich in Ritalin-Behandlung befinden.

Die Tagesdosis sollte zu zwei Dritteln morgens und zu einem Drittel mittags eingenommen werden. Ein Problem ist die individuell sehr unterschiedliche und häufig auch kurze Wirkdauer (bis unter 3 Stunden) vor allem des Methylphenidat. Um hier eine häufige Tabletteneinnahme über den Tag zu vermeiden, kann man auf andere Wirkstoffe oder Präparate mit verzögerter Wirkstofffreigabe ausweichen (*Rita/in SR*).

Tab. 1 Anstieg der Verbrauchszahlen lt Auswertung Bundesopiumstelle (2001)

Jahr	Verbrauch Methylphenidat in kg	Steigerung zum Vorjahr in %
1993	34	-
1994	42	24
1995	58	38
1996	88	52
1997	119	35
1998	173	45
1999	242	40
2000	463	91

Weitere Auskünfte erteilt: Kreis Wesel

Fachbereich Gesundheitswesen
Amtsapotheker Torsten Wessel
02841/202-1124
Mühlenstraße 9-11, 47441 Moers

5.7 ADS und Hyperkinetisches Syndrom HKS - Stand der Wissenschaft im Jahr 2001 Nach Heubrock und Petermann: Aufmerksamkeitsdiagnostik (Hogrefe, 2001)

Dr. Heubrock (Habil. 1999) ist Privatdozent und hat die Schwerpunkte Klinische Kinderneuropsychologie, Forensische Neuropsychologie. Prof. Dr. Petermann ist Direktor des Zentrums für Rehabilitationsforschung in Bremen, Arbeitsschwerpunkte: Psychologie in der Kinderheilkunde, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter.

(Zusammenfassung T. Fehr) Kinder mit HKS weisen Funktionsstörungen im Bereich des Frontalhirns auf, die auf eine Minderdurchblutung des frontalen Cortex hindeuten. - Bei hyperkinetischen Kindern liegt nicht die selektive Störung eines Neurotransmittersystems (z.B. Dopamin) - wie bislang öfter vermutet - vor, sondern ein unausgewogenes Verhältnis (Imbalance) des gesamten Neurotransmitterhaushaltes. Möglicherweise liegt vor allem eine Imbalance katecholaminerger Transmittersysteme, besonders ein Mangel an Noradrenalin, vor.

Hyperaktive Kinder weisen zudem häufig *Störungen des Immunsystems* auf und leiden unter *Erkrankungen des atopischen Formenkreises*: Atopische Dermatitis, Asthma, Heuschnupfen und *allergische Reaktionen* auf synthetische Nahrungsmittelzusätze, Milcheiweiß, Pollen, Hausstaub, Lösungsmittel.

Ein Teil der Kinder spricht auf diätetische Maßnahmen an. - Nach Heubrock und Petermann haben sich unter den untersuchten Behandlungsverfahren aus dem gesamten Spektrum der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden die **Entspannungsverfahren mit einer Effektstärke von 0.77 als effizienteste Trainingsansätze gezeigt.** (s. Kapitel über Meditation und Yoga)

Die bisher vorliegenden Befunde zeigen einen deutlichen Kurzzeiteffekt für die Stimulantientherapie (z.B. mit Ritalin), **sie zeigen aber auch, daß die Wirkung nur solange anhält, wie die Medikamente eingenommen werden, das heißt, die Einnahme führt nicht zu einer besseren Prognose nach Absetzen der Medikation.** (!!)

5.8 NOVARTIS: Aus der RITALIN - Monographie

“Special Diagnostic Considerations

Specific etiology of this syndrome is unknown, and there is no single diagnostic test. Adequate diagnosis requires the use not only of medical but of special psychological, educational, and social resources.

....

Drug treatment is not indicated for all children with this syndrome. Appropriate educational placement is essential and psychosocial intervention is generally necessary. When remedial measures alone are insufficient, the decision to prescribe stimulant medication will depend upon the physician's assessment of the chronicity and severity of the child's symptoms.”

Spezielle diagnostische Erwägungen: Die spezifische Entstehung dieses Syndroms ist unbekannt und es gibt keinen einzigen diagnostischen Test. Adäquate Diagnose erfordert die Nutzung nicht nur medizinischer, sondern auch spezieller psychologischer, erzieherischer und sozialer Quellen.... Medikamentöse Therapie ist nicht bei allen Kindern mit diesem Syndrom angezeigt.... Angemessene erzieherische Vermittlung ist wesentlich und **psychosoziale Intervention (Therapie !)** ist generell notwendig.

“CONTRAINDICATIONS

Marked **anxiety**, **tension**, and **agitation** are contraindications to Ritalin, since the drug may aggravate these symptoms.“

Sorgen, Spannung und Agitation (Erregung, Bewegung) sind Kontraindikationen für Ritalin, da das Medikament diese Symptome verschlimmern kann.

“Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Ritalin in children are not yet available. Although a causal relationship has not been established, suppression of growth (i.e., weight gain, and/or height) has been reported with the long-term use of stimulants in children. Therefore, patients requiring long-term therapy should be carefully monitored.” Es sind noch nicht genug Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit der Langzeitanwendung von Ritalin verfügbar. Obwohl eine kausale Beziehung bislang nicht gesichert ist, wurde über eine Hemmung des Wachstums (Wachstum = Zunahme von Gewicht und Größe) bei Langzeitanwendung von Stimulantien bei Kindern berichtet. Daher sollten Patienten, die einer Langzeittherapie bedürfen, sorgfältig beobachtet werden.

“Long-term effects of Ritalin in children have not been well established.” Langzeiteffekte von Ritalin bei Kindern sind nicht gut gesichert.

5.9 Kinder unter Psychodrogen - Wissenswertes über RITALIN

(B. Simonsohn) In den USA nehmen zwischen 6 und 8 Millionen Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität, davon etwa 80% Jungen, täglich Ritalin ein - und außerdem etwa eine Million Erwachsene. Die weltweite Produktion stieg von weniger als 3 Tonnen im Jahr 1990 auf mehr als 10 Tonnen im Jahr 1995, Tendenz steigend. In den USA werden 90 % der Ritalin-Tabletten verbraucht. In Deutschland ist der Absatz innerhalb von fünf Jahren um mehr als das Vierzigfache auf 31 Millionen Tabletten im Jahre 1999 angestiegen. In Schleswig-Holstein nehmen heute doppelt so viele Kinder Ritalin wie noch vor zwei Jahren, so daß die AOK eine Untersuchungskommission eingesetzt hat, um eventuelle Fehldiagnosen ans Licht zu bringen.

Schon der Beipackzettel des Medikamentes stimmt nachdenklich. Nicht angewendet werden darf Ritalin z.B. bei Depressionen, familiär vorkommenden Tics, Magersucht, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen, außerdem nicht in der Schwangerschaft und Stillzeit.

Für die Behandlung von Kindern unter 6 Jahren „liegen ausreichende klinische Daten nicht vor“, das Medikament wird aber gleichwohl in den USA Kindern ab dem ersten Geburtstag und bei uns auch Kindergartenkindern verschrieben. Im „Suchtbericht Deutschland 1999“ wird „Psychostimulanzien“ wie Ritalin, die eine Veränderung der Verarbeitungsprozesse im Zentralnervensystem bewirken, bescheinigt, bei oraler Einnahme „keine körperliche, jedoch eine ausgeprägte psychische Abhängigkeit zu verursachen“. „Schon nach kurzdauernder Einnahme können psychotische Zustände mit vor allem optischen Halluzinationen und wahnhaftem Erleben auftauchen“. Bei einer Überdosis kann Tod infolge Herzversagen oder Atemlähmung eintreten. Die bei uns „in Mode gekommene“ („Der Spiegel“) Hochdosierung kann zu Psychosen führen. Besonders Hochdosierungen können psychische und körperliche Nebenwirkungen mit sich bringen.

5.9.1 Das ADS - Syndrom

Barbara Simonsohn über gesunde Alternativen zu Ritalin

Wer den „Struwelpeter“ liest, muss beim „Zappelphilipp“ schmunzeln. Das Lachen vergeht allerdings den betroffenen Eltern. Etwa eine Million Kinder in Deutschland, davon etwa 80 Prozent Jungen, sind vom „ADS“-Syndrom betroffen, Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität.

Im Jahr 1999 sind 19 Bücher zum Thema ADS erschienen. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 12 und 20 Prozent aller Schulkinder betroffen sind. Das Leben dieser Kinder und ihrer Familien ist hart. Der Schulerfolg bleibt aus, die Kinder werden kaum zu Geburtstagen eingeladen und haben kaum Spielgefährten. Ihr Selbstbewusstsein ist folglich nur schwach ausgeprägt, und die Eltern machen sich oft Vorwürfe und fühlen sich als Versager. Schon Vorschulkinder leiden heutzutage unter Leistungsdruck. In der Schule wird der Druck noch größer. Etwa die Hälfte der Eltern möchten, dass ihr Kind das Abitur bekommt. Schon Neunjährige entwickeln morgens Spannungskopfschmerzen aus Angst, den schulischen Leistungen nicht gerecht werden zu können. Viele Kinder reagieren mit Verhaltens- und Lernstörungen.

Ritalin und andere Medikamente sind keine Alternative!

Die Verabreichung von Ritalin oder anderen Medikamenten ist mit Sicherheit keine Alternative. Ritalin ist ein Psychostimulans, das über eine Stimulierung der Adrenalindrüsen das Adrenalin- und Serotonin-Niveau im Körper hebt.

In Deutschland fällt Ritalin unter das Betäubungsmittelgesetz und wird in Drogenkreisen als Aufputzmittel „Speed“ gehandelt. Nebenwirkungen sind u.a. erhöhter Blutdruck, Salzansammlungen im Körper; Appetitmangel, Wachstumsstörungen, Übelkeit, Schlafstörungen und Depressionen. *Dr. Peter R. Breggin* hat in seinem Buch „Talking Back To Ritalin“ Studien angeführt, wonach die Hälfte der Erwachsenen, die als Kinder Ritalin bekamen, ein durchschnittlich 4% geringeres Gehirngewicht haben als der Durchschnitt der Bevölkerung. Offenbar wird nicht nur das Körper-, sondern auch das Gehirnwachstum reduziert, durch eine reduzierte Ausschüttung von Wachstumshormonen wie Prolaktin. In den USA werden junge Leute, die als Kinder Ritalin verschrieben bekommen haben, nicht zum Dienst in der Armee zugelassen, da es sich um eine „mind altering drug“, eine bewusstseinsverändernde Droge handelt.

Ratgeber-Bücher für Eltern und Lehrer mit hyperaktiven Kindern betonen in der Regel, dass Ritalin nur in schweren Fällen - bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten - und nur in Zusammenhang mit Psychotherapie eingesetzt werden darf. Die Wirklichkeit sieht anders aus: Medikamentöse Behandlung, meist mit Ritalin, ist für viele Ärzte das Mittel der Wahl und wird oft viel zu leichtfertig praktiziert. *Dr. Runow* und andere verantwortungsvolle Ärzte warnen vor dieser Entwicklung und empfehlen Ritalin in nur wirklich extremen Fällen nach gründlicher Anamnese. „Sonst bewerte ich die Verschreibung von Ritalin als ärztlichen Kunstfehler.“ Der Nutzen von Ritalin? „Nur die Umgebung hat etwas davon, doch das Kind ist dann ein Zombie, nicht mehr es selbst.“

Studien über Langzeitfolgen gibt es kaum, und seit einigen Jahren formieren sich in den USA, neuerdings auch in Deutschland Initiativen von ritalin-kritischen Eltern und Ärzten wie „Parents against Ritalin“ in Oklahoma. Es ist wohl nur eine Frage der Zeit, dass wie in den USA auch hier Eltern den Hersteller Novartis wegen Nebenwirkungen wie Tics - die zum Teil irreversibel sind - oder Hirnblutungen verklagen.

Welche Denkweise steht dahinter, Kinder mit Psychopharmaka ruhig zu stellen? Warum denkt man nicht darüber nach, was Kindern, die Probleme haben, fehlt? Außer vitalstoffreichen und giftfreien Lebensmitteln vielleicht ein spannenderer Unterricht, kleinere Klassen, mehr Bewegung und eine liebevollere Atmosphäre in Kindergarten und Schule und natürlich auch im Elternhaus? Die erste Schule für ADS-Kinder in Deutschland mit nur 12 Kindern pro Klasse ist jedenfalls ein voller Erfolg. Genauso viele Kinder, wie im Durchschnitt der Bevölkerung, schaffen dort das Abitur.

Wie wirkt Ritalin?

(B. Simonsohn) „Wenn ein Elternteil ein Kind zwingen würde, Alkohol zu trinken oder ein Beruhigungsmittel einzunehmen im irrigen Glauben, daß dies „chemische Ungleichgewichte“ im Gehirn des

Kindes heilen würde, wurden wir nicht zögern, den Eltern das Kind zu entziehen. Und doch werden Millionen Kinder gezwungen, bewußtseinsverändernde Drogen zu nehmen, im gleichermaßen irrtümlichen Glauben, daß Depressionen und andere Geisteskrankheiten biologisch verursacht sind, für den es keinen Funken eines wissenschaftlichen Beweises gibt,“ so Keith Hoeller. Die „Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren“ warnt: „Hyperaktive Kinder, die mit Stimulanzen behandelt wurden, waren nach fünf Jahren weder emotional angepasster noch motorisch ruhiger, weniger dissozial oder leistungsfähiger als Kinder, die kein Medikament erhalten hatten.“

„Pharmakon“ heisst auf Griechisch sowohl „Heilmittel“ als auch „Gift“ und „Zaubermittel“. Stimulanzen sind Mittel, die einen wichtigen Körperteil oder ein Organ stimulieren. Körperfunktionen werden beschleunigt und das Gefühl von Energie erzeugt. Koffein ist z. B. ein mildes Aufputzmittel. Amphetamine wurden im Zweiten Weltkrieg von Soldaten aller Parteien als stimulierende Drogen genutzt, um für den Kampf zusätzliche Energie und Wachsamkeit zu gewinnen. Der Appetit wird unterdrückt und der Energiepegel bleibt hoch. Bei hyperaktiven Kindern putschen Amphetamine wie Ritalin nicht auf, sondern beruhigen eher. Ritalin ist seit 1956 auf dem Markt. Eigentlich sollte man meinen, daß die Wirkung eines Medikamentes gründlich erforscht wird, bevor es beim Menschen eingesetzt wird. Dies ist nicht der Fall. Im Beipackzettel des Herstellers Novartis heißt es: „Ritalin ist ein mildes Stimulans für das zentrale Nervensystem. Die Art und Weise, wie Ritalin im Menschen wirkt, wird noch nicht ganz verstanden, aber Ritalin aktiviert vermutlich das Stammhirn und den Kortex, um einen stimulierenden Effekt zu erzielen. Es gibt keinen spezifischen Beweis, der die Mechanismen nachweist, wie Ritalin mentale und verhaltensmäßige Effekte auf Kinder hervorruft, noch gibt es einen überzeugenden Nachweis darüber, wie diese Effekte in Beziehung zum zentralen Nervensystem stehen.“ Nichts Genaues weiß man nicht. Das Papier gibt Auskunft über ADHD (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom): „Eine spezifische Ätiologie dieses Syndroms ist unbekannt, und es gibt keinen einzigen Diagnose - Test.“

Psychostimulanzen sind Aufputz- und Dopingmittel. Charles Bradley fand bereits 1937 heraus, daß eine kleine Dosis Amphetamin ausreicht, um Kinder mit störender Lebendigkeit zum Stillsitzen zu bringen. Diese Ruhigstellung mit Aufputzmitteln gilt als paradox und therapeutisch. Chemisch ist Ritalin sehr eng verwandt mit Kokain, allerdings läßt die Wirkung von Kokain im Gehirn schneller nach als Methylphenidat. Die Wirkungen von Psychostimulanzen wie Methylphenidat oder Ritalin ist noch ungeklärt.

Widerstand in den USA

(B. Simonsohn) In den USA, wo Ritalin schon seit Ende der fünfziger Jahre auf dem Markt ist, formieren sich seit einigen Jahren Eltern in Initiativen gegen Ritalin, und auch etliche Autoren stehen diesem Medikament teilweise sehr kritisch gegenüber. Ich möchte den Argumenten der Ritalin-Gegner an dieser Stelle einen breiteren Raum einräumen, weil in Deutschland oft noch eine ‚Ritalin-Euphorie‘ bei Lehrern, Eltern und Ärzten herrscht und das Psychopharmakon ähnlich harmlos wie eine Vitaminpille oder Brille als Lesehilfe eingestuft wird.

Nebenwirkungen

(B. Simonsohn) Als häufige Nebenwirkungen treten auf:

Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden, Übererregbarkeit, Müdigkeit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Gewichtsverlust, Durchfall und Verstopfung. Da bei Kindern mit hyperkinetischem Syndrom der Nachtschlaf beeinträchtigt werden kann, wird die letzte Gabe von Ritalin vor 18 Uhr empfohlen. In Einzelfällen wurden beobachtet Tics (Muskelzucken), Hautausschläge, Haarausfall, Gelenkschmerzen, psychotische Reaktionen mit Sinnestäuschungen. Bei Erwachsenen können Kopfschmerzen, Konzentrationsmangel, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen, Erhöhung des Blutdrucks, Aggressivität, Verfolgungsideen, Angst und Entzündung der Mundschleimhaut beobachtet werden. Unter Ritalin sollen Menschen nicht Auto fahren.

In den USA nahmen 1994 bereits 10% der älteren High-School-Schüler Amphetamine wie Ritalin ohne ärztliches Rezept. „Moderne Amphetaminpräparate sorgen dafür, daß das Dopamin im Gehirn nicht so schnell abgebaut wird.“ (Dr. Stollhoff, Psychologin am kinderneurologischen Institut Hamburg). Dopamin ist unter anderem als Neurotransmittervorstufe beteiligt an der Reizübertragung der Nernenzellen. Kein Wort über Nebenwirkungen, wie beispielsweise, daß der Dopaminvorat durch Überstimulierung

mit der Zeit erschöpft wird und daß das Problem Aufmerksamkeitsstörungen, mangelnde Impulskontrolle und Hyperaktivität nach Absetzen von Ritalin oft gravierender ist als vor der Einnahme. Langfristige Nebenwirkungen sind pikanterweise Reizbarkeit und Nervosität. Im Artikel findet sich auch kein Hinweis auf kurzfristige Nebenwirkungen wie Einschlafprobleme, erhöhter Blutdruck oder Appetitlosigkeit.

Ritalin steht in Verdacht, Herzanfälle mit Todesfolge bei Kindern zu verursachen. Es erhöht den Blutdruck und kann zu Herzrhythmusstörungen führen und es besteht die Gefahr, daß Kinder auf Ritalin während anstrengenden Spielens an Herzstillstand sterben. Ein 12jähriger Junge hatte vier Jahre lang Ritalin eingenommen und starb aufgrund von Herzversagen nach anstrengender sportlicher Betätigung.

Durch die Einnahme von Ritalin kann es zu Blutkrankheiten wie Vaskulitis (Entzündung der Blutgefäße), thrombozytopenische Purpura mit Atemnot, Leukopenie (Verminderung der Bildung von weißen Blutkörperchen verbunden mit Abwehrschwäche und Blutarmut) kommen. Ritalin setzt die Krampfschwelle herab, d. h. daß Kinder ohne epileptische Vergangenheit epileptisch werden können. Epileptische Anfälle können bleibende Gehirnschäden verursachen. Ritalin kann auch bestehende Epilepsie verschlimmern.

Zu den wichtigsten Nebenwirkungen führen die Autoren des Buchs „Bittere Pillen“ bei Ritalin auf: „Sucht und Abhängigkeit bei Erwachsenen“ (bei Kindern sind diesbezügliche Berichte bislang nicht zweifelsfrei bekannt geworden). Bei Kindern Wachstumsverzögerung und verminderte Gewichtszunahme möglich.“ Die zeitlich begrenzte Anwendung z. B. über einen Zeitraum von drei Monaten ist bei kindlichen Verhaltensstörungen „umstritten“. „Eine gleichzeitige psychotherapeutische Begleitung ist in solchen Fällen unverzichtbar.“ Die Wirklichkeit sieht jedoch völlig anders aus: Psychotherapie wird von vielen Ärzten als „wirkungslos“ bezeichnet, wie auch andere Möglichkeiten der Einwirkung zum Beispiel über die Ernährung. Das Fatale an Ritalin: Ritalin dämpft den Appetit, und die betroffenen Kinder nehmen weniger Nahrung zu sich, wodurch ihre Vitalstoffdefizite noch dramatischer werden! Im übrigen ist es so, daß durch Stimulanzien wie Ritalin, die den Herzschlag und die Stoffwechselrate erhöhen, mehr Vitalstoffe wie Mineralien und Vitamine gebraucht werden als ohne Einnahme.

Wachstumsbehinderung des Gehirns

(B. Simonsohn) Als gravierendster Nachteil von Ritalin wird die dadurch verursachte Wachstumsbehinderung auch und gerade des Gehirns gesehen. Die Produktion von einem bestimmten Wachstumshormon, dem Prolaktin, wird durch Ritalin gehemmt. Weitere Auswirkungen einer Drosselung der Prolaktin-Ausschüttung sind noch nicht erforscht. Die Gehirndurchblutung nimmt unter Ritalin um 23% bis 30% ab und es sind Schäden an Blutgefäßen im Gehirn und kleine Blutergerüsse zu beobachten. Eine dauerhafte, irreversible Atrophie des Gehirns, d.h. ein Absterben von Gehinzellen und eine Verkleinerung des Gehirns, ist bei 50% der Erwachsenen festzustellen, die als Kind Ritalin bekamen. Durchschnittlich hatten diese Erwachsenen eine 4% geringere Gehirnmasse und -gewicht als Vergleichspersonen. Die Verabreichung von Ritalin stellt einen massiven Eingriff in unser sensibles und nur unzureichend erforschtes Neurotransmittersystem dar. Man hat festgestellt, daß Schwangere, die Ritalin nehmen, dadurch der Gehirnentwicklung ihres Ungeborenen Schaden zufügen und diese Kinder auch noch im Alter von 15 Jahren Intelligenzdefizite im Vergleich zu ihren Altersgenossen aufweisen.

Langfristige Nebenwirkungen von Ritalin auf körperlicher Ebene

(B. Simonsohn) Eine langfristige Einnahme von Ritalin ist ein relativ neues Phänomen. Es gibt kaum Langzeitstudien. Es ist völlig ungeklärt, wie Ritalin in der Langzeitanwendung Nieren, Leber, Herz oder das Immunsystem unserer Kinder beeinträchtigt. 20% der Kinder erhalten Ritalin länger als sechs Jahre. Dr. Mary Ann Block, Autorin von „No More Ritalin“: „Die Langzeitstudien werden gerade jetzt mit unseren Kindern durchgeführt, ohne daß die Kinder oder Eltern sich dessen bewußt sind.“ Kinder als Versuchskaninchen. Der Hersteller von Ritalin macht im Beipackzettel klar, daß über die Sicherheit und Effektivität einer Langzeitanwendung von Ritalin bei Kindern keine Daten vorliegen. Dennoch wird es von vielen Ärzten über viele Jahre verschrieben.

Kurzfristige und langfristige Nebenwirkungen von Ritalin auf der seelischen Ebene

(B. Simonsohn) Die bekannten Nebenwirkungen von Ritalin auf der emotional-mental-lichen Ebene schließen Nervosität, Selbstablehnung, Verwirrung, Anspannung, Unruhe, visuelle und akustische Halluzinationen, Verschlimmerung von Schizophrenie, paranoide Wahnvorstellungen, Psychosen, bizarres Verhalten, Projektionen, Trägheit, Angriffslust, Aggressivität, Gemütsflachheit, zwanghaftes Sprechen, Besorgnis, Störung der Traumphasen, erhöhte Euphorie, Depressionen, Ängstlichkeit, sozialen Rückzug, Reizbarkeit, Introvertiertheit, Mangel an positiven Affekten und psychotische Symptome ein. „Die psychopharmakologische Dämpfung erschwert den psychischen und geistigen Reifungsprozeß der behandelten Kinder.“ („Schöne Neue Psychiatrie“; Peter Lehmann). Forscher wie Whalen und Henker beschreiben negative intellektuelle und soziale Konsequenzen der behandelten Kinder. Das Selbstwertgefühl wird herabgesetzt, weil die Kinder nicht sich selbst, sondern dem Medikament Erfolge im Verhalten oder bei schulischen Leistungen anrechnen. Viele Kinder sind unter der Wirkung von Ritalin ichbezogener und sozial isolierter und weniger kommunikativ. Bei fortgesetzter Behandlung verschlechtert sich das soziale Verhalten der Kinder nach Auskunft von Walter Eichsleder (Münchener Kinderarzt), zusehends.

Eltern wie Lehrer beobachten, daß Kinder wie roboterhafte „Zombies“ werden. Sie sind nicht mehr spontan und begeisterungsfähig. Kinder unter Ritalin haben oft ihre Lebensfreude verloren. Man hat eine Verflachung der Gefühle, ein Absterben von Neugier, einen Verlust von Humor und Vergnügen bei diesen Kindern beobachtet. Gerade das, was wir an Kindern so lieben - ihre Lebensfreude, ihr Enthusiasmus, ihre Neugier, ihre Spontaneität, ihre Glücksgefühle, ihr Lachen - bleiben auf der Strecke.

Oft treten Symptome wie Aggressivität, extreme Unruhe und Weinerlichkeit erst auf, wenn die Wirkung von Ritalin nach etwa vier Stunden nachläßt, als so genannter „Rebound-Effekt“. Kinder erleben dann oft Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und ausgeprägtere Hyperaktivität und Konzentrationsprobleme als vor Ritalineinnahme. Viele Eltern geben ihren Kindern in ihrer Verzweiflung abends noch eine Dosis Ritalin, wodurch die Kinder oft bis nach Mitternacht wach bleiben und durch Übermüdung auf Dauer stimmungsmäßig labil und nervenschwach werden.

Welch ein Preis auf der seelischen Ebene dafür, daß Kinder gefügiger, „pflegeleichter“ und „handzahmer“ sind! Und mehr in das Ideal-Bild von Kindern passen, das Eltern und Lehrer sich gebildet haben, und das von der Fernseh-Rama-Familie und anderen Werbeklischees geprägt ist.

„Wir mißbrauchen unsere Kinder mit Drogen, statt uns zu bemühen, bessere Wege zu finden, ihren Bedürfnissen zu entsprechen. Langfristig geben wir ihnen eine böse Lektion mit auf den Weg: daß Drogen die Antwort auf emotionale Probleme seien. Wir ermuntern eine Generation von Kindern, sich beim Aufwachsen auf Drogen zu verlassen, statt auf sich selbst und andere menschliche Ressourcen.“, so Peter Breggin.

Droge auf Rezept

(B. Simonsohn) In seinem Buch „**Talking Back to Ritalin**“, dem ritalin-kritischsten Buch auf dem Markt, zeigt **Peter R. Breggin** weiter die großzügige Verschreibungspraxis von Ritalin als „nationale Tragödie“ auf: „Wir zwingen Kinder, Drogen zu nehmen, die sie nicht wollen, um sie zu zwingen, in Schulen zu gehen, die sie nicht mögen.“

In den USA sind Eltern durch Gerichte gezwungen worden, ihren Kindern Ritalin zu geben. Viele Ärzte bezeichnen Ritalin jedoch besorgten Eltern gegenüber als „so sicher wie ein Bonbon“ und ziehen den Vergleich einer Brille heran: Wie eine Brille ein Hilfsmittel sei, klar zu sehen, so sei Ritalin eine Hilfe, die Wirklichkeit klar wahrzunehmen. Studien ergaben eindeutig: Kinder unter Ritalin sind weniger glücklich als ihre Altersgenossen.

Kinder unter Drogen

(B. Simonsohn) Laut Skye Weintraub zeigen „zahlreiche Studien, daß eine Verbesserung der Lernleistungen, des Schulerfolges oder der Kontrolle von Wutanfällen nicht beobachtet werden könnten.“ 10% der Kinder, die mit Ritalin behandelt werden, klagen über Kopfschmerzen, und etwa 9% entwickeln „Tics“, die manchmal chronisch werden. 25% der Kinder reagieren überhaupt nicht auf stimulierende

Drogen, sie werden gewöhnlich mit Antidepressiva behandelt. Die Autorin kritisiert, daß zwischen 60 und 90% aller Schüler mit Aufmerksamkeitsstörungen medikamentös behandelt werden. Die meisten Studien zeigen keinerlei langfristige Verbesserung von schulischen Leistungen und sozialem Verhalten. Wenn Ritalin abgesetzt wird, kann es nach Weintraub zu Depressionen führen, und „zahlreiche Selbstmorde sind nach dem Drogenentzug geschehen.“ In den USA wird mit Ritalin als „Vitamin R“ an Highschools gedealt, der Preis liegt zwischen 3 und 5 Dollar pro Tablette. Größere Kinder kaufen es kleineren, die es auf Rezept bekommen, ab. Unter amerikanischen Teenagern ist Ritalin als Partydroge beliebt, weil es relativ preiswert und leicht zu beschaffen ist, wobei es bereits Todesfälle wegen Überdosierung zu beklagen gibt.

In Großbritannien steht man Ritalin wesentlich kritischer gegenüber als in den USA, und 1968 wurde Ritalin sogar vom schwedischen Markt verbannt aufgrund seines Suchtpotentials. Die WHO (Weltgesundheits-Organisation) bezeichnet es als „am meisten abhängig machendes Medikament“ weltweit aufgrund seines hohen Mißbrauch - Potentials. Die Nebenwirkungen bei Mißbrauch von Amphetaminen wie z.B. Depressionen und Paranoia sind oft schlimmer als bei Kokain. In den Notfall-Behandlungsräumen von amerikanischen Krankenhäusern finden sich mittlerweile mehr Personen, die an einer Überdosis Ritalin leiden, als an einer Überdosis Kokain. In der Drogenszene wird Ritalin als „Speed“ oder „BilligKoks“ (Billig-Kokain) gehandelt.

Ritalin löst keine Probleme, sondern schafft neue. Ritalin bewirkt „leere Stellen“ in den Datenbanken des Gehirns, worunter das Erinnerungsvermögen leidet. „Erziehung wird unmöglich“, sagt Gene Chill in ihrem Buch „Fakten über Drogen“.

1999 schockierte ein Bericht in der „New York Times“ die amerikanische Öffentlichkeit. Die Verschreibung der Droge Ritalin habe sich in den 90er Jahren verdoppelt, so daß die Krankenstationen an amerikanischen Ganztags - Schulen heute von der Anforderung überwältigt werden, die Pille auszugeben, es fehlt an Personal. Der Psychopharmaka - Boom bei US-Kindern ist nicht vorbei. Ritalin wird von Adde-rall abgelöst, einem Amphetamin mit noch höherem Suchtpotential als Ritalin. Während der letzten zehn Jahre wurde die Ritalinspritze in Nordamerika die Ersatzdroge Nummer 1 für Heroin. Der Hersteller von Ritalin, Novartis (früher Ciba-Geigy), sieht sich in den USA mit einer Sammelklage im US-Staat Texas konfrontiert wegen mangelhafter Beschreibung der Nebenwirkungen. Ritalin kann kein Ersatz für fehlende Betreuung, Liebe und Erziehung sein. Vielleicht ist eher eine Gesellschaft „psychisch krank“ die bedenkenlos ihre Jugend mit legalen Drogen vollstopft und sich viel zu wenig Gedanken um die Folgen macht.

Entzug

(B. Simonsohn) Dem Suchtbericht zufolge entsteht bei chronischem Mißbrauch eine Toleranzentwicklung, die zu einer Steigerung der Dosis führt, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Reduktion oder Absetzen nach längerem Gebrauch führt „zum charakteristischen Entzugssyndrom mit depressiver Verstimmung, Erschöpfung, Schlafstörungen, Heißhunger und ausgeprägtem Verlangen nach dem Wirkstoff“. Angst und Erregungszustände können ebenfalls auftreten, und die Symptome halten manchmal mehrere Wochen, selten mehrere Monate an.

Für den Entzug empfiehlt Breggin für Kinder wie Erwachsene keine abrupten Aktionen ohne Absprache mit dem Arzt, sondern einen allmählichen Entzug über mindestens einen Monat unter klinischer Beobachtung, wegen akuter Selbstmordgefahr. Die Symptomatik, warum Ritalin gegeben wurde, kann sich nach dem Absetzen von Ritalin verschlimmern. Schon vor Absetzen von Ritalin sollte die Ernährung auf Vollwertnahrung mit einem hohen Frischkostanteil, möglichst aus Bio-Anbau, umgestellt werden, und der Vitalstoffspeicher mit der wildwachsenden AFA-Alge wieder aufgefüllt werden.

Breggin plädiert dafür, mehr mit den Kindern zu reden, anstatt sie mit Pillen ruhig stellen zu wollen. „Jedes Mal, wenn wir ein Kind unter Drogen setzen, entscheiden wir uns für unsere Bequemlichkeit und unseren Seelenfrieden auf Kosten der wirklichen Bedürfnisse des Kindes. Es ist unethisch, ein Kind für unsere eigene Bequemlichkeit unter Drogen zu setzen. Es ist falsch, die Gehirnfunktion eines Kindes zu verzerren, um das Verhalten des Kindes „zu verbessern“.“

Alternativen

(B. Simonsohn) Welche Alternativen gibt es nun zu Ritalin? Wichtig ist, sein Kind vollwertig, möglichst aus Bio-Anbau, zu ernähren, mit mindestens 30% Frischkostanteil. Auf der Negativliste stehen künstliche Süßstoffe wie Aspartam und Saccharin sowie der Geschmacksverstärker Natriumglutamat, weil diese Chemikalien in den Gehirnstoffwechsel eingreifen. Weißmehl, Zucker, Süßigkeiten und Konservierungsstoffe, Konservenessen und Fertignahrung sollten radikal reduziert werden. **Allergien sollten ausgetestet werden**, was man gut selbst machen kann: vier Tage das verdächtige Allergen wie Weizen, Milchprodukte oder Zitrusfrüchte weglassen, und dann den Ruhepuls mit dem Puls direkt nach Aufnahme des potentiellen Allergens und 20 Minuten danach messen. Ist der Puls 16 Schläge oder mehr höher als der Ruhepuls, reagiert der Körper allergisch. Das Allergen ist ganz zu meiden oder höchstens im Abstand von vier Tagen zu tolerieren.

Besonders hervorgetan als Hilfe für Kinder und Erwachsene mit Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität, die nur Chaos um sich verbreiten, hat sich die wildwachsende **AFA-Alge vom Klamath-See in Oregon***. Man gibt den Kindern je nach Alter zwischen 1 bis 2 Gramm täglich, zusammen mit etwa 4 Kapseln Leinöl, um die Wirkung noch zu verstärken. Die AFA-Algen enthalten genau die Stoffe hochwertiger Proteine und **Omega-3-Fettsäuren**, die zum Aufbau von Neurotransmittern notwendig sind.

Unsere Ernährung deckt den Vitalstoffbedarf nicht mehr, und bei Kindern, die noch im Wachstum sind, führt dies oft zu Störungen der Gehirnfunktionen. Der Magnesiumgehalt von Karotten hat zwischen 1985 und 1996 um 57% abgenommen, der Calcium-Gehalt in Kartoffeln um 70%, der Folsäure-Gehalt von Brokkoli um 68%, der Vitamin-C-Gehalt in Erdbeeren um 67%, um nur ein paar Beispiele zu nennen. Ursachen sind u. a. die industrialisierte Landwirtschaft, die Auslaugung der Böden, der saure Regen und falsche Lagerungsmethoden. Positive Ergebnisse werden mit weiteren natürlichen Nahrungsergänzungen aus Pflanzenstoffen (Bio-Anbau und Herstellung bei Körpertemperatur) auch bei Kindern mit ADS gemacht, wie z. B. mit Gerstengrassaft.

...

Eltern sollten viel Zeit in Zuneigung mit ihren Kindern verbringen. Kinder sind unser aller Zukunft, und das Beste, was wir haben. Gerade das Beste sollte daher gut genug für sie sein, wozu vor allem auch eine nährstoffreiche, naturbelassene Ernährung gehört. Auch kleine Klassen, qualifizierte und motivierte Pädagogen, Erlebnis- und Projektunterricht sind anzustreben. Schon während der Lehrerausbildung sollten pädagogische Konzepte, die die Entwicklungsförderung jedes auch noch so auffälligen Kindes berücksichtigen, erarbeitet werden, die es Lehrern aber auch Kindergärtnern ermöglichen, den Umgang mit lebendigen Kindern zu lernen und reichlich Erfahrungen darin zu sammeln. Oft wird nur aus Unerfahrenheit und Nichtwissen zu drastischen Methoden und Medikamenten gegriffen.

* Siehe NATUR & HEILEN 6/99. „Die blaugrüne AFA-Alge - die Königin der Mikroalgen“

Die AFA-Alge als Nahrungsmittelergänzung

Studien mit Kindern mit ADS, die über einen Zeitraum von 10 Wochen 1,5 Gramm AFA-Algen täglich bekamen, führten zu einer Verbesserung der schulischen Leistungen, Nachlassen der Hyperaktivität, Verlängerung der Aufmerksamkeitsspanne, besserem Sozialverhalten, weniger Wutanfällen, weniger Depressionen und Angst. Zwischen Kindern, die in einer kanadischen Studie, „The kid.com Study“, die AFA-Alge bekamen, gab es nach Ablauf der Studie keinen Unterschied mehr zu denen, die medikamentös zumeist mit Ritalin behandelt wurden!

Die Versorgung mit lebenswichtigen Vitalstoffen ist bei unserer üblichen Zivilisationskost nicht mehr gewährleistet. Bei Kindern machen sich Umweltbelastungen und Nährstoffdefizite am schnellsten und gravierendsten bemerkbar, zum Beispiel durch Lern- und Verhaltensprobleme. Schon geringfügige Schwankungen von Nährstoffen wie Mineralstoffen oder Belastungen mit Schwermetallen können die Gehirnfunktionen von Kindern und Jugendlichen durcheinander bringen und ihr Lernvermögen und ihr Verhalten beeinträchtigen. Kinder mit ADS fühlen sich oft als Außenseiter. Wenn die ganze Familie mit ihnen täglich die AFA-Alge nimmt, für sauberes, unbelastetes Trinkwasser und eine natürliche Beleuchtung sorgt und eine biologisch angebaute Vollwertkost auf dem Tisch und in der Brotdose für die

Schule dominiert, wird Solidarität mit den Betroffenen demonstriert, und alle profitieren. Die Lebensqualität, seelische Belastbarkeit, das Gedächtnis und die Lebensfreude jedes Menschen, ob mit oder ohne ADS, lassen sich so steigern!

Wie soll ich mich meinem Kind gegenüber verhalten, wenn es ADS hat?

- *Sprechen Sie so offen und klar wie nur möglich mit Ihrem Kind über sein ADS- oder ADSH-Verhalten. Es ist wichtig, dass es die wesentlichsten Eigenschaften und die damit zusammenhängenden Verhaltensweisen kennt, um sie als Hinweise und nicht als unüberwindbare Hindernisse zu erleben. Wissen bringt ihrem Kind viel Kraft, Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein.*
- *Loben Sie Ihr Kind für die Mühe, die es sich macht und nicht nur für seine Leistungen und Resultate. Machen Sie ihm oft ein Kompliment und ermutigen Sie es regelmäßig.*
- *Konzentrieren Sie sich mehr auf die Stärken als auf seine Schwächen. Versuchen Sie, seine Stärken zu entwickeln und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken.*
- *Vergewissern Sie sich, dass Ihr Kind wirklich versteht, dass Sie es bedingungslos lieben. Machen Sie einen deutlichen Unterschied zwischen einer Handlung und seiner Person.*
- *Ermutigen Sie ihr Kind, ohne Konkurrenzdenken an Aktivitäten teilzunehmen. Wenn überhaupt, sollte es nur mit sich selbst wetteifern.*
- *Lehren Sie es, sich zu organisieren und bewusst mit seiner Zeit umzugehen. Viele Kinder haben nicht das gleiche Zeitgefühl wie wir und keinen inneren Kalender. Richten Sie sich aus auf seinen eigenen organisatorischen Stil, auch wenn dieser von ihrem eigenen abweicht.*
- *Hören Sie ihrem Kind zu. Vergewissern Sie sich, dass Sie es auch wirklich verstehen, was es sagt. Stellen Sie sich ein auf die intuitive Seite ihres Kindes. Fangen Sie an, ihrem Kind zu vertrauen.*
- *Seien Sie geduldig mit Ihrem Kind UND mit sich selbst.*
- *Beachten Sie ganz bewusst den Unterschied zwischen Strafe und Disziplinmaßnahmen. Disziplin beinhaltet logische und natürliche Konsequenzen.*
- *Setzen sie ihrem Kind Grenzen. Seien Sie sehr beständig in ihrer Durchsetzung und erlauben Sie ihrem Kind, mit Ihnen gemeinsam diesen Grenzen zu setzen.*
- *Geben Sie ihrem Kind tägliche und wöchentliche Verantwortlichkeiten. Diese geben ihrem Kind das Gefühl, dazu zu gehören und nützlich zu sein. Lehren Sie es das soziale Verhalten, von dem Sie annehmen, dass es dies automatisch entwickeln würde.*
- *Stellen Sie seinen individuellen Lernstil fest und richten Sie sich danach. Lernen Sie den Unterschied zwischen divergentem und konvergentem Lernen. Berücksichtigen Sie auch induktive und deduktive Argumentierungsfähigkeiten.*
- *Vermitteln Sie dem Kind eine positive Lebenseinstellung (Viele Erwachsene mit ADS und Hyperaktivität leiden unter chronisch depressiven Verstimmungen).*
- *Machen Sie sich bewusst, dass das heutige Schul- und Unterrichtssystem nicht für ihr Kind entwickelt wurde. Achten Sie darauf, dass die Schule die Beziehung zu ihrem Kind nicht gefährdet. Versuchen Sie, zwischen Benotung und Ihrer eigenen Bewertung oder Beurteilung einen Unterschied zu machen.*
- *Seien Sie der „Rechtsanwalt“ ihres Kindes, verteidigen Sie es und lassen Sie es nicht zu, dass Sie selbst oder andere es als defizit-gestört ansehen. Das Kind braucht ihren bedingungslosen Einsatz und will wissen, dass Sie hinter ihm stehen.*

- *Nehmen Sie jede Woche Zeit für sich selbst, um an ihren eigenen Selbstwertgefühlen und der eigenen Selbstsicherheit zu arbeiten.*
- *Bringen Sie ihr Kind mit anderen Kindern mit ähnlichen Problemen zusammen und suchen Sie Unterstützung bei Eltern, die schon Erfahrungen mit ADS gesammelt haben.*

Angst essen Kinderseele auf

Immer mehr Kinder leiden an Angst



(surfmed news 15.12.00, c.r.)

Für gesunde amerikanische Schulkinder der 80er Jahre war Angst in höherem Ausmaß gegenwärtig als bei Kindern, die sich in den 50er Jahren in psychiatrischer Behandlung befanden.

Das Zeitalter der Angst ist angebrochen. Jean M. Twenge, Psychologin an der Case Western Reserve University veröffentlichte die Ergebnisse ihrer Metaanalyse zum Thema Angst in der Dezemberausgabe des *Journal of Personality and Social Psychology*. Ihre Untersuchung umfasste 296 Studien des Zeitraums 1952 bis 1993, in denen die Angstzustände und neurotische Störungen von 12.056 Schulkindern und 40.192 Studenten erhoben worden waren. "Was sich hier abzeichnet ist alarmierend", so die Psychologin, "die Zunahme der Nennung von Angstzuständen stieg seit den 50er Jahren sowohl bei Kindern als auch Studenten linear an."

Angst – immer öfter ein Lebensbegleiter der Jungen

Die ausgewählten Studien erhoben das Ausmaß an Angst in der Grundstimmung der befragten Kinder mit Hilfe der Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS). Aus Twenges Studien-Vergleich geht hervor, dass die durchschnittlichen CMAS-Werte 1954 15,08 betragen und 1988 bereits 24,33 – ein Anstieg um 62 Prozent. "Eine 1957 durchgeführte Untersuchung an Kindern, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden, weißt einen durchschnittlichen CMAS-Wert von 20,82 aus. Der durchschnittliche CMAS-Wert von "normalen" Kindern, die zwischen 1980 und 1988 untersucht wurden, lag bei 23,26", erklärt die Psychologin. "Gesunde Kinder der 80er Jahre verspürten deutlich mehr Angst als ihre jungen Kollegen der 50er Jahre, die sich in der Psychiatrie befanden".

Leben in der Risikogesellschaft

Die Autorin gibt zu Bedenken, dass die alltägliche Präsenz von Umweltbedrohungen seit den 50er Jahren stark zugenommen hat. Gewalt, atomare Bedrohung, Umweltzerstörung, neue Krankheiten wie AIDS sind täglich in den Medien. Das geht an den Kindern nicht spurlos vorüber. Der Umstand, dass seit dem Ende des Untersuchungszeitraumes die Gefahr eines nuklearen Krieges zurückgegangen ist und die Kriminalitätsraten sinken, läßt die Autorin hoffen, dass dies auch einen Rückgang der Angst mit sich bringt.

Als zweiten Risikofaktor sieht die Psychologin den zunehmend Trend zur Individualisierung. "Die stetig zunehmende Autonomie des Einzelnen ermöglicht zwar größere Freiheiten, sie birgt aber auch die Gefahr der Isolation und Einsamkeit", weiß Twenge. "Das macht Angst. Studien ist zu entnehmen, dass das Misstrauen dem anderen gegenüber im Untersuchungszeitraum deutlich gestiegen ist".

Was die Zukunft bringt

Twenge schließt aus ihren Ergebnissen, dass in den nächsten Dekaden mit einem weiteren Anstieg an depressiven Erkrankungen zu rechnen ist. Erhöhte Angst fördert die Entstehung von Depression. Des weiteren rechnet die Psychologin mit einer Zunahme bei Alkohol- und Drogenmißbrauch, da diese Substanzen häufig zur Bekämpfung von Angstzuständen eingesetzt werden. Ängstlichkeit hat aber nicht nur Auswirkungen auf die psychische sondern auch auf die körperliche Gesundheit. Sie senkt die Lebenserwartung und erhöht das Risiko für Asthma, Magengeschwüre, entzündliche Darmerkrankungen und koronare Herzerkrankungen.

5.10 Das Interesse der Pharmakonzerne: Umsatz oder Heilung ?

5.10.1 N-TV

N - TV: Donnerstag, 25. Oktober 2001

"Zappelphilipp-Syndrom"

Medikamentenverbrauch steigt

Unter dem so genannten "Zappelphilipp-Syndrom" leiden etwa drei bis fünf Prozent aller Kinder. Zur medikamentösen Behandlung werden oft Methylphenidat-haltige Mittel eingesetzt. Die Bundesdrogenbeauftragte Marion Caspers-Merk hat nun angekündigt, dass das Ordnungsverhalten der Ärzte bei solchen Mitteln gezielt ausgewertet werden muss. Hintergrund dieser Maßnahme ist der stark steigende Methylphenidat-Verbrauch in der Bundesrepublik.

Nach Angaben der Bundesopiumstelle ist dieser Verbrauch zwischen 1993 und 2000 auf das 14fache gestiegen. In diesem Jahr sollen sich laut Caspers-Merk die Verschreibungen von Mitteln wie Ritalin, die Methylphenidat enthalten, verdoppeln. Die Substanz gehört aber zu den Amphetaminen und unterliegt wegen der Suchtgefahr dem Betäubungsmittelgesetz. Deshalb soll künftig stärker geprüft werden, ob eine missbräuchliche Anwendung vorliegt.

N-TV: Donnerstag, 25. Oktober 2001

Das Mittel wirkt, aber...

Zugleich betonte Caspers-Merk, dass die Medikamente wirksam und für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom hilfreich seien. Symptome der Krankheit sind Unaufmerksamkeit, Desorganisiertheit, Hyperaktivität, ungesteuerte Impulsivität und emotionale Instabilität. Ursache ist ein Dopaminmangel im Gehirn. Diesen gleicht das Medikament aus.

Nach Ansicht von Gerd Lehmkuhl, Psychiatrieprofessor an der Universität Köln, wird auch in anderen Ländern wie den USA und den Niederlanden immer häufiger Methylphenidat verschrieben. In der Bundesrepublik werden rund 170.000 Kinder und Jugendliche medikamentös behandelt, davon 41.000 in Dauertherapien von einem halben Jahr und länger. Diese Zahlen lägen nicht höher als in den USA, betont Lehmkuhl.

Der Kinderpsychiater Stephan Overmeyer von der Universität Köln gibt allerdings zu bedenken, dass nur drei von vier Patienten auf die Arznei ansprechen. Fachärzte sind sich einig: In jedem Fall muss eine Psycho-Therapie die Medikation begleiten.

5.10.2 Ritalin: Die Prozesse

Die folgenden beiden Artikel gehen ein auf die Prozesse gegen den Hersteller von Ritalin - NOVARTIS -, gegen die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft APA und gegen die CHADD (die Elternorganisation „Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder“, die teilweise von Pharmakonzernen finanziert wird), die **des Betrugs** beschuldigt werden, und zwar im einzelnen

1. aktiv das Konzept zu fördern und zu stützen, dass ein signifikanter Prozentsatz von Kindern an einer „Krankheit“ leide, die narkotische Behandlung/Therapie erfordere;
2. aktiv Ritalin als das „Medikament der Wahl“ zu fördern, um Kinder zu behandeln, bei denen ADS und ADHD diagnostiziert wurde;
3. aktiv Gruppen wie die Beschuldigte CHADD zu unterstützen, sowohl finanziell als auch mit anderen Mitteln, so dass solche Organisationen (als vermeintlich neutrale Parteien) die stets zunehmende Einführung von ADS/ADHD-Diagnosen als auch die direkte Zunahme der Ritalin-Umsätze fördern und unterstützen;
4. irreführende Angebote und werbende Literatur an Eltern, Schulen und andere interessierte Personen zu verteilen, in dem erfolgreichen Bemühen, die Zahl der Diagnosen und die Zahl der Personen mit Ritalin-Verschreibung noch weiter zu erhöhen.

CHADD erhielt alleine in den Jahren 1991 bis 1994 \$ 748.000 von NOVARTIS/Ciba. Es werden dann die Nebenwirkungen von Ritalin aufgeführt.

Ritalin Class Action Suits--

Major Plaintiff's Attorneys in Tobacco and Asbestos Suits Charge Ritalin Manufacturer, the American Psychiatric Association, and CHADD with Fraud and Conspiracy

Class action suits for fraud and conspiracy in over-promoting the stimulant medication Ritalin (methylphenidate) have been filed in three states by leading tobacco and asbestos trial attorneys. The first suit was brought in a Texas court by the Dallas law firm, Waters and Kraus, and will be nationwide in scope. Waters and Kraus are leaders in major asbestos cases. Two additional suits have now been filed in federal court in California and New Jersey. Plaintiffs' attorney Richard Scruggs of Pascagoula, Miss., is leading the attorneys bringing the new suits. Mr. Scruggs is best known for his work in the tobacco litigation and helped negotiate the landmark settlements. Additional attorneys active in the new Ritalin cases include members of the "Castano" group, described by the *Wall Street Journal* as "a network of plaintiffs' lawyers that have filed suits against the tobacco industry on behalf of smokers."

The work of Peter R. Breggin, M.D., including his book *Talking Back to Ritalin* (Common Courage Press, 1998) inspired these legal suits. His two more recent books are *Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications* (co-authored by David Cohen, PhD, Perseus Books, 1999) and *Reclaiming Our Children* (Perseus Books, 2000). Dr. Breggin is the founder and director of the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology in Bethesda, Maryland.

Three national organizations are named as defendants: (1) Novartis (formerly Ciba Geigy), the manufacturer of Ritalin, (2) CHADD (Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), a parents' organization that is partially funded by drug companies, and (3) the American Psychiatric Association. The suit charges that Novartis, CHADD, and the American Psychiatric Association committed fraud in conspiring to over-promote the diagnosis Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its treatment with the stimulant drug, Ritalin.

The law suits charge that the drug company "deliberately, intentionally, and negligently promoted the diagnosis of ADD/ADHD and sales of Ritalin through its promotional literature and through its training of sales representatives. In so doing, despite knowledge of such problems and/or adverse reactions, Defendants willfully failed to address or provide adequate information to consumers, doctors, and/or schools concerning many significant hazards of methylphenidate..."

The suit also charges the Ritalin manufacturer with "Actively supporting groups such as Defendant CHADD, both financially and with other means, so that such organizations would promote and support (as a supposed neutral party) the ever-increasing implementation of the ADD/ADHD diagnosis as well as directly increasing Ritalin sales."

Although the suit was motivated by concern about the over-medicating of America's children, the class action is not restricted to children. Adults who have purchased Ritalin for children or for themselves in the last four years are potentially eligible to participate in the suit. The suit seeks compensation for those who paid for Ritalin, regardless of whether or not the medication caused any harm or damage.

Anyone interested in joining the class action suit, or in obtaining more information about its legal basis, should contact attorneys C. Andrew Waters and Peter Kraus (phone: 214 357 6244). The website for the suits is <http://www.ritalinfraud.com>.

Peter R. Breggin, M.D. may be contacted about background issues concerning Ritalin, ADHD, Novartis, CHADD and the American Psychiatric Association. Further information is available from his website at: <http://www.breggin.com> or by telephoning Dr. Breggin (301) 652-5580.

Ritalin Fraud - („Der RITALIN-Betrug“)

The law firm of Waters & Kraus takes this opportunity to announce the filing in Texas of a class action lawsuit entitled Hernandez, Plaintiff, Individually and on Behalf of all Others Similarly Situated v. Ciba Geigy Corporation, U.S.A., Novartis Pharmaceuticals Corporation, Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD), and the American Psychiatric Association. Dr. Peter Breggin is serving as a medical consultant in the case.

While this filing is a departure from Waters & Kraus' continuing practice of toxic exposure and cancer cases, the pattern and practice of improper conduct on the part of the defendants in this case rivals that of the asbestos corporate defendants and tobacco companies in other cases.

The suit states allegations based on fraud and conspiracy. From approximately 1955 through 1995, the exclusive or primary manufacturer and supplier of Ritalin in this country was defendant Ciba-Geigy Corp., U.S.A. ("Ciba"). In 1996 Ciba merged with Sandoz Pharmaceuticals Corp. to become defendant Novartis Pharmaceuticals Corp. ("Novartis"). Ciba/Novartis has manufactured, marketed and sold Ritalin since approximately 1955.

Ciba/Novartis planned, conspired, and colluded to create, develop and promote the diagnosis of Attention Deficit Disorder (ADD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a highly successful effort to increase the market for its product Ritalin. In addition to its actions and involvement with the creation of the ADD and ADHD diagnosis, Ciba/Novartis took steps to promote and dramatically increase the sales of Ritalin by way of the following:

1. Actively promoting and supporting the concept that a significant percentage of children suffer from a "disease" which required narcotic treatment/therapy;
2. Actively promoting Ritalin as the "drug of choice" to treat children diagnosed with ADD and ADHD;
3. Actively supporting groups such as Defendant CHADD, both financially and with other means, so that such organizations would promote and support (as a supposed neutral party) the ever-increasing implementation of ADD/ADHD diagnoses as well as directly increasing Ritalin sales;
4. Distributing misleading sales and promotional literature to parents, schools and other interested persons in a successful effort to further increase the number of diagnoses and the number of persons prescribed Ritalin.

Defendant CHADD (Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) has been a recipient of financial donations and contributions from Defendants Ciba/Novartis for many years. CHADD received \$748,000 from Ciba/Novartis in the period 1991 to 1994 alone. During the periods when CHADD received funding from Ciba/Novartis, CHADD deliberately made efforts to increase the sales of Ritalin, and to increase the supply of methylphenidate (the generic name for Ritalin) available in the United States, and to reduce or eliminate laws and restrictions concerning the use of Ritalin and methylphenidate in the United States, all to the financial benefit of Ciba/Novartis. Ciba/Novartis made such financial contributions with the purpose of advertising and promoting sales of Ritalin - an internationally controlled substance. Ciba/Novartis has thus repeatedly violated Article 10 of the United Nations Convention on Psychotropic Substances, 1019 U.N.T.S. 175 (1971).

CHADD's activities nationwide have led to significant increase in the amount of Ritalin taken by school children and have directly resulted in enormous profits to Ciba/Novartis. Parents, the school districts, and other interested parties are generally unaware that use of Ritalin can cause a significant number of health problems and risks, including but not limited to the following:

Cardiovascular

- *1. Rapid heart beat (palpitations, tachycardia)*
- *2. High blood pressure (hypertension)*

- 3. *Unusual heart rhythm (arrhythmia)*
- 4. *Heart attack (cardiac arrest)*

Central Nervous System

- 5. *Altered mental status (psychosis)*
- 6. *Hallucinations*
- 7. *Depression or excitement*
- 8. *Convulsions / seizures (excessive brain stimulation)*
- 9. *Drowsiness or "dopey" feeling*
- 10. *Confusion* 11. *Lack of sleep (insomnia)*
- 12. *Agitation, irritation, anxiety, nervousness*
- 13. *Hostility*
- 14. *Unhappiness (Dysphoria)*
- 15. *Impaired mental abilities (cognitive impairment on tests)*
- 16. *Jerky movements (Dyskinesias, tics, Tourette's syndrome)*
- 17. *Nervous habits (such as picking at skin or pulling hair)*
- 18. *Compulsive behavior*
- 19. *Depression/over-sensitivity*
- 20. *Decreased social interest*
- 21. *Zombie-like behavior*

Gastrointestinal

- 22. *Eating disorders (anorexia)*
- 23. *Nausea*
- 24. *Vomiting*
- 25. *Stomach ache / cramps*
- 26. *Dry mouth*
- 27. *Constipation*
- 28. *Abnormal liver function tests*

Endocrine/Metabolic

- 29. *Growth problems (pituitary dysfunction)*
- 30. *Weight loss*

Other

- 31. *Blurred vision*
- 32. *Headache*
- 33. *Dizziness*
- 34. *Rash/conjunctivitis/hives*
- 35. *Hair loss*
- 36. *Inflammation of the skin (dermatitis)*
- 37. *Blood disorders (anorexia, leukoplacia)*

- 38. *Involuntary discharge of urine (enuresis)*
- 39. *Fever*
- 40. *Joint pain*
- 41. *Unusual sweating*

Withdrawal and Rebound

- 42. *Sleep problems (insomnia)*
- 43. *Evening crash*
- 44. *Depression*
- 45. *Over-activity and irritability*
- 46. *Worsening of ADHD-like symptoms*

In addition, it is not generally known or understood by the public that use of Ritalin will preclude a child from ever joining the United States military because Ritalin is classified as a Class II controlled substance, along with morphine and other amphetamines.

Zum folgenden Artikel: Trotz des Fehlens wissenschaftlicher Evidenz - bis heute ! - eines nachprüfbares und definierten Sets von Merkmalen („Syndrom“) zur Diagnostizierung von ADS / ADHD bei Kindern schaffte es der Pharma-Konzern NOVARTIS, bei der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft APA durch strategisch gezielte bezahlte Forschung die Etablierung der Diagnose „ADH Attention Deficit Disorder / ADHD Attention deficit hyperactive disorder“ durchzudrücken, um auf diese Weise durch Diagnostizierung der neuen „Krankheit“ bei inzwischen Millionen Kindern in den USA und Europa einen milliardenschweren Markt für ihr Medikament „Ritalin“ zu eröffnen. Die bereits in Prozessen gegen die Tabakindustrie erfolgreiche Anwaltskanzlei Waters & Kraus in Dallas klagt gegen NOVARTIS und die APA. Sie monieren den übermässig anwachsenden Einfluss der Pharmakonzerne auf psychiatrische Gesellschaften, Pharmaindustrie und Elterninitiativen und geben der wachsenden Zahl von Wissenschaftlern Ausdruck, die behaupten, daß die Kreierung der ADS/ADHD-Diagnose ein auf rein subjektiven willkürlich erfolgten Einschätzungen basierender Betrug der APA war und bisher wissenschaftlich nicht begründet werden konnte. Schadenersatzklagen in Milliardenhöhe durch Betroffene könnte die Folge sein - Ritalin ist seit den fünfziger Jahren in Gebrauch. Der ehemalige Leiter des Zentrums für Schizophreniestudien am National Institute for Mental Health NIMH, der Psychiater Loren Mosher, trat aus Protest gegen die finanzielle Ausverkauf der Forschungsaktivitäten der Psychiater der APA durch die Pharmakonzerne aus der APA aus und geisselte die inzwischen fast vollständige Abhängigkeit der APA-Aktivitäten von den Pharma-Sponsoren. Er beschuldigt die Pharmakonzerne, ihre Medikamente über die APA-Psychiater in die Bevölkerung hineinzupushen. Mehrere tausend solcherart finanzierte wissenschaftliche Artikel belegen vor allem die „guten Wirkungen medikamentöser Therapie“, ohne auch nur im Mindesten etwas zu der wissenschaftlichen Begründung der Natur der psychologischen Störungen herauszufinden. Da Methylphenidat (Ritalin) bei Kindern - egal ob ADS/ADHD diagnostiziert oder normal - völlig gleich wirke, seien Verbesserungen in Verhalten oder Aufmerksamkeit durch Ritalin keine relevanten diagnostischen Kriterien für ADS/ADHD.

Issue Date: December 17, 2001

MENTAL HEALTH - Writing May Be on Wall for Ritalin

By Kelly Patricia O'Meara

Hardly a mention was made in the national media concerning the class-action lawsuit filed in May by the Dallas law firm of Waters and Kraus. It named the Novartis Pharmaceutical Co. (the maker of the drug Ritalin), the American Psychiatric Association (APA) and Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder as defendants for conspiring, colluding and cooperating in promoting the diagnosis of attention-deficit disorder (ADD) and attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD). Last week, however, a second lawsuit made a bang when even bigger guns were rolled out in California and New Jersey to take aim at an industry that has enjoyed a special relationship with the Clinton/Gore administration. Indeed it is a relationship which, based on numerous speeches by the vice president and his wife - who has been the president's White House mental-health guru - would continue if Al and Tipper Gore are allowed to make the White House their new residence on Inauguration Day. And if the beating the tobacco industry took at the hands of these attorneys is any indication of what the defendants should anticipate, the psychiatric community, pharmaceutical industry and mental-health advo-

cacy groups finally may be called upon to put their science where their mouths are. Putting aside the legal jargon, what appears to be in question is the ever-increasing influence of pharmaceutical companies over public and private mental-health organizations and, ultimately, whether that influence is responsible for the growing number of "mental illnesses" and the subsequent increased use of psychotropic drugs. The class-action lawsuit that was filed last week in California and New Jersey names Novartis and the APA as defendants for conspiring to create a market for Ritalin by targeting millions of children and misdiagnosing them with ADD/ADHD for the strategic purpose of expanding use of the drug. Both the APA and Novartis have a great deal at stake professionally and financially. To fight the claim that children have been and still are being misdiagnosed with ADD/ADHD, the APA - the nation's leading psychiatric professional group - will be required to cough up its medical and scientific data to support the ADD/ADHD diagnosis. This may be difficult given the growing number of physicians, scientists and even psychiatrists who long have argued that the diagnosis of ADD/ADHD is not based in science - that the diagnosis is a fraud based on subjective assessments. Furthermore, should the APA fail to provide the necessary scientific data, Novartis could be forced by the courts to return to consumers hundreds of millions, if not billions, of dollars made from the sale of Ritalin. Even more devastating to Novartis, should it be exposed that the diagnosis of ADD/ADHD is scientifically baseless, would be an end to the prescribing of the drug. This type of judgment could open the industry to additional lawsuits requiring proof of thousands of alleged mental illnesses. The reverberations through the pharmaceutical industry could be devastating. Considering that Ritalin has been in use since the mid-1950s, one has to wonder how tens of millions of children and adults could be prescribed a highly addictive drug for more than 40 years without concrete scientific data to support the diagnosis. According to psychiatrist Loren Mosher, it isn't that tough. Mosher is the former chief of the Center for Studies for Schizophrenia at the National Institute of Mental Health (NIMH) and author of the definitive book *Community Mental Health, A Practical Guide*. Mosher explains that the Ritalin phenomenon comes down to a very simple theory: "If you tell a lie long enough, it becomes the truth." Long aware of infiltration by the pharmaceutical companies into professional psychiatric organizations, Mosher resigned his membership in the APA with a stinging 1998 letter in which he wrote: "The major reason for this action is my belief that I am actually resigning from the American Psychopharmacological Association. Luckily, the organization's true identity requires no change in the acronym. At this point in history, in my view, psychiatry has been almost completely bought out by the drug companies." According to Mosher, "The APA receives a huge amount of money from the pharmaceutical companies through grants, but the most obvious and obnoxious examples are the two meetings the APA has each year. At both, the drug houses basically lease 90 percent of the exhibition space and spend huge sums in giveaway items. They have nearly completely squeezed out the little guys, and the symposiums that once were dedicated to scientific reports now have been replaced by the pharmaceutical-industry-sponsored speakers." The National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), explains Mosher, "gets the pharmaceutical money and then says they spend it on their 'anti-stigma' campaign. They say that mental illness is a brain disease. And it works well for the people who suffer from this to use their drugs. This is why NAMI is pushing for forced medication. It is an amazing selling job on the part of NAMI." A nonprofit, grass-roots, self-help support and advocacy organization for people with severe mental illness, NAMI was featured in a November/ December 1999 *Mother Jones* article, "An Influential Mental Health Nonprofit Finds Its 'Grassroots' Watered by Pharmaceutical Millions," by Ken Silverstein. The article focused on the enormous amount of funding which NAMI receives from pharmaceutical companies, with Eli Lilly and Co. taking the lead by donating nearly \$3 million to NAMI between 1996 and 1999. In fact, according to Silverstein, NAMI took in a little more than \$11 million from 18 drug companies for that period. Nonetheless, NAMI, Eli Lilly and the others deny any conflict of interest. While Eli Lilly, manufacturer of Prozac, admits making substantial contributions to NAMI and the National Mental Health Association (NMHA), it claims that for "proprietary reasons" it is unable to provide a list of specific contributions. According to Jeff Newton and Blair Austin, spokesmen for the company, "The key issue here is that these are unrestricted grants. The groups can use the money any way they want. Lilly's support of these initiatives presents no conflict of interest since they represent efforts to raise public awareness around issues that Lilly publicly supports." According to Bob Carolla, director of Me-

dia Relations for NAMI, "We represent a constituency that uses their [pharmaceutical] products. Why shouldn't they give us money? They're making money off of our members and some of it has to go back into the community to help us get better mental-health programs to help people. Much of what we do has nothing to do with the pharmaceutical industry. We do not advocate or endorse any specific medications or products, but we also are not going to back off from saying that millions of Americans lead productive lives because of the medications they are prescribed." Meanwhile, NAMI has no problem stating that "mental illnesses are disorders of the brain." In fact, according to Carolla, NAMI "has been trying to educate people that mental illnesses are a result of brain disorders and they are treatable. Stigmas still exist and stigmas need to be overcome." Asked to provide scientific data that mental illness is a disease of the brain, Carolla deferred to a higher authority explaining that "this [question] reminds me that one small interest group denies that mental illness even exists." Carolla added, "Mental illnesses are biological brain disorders. Go read the dominant body of medical information out there. It is a function of biochemistry. I encourage you and recommend you talk to the surgeon-general's office." Carolla was referring to the Report on Mental Health released by the U.S. surgeon general in December 1999, which he says "stands as the national baseline." This enormous document goes into great detail about mental health in the United States. But it does not provide a single piece of scientific data supporting the claim that even one mental illness is caused by a brain disease. In fact, what it says is "the body of this report is a summary of an extensive review of the scientific literature, and of consultations with mental-health-care providers and consumers. Contributors guided by the Office of the Surgeon General examined more than 3,000 research articles and other materials. According to the report, "The review of research supports two main findings: 1) the efficacy of mental-health treatments is well documented, and 2) a range of treatments exists for most mental disorders." Voilà! The review of research came up with findings about treatments, not with scientific causes of mental disorders. And there even appears to be some question about the validity of the treatments. The surgeon general nonetheless places Ritalin in a category where the "efficacy of mental-health treatments is well-documented," when in Chapter 3 of his report he writes that "because the symptoms of ADHD respond well to treatment with stimulants," and because stimulants increase the availability of the neurotransmitter dopamine, the "dopamine hypothesis" has "gained a wide following." The surgeon general may want to review the Drug Enforcement Administration's (DEA) 1995 report on methylphenidate, which makes clear that Ritalin has the same effect on children and adults with ADHD as it does upon those not diagnosed with ADHD. According to the report: "There is a considerable body of literature on the short-term efficacy of stimulant pharmacotherapy on the symptoms of ADHD. From 60 to 90 percent of children have been judged as positive drug responders to methyl-phenidate medication. However, contrary to popular belief, stimulants like methylphenidate will affect normal children and adults in the same manner they affect ADHD children. Behavioral or attentional improvements with methylphenidate treatment therefore are not diagnostic criteria of ADHD." NAMI, however, is not the only group apparently being misled by the surgeon general's report. Take, for instance, the Mental Health Early Intervention, Treatment, and Prevention Act (S2639), a broad piece of federal mental-health legislation sponsored by Sens. Pete Domenici, R-N.M., Ted Kennedy, D-Mass., and Paul Wellstone, D-Minn. According to one staffer familiar with the legislation, Domenici's staff took the lead in writing it. The first of Congress' "findings" states that "almost 3 percent of the adult population, or 5 million individuals in the United States, suffer from a severe and persistent mental illness." When asked where Domenici got these figures, the same source explained that "the numbers come from various federal agencies, various studies that have been conducted and the surgeon general's report. The senator takes into consideration that there are those who argue there is no such thing as a medically diagnosable mental illness but, when someone like Dr. Steven Hyman [director of NIMH] shows a brain with schizophrenia and one without, then the senator takes it seriously. Hyman is well-respected." While it appears that Hyman's "brain" slide show has wowed a great many people, the fact is that even Hyman has contradicted his own presentation. For instance, as Hyman explained in a Feb. 28, 1999, New York Times Magazine article, "indiscriminate use of MRI and PET scans as a high-tech form of phrenology are pretty but inconsequential pictures of the brain." While Domenici may place a great deal of trust in the "science" presented by doctors such as Hyman, he also has a more personal interest

much closer to home: His wife served on NAMI's board for nearly three years. Domenici's office did not respond to inquiries about whether the senator had received campaign contributions from pharmaceutical companies. NAMI's Carolla openly admits that NAMI worked with the sponsors of the legislation, and one doesn't have to look too hard to see the similarities between the Senate bill and NAMI's proposed Omnibus Mental Illness Recovery Act, which Eli Lilly paid to print. NAMI fully supports the Senate bill, which features such programs and expenditures as Section 581 in which \$75 million would be appropriated to fund an anti-stigma advertising campaign - which many argue is a promotion for the pharmaceutical industry and should not be funded with taxpayer dollars. In question also is why taxpayers should be burdened with funding an anti-stigma campaign which many believe was created by the mental-health community when it first began labeling individuals as defective. Section 582 would provide \$50 million in training grants for teachers and emergency-services personnel to recognize (read: diagnose) symptoms of childhood and adolescent mental disorders. This would allow service personnel such as firefighters, police officers and teachers to make referrals for mental-health treatment - a difficult task given that each of these categories of personnel appears to have its hands full with jobs for which they already are trained. Section 583 would provide another \$50 million for emergency mental-health centers within which mobile crisis-intervention teams would be established. This would allow for the designation of a central receiving point in the community for individuals who may be cited by, say, a firefighter, to be in need of emergency mental-health services. And this is just the beginning of the programs proposed under the Mental Health Early Intervention, Treatment, and Prevention Act, now pending in Congress. Larry Sasich, a pharmacologist who handles Food and Drug Administration drug-safety issues for the Washington-based Public Citizen's Health Research Group, tells Insight that "conflicts of interest are kind of a fact of life in the scientific community. At some point groups like NAMI are going to have to pay the piper - they're going to have to answer for what they are promoting. But it's hard to tell how much influence the pharmaceutical companies have. It could be subtle or overt influence depending on what they want." One thing that is certain, concludes Sasich: "The group that is paying the money wields the big stick."

Issue Date: December 17, 2001

Consequences of Drugging Children Could Haunt U.S.

Kudos to Kelly Patricia O'Meara for investigating what the mainstream media largely ignore: the possible connection between the wave of school shootings in recent years and the enormous increases in American schoolchildren being dispensed psychotropic drugs such as Ritalin ["A Prescription for Violence?" May 21]. At the national level, diagnoses of attention-deficit disorder - the murky condition for which Ritalin most often is prescribed - jumped from 900,000 to more than 5 million during the 1990s, while U.S. production of Ritalin soared 700 percent. What we may not know are all the side effects of drugging kids so they will concentrate on their studies and score high on tests. It's time for political leaders and policymakers at all levels to explore this explosive question honestly and openly. Robert Holland Lexington Institute

5.10.3 Medikamente und Gewalt

Zum folgenden Artikel: Die Hälfte der 10 kindlichen wild um sich schießenden Mörder in amerikanischen Schulen mit 105 Toten und Verwundeten stand unter Psychopharmaka - vor allem SSRI - Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern wie Fluctin, Prozac u.a.).

Issue Date: December 17, 2001

A Prescription for Violence?

By Kelly Patricia O'Meara

In the last 10 shooting incidents at schools, a total of 105 students, teachers and administrators were killed or wounded. Beginning in March 1998 with the shooting at Westside Middle School in Jonesboro, Ark., and ending with the March 22, 2001, shootings at Granite Hills High School in El Cajon, Calif., six of the 12 juvenile shooters are reported to have been on prescribed mind-altering drugs. San Diego Deputy Public Defender William Trainor announced last week that his client, 18-year-old Jason Hoffman, who is charged with the shooting of five students and teachers at Granite Hills High School, had been prescribed the antidepressants Celexa and Effexor. Whether Trainor intends to use this medical information as part of his client's defense is unclear, though he said that "the drugs [Hoffman] was prescribed may help explain his actions." He adds that research "indicates that the drugs that were prescribed are extremely powerful antidepressants with the most dangerous side effects." According to Loren Mosher, professor of psychiatry at the University of California at San Diego, "Celexa and Effexor are selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs] in a class with Prozac, Paxil and Luvox" - the same drug prescribed to Columbine shooter Eric Harris. It appears Trainor believes there is a correlation between the drugs and the shootings. Although he could not provide specific information about his client, he tells Insight that this is a hot-button issue and there are many people who don't want to look at the connection. "If you say those drugs may be involved," says Trainor, "you'll be labeled a kook." But "with the history of these drugs there is a huge unpredictability factor. When someone goes off while on these drugs it should raise some eyebrows in the community. I'm starting to wonder when the public has the right to this information. What is the balance of rights? It's his medical records versus the public right to be safe. Which one has the trump card? It is a legitimate question." Although Trainor is not the only public official to consider the possibility that widely prescribed mind-altering drugs may play a role in much-publicized school violence, he is among the few to make public the issue of medical records generally being protected and put off-limits. The privacy of medical records, including mental-health information, is protected by law. The information about the prescription-drug history of an accused perpetrator is only made public when the information is released by the family, school officials, friends and, sometimes, law-enforcement officers and attorneys. And, of course, such information seems to be of interest to the public only in the wave of concern after a violent event, making it difficult even to consider whether prescribed psychotropic drugs are a chronic cause of otherwise senseless violence. In fact, so little information has been made public about these mind-altering drugs and their connection to shootings and other school violence that the U.S. Department of Justice (DOJ) isn't even looking at the possibility. When asked about a community's right to know if an alleged shooter has been prescribed a psychotropic drug, Reagan Dunn, a spokesman for the DOJ, tells Insight: "There are two issues that you've raised - medical-record privacy and criminal records of juveniles. These records are sealed by statute in all states. It [the connection between psychotropic drugs and school shooters] isn't an issue we're looking at - there are other priorities we're focusing on, such as school-resource officers [safety officers] and other programs to reduce school violence." But two other federal law-enforcement agencies, the FBI and the U.S. Secret Service, appear to be concerned about the increasing number of school shootings and have invested a great deal of time and effort to look into the possible reasons for them. The FBI published a report last year called *The School Shooter: A Threat Assessment Perspective*. The 41-page report was the result of a joint effort by the National Center for the Analysis of Violent Crime (NCAVC) and teachers, school administrators and law-enforcement officers involved in investigating each of the school shootings.

They were assisted by experts in adolescent violence, mental health, suicidology and school dynamics. Eighteen school-shooting cases were reviewed for the report. Although topics such as family relationships, school dynamics, social problems, personality traits and behavior, threat management in schools and the role of law enforcement are discussed, there is no mention in the report of increased prescription-drug use by juveniles. Dewey Carroll of the Clinical and Forensic Psychology Department at the University of Virginia participated in a threat-assessment conference last year during which he was asked if, based on the correlation between psychotropic drugs and the school shooters, this information should be made public. Carroll argued that there was no correlation. "Six out of 12 [school shooters] being on psychotropic drugs is not a correlation, it is an observation," he said. "A correlation," explained Carroll, "would be taking a sample of children on medication and those not on medication and then making the comparison. There are a lot of kids who take these medications who do not commit violence. If you want to look at people that have risk factors, you have to do scientific studies." Few professionals who are familiar with the data would argue with that criticism, but one may question how such a study can be conducted, as suggested by Carroll, if the information about whether a student is on prescribed mind-altering drugs is regarded as a state secret. And, even when such information is made available for study, it appears that little use is made of it. Take, for instance, the Secret Service, which in collaboration with the U.S. Department of Education and the National Institute of Justice last year produced a report on how to prevent school violence. The Interim Report on the Prevention of Targeted Violence in Schools was made public in October 2000, involving "systematic analysis of investigative, judicial, educational and other files and interviews with 10 school shooters." Although researchers reviewed primary-source materials such as investigative, school, court and mental-health records and conducted supplemental interviews with 10 of the attackers, no mention was made in the report about prescription medications of the kind that Insight has collected. Nor did the Secret Service respond to Insight's questions about why that issue was not addressed at the conference or made part of the report. Despite the fact that two federal law-enforcement agencies had the opportunity to view the personal files of many of the school shooters, important medical data gleaned from those files apparently was ignored. This has caused many interested in this issue to wonder, like San Diego's public defender, when the public has the right to know such information. Not surprisingly, while every professional interviewed for this article expressed concern about the privacy rights of children, there also was concern about the use of mind-altering prescription drugs. Most are beginning to wonder at what point communities into which disturbed children are sent while on psychotropic drugs should be alerted to a potential problem. JoAnne McDaniels, acting director for the Center for the Prevention of School Violence, an organization focusing on keeping schools safe and secure, tells Insight, "There is concern on the part of some in the education community that we are overmedicating our youngsters - that it is easier to drug them into appropriate behavior. "It is important to recognize that the schools today have children that are being medicated in ways that children were not years ago. We shouldn't be too quick to isolate psychotropic drugs as a causal factor, but it is an important factor in trying to understand what is taking place. In a general sense, in a school population, parents should be able to see this information," McDaniels says. "If a parent moves to a community and wants to know the numbers of children who are on these drugs, making such numbers available would not necessarily violate confidentiality of children. I think as long as the information is not individualized it should be information a principal is comfortable providing. It may force the principal to explain how the school handles the entire violence issue and the use of medication to control behavior in the school. It's reasonable for a school to share that information and a parent to ask for it. It's part of the school community and part of the school's fabric." "The message," concludes McDaniels, "is that we need to develop youngsters without stimulants and other foreign substances. Too often we are opting for a way of treatment that is a lot easier to implement than sitting down and working out the problems. This is a public-health issue and it seems reasonable to look at it." James E. Copple is vice president of the National Crime Prevention Council, a nonprofit organization that focuses on creating safer communities by addressing the causes of crime and violence and reducing the opportunities for crime to occur. He is a former principal and superintendent of schools in Wichita, Kan., and sees the merits of both sides of the issue. "I tend to lean on the side of doing everything possible to protect the stu-

dent's right to privacy," he says, "but when they commit an act of violence all the factors involved in the crime - including medications - need to be known by that community." As Copple sees it, "Communities need to know if large numbers of children are on psychotropic medications. It is increasingly being talked about by educators, and it has put schools in the position of creating mini health clinics for drug management on top of having to teach the children and all the other responsibilities. Why all of a sudden do we have to be a pharmacy? Principals are forced to choose between hiring another much-needed teacher or another nurse to dispense drugs." The executive director of the National School Safety Center, Ronald Stephens, isn't convinced that releasing information about the number of students being prescribed mind-altering drugs necessarily is a violation of a child's rights. "It's legal and it's become common practice to search lockers whenever the student is involved in an incident, and there are some states now mandating that teachers be given information about the reasons behind a student who is returned to school on probation. It's the thought that if you're going to put Charlie Manson in my class I have a right to know that." According to Stephens, "We tend to get what we measure. But if we don't ask we're not going to get real answers. We have kids so medicated it's incredible. I don't see parents asking the question about the numbers of children on psychotropic drugs as being all that invasive. The public would be shocked at the number of file drawers of prescription drugs that teachers are asked to dispense." Stephens says he thinks "it would be a great study for someone to go back and see how many of the kids who committed these violent acts were on these drugs. The community should know who is taking them, and I think teachers will want to know which kids are on these drugs. Knowing what I know about school violence, I would support having that information shared. Of course, there will be a huge outcry that someone's rights are being violated, but at what point do they lose those rights?" That is of course the question, and with 6 million to 8 million children already taking Ritalin, and unknown millions being prescribed the much stronger mind-altering SSRIs, many are starting to ask it.

5.10.4 Ciba-Geigy: wie die Pharma-Industrie Ritalin pusht

von Barbara Simonsohn

„Wir bestehen darauf, den Interessenkonflikt zwischen den Interessen der Pharmaindustrie und unseren als Psychotherapeuten zu leugnen, während wir von ihnen Geld annehmen.“ Fred Gottlieb, Sprecher der APA (American Psychiatric Association)

„Tatsächlich ist das Gebiet der Psychiatrie zu einem Berufsfeld geworden, das von wirtschaftlichen Gesichtspunkten bestimmt wird.“ (George Pollock, Schatzmeister von APA)

„Niemand hat bislang beweisen können, dass Medikamente wie Cylert und Ritalin die schulischen Leistungen der Kinder verbessern, die diese einnehmen.“ (Robert Mendelsohn in „Wie ein Kind gesund aufwachsen kann, auch ohne Doktor“)

„Eine immer mehr gestiegene Zahl von Kindern nimmt das Medikament (Ritalin) mittlerweile seit Jahren ein, und es wurden keine Studien durchgeführt, um zu überprüfen, ob es eine nachhaltige Wirkung auf schulische Leistungen oder Sozialverhalten aufweist. Die Zahl der Verschreibungen von Stimulantien für Kinder unter fünf Jahren hat zwar zugenommen, doch gibt es keine Beweise dafür, dass die Anwendung dieser Medikamente in diesem frühen Alter unschädlich beziehungsweise wirksam ist.“ (Nancy Gibbs, „The Age of Ritalin“, Time Magazin, 30.11.1998, S.86)

Vor 14 Jahren machte ich Urlaub auf der Hawaii-Insel Maui. In Kihei liegt einer der schönsten Golfplätze der Welt. Ich kam ins Gespräch mit einem der Golfspieler. Es stellte sich im Verlauf des Gesprächs heraus, dass er als deutscher Arzt Mitglied einer Ärztegruppe war, die auf Einladung eines Pharmakonzerns eine „Fortbildung“ auf Maui machte, in einem 5-Sterne-Hotel. Auf die Frage, woraus denn diese „Fortbildung“ bestehe, antwortete er, etwas peinlich berührt: „Abends im Hotel, da hören wir uns fast täglich einen sehr informativen Vortrag an.“ Die Pharamalobby trägt also keine schwarzen Koffer durch die Gegend, um mit dem Inhalt Ärzte zu bestechen, aber eine derartige „Fortbildung“ würde ich als „geldwerte Leistung“ bezeichnen. Sicherlich sponsert eine Firma nicht ohne Hintergedanken eine solche Veranstaltung.

Informatives über die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf die Verschreibungspraxis von Ärzten und Psychotherapeuten habe ich in dem Buch von Dr. Breggin, „Talking back to Ritalin“, gefunden, und ich habe seine Erkenntnisse mit Informationen aus dem europäischen Raum ergänzt. Im Folgenden wird die Politik der „Ritalin-Lobby“ deutlich und die wachsende Bereitschaft auch von Ärzten in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Kinder oft schon im Kindergartenalter mit Stimulantien wie Ritalin ruhig zu stellen bzw. pflegeleichter zu machen.

Als ich den Beipackzettel zur Ritalinpackung las, die mein Sohn auf Rezept erhalten hatte, war ich erstaunt zu lesen, dass Kinder unter 6 Jahren kein Ritalin nehmen sollen. Ich kannte damals bereits mehrere Kinder zwischen drei und vier Jahren, die täglich Ritalin nahmen. Lesen die verschreibenden Ärzte nicht den Beipackzettel von Medikamenten? Woran liegt es, dass Ärzte Ritalin verharmlosen – mir wurde gesagt, Ritalin sei so harmlos und nebenwirkungsfrei wie Aspirin – während die Informationen über zum Teil resistente Nebenwirkungen zur Verfügung stehen, und Langzeitstudien zur Unbedenklichkeit und langfristigen positiven Wirkung von Ritalin auf Verhalten und Schulerfolg fehlen? Kann es sein, dass Ärzte von der Pharmaindustrie „eingelullt“ werden und die Verschreibung von Medikamenten für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen einfach, zeitsparend und lukrativ ist?

Breggin spricht in diesem Zusammenhang von „den Kräften, welche die ADHD/Ritalin-Bewegung vorantreiben“ und behauptet für die USA, dass die „American Psychiatric Association“ (APA) sowie zwei große Eltern-Initiativen für die Interessen der Pharmazeutische Industrie arbeiten. In den siebziger Jahren stand die APA kurz vor der Auflösung. Ihr war eine Konkurrenz aus Sozialarbeitern, Psychologen, Beratern und Familientherapeuten erwachsen, die den Bereich seelische Gesundheit eroberten und wesentlich günstiger als Psychiater arbeiteten. Kurz vor dem finanziellen Ruin gelang es der APA, Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität als zu behandelnde „Störung“ im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ aufzunehmen, der angesehensten Quelle für „offizielle“ Diagnosen. Indem ADHD als „Störung“ bezeichnet wurde, klang die Diagnose medizinischer, und es wurde einer Behandlung mit Medikamenten Tür und Tor geöffnet.

Was der APA allerdings immer noch fehlte, waren die notwendigen finanziellen Mittel, um eine PR-Kampagne zu starten, um das überarbeitete Handbuch herauszugeben und einer großen Öffentlichkeit bekannt zu machen. Anfang der 80er Jahre „fällte die APA eine Entscheidung, welche nicht nur ihre Geschichte änderte, sondern die der Gesellschaft.“ (Breggin, a.a.O., S.216). Die APA beschloss eine ökonomische und politische Partnerschaft mit den Firmen, die Psychopharmaka herstellten. Mit der milliarden schweren Pharmaindustrie im Hintergrund hoffte die APA, den Einfluss nichtmedizinischer Berufsgruppen wie Sozialarbeitern und Psychologen zurückzuschneiden. Innerhalb weniger Jahre wurde die APA zu einer der mächtigsten politischen Interessengruppen Amerikas mit Lobbyistengruppen in den Hauptstädten aller Staaten und natürlich in der Hauptstadt Washington. Ein wachsender Einfluss auf die Medien und Gerichtsentscheidungen sorgte dafür, dass immer mehr Medikamente für immer mehr Menschen verschrieben und konsumiert wurden.

Allein das Anzeigenvolumen in den Schriften der APA betrug 1997 vier Millionen Dollar. Darüber hinaus bekam die APA von der Pharmaindustrie Spenden zum Beispiel für Konferenzen oder spezielle Projekte und Forschungsvorhaben. Die unheilige Allianz zwischen dem Berufsverband der Psychiater und der Pharmaindustrie wird nicht etwa von der APA verschleiert, sondern offen zugegeben. Auf eine Anfrage von Dr. Breggin antwortete Melvin Sabshin, medizinischer Direktor der APA: „Dr. Breggin greift eine verantwortliche, ethisch begründete Partnerschaft an, welche die Ressourcen des einen und die Erfahrung des anderen Partners ohne einschränkende Bedingungen nutzt.“ (zitiert nach Breggin, a.a.O., S. 218) Wer seinen gesunden Menschenverstand einschaltet, muss von einer Einflussnahme der Pharmaindustrie ausgehen, mit dem Ziel, den Absatzmarkt für ihre Produkte zu vergrößern.

In einem Artikel für „Psychiatric News“, der offiziellen Zeitschrift der APA, mit dem Titel „APA and Drug Companies: Too Close for Comfort“ (Die APA und die Pharmakonzerne: zu eng für Gemütlichkeit) schreibt der Psychiater Lester Shapiro 1991: „Es wäre besser, wenn wir in eine ernsthafte Untersuchung und Dialog eintreten würden, als in geheimem Einverständnis mit einer Industrie zusammenzuarbeiten, dessen Ziel es ist, den Gebrauch von Medikamenten anzukurbeln, indem sie die Indikationen für ihre Medikamente erweitert, Langzeit-Anwendung propagiert, negative Begleiterscheinungen herunterspielt, in Aussagen über ihre Wirksamkeit übertreibt, begleitende Therapien herabsetzt oder ähnlich wirkende Medikamente herabsetzt.“

In der Einführung zu diesem Artikel wird unumwunden zugegeben, dass „viele wissenschaftliche und meinungsbildende Programme der APA von der finanziellen Unterstützung von pharmazeutischen Firmen abhängig sind.“ Einer der wenigen industriekritischen Psychiater, David Brody, kritisierte die massive finanzielle Förderung der APA-Jahresversammlung durch einen Pharmakonzern mit den Worten: „Es sieht so aus, als wenn APA eine Unterabteilung von „Janssen“ oder „Lilly“ darstellt.“ Er fordert die Abschaffung von Sponsorentum durch Pharma-Firmen, um „die Qualität wissenschaftlichen Zusammenkünfte vor den Gefahren einer profitorientierten Medizin zu schützen.“

Marc Czarka, Direktor für pharmazeutische Angelegenheiten für Eli Lilly Benelux, gab in einer Europäischen Zeitschrift öffentlich zu, dass Lilly, zusammen mit anderen Firmen, die APA finanziert, und „Die belgische Liga über Depressionen“ im Jahr 1995 gesponsort hat, weil das europäische Recht Firmen verbietet, direkt mit potentiellen Patienten in Kontakt zu treten (vgl. Breggin, a.a.O., S.219. Sie können diesen Artikel im Internet unter www.breggin.com nachlesen). Die Firma Lilly hat im Jahr 1996 den Wahlkampf zum amerikanischen Kongress mit 750 000 Dollar unterstützt (vgl. Breggin, a.a.O., S.221). Die Wahrheit bleibt bei einer solch engen Partnerschaft zwischen organisierter Psychiatrie und der pharmazeutischen Industrie auf der Strecke. Diese unheilige Allianz behindert den freien Informationsfluss, beeinflusst die Diagnosepraxis und beeinträchtigt die Auswahl und Durchführung von Forschungsvorhaben.

Ciba-Geigy, der Hersteller von Ritalin

Novartis mit seiner Tochterfirma Ciba-Geigy, Hersteller von Ritalin, ist eine der reichsten und mächtigsten Pharma-Konzerne weltweit. Ciba-Geigy ist bereits ein „Riese unter Riesen“. 1996 fusionierte Ciba mit Sandoz zu Novartis, und es war die größte Fusion dieses Jahres. Novartis ist die Nummer 2 unter den pharmazeutischen Firmen weltweit. Novartis erzielte 1997 einen Umsatz von 31,3 Milliarden Schweizer Franken und beschäftigt weltweit in über 100 Ländern 86 000 Mitarbeiter. 3,6 Milliarden Schweizer Franken werden von Novartis jährlich in Forschung und Entwicklung investiert (vgl. Novartis „Medienmitteilung“ vom 7.12.98 im Internet). Ciba erzielt seit Jahren zweistellige Zuwachsraten. IMS America liefert Marketing-Daten für die Industrie und schätzt den Wertzuwachs der Verbraucherpreise für Ritalin von 95,3 Millionen Dollar im Jahr 1991 auf 349,3 Millionen im Jahr 1995. Von 1995 bis 1998 haben sich die Verkaufszahlen von Ritalin verdoppelt, so dass jetzt der Verkaufswert von Ritalin nur in den USA bei etwa 700 Millionen Dollar pro Jahr liegen dürfte. Von 1990 bis zum Jahr 2000 hat die Zahl der Verschreibungen für Ritalin nach Angaben der US-Behörde für Rauschgiftbekämpfung um 600 Prozent zugenommen (vgl. Lee und Carroll, a.a.O., S. 146). Wir haben das Jahr 2000, und es nehmen augenblicklich ungefähr 8 Millionen amerikanische Kinder Ritalin ein, neben etwa 1 Million Erwachsener (vgl. Lee Carroll und Jan Tober, „Die Indigo Kinder“, Koha-Verlag, Burgrain 2000, S. 146).

Novartis gibt Millionen für Werbung aus, um die Sympathie der Medien zu gewinnen. So kaufte die Firma am 20.2.1997 eine ganze Seite in der populären Tageszeitung „USA Today“ mit dem Text: „Wer führt das weltweit fortschrittlichste wissenschaftliche Denken an, mit dem Ziel, neue Medikamente im 21. Jahrhundert zu entwickeln? Novartis. Die weltweit führende Gesellschaft für „Life Sciences“. Durch die Fusion von Ciba und Sandoz entstanden.“ Ich habe selbst im Fall „Stevia“ erlebt, wie eine kritische Journalistin eines deutschen Massenblattes mir sagte: „Im Artikel dürfen wir aber nichts Kritisches über Zucker bringen. Wir dürfen also nicht schreiben: „Zucker ist ungesund.““ (Über die Stevia-Kontroverse finden Sie Informationen auf meiner Web Site und in meinem Buch „Stevia – sündhaft süß und ungesund“, Windpferd-Verlag, Aitrang 1999). Durch Anzeigen wird das Wohlwollen der Medien erkaufte, die bei einer öffentlichen Kontroverse nicht kritisch über ein Produkt schreiben können, von deren Hersteller sie finanziell abhängig sind. „Das Sein bestimmt das Bewusstsein.“

Im Dezember verlieh Novartis erstmals den „Distinguished Scientist Award“ an drei führende Wissenschaftler seines Unternehmens. Der Preis ist mit 40 000 Schweizer Franken dotiert, und der Nobelpreisträger Professor Dr. Rolf M. Zinkernagel gab sich bei der Preisverleihung die Ehre. Von der Stiftung „Appell des Gewissens“ in New York bekam der Chef des Schweizer Pharma-Riesen Novartis, Daniel Vasella, am 7. September 2000 einen Kristallstern, weil er sich „weltweit der Verbesserung der Lebensqualität, dem Frieden und der Toleranz verschrieben“ habe und er ein „Menschenfreund durch Erfahrung“ sei. Der Schweizer Bundespräsident Ogi wohnte der Veranstaltung bei und würdigte in seiner Laudatio Vasella als „Geschäftsmann, der sich auch für die humanitären und politischen Konsequenzen seines Handels interessiert.“ Den „Appeal of Conscience“ (Appell des Gewissens-)Preis haben zuvor Persönlichkeiten wie Michail Gorbatschow, König Juan Carlos und Richard von Weizsäcker erhalten. Auf der selben Veranstaltung, auf der Daniel Vasella geehrt wurde, bekam auch Bundeskanzler Schröder einen Preis aus Kristall, einen Adler auf einer Kugel, und den Titel eines „Welt-Staatsmanns des Jahres“. Die Laudatio hielt Henry Kissinger.

Im Oktober 2000 rückte der Novartis-Pharma-Chef Thomas Ebeling aufgrund der öffentlichen und firmeninternen Kritik von seinem Firmen-Gebot „Kill to win – no prisoners“ (töten, keine Gefangenen!) ab. Nach Daniel Vasella der zweitmächtigste Mann bei Novartis, hatte er diese Absatzstrategie seinen aus der ganzen Welt zusammengetrommelten Top-Managern in Paris eingepaukt. Ein St. Galler Professor sprach von „Pitbull-Management“, ein Liestaler Lehrer vom Disziplin-Anspruch der Skin-Szene. Der neue Pharma-Chef musste aufgrund öffentlicher Proteste sein „8. Gebot“ abschwächen zu „Fight to win“ und wurde damit vom „Killer“ zum „Kämpfer“. Peter Knechtli kommentiert: „Die Devise „Kill to win – No prisoners“ ist verantwortungslos und entwaffnend zugleich. Der militante Befehl eignet sich vorzüglich, als Freipass für unappetitliche Geschäftspraktiken jeder Art missverstanden zu werden.“ Als „Menschenfreund durch Erfahrung“ hätte Vasella ein Machtwort sprechen müssen. Es ist wohl ein Widerspruch, dass Killer-Devisen in der Firmenphilosophie eines Unternehmens Eingang finden, das ansonsten bei jeder Gelegenheit seinen hohen ethischen Standard betont.

Leistung um jeden Preis, sonst ist der Job in Gefahr, das ist die Devise im internationalen Wettbewerb der Pharma-Giganten. Im Zweifelsfrei darf auch einmal über Leichen gegangen werden, wie ich im Folgenden anhand der Medizinskandale von Ciba Geigy/Novartis aufzeigen werde. In meinen Augen ist es ein Skandal, dass der Leiter eines solchen Unternehmens mit einem renommierten Preis für vorbildliche Gesinnung ausgezeichnet wird, nur, weil zum Beispiel Novartis in Krisengebieten gratis Medikamente gegen Lepra verteilt, die von Krankenkassen weltweit finanziert sind.

Wie auch andere pharmazeutische Firmen, gibt Novartis bzw. Ciba-Geigy viel Geld aus, um die Meinung von Psychiatern zugunsten seiner Medikamente zu beeinflussen. Die Firma investiert Geld in Seminare, Psychiatrie-Kongresse und Anzeigen für Fachzeitschriften. Die APA als auch Psychiater-Organisationen in Deutschland sind nicht bereit, Zahlen zu veröffentlichen, welche Auskunft darüber geben, welche Firma welche Summen spendet. Zahlen liegen daher nur für Anzeigen in Zeitschriften und Zeitungen vor.

Ciba Geigys Medizin-Skandale

Im August 1978 wurde bekannt, dass ein Gericht in Tokio drei Arzneimittelhersteller, darunter Ciba-Geigy Japan, für schuldig befunden hatte, Medikamente in den Handel zu bringen, die Oxychinolin enthielten, das für eine ersten Erkrankung des Nervensystems, der subakuten Myelo-Optico Neuropathie (SMON), verantwortlich waren (vgl. Hans Ruesch, „Die Pharma Story. Der

große Schwindel“, 6.Aufl., F. Hirthammer Verlage, München 1998, S. 29). Die Firmen wurden zu Schadenersatzzahlungen an 133 Kläger in Höhe von mehr als 30 Millionen DM verurteilt. Bei uns ist Oxychinolin als „Moxaform“ im Handel und wird auch zur Vorbeugung bei „Sommerdurchfall“ empfohlen. „Wenigstens tausend Todesfälle wurden in Japan gezählt und 30 000 Fälle von Erblindung und/oder Lähmung der unteren Extremitäten.“ (Ruesch, „Die Pharma Story“, a.a.O., S.30) Olle Hansson, Professor für Kinder-Neurologie in Göteborg, der als Zeuge beim ersten Oxychinolin-Prozess aussagte, schrieb ein Buch über diesen Medizinskandal, indem er die beteiligten Unternehmen, darunter Ciba-Geigy, beschuldigt, aus Gewinnsucht über menschliche Leichen zu gehen und bewusst die Tatsache zu verschleiern, dass das Hauptmotiv ihrer Handlungsweise Gewinnsucht ist (Olle Hansson, „Arzneimittel-Multis und der SMON-Skandal“, Hrsg. Z-Verlag Basel und Arzneimittel-Informationsdienst Berlin).

Hansson enthüllte unter anderem, dass Ciba-Geigy Forschungsprotokolle zurückhielt, die bis zum 19.Juni 1939 zurückreichen und beweisen, dass eine große Anzahl von Tieren mit Oxychinolin vergiftet wurde und nach epilepsieartigen Anfällen eines qualvollen Todes sterben mussten. Trotzdem vertrieb Ciba-Geigy dieses Mittel allein in Japan unter 168 verschiedenen Handelsnamen und wies lediglich im Beipackzettel darauf hin, dass man Oxychinolin Haustieren nicht verabreichen dürfe. Ciba-Geigy verkauft Clioquinol immer noch in vielen, vor allem Dritte Welt-Länder, ohne hinreichende Warnung vor gesundheitlichen Gefahren. Im Sitzungsbericht der Genfer Pressekonferenz über SMON aus dem Jahr 1980 heißt es u.a.: „Es ist eine verbrecherische Handlung, dass Ciba-Geigy und andere multinationale Arzneimittelproduzenten fortfahren, Mittel in die Dritte Welt zu verkaufen, die in den Industrie-Ländern verboten sind.“ (Ruesch, „Die Pharma Story“, a.a.O., S.32)

Ciba Geigy versuchte, für die Schäden durch Oxychinolin/Clioquinol jegliche Verantwortung abzuleugnen. „Doch die zusammengetragenen Beweise zwangen die schweizer Multinationale, ihre Haltung zu ändern.“ (Ruesch, a.a.O., S.279). Erst kündigte Ciba-Geigy an, ihre Oxychinolin-Produkte innerhalb von fünf Jahren aus dem Handel zu nehmen. Durch eine Flut von Prozessen von geschädigten Verbrauchern oder ihren Hinterbliebenen wurde Ciba-Geigy jedoch gezwungen, die Medikamente vom Markt zu nehmen, wobei die Firma sich genug Zeit ließ, die vorhandenen Lagerbestände der gefährlichen Produkte zu verkaufen.

1982 wurde bekannt, dass Ciba-Geigy Kinder in Ägypten probeweise mit einem Pestizid besprüht hatte, was bereits eine krebserregende Wirkung gezeigt hatte. Dem „St. Galler Tagblatt“ vom 19.11.1982 gegenüber bestritt die Firma diesen Vorwurf keineswegs, gab aber zu bedenken, dass die Dokumente, die diesen Versuch belegten, durch einen Diebstahl an die Öffentlichkeit gelangt waren (vgl. Ruesch, a.a.O., S.287). Nach Ruesch arbeiten rund um die Uhr Referenten von großen Arzneimittelherstellern daran, Anschuldigungen zurückzuweisen und ihre Mitarbeiter davor zu bewahren, ins Gefängnis zu kommen. Es gibt einen makabren Witz über Ciba-Geigy: „Das letzte Mal, wo jemand den Sprecher von Ciba-Geigy erröten sah, war, als seine Mutter ihn als Jungen mit einer Hand in der Keksdose erwischte.“ (Ruesch, a.a.O., S. 287).

Im November 1983 veröffentlichte die schwedische Tageszeitung „Dagens Nyheter“ einen Geheimbericht des schweizer Pharma-Giganten Ciba-Geigy. Diesem Bericht zufolge wurden mindestens 1 182 Todesfälle dem Gebrauch von zwei Arthritis-Mitteln, Butazolidin und Tenderil, zugeschrieben, die der Konzern herstellt. Daraufhin gab der Sprecher von Ciba-Geigy, René Porchet, am 17.November 1983 dem schweizer Wochenblatt „Sonntags-Blick“ ein Interview, in dem er sagte: „Kein Grund zur Aufregung. Professor Hanssons Forderungen, die beiden Medikamente zurückzuziehen, sind absurd.“ Weniger als zwei Jahre später musste Ciba-Geigy Tenderil aus dem Handel nehmen und empfahl bei der Anwendung von Butazolidin äußerste Vorsicht. Im „Guardian“ vom 4.April 1985 heißt es zu diesem Skandal: „Der Pharmakonzern Ciba-Geigy beugte sich gestern dem Druck von Verbrauchern und Ärzten und zog weltweit sein Arthritis-Mittel Tenderil vom Markt zurück. Auch der Anwendung des verwandten Medikamentes Butazolidin werden Beschränkungen auferlegt ... Die Verkaufsziffern von beiden Mitteln belaufen sich im vergangenen Jahr auf 58 Millionen Pfund.“

Ruesch kommentiert süffisant: „Ciba-Geigy scheint eine besondere Gabe dafür zu haben, vor Gericht geschleppt zu werden, Medikamente zurückzuziehen, Schadenersatz an ihre Opfer und Geldstrafen an die Regierungen zahlen zu müssen.“

Am 16.Mai 1984 schrieb der „Guardian“ unter der Überschrift „Gefährliche Medikamente vom Markt zurückgezogen“, das Tenderil und Dandacote, Schmerzmittel von Ciba-Geigy, mit 400 Todesfällen in Großbritannien in Verbindung gebracht werden. Die Medikamente wurden vom Regierungskomitee für Arzneimittelsicherheit CSM als doppelt so gefährlich eingestuft wie Schmerzmittel, die Phenylbutazon enthalten und deren allgemeiner Gebrauch im März verboten wurde. Der „Guardian“ weiter: „Das Zurückziehen der oxyphenbutazonhaltigen Mittel, die Derivate des Phenylbutazon sind, wurde durch den Hersteller Ciba-Geigy verzögert, der sein Recht auf Berufung geltend machte.“

Der schweizer Chemiekonzern Ciba-Geigy gab laut „Guardian“ vom 28.Dezember 1985 am Vortag zu, „die Sicherheitsdaten von 46 Antibiotika und anderen Medikamenten gefälscht zu haben, die er der japanischen Gesundheitsbehörde angegeben hatte.“ Man glaubt laut „Guardian“, dass dies eines der größten Geständnisse von Unregelmäßigkeiten im Testen von Medikamenten darstellt, das ein pharmazeutisches Unternehmen je gemacht hat. Weiter heißt es: „Die japanische Regierung hat Ciba-Geigy angewiesen, zwei Fabriken zu schließen und den Verkauf und die Importe in das Land vom 6.Januar an zwanzig Tage lang einzustellen.“ (Ruesch, a.a.O., S.295) Ruesch: „Die Zeit vergeht, aber die Arzneimittelhersteller dürfen weiter morden und schwere Schädigungen mit Medikamenten anrichten, die aus Profitgründen ... verkauft werden.“ (ebd., S.294)

Ruesch weist in seinem schockierenden Buch „Die Pharma Story“ daraufhin, dass es in der Schweiz wie auch in anderen Industrienationen ein „Chemiekartell“ gibt, das eng mit dem „Ärztensyndikat“ und mit der Regierung zusammenarbeitet. Die Multis würden „alle legalen und illegalen Mittel einsetzen, um ihren Anteil am Weltmarkt zu vergrößern.“ (ebd., S.43) Nach Ruesch versetzt das Ärztesyndikat das Chemiekartell in die Lage, der Weltbevölkerung, die durch Gehirnwäsche davon überzeugt wur-

de, eine endlose Kette von immer „neuen“ Arzneimitteln aufzuschwatzen, welche jene ersetzen kann, deren Wirkungslosigkeit oder Schädlichkeit nicht mehr vertuscht werden kann.

Ruesch gibt den Inhalt einer Rede wieder, welche die Führer des schweizerischen Chemiekartells vor dem Schweizer Bundesrat hielten: „Wir sind die größten Steuerzahler und Arbeitgeber des Landes. Wir sorgen dafür, dass der Staat nicht zusammenbricht. ... Wenn Ihr uns irgendwelche Schwierigkeiten macht, schließen wir einfach die Betriebe und verlegen sie in ein unterentwickeltes Land, das uns mit offenen Armen empfangen würde.“

In der Schweiz gibt es Zwangsimpfungen in großem Maßstab und Kernkraftwerke in einem Land, das dank seiner Wasservorräte über eine der ergiebigsten Versorgungsquellen elektrischer Energie verfügt.

Die IKS – Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel, eine in Bern ansässige Arzneimittelpolizei – wird nach Ruesch von der Basler Großchemie beherrscht. In der Tageszeitung NZZ Nummer 5 vom 7.1.1984 heißt es: „11 000 Menschen an Nebenwirkungen von Butazolidin und Tanderil, von Rheumamitteln der Ciba-Geigy, gestorben.“ Ruesch beklagt, dass die tödlichen Präparate Butazolidin und Tanderil weiter mit dem Segen dieser Filzokratie dem Patienten anagedreht werden“, während das unschädlich Rheumamittel „LESS“ von der Konkurrenz als wirkungslos abgewertet wird (vgl. ebd., S. 212 und 213).

Im Buch „Krankheit auf Rezept“ von Peter Sichorsky (Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1984) heißt es in einem Bericht: „Der Jurist Emil Komo kommt in seinem Buch „Die verordnete Intoxikation – Zur strafrechtlichen Kontrolle von Psychopharmakaschäden“ (Stuttgart 1978) zu dem Schluss, dass die objektiv gegebene schleichende Vergiftung weiter Bevölkerungskreise durch Psychopharmaka als strafrechtlich relevante Gesundheitsschädigung anzusehen ist, weil die Gesundheit der Bevölkerung ein „verfassungsmäßig verankertes, existentielles Gemeinschaftsinteresse“ darstellt.“ Die Behörden gingen aufgrund dieses und weiterer für die Pharmaindustrie ungünstiger Berichte daraufhin nicht etwa gegen die Pharmaindustrie vor, sondern gegen Autor und Verlag (vgl. Ruesch, a.a.O., S.211).

Angesichts der Vertuschung und Verschleierung von Ciba-Geigy unter Gefährdung und Zerstörung von Menschenleben kann man diese Firma nur als „skrupellos“ bezeichnen, und ich würde die von ihr hergestellten Medikamente boykottieren und sie selbstverständlich nicht meinen Kindern verabreichen. Ich hoffe, dass auch die Leser dieser Zeilen nachdenklich geworden sind und ihr Vertrauen in die Wirksamkeit und Harmlosigkeit von Medikamenten erschüttert ist.

Macht Ciba irreführende Aussagen über Ritalin?

Nach der amerikanischen Überwachungsbehörde FDA (Food And Drug Administration) dürfen Firmen keine übertriebenen Aussagen in der Öffentlichkeit darüber machen, was ihre Medikamente bewirken können. Daran hält sich Ciba allerdings nur sehr ungenügend. So veröffentlichte die Firma im Februar 1974 eine Ritalin-Anzeige im „American Journal of Psychiatry“, auf der ein glücklicher, aufmerksamer Junge in der Schule gezeigt wurde, mit dem Zitat „ein effektives Mittel, um das hyperkinetische Syndrom zu verbessern.“ Keine Rede davon, dass diese „Verbesserung“ nur sehr kurzfristiger Natur ist, weil es sich nur um eine Verhaltenskontrolle während der Wirkdauer von Ritalin handelt. Das Bild suggeriert, dass die schulischen Leistungen mit Ritalin verbessert werden, was nachweislich nicht der Fall ist. Die teilweise gravierenden und dauerhaften Nebenwirkungen werden verschwiegen. Dasselbe trifft zu für eine 2-Seiten-Anzeige in derselben Zeitschrift im Jahr 1986. Ciba hat die Ausgaben für Anzeigen in Zeitschriften in den letzten Jahren wesentlich gedrosselt, weil sie über die Elterninitiative „CHADD“ vorzieht, Eltern direkt anzusprechen.

Im Gegensatz zur kritischen Einstellung vieler Verbraucher Werbeaussagen gegenüber zu Produkten wie Zigaretten, Kosmetika, Süßstoffen oder Alkoholika denken viele Kunden, Psychopharmaka seien sorgfältig entwickelt und fein abgestimmt auf die Gehirnc Chemie und damit wirksam bei verschiedenen seelischen Problemen. Dass dies nicht der Fall ist, hat Breggin in seinem Buch „Toxic Psychiatry“ ausführlich dokumentiert. Der Verbraucher sollte gerade bei Medikamenten wachsam sein und im Auge behalten, dass es den Pharmakonzernen in erster Linie um Gewinne geht, nicht um die Gesundheit der Menschen.

Ritalin wurde in den USA bereits 1955 als Medikament anerkannt, unter den damals herrschenden eher laschen Standards der FDA. Obwohl bei der FDA sehr bald Berichte über weitverbreiteten Missbrauch von Ritalin und Suchtverhalten im Zusammenhang mit Ritalin eingingen, wies Ciba erst 1969, auf Druck der FDA, auf dem Beipackzettel darauf hin. Erst am 24. Januar 1969 gab die US-Behörde für Rauschgiftbekämpfung – „U.S. Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs“ – eine Bekanntmachung heraus, wonach Ritalin als missbräuchlich verwendete Droge kontrolliert werden solle. Das waren 14 Jahre nach Einführung von Ritalin als Medikament! Die FDA forderte den Hersteller auf, eine deutliche Warnung auf dem Beipackzettel über Abhängigkeit und Missbrauch anzubringen, eine Forderung, welche die Regierung erst Jahre danach gegenüber Ciba durchsetzte.

Noch 1969 pries Ciba Ritalin als Antidepressivum an, „was die Stimmung verbessert und das Leistungsvermögen steigert.“, und propagierte Ritalin, „weil es den Patienten zugänglicher für eine psychiatrische Behandlung macht.“ 1970 musste der Hersteller die Aussagen über Depressionen, chronische Müdigkeit und Neurosen aus dem Label entfernen (vgl. FDA (Hrsg.), „Review of Reports and Supplements for Ritalin“, 27.2.1970, Verfasser B. Scoville).

Ciba musste das Medikament „Ritonic“ nach einigen Jahren vom Markt nehmen, das neben Ritalin hormonähnliche Substanzen, Kalzium und B-Vitamine enthielt. Der Hersteller hatte es angepriesen mit den Worten: „Für Patienten, die ihre Begeisterungsfähigkeit, ihre Lebensfreude und ihren Antrieb aufgrund von natürlichen degenerativen Veränderungen verlieren, die im Alter unvermeidlich sind.“ Wer wollte da nicht zulangen? Besonders ältere Menschen hatten zu diesem Chemiecocktail gegriffen. Ältere Menschen sind, wie Kinder, besonders anfällig für Nebenwirkungen.

In einer erneuten Einschätzung von Ritalin durch die FDA stellt Scoville 1970 fest, dass die längste Studie zur Effektivität und zu Nebenwirkungen bei Kindern nur 6 Wochen lang dauerte! (Vgl. FDA, a.a.O.) Angesichts der gesammelten Daten wurde lediglich eine „kurzfristige“ Wirkung festgestellt. Die FDA kritisierte in ihrer Beurteilung, dass Nebenwirkungen wie Gewichtsverlust, Bauchschmerzen, Herzrasen und die Zunahme von ADHD-Symptomen nicht auf dem Label auftauchen, die inzwischen durch Zeitungsartikel bekannt wurden. Breggin: „Die Geschichte beweist, dass Ciba nur so ehrlich in seinen Werbeaussagen ist, wie die FDA sie dazu zwingt.“ (Breggin, a.a.O., S.228)

1996 waren Vorwürfe in der Öffentlichkeit wegen Suchtgefahr und Missbrauch von Ritalin unübersehbar. Ciba reagierte mit einer genial ausgeklügelten Kampagne in Form einer mehrfarbigen Broschüre. Auf dem Titel krabbeln drei große „R“s in der Hand eines Kindes, die für „Lesen“ (read), „Respekt“ und „Verantwortlichkeit“ (Responsibility) stehen. Kinder werden gebeten, Ritalin zu respektieren: „Respektiere dich selbst. Respektiere andere. Respektiere Ritalin.“ Die Elterninitiative CH.A.D.D., von Ciba und anderen Pharmakonzernen gesponsert, wird als Kontaktadresse angeführt.

Ciba macht nicht nur Öffentlichkeitsarbeit in Form von Broschüren für Eltern und Lehrer, sondern sponsert auch Symposien mit Fachleuten, wie „The Fourth Annual Decade of the Brain Symposium“ am 11. Mai 1993 in Washington. Die Broschüre dazu erklärt den Kampf gegen „mentale und neurologische Störungen“ bei Kindern und betont die Entwicklung einer „Neurowissenschaft“, also einer Wissenschaft vom Gehirn, die allerdings weder hinter der Diagnose noch der Behandlung von ADHD steht, wie ich bereits in einem früheren Kapitel belegen konnte.

Ein Medizinskandal wurde vom „Wall Street Journal“ aufgedeckt, in dem auch Novartis beteiligt war. Richard L. Borison und Bruce I. Diamond wurden für schuldig befunden, von Novartis und anderen Pharma-Firmen wie Hoechst und Eli Lilly gesponserte Studien gefälscht zu haben, welche die Unbedenklichkeit von Medikamenten prüfen sollten. Ein Teil der angeführten Patienten war zur fraglichen Zeit gar nicht im Krankenhaus. Die Studienleiter führten Humanstudien an Menschen durch, die 2500 Meilen entfernt waren. Die Pharma-Konzerne reagierten erst auf die skandalösen Zustände am Medical College of Georgia, als die beiden Professoren vor Gericht für schuldig befunden wurden, der FDA in 172 Fällen gefälschte Daten geliefert zu haben. Noch im April verwendeten sie Ergebnisse der Studie, obwohl schon im Januar 1990 die U.S. division of Solvay alle Firmen, die an der Studie beteiligt waren, aufgefordert hatten, die Daten von Borison und Diamond nicht mehr zu verwenden.

Obwohl es bislang keine Studien gibt, welche die Unbedenklichkeit von Ritalin bei längerfristigem Gebrauch belegen, propagiert Ciba die Langzeitanwendung. Ciba hat nicht nur Ritalin entwickelt und damit den amerikanischen Markt erobert, sondern auch ein Antidepressivum für Kinder herausgebracht, Anafranil, was 1991 von der FDA zugelassen wurde, obwohl eine kontrollierte Studie mit einer mageren Anzahl von nur 46 Kindern und Jugendlichen über den kurzen Zeitraum von acht Wochen durchgeführt wurde (vgl. Breggin, a.a.O., S.232). Und das, obwohl die FDA zugibt, dass es keinerlei Erkenntnisse über die Langzeiteffekte von Anafranil in Hinblick auf Wachstum und Entwicklung von Kindern gibt. Breggin: „Einmal mehr experimentiert Ciba auf dem Rücken amerikanischer Kinder.“

Die Allianz von Ciba mit amerikanischen Elterninitiativen

„Die Verabreichung von Ritalin an hyperaktive Kinder führt zu einer Situation, in der soziale Probleme zunehmend als medizinische definiert werden ... Es gibt eine Tendenz, nach Lösungen für komplexe soziale Probleme im Verhalten von Individuen zu suchen, nicht in der sie umgebenden Umwelt. Daher wird das Kind, was sich in der Schule und zu Hause nicht an Regeln hält, wahrgenommen, als ob es medizinische Betreuung braucht. Spielkameraden, Eltern, Lehrer und Behördenmitglieder vermeiden dadurch Verantwortung für abweichendes Verhalten und seine endgültige Korrektur.“ (T. Alexander Smith und Robert F. Kronick im „International Journal of Addictions“ (1979))

Wenn man sich die Nebenwirkungen von Ritalin vergegenwärtigt, sowie den Mangel an Langzeitstudien, die Gefahr der Medikamentensucht und die Tatsache, dass Ritalin nicht heilt, sondern keinerlei Einfluss auf ADS-Symptome hat, sondern nach Absetzen die Symptomatik verschärft auftritt, sollte man meinen, dass Elterninitiativen in den USA ritalin-kritisch eingestellt sind und sich für gesunde Alternativen einsetzen. Es gibt zwar auch ritalinkritische Initiativen wie „Parents against Ritalin“, aber die Ritalin befürwortenden Initiativen wie CH.A.D.D. sind bei weitem in der Überzahl und zahlenmäßig dominant. Was sind die Gründe?

CH.A.D.D. – Children and Adults with Attention Deficit Disorder wurde 1987 gegründet und ist heute mit mehr als 45 000 Mitgliedern die größte und mächtigste Organisation auf diesem Gebiet. Von Anfang an propagierten die Leiter der Initiative die biologische Erklärung von ADS sowie Medikamente für die Lösung des Problems. CH.A.D.D. erhielt 1995 und 1996 annähernd zwei Millionen Dollar als Spendengelder, wovon ein großer Teil von CibaGeneva Pharmaceuticals stammt. Der Jahresbericht aus dem Jahr 1996 listet vier weitere große Pharmakonzerne als Spender auf, nämlich Abott (Hersteller von „Cylert“), Glaxo Wellcome („Wellbutrin“), Pfizer („Zolofit“) und SmithKline Beecham (vgl. im Internet CH.A.D.D. Annual Report unter www.chadd.org/ann96.htm.)

Die Partnerschaft von CH.A.D.D. und dem Hersteller von Ritalin ist sowohl ideologische als auch finanzieller Natur. Viele Projekte der Elterninitiative sind unterzeichnet mit „Ciba“. Auf ihrer Website vom Juni 1997 bedankt sich die Organisation für eine Kampagne (PSA), „die durch eine Spende von Ciba Pharmaceuticals erst ermöglicht wurde.“ Breggin: „Ciba's Unterstützung ist mit Sicherheit eines der wichtigsten Faktoren in der explosionshaften Entwicklung von CH.A.D.D., was Mitglieder und Power betrifft.“ (Breggin, a.a.O., S.234) Die erste internationale Konferenz von CH.A.D.D. mit 2300 Teilnehmern im November 1995 wurde ebenfalls von Ciba gesponsert. 1995 erhielt die Organisation allein mehr als eine halbe Million Dollar von Pharmakonzernen.

CH.A.D.D. ist der Ansicht, dass ADD-Kinder eine neurologische Störung haben und nehmen damit Eltern und Lehrer aus der Verantwortung. In einer Broschüre der Organisation heißt es: „Es geht um die Schuld der Eltern. Die gute Nachricht: nein, es ist überhaupt nicht der Fehler der Eltern.“ „Schuld“ an dem Problem hat damit allein das Kind. Wenn man von einer „neurobiologischen Störung“ ausgeht – Beweise dafür existieren allerdings nicht – ist die Empfehlung, Kinder medikamentös zu behandeln, nur folgerichtig.

CH.A.D.D.-Repräsentanten arbeiten in den USA bundesweit und propagieren Ritalin als sichere und effektive Lösung. Im Gegensatz dazu gibt die FDA zu, dass kurze, über vier bis sechs Wochen durchgeführte Studien mögliche ernsthafte Nebenwirkungen nicht aufzeigen können (FDA „Ritalin studies“, Autor: Dr. Rockville, Oktober 1996). CH.A.D.D. verteilt jährlich Preise und hat eine „Hall of Fame“ eingerichtet, in der ritalinfreundliche Psychiater wie C.Keith Conners, Paul Wender und James Swanson geehrt werden. Als „empfehlenswerte Lektüre für Kinder“ empfiehlt die Elterninitiative Qhinn und Sterns Buch, „Putting On The Brakes“ (Die Bremsen einbauen), in dem Kindern mit kaputten Autos verglichen werden und ihnen klar gemacht wird, dass sie abnorme Gehirne besitzen

Wer davon ausgeht, dass sein Kind eine biologische Störung hat, gibt die Verantwortung für die Situation aus den Händen. Es geht nicht um Schuldgefühle, sondern um Verantwortung! Wir geben die Power darüber aus der Hand, etwas für das Wohlbefinden unserer Kinder zu tun und an unserer Elternschaft zu arbeiten. Für Lehrer ist das Konzept einer organischen Störung angesichts überfüllter Klassen und voller Stundenpläne ebenfalls bequem, aber berücksichtigt nicht, dass die Schul- und Lernsituation die Bedürfnisse nicht nur von ADS-Kindern im Allgemeinen unzureichend berücksichtigt.

Im Oktober 1994 stellte CH.A.D.D. bei der „Drug Enforcement Administration“ (DEA, Behörde für Drogenüberwachung) einen Antrag, Ritalin von der Stufe II in die weniger rigide Stufe III einzugruppieren. Die Begründung: Ritalin sei sicher und effektiv, und weitgehend frei von der Gefahr von Abhängigkeit und Missbrauch. Für Medikamente der Stufe II muss jeden Monat ein neues Rezept ausgestellt werden, und die hergestellten Mengen werden vom Staat überwacht. Im Antrag erwähnte die Elterninitiative mit keinem Wort, dass finanzielle Bande mit dem Ritalin-Hersteller bestehen. Nachdem im Oktober 1995 in der Öffentlichkeit bekannt wurde, dass CH.A.D.D. von Ciba gesponsert wird, und die WHO-Organisation „The International Narcotics Control Board“ (Internationale Behörde für die Kontrolle von Narkotika) sich bei der DEA über die Propaganda für Ritalin durch CH.A.D.D. in einem Brief vom 27. Juni 1995 beschwert hatte, bezog die Initiative im März 1996 ihren Antrag an die DEA zurück.

NAMI-CAN, eine weitere von der Pharmaindustrie gesponserte Elterninitiative

NAMI, the National Alliance for the Mentally Ill (Nationale Allianz für geistig Behinderte), ist ebenfalls eine Elterninitiative, welche von Ciba und anderen Pharmakonzernen gesponsert wird. Die Organisation hat 14 000 Mitglieder mit erwachsenen Kindern, die geistig behindert sind. NAMI hat eine Untergruppe, NAMI-CAN, gegründet, mit dem Zusatz: „Child and Adolescent Network“. Auch diese Organisation glaubt an biologisch begründete Gehirnkrankheiten und zählt dazu auch ADHD. Elterninitiativen wie CH.A.D.D. und NAMI-CAN propagieren medikamentöse Behandlung für Probleme wie Ängstlichkeit, Depressionen und Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern und beherrschen zusammen mit Pharmakonzernen und der organisierten Psychiatrie das Feld der mentalen Gesundheit von Kindern mit dem Ziel, das Verhalten von Kindern unter Kontrolle zu bringen und zu halten.

Lehrer in den USA – und bei uns! - propagieren Ritalin

Sogar „gute“ Psychopharmakologie vermindert die Notwendigkeit, die soziale Umgebung des Kindes zu ändern und bewirkt, dass eine schlechte Situation beibehalten wird oder sich verschlimmert. Sollten disfunktionale Familienstrukturen und überfüllte Klassenräume toleriert werden, nur weil Ritalin das Verhalten von Kindern verbessert? Sollte die Gesellschaft eine biologische Schnellreparatur benutzen, um Probleme anzusprechen, die ihre Wurzeln in sozialen und Umweltfaktoren haben? Wenn sie dies ständig tut, wie kann die Gesellschaft davon betroffen werden? ... Die Zunahme im Gebrauch von Stimulantien ist alarmierend und signalisiert das dringende Bedürfnis der amerikanischen Gesellschaft, ihre Prioritäten neu zu bewerten.“ (Lawrence H. Diller, Kinderarzt, 1996)

Im Januar 2000 bekam ich einen Anruf einer besorgten Mutter aus Hamburg. Die Lehrerin ihres Sohnes, der in die 2. Klasse geht, stellte sie vor die Alternative, ihrem Sohn Ritalin verschreiben zu lassen oder ihn auf die Sonderschule zu schicken. In der selben Woche bekam ich einen Anruf einer anderen verzweifelten Mutter, der die Kindergärtnerin gedroht hatte, ihren vierjährigen Sohn aus der Gruppe zu werfen, wenn er nicht mit medikamentös mit Ritalin ruhig gestellt würde. Beiden Eltern empfahl ich, ihrem Kind die AFA-Alge zu geben, mit sehr gutem Ergebnis.

In den USA empfehlen nicht nur Schulen Eltern von schwierigen Kindern, mit ihnen zum Arzt zu gehen um ein Rezept für Ritalin zu bekommen, sondern Schul-Krankenschwestern verteilen zur Mittagszeit Ritalin, damit Kinder rechtzeitig für die Nachmittags-Schulstunden ihre Dosis bekommen. Die „Drug Enforcement Administration“ (US-Behörde für Rauschgiftbekämpfung) warnt, dass „Viele Schulen routinemäßig mehr Ritalin lagern als die meisten Apotheken vorrätig haben.“ Gibt es auch bei uns bald amerikanische Verhältnisse? 1996 stellte „The International Narcotics Control Board“ (Internationale Behörde für die Kontrolle von Narkotika) fest, dass in einigen amerikanischen Schulen mehr als 20 Prozent der Schüler Stimulantien einnehmen. In einer Umfrage unter Lehrern von Grund- und Mittelschulen amerikanischer Vorstädte gaben mehr als 85% aller Lehrer an, mindestens einen Workshop zum Thema ADHD besucht zu haben (vgl. Breggin, a.a.O., S.249) Fast ausnahmslos werden solche Seminare von Befürwortern des ADHD-Konzeptes als einer biologischen Störung und Ritalin durchgeführt, was

in Deutschland ebenfalls der Fall ist. Dass langweiliger Unterricht und überfüllte Klassen auch zu frustrierten und gelangweilten Kinder und damit zur ADS-Problematik beisteuern kann, wird dabei ausgeblendet.

Das U.S. Department of Education (DOE, US-Behörde für Erziehung) propagiert den ADHD/Ritalin-Trend durch das Verteilen entsprechender Broschüren an Schulen und hat ADD-Zentren an größeren Universitäten eingerichtet, um den Nutzen von Ritalin und die biologische Ursache von ADD zu vertreten. 60 bis 90 Prozent der Kinder, die mit ADD diagnostiziert werden, bekommen Ritalin. Das DOE rät Lehrern davon ab, Ritalin zu empfehlen, propagiert aber bei Schwierigkeiten, den Eltern zu raten, mit ihrem Kind einen Arzt aufzusuchen (vergleiche die Broschüre der DOE, „Attention Deficit Disorder: Beyond The Myths“, ohne Datum).

Im September 1991 gab das Ministerium für Erziehung (Department of Education) ein Memorandum an Schulen heraus, wonach ADHD unter „Gesundheitsstörungen“ eingestuft wird. Jeder Schuldistrikt kann nach diesem Erlass für jedes ADHD-Kind 420 Dollar im Jahr beantragen. Das Geld geht in einen speziellen Fond für Sondererziehung und kann zum Beispiel dafür verwendet werden, dass eine Krankenschwester einem Kind regelmäßig Ritalin verabreicht. Angesichts leerer Kassen in den öffentlichen Schulen sind diese 420 Dollar jährlich pro Kind eine willkommene Einnahme.

Auch in der Sozialhilfe, die in den USA gezahlt wird, wird ADHD als „Behinderung“ anerkannt. Betroffene Familien bekommen zusätzlich zwischen 400 und 600 Dollar pro Monat. Arme Eltern präparieren ihre Kinder, in den Tests schlecht abzuschneiden, um an die staatlichen Zuschüsse zu kommen (vgl. Breggin, a.a.O., S. 256). Die Eltern können mit dem Geld machen, was sie wollen, solange es dem Kind dient. Die Richtlinien dafür sind so weit gefasst, dass darunter auch der Kauf eines Fernsehgerätes, von Video-Spielen oder Autos fällt. Wie ich weiter unten zeige, ist verschlimmert exzessiver Fernsehkonsum und Konsum von Video-Spielen die Symptomatik. Im Beipackzettel von Ritalin wird dringend geraten, während der Einnahme kein Fahrzeug zu führen!

Was läuft falsch in unseren Schulen, wenn so viele Lehrer neuerdings auch bei uns so viele ihrer Kinder nicht zufriedenstellend unterrichten können, ohne sie mit Medikamenten behandeln zu lassen? Breggin fordert die Lehrer auf: „Educate, don't medicate!“ (Besinnt Euch auf Eure Rolle als Erzieher, und behandelt nicht mit Medikamenten). Es erscheint schwerer und komplizierter, das Umfeld von Kindern zu verändern, und es ist leichter, das Gehirn derjenigen zu ändern, die in einem solchen Umfeld leben. Es handelt sich um den Weg des geringsten Widerstandes, nicht um eine Ursachen-Therapie. In vielen Schulen werden die intellektuellen und emotionalen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen kaum berücksichtigt.

The National Institute of Mental Health (NIMH, Nationales Institut für geistige Gesundheit) gab bereits 1970 800 000 Dollar aus, um Hyperaktivität und ADHD zu erforschen. Die Gelder gingen fast ausschließlich an Ritalin-Befürworter wie James Swanson, Russel Barkley und C. Keith Connors. In Broschüren wird behauptet, 9 von 10 Kindern würden von Stimulantien profitieren. Das Institut behauptet, dass 80% der Kinder, die mit ADHD diagnostiziert wurden, Ritalin auch als Teenager nehmen müssen, und dass 50% auch als Erwachsene auf dieses Medikament angewiesen sind. Die Behauptung von NIMH, die Wirkung von Ritalin würde nicht nachlassen, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage. Auch NIMH wird von dem Ritalin-Hersteller Ciba finanziert (vgl. Breggin, a.a.O., S.263). In Broschüren des Instituts wird ein rosarotes Bild von Ritalin gemalt, Ciba-Veröffentlichungen zitiert und die Eltern-Initiativen CH.A.D.D. und NAMI als Ansprechpartner empfohlen.

Kinder, ein neuer Absatzmarkt für Psychopharmaka

1997 wurden in den USA 580 000 Rezepte für Kinder im Alter von fünf Jahren und älter für Antidepressiva wie Prozac, Zoloft und Paxil ausgestellt. Der Markt für Psychopharmaka für Erwachsene ist gesättigt: im Jahr 1997 nahmen 28 Millionen (!) Amerikaner Antidepressiva. Daher kommen Kinder als neuer Markt für Psychopharmaka sehr gelegen. Der Psychologieprofessor S. Mark Breedlove schrieb 1997, dass die Möglichkeit angsteinflößend ist, dass der Markt der Glücksspieler Prozac im Volumen von einer Milliarde pro Jahr eine „Infusion“ neuer, junger Kunden braucht, ob sie Vorteile von dem Produkt haben oder nicht (vgl. Breggin, a.a.O., S.275). Breggin: „Es ist kein Ende in Sicht, was den Appetit der Pharmaindustrie betrifft, ihr Hunger wird einfach gestillt, solange, bis die Quelle aufgebraucht ist.“ Bisher wurde noch kein Beweis erbracht, dass Antidepressiva für Kinder und Heranwachsende effektiver als Placebos sind.

Psychopharmaka stehen an zweiter Stelle, was die Profitabilität von Medikamenten betrifft, gleich nach Herz-Kreislaufmitteln. 1996 überstieg der Wert verkaufter Psychopharmaka 7 Milliarden Dollar. Die Verkaufszahlen der „Glücksspieler“ Prozac waren rückläufig, bevor das Comeback in Form der Verschreibung an Kinder mit ADHD und Depressionen gelang. Allein in den drei Monaten Juli, August und September 1997 stiegen die Verkaufszahlen von Eli Lillys Prozac um 17 Prozent und betragen für diesen Zeitraum 705 Millionen Dollar (vgl. Breggin, a.a.O., S.275). Innerhalb von zwei Jahren, von 1995 bis 1997, wuchs die Anzahl der Rezepte von Prozac für Kinder um 80 Prozent! Das National Institute of Mental Health (Nationales Institut für geistige Gesundheit) erklärt, dass 15 bis 20 Prozent (!) der amerikanischen Bevölkerung von Geisteskrankheiten betroffen seien. Der amerikanischen Öffentlichkeit wird „Geisteskrankheit“ verkauft, und diese äußerst erfolgreiche Kampagne hat sich jetzt offenbar zum Ziel genommen, Amerikas Kinder unter Medikamente zu setzen.

Leon Eisenberg, einer der wenigen kritischen Psychiater und Professor für Psychiatrie und Medizin an der Harvard Medical School, schreibt 1997 im „Boston Globe“: „Dieser ganze Trend dahingehend, Kindern Pillen als Lösung für alles zu geben, besonders angesichts des Fehlens eines Beweises, dass sie wirken, ist grundsätzlich unethisch. Der Trend wird angetrieben von der Bequemlichkeit des Arztes, der Profitsucht der pharmazeutischen Firma, und der Vorstellung, dass es nichts Bedeutenderes im Leben als Biochemie gibt.“

Medikamente, welche das Gehirn beeinflussen, sind bekannt dafür, viele Nebenwirkungen zu haben. Prozac ist eines der Medikamente, über das die FDA am meisten kritische Berichte von Anwendern bekommt. Viele Jahre lang stand Prozac an erster Stelle von Beschwerden. 1997, nachdem es ein Jahrzehnt auf dem Markt war, stand es immer noch an dritter Stelle der am meisten kritisierten Medikamente. Die hohe Rate an Nebenwirkungen von Mitteln, die das zentrale Nervensystem beeinflussen, ist umso bedenklicher, als viele Ärzte bereit sind, gerade diese Medikamente einer wachsenden Zahl von Kindern zu verschreiben. Das Gehirn von Kindern ist noch weniger als das von Erwachsenen in der Lage, toxische Nebenwirkungen zu tolerieren. Prozac führt durchschnittlich bei 1 Prozent der Erwachsenen zu psychotischen Manien, aber zu 6 % bei Kindern (vgl. Breggin, a.a.O., S.278).

Die professionellen Lobbyisten-Gruppen von Prozac und Ritalin sind nach Breggins Erkenntnissen eng miteinander verflochten. Die Kinderpsychologin Barbara Ingersoll, eine der vehementesten Verfechter von Ritalin/ADHD, propagiert nun ebenfalls Prozac für Kinder: „Wir können in die Zukunft blicken und sehen, dass Stimmungsschwankungen mehr wie Karies oder eine Sehschwäche behandelt werden. In Zukunft wird nicht Prozac ein Stigma für Kinder sein – das Stigma wird darin bestehen, Prozac nicht zu nehmen.“ (zitiert nach Breggin, a.a.O., S.279) Schöne neue Welt? Eine Welt mit Kindern, die mit Medikamenten vollgestopft werden, bis sie unseren Erwartungen entsprechen? Die Tendenz geht jedenfalls in den USA dahin, Medikamente auch Kindern mit „Schatten-Syndrom“, einer milden Form von Symptomen, zu verschreiben, die noch gar keine ausgeprägten ADHD-Merkmale besitzen. Diese neue Bezeichnung erlaubt es Psychiatern, mehr und mehr Menschen unter Medikamente zu setzen.

Breggin: „Ritalin und andere Stimulantien wirken, indem sie den Verstand und das Verhalten von Kindern unterdrücken und damit Spontaneität und Selbstständigkeit einschränken. Sie produzieren Apathie, Gefügigkeit und roboterhafte Unterwerfung unter langweiligen Aktivitäten.“ Die Gefahren von Ritalin schließen Wachstumshemmung, Psychosen und Abhängigkeit ein. Es gibt keine langfristige Wirksamkeit. Aus Bequemlichkeit geben wir unseren Kindern eine „Magische Pille“, um sie gefügig zu machen, auf Kosten ihrer körperlichen, mentalen, emotionalen und spirituellen Einzigartigkeit.

Millionen von Kinder in den USA schlucken Ritalin und andere Psychopharmaka, und täglich werden es mehr. Die DEA warnt 1997 davor, dass die USA das einzige Land der Welt sind, wo Kindern eine solch ungeheure Menge von Stimulantien verschrieben werden, die in vielem praktisch die gleichen Eigenschaften wie Kokain haben. Breggin nennt dies „einen massiven Drogenmissbrauch unserer Kinder durch die Psychiatrie.“

Die Presseabteilung von Ciba-Geigy bzw. Novartis – Ciba-Geigy ist mit Sandoz zu einem Mega-Konzern verschmolzen – verschickt ein kostenloses Büchlein, „Leben mit hyperaktiven Kindern“, verfasst von der Ärztin Johanna Krause, herausgegeben vom „Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e.V.“ in München/Forchheim. Ritalin wird dort als „bewährte Substanz“ zur „Normalisierung von Auffälligkeiten in bestimmten Hirnregionen“ angepriesen, die allerdings bisher nie nachgewiesen werden konnten. Krause: „Eltern hyperaktiver Kinder haben ein besonderes Schicksal zu bewältigen: Sie haben kranke Kinder, aber keiner glaubt es ihnen.“ Zu dieser abenteuerlichen Hypothese finden Sie Informationen in diesem Buch im Kapitel „ADS – ein Mythos?“. Wenn ADS keine Krankheit ist, wovon viele kritische Wissenschaftler ausgehen, brauchen Kinder auch keine Medikamente! Selbst Befürworter von Ritalin geben zu, dass Ritalin kein Heilmittel ist, sondern nur Symptome unterdrückt.

Der Widerstand gegen Novartis/Ciba Geigy wächst in den USA. Anwälte in Kalifornien und New Jersey wollen gegen Novartis und die amerikanische Psychiatrie-Vereinigung APA einen Prozess anstrengen. Der ungeheuerliche Vorwurf: der Pharmakonzern soll das Krankheitsbild erfunden haben, um Ritalin vertreiben zu können. Novartis weist die Vorwürfe zurück. Die „Krankheit“ sei bereits seit 40 Jahren bekannt (vgl. Artikel vom 6.10.2000 aus „Netzpress News“, Internet <http://www.netzpress.ch/meldung.cfm?nummer=4548>).

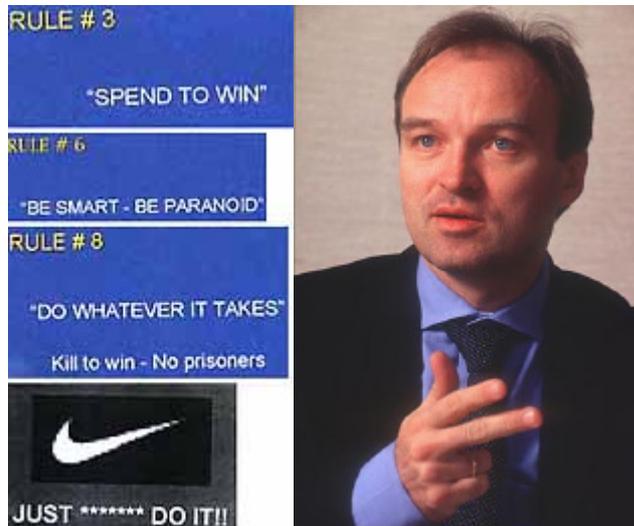
Novartis wird auch von anderer Seite angegriffen und sichtlich nervös. Hillary Clinton warnt vor dem Missbrauch von Ritalin für hyperaktive Kinder. Die amerikanische First Lady kritisiert, dass auch viele ganz normale Kinder Ritalin verschrieben bekommen. Hillary: „Die Symptome, welche die jungen Leute zeigen, sind ganz einfach die Symptome des Kindseins und des Heranwachsens.“ (zitiert im Artikel „Da wird Novartis zum Zappelphilipp“ aus „Cash“ Nr. 12 vom 24.3.2000) Der Hintergrund: von 1991 bis 1995 haben die Ritalin-Rezepte für zwei- bis vierjährige Kinder um 300 Prozent zugenommen, obwohl Ritalin laut Beipackzettel nur für Kinder ab sechs Jahren zugelassen ist. In den USA bekommen schon Kinder mit 18 Monaten Ritalin! Hillary Clinton kündigt bundesweite Studien mit Kindern unter sechs Jahren an, um die Wirkung und Nebenwirkungen von Ritalin auf kleine Kinder zu untersuchen. Die „Commission on Human Rights“ kritisiert allerdings die Aktivitäten der First Lady: „Zuzulassen, dass Hunderte von Kleinkindern als Versuchskaninchen eingesetzt werden, grenzt an kriminelles Gewährlassen.“ (ebd.)

Biologisch orientierte Psychiatrie hat in den USA die Oberhand gewonnen, und Tendenzen sind auch bei uns sichtbar. Mit Wissenschaft hat sie nichts zu tun, sondern mit Politik. „Politik wird immer vom Geld angetrieben.“ Die pharmazeutische Industrie hält immer Ausschau nach neuen Märkten. Wie sieht eine Zukunft aus, in der immer mehr Kinder mit legalen bewusstseinsverändernden Drogen vollgepumpt werden? Wer stoppt diese Entwicklung? Was sind die Amerikaner bereit, zu tolerieren, und wann werden genügend Menschen in Deutschland wach und von „heiligem Zorn“ erfüllt, um dieser unseligen Entwicklung auch bei uns Einhalt zu gebieten?

5.10.5 „KILL TO WIN“ - Schlachtrufe von NOVARTIS

EBELING ZIEHT KILLER-SLOGAN ZURÜCK
UNTERNEHMENS-ETHIK ROCHE UND NOVARTIS
EBELING PORTRÄT

Fotos Claude Giger/OnlineReports



"Will aus jedem Mitarbeiter einen Samurai machen": Novartis-Pharma-Chef **Thomas Ebeling**

Der Schlachtruf von NOVARTIS

"Kill to win": Thomas Ebeling gibt mit Brachial-Regeln seinen Einstand als neuer Pharma-Chef

VON PETER KNECHTLI

Mit einem extrem aggressiveren Verkaufsstil will Thomas Ebeling das Pharmageschäft von Novartis im verschärften internationalen Konkurrenzkampf erfolgreich positionieren. Ebelings vor Marketingkadern in Paris verordnete martialische "Erfolgsregeln" sind jedoch umstritten: Sehen die einen in Thesen wie "Kill to win" die offene Deklaration des gängigen Geschäftsstils, befürchten andere eine Verflüchtigung der Unternehmensethik.

Thomas Ebeling (41), ab 1. September neuer CEO des Novartis-Pharmageschäfts (35'000 Mitarbeiter, 16 Milliarden Franken Umsatz), ist dafür bekannt, dass er nicht lange fackelt. Neuerdings fährt die eloquente Verkaufs-Hoffnung auch in seinen Sprachbildern einen Kurs, der alles Bisherige in den Schatten stellt.

So geschehen, als Ebeling diesen Sommer vor seiner internationalen Marketingelite und den Länderchefs in Paris über "Schlüssel-Erfolgsfaktoren" bei der Lancierung der beiden umsatzträchtigen Produkte Starlix (Diabetes) und Zelmac (Reizdarm) referierte und damit gleichzeitig den politischen Einstand als Nachfolger des wegtretenden Jerry Karabelas gab. Es ging dabei laut Novartis-Sprecher Felix Räber darum, "die Leute als Team zu motivieren" und dafür zu "begeistern", "alles daran zu setzen, zwei neue, für Novartis wichtige Produkte optimal global einzuführen".

"Just fucking do it"

Doch was Verkaufs-Hardliner Ebeling seinen Managern an die Wand projizierte, verschlug einigen die Sprache: Zehn Erfolgsregeln - unter harmlosen auch deftige. Regel Nummer eines: "Be (with) the brand 24 hours a day." (Vertrete Deine Marke rund um die Uhr). Regel Nummer drei: "Spend to win" (gebe grosszügig aus, um zu gewinnen). Regel Nummer fünf: "Die hard - never give up (Sterbe nicht leicht - gib niemals auf). Regel Nummer sechs: "Be smart - be paranoid" (sei raffiniert und wahnhaft). Regel Nummer sieben: "Your ego does not matter" (Dein Ich ist unerheblich). Regel Nummer acht: "Do whatever it

takes. Kill to win - No prisoners" (Mache alles, was nötig ist. Töte, um zu gewinnen, mach keine Gefangenen).

Eine andere Präsentation führte dem Auditorium eine bizarre Industrie-Lyrik ("Hier werden die Schlachtpläne aufgezogen") vor und zum Schluss das Nike-Signet mit dem angereicherten Slogan "Just ***** do it" vor. Laut Novartis waren die Sternchen "von den meisten Zuhörern als spannende Pause, bevor die letzten Worte zur Wirkung kommen", verstanden worden. Was aber faktisch beim Publikum ankam: "Just fucking do it."

Bewusst aufs Intranet geladen

Dieser Motivations-Cocktail aus einer Mischung von Kriegs-Vokabular und Gassen-Slang war mehr als bloss sarkastische Zuspitzung im Schutz eines intimen Kreises. Es war Vermittlung mit bewusst gesuchter Breitenwirkung: Ebelings Zehn Gebote wurden hinterher im Intranet Tausenden von Mitarbeitenden auf der ganzen Welt zugänglich gemacht.

"Unglaublich!", reagierte ein Kadermann nach der Vorstellung. Ein Mitarbeiter, der ohne Vorwissen im Intranet auf die neuen Rauchsignale des Marketing-Manitus stiess, rang um Worte ("Ich bin entsetzt, für was für einen Arbeitgeber arbeite ich denn da?"), anderen raubte die Antrittsvorlesung des Chefs den Schlaf. Was das Unternehmen als "grossen Veranstaltungserfolg" wahrnahm, interpretierte ein Firmenvertrauter mit langjähriger Führungserfahrung als die "Abschaffung der unternehmensethischen Grundsätze".

Regeln aus der Konsumgüterindustrie anwenden

Mit seiner aggressiven Richtungsvorgabe, die sich laut Novartis "im Rahmen unserer ethischen Grundsätze bewegt", setzte sich der künftige Oberkommandierende der Pharma-Division radikal vom Stil seines kommerziell nicht gar so erfolgreichen Vorgängers Karabelas ab. Den griechischstämmigen Amerikaner begleitet der Ruf, "äusserst angenehm und kollegial" zu sein. Ganz im Gegensatz dazu will der ausgebildete Psychologe Ebeling jetzt auch im komplexen Pharmageschäft nach den Regeln der Konsumgüterindustrie umsetzen, was er als begnadeter Vermarkter von "West"-Zigaretten, Pepsi-Cola und Novartis-Food unter Beweis gestellt hat. "Erfolgsbesessen", tönt es aus dem Unternehmen, will er seine Truppe auf eine Ergebniserwartung der neuen Dimension einzuschwören und schon bis ins Jahr 2002 überdurchschnittliche Wachstumsraten von über acht Prozent vorweisen (heute vier Prozent).

Eine Quelle mit intimen Firmenkenntnissen interpretiert die militärischen Metaphern als ein "Gewaltsakt", mit dem "die ganze Verkaufskultur verändert werden soll". Ob die verbal-radikale Offensive das gewünschte Ziel ohne weiteres erreicht, ist zumindest fraglich. Denn Ebelings Devise trifft unvorbereitet Tausende von Mitarbeitenden, die über Jahrzehnte hinweg mit höchstem gesellschaftlichem und sozialem Anspruch konfrontiert waren. Sie suchen jetzt Erklärungen dafür, wie sich die hehren Deklarationen im erst vor einem Jahr beschlossenen [Novartis-Kodex](#) ("Fairer, höflicher und repektvoller Umgang", "einem hohen ethischen Standard verpflichtet", "Management muss Einhaltung des Kodex überwachen") mit den martialischen Spielregeln der Nummer zwei in der Konzern-Hierarchie vereinbaren lassen.

"Ethik hat nichts mit Weicheierei zu tun"

So herrscht denn derzeit eher mehr Verwirrung als Erleuchtung - auch extern. Markus Breuer, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaftsethik Universität St. Gallen, wundert sich, wie Novartis nun in aller Offenheit und mit "kriegsähnlichem Vokabular" Ansprüche an die Mitarbeiter stellt, als wären sie "Soldaten, die ihrem Land verpflichtet sind". Dieser "pure Markt-Fetischismus" und die suggerierte Unterwerfung der Mitarbeiter-Persönlichkeit unter die Firmeninteressen berge die Gefahr in sich, dass "jeder Zumutbarkeits- und Verantwortungsdiskurs unmöglich wird".

Beobachter Breuer glaubt indes nicht, dass Novartis eine bewusste Doppelstrategie - ethische Ambition nach aussen, Ausschaltung von moralischen Hemmungen nach innen - betreibt: "Beide Schienen kann man nicht gleichzeitig fahren. Da würde bald die Glaubwürdigkeit leiden." Novartis, so sein Schluss, soll-

te jedoch überdenken, ob diese Art der Verkaufsvermittlung "dem Anspruch einer verantwortungsvollen Firmenhaltung gerecht wird". Denn Ethik habe "nichts mit Weicheierei zu tun", wie Ebeling suggeriere.

"Es braucht wieder eine Art Ledernacken der Wirtschaft"

Während allerdings Breuer "solch rabiate Töne" in letzter Zeit eher selten gehört hat, glaubt der Zürcher PR-Berater Klaus J. Stöhlker, dass Schlachtrufe nach Ebelings Stil nur die Vorboten einer Klimaveränderung sind, die auch in andern Schweizer Grossunternehmen Einzug halten wird: "Wir gehen in zehn ausserordentliche Jahre hinein, die Beschleunigung wird noch zunehmen", glaubt Stöhlker. Zwar seien "solche aggressiven Auftritte in der alemannischen Gesellschaft noch nicht eingebettet". Doch mit der Verschärfung des globalen Wettbewerbs "gewinnen diese Kriegsempfehlungen, die in den USA und Japan schon seit weit über zehn Jahren üblich sind, immer mehr an Anklang." Insofern bilde Ebeling als "Streetfighter" nur die Speerspitze einer unaufhaltsamen Entwicklung: "Man braucht wieder eine Art Ledernacken in der Wirtschaft. Dieser Trend wird sich verstärken und die alemannische Unternehmensethik bricht langsam zusammen."

Stöhlker glaubt denn auch, dass Novartis durch Ebeling mit seiner Botschaft "aus jedem Mitarbeiter einen Samurai zu machen", nur offen ausspricht, was auch andernorts intern schon gilt: "Das ist in der UBS nicht anders als in der Novartis." Ebelings Wortwahl mag Stöhlker allerdings nicht in Rage zu versetzen: "Kill to win" bedeute keinesfalls konkret die Aufforderung, wirklich zu töten, sondern den "totalen Einsatz" zu leisten. Angesichts der "weit verbreiteten Brutalisierung in oberen Führungsetagen" gehörten auch Begriffe wie "fucking" zum gängigen Wortschatz zahlreicher Führungskräfte.

Auch Verständnis für die rabiaten Töne

Auch ein langjähriger Pharma-Topmanager, der ohne Zweihänder zum Erfolg kam, kann Ebelings verale Zuspitzung nachvollziehen. Im Marketing-Milieu sei ein plakativer Jargon üblich, der auch vor Uebertreibungen nicht halt mache: "Die vornehme europäische Distanziertheit bringt uns nicht mehr weiter. Es braucht mehr Engagement und kompromissloseres Zupacken, wo man Chancen sieht."

Findet Ebeling im geschützten Rahmen eines Firmen-Meetings offensichtlich auch Unterstützung, wird als "klarer Kommunikatiosfehler" eingestuft, dass die Botschaft vom Olymp ohne vertiefte Kommentare auch im Intranet dokumentiert wurde und dort bei einem Teil der auf die neuen Töne unvorbereiteten Belegschaft Verunsicherung, Frustration und individuelle Interpretation auslöste. So fragte sich ein Novartis-Mann angesichts der "Paranoia"-Formel, ob jetzt auch die eigene Belegschaft als Dauerkundschaft der firmeneigenen Psychopharmaka ins Visier gekommen werden soll.

Novartis hat ein Kommunikations-Problem

An diesem Beispiel zeigt sich, so ein Kenner der Szene, "dass Novartis noch immer ein ernsthaftes Kommunikationsproblem hat". Nach dem Blitz-Abgang von Esther Girsberger als Kommunikations-Verantwortliche dieses Frühjahr wird laut Informationen von OnlineReports noch immer nach einem neuen und ausdauernden Crack gesucht, wobei Daniel Vasella bereit sein soll, bezüglich Lohnangebot dem Gebot "Spend to win" generös nachzuleben. Diese Investition könnte sich auszahlen. Denn alle Kampfparolen verhalten wirkungslos, so ein Berater, "wenn sie falsch kommuniziert werden".

Novartis räumte gegenüber der Sonntagszeitung denn auch ein, dass die Slogans, aus dem Kontext gegriffen, "zu falschen oder schädlichen Interpretationen führen könnten".

Der Slogan	Novartis-Ausdeutung	Wie er missverstanden werden könnte
"Be (with) the brand - 24 hours a day"	Leben Sie ihn (the brand), atmen Sie ihn, geben Sie dem Brand durch Ihre eigene Begeisterung Energie.	Identifizieren Sie sich total mit der Firma, vergessen Sie Ihr Privatleben.

Spend to win	Wir müssen viel investieren, um konkurrenzfähig zu sein.	Man darf verschwenden, um die Leute auf die eigene Seite zu bringen.
"Be smart - be paranoid"	Seien Sie clever/intelligent/klug bei Ihrer Arbeit, und lassen Sie Ihre Konkurrenten nicht aus den Augen.	Sei schlitzohrig und wahnhaft.
"Kill to win - no prisoners"	Dies ist eine Metapher: Arbeiten Sie produktiv und konzentrieren Sie sich auf das Wichtige.	Gehe über Leichen!
"Your does matter"	ego not Seien Sie bescheiden genug um von anderen zu lernen und sich weiterzuentwickeln. Seien Sie nicht arrogant.	Du bist als Individuum unerheblich.

Vom Killer zum Kämpfer

Novartis-Pharma-Chef Thomas Ebeling geht zu seinem Schlachtruf "Kill to win" auf Distanz

VON PETER KNECHTLI

Thomas Ebeling, neuer Chef des Novartis-Pharmageschäfts, geht zu seiner Killer-These auf Distanz: Nachdem OnlineReports Ebelings zehn Brachial-Vorgaben an seine Verkäufer publik gemacht hatte, schwächte Ebeling sein brutalstes Gebot ab. Aus "Kill to win - no prisoners" wurde ein schlichte "Fight to win". An seiner Erfolgserwartung aber ändert sich nichts.

Das allseitige Staunen war gross, nachdem OnlineReports die Kontroverse um die teils brachialen Zehn Gebote von Novartis-Pharma-Chef Thomas Ebeling dokumentiert hatte. "Kill to win - no prisoners" (töten, keine Gefangenen!), hatte die Konzern-Nummer zwei nach Daniel Vasella in Paris seinen aus der ganzen Welt zusammen getrommelten Marketing-, Verkaufs- und Business-Managern als neue Messlatte seiner Absatzstrategie eingepaukt. Ein St. Galler Professor sprach von "Pitbull-Management", der pensionierte Liestaler Lehrer Tobias Wernle-Matic verglich Ebelings Disziplin-Anspruch mit jenem der militanten Skin-Szene und im Unternehmen selbst kam es gemäss Informationen zu "teilweise heftigen" Reaktionen.

Ebeling räumt ein: "Einige Leute waren irritiert"

Während Novartis-Sprecher Felix Räber Fragen über interne Reaktionen und Folgen nicht kommentieren wollte, sah sich der seit 1. September regierende neue Pharma-Chef Thomas Ebeling in seinem internen News-Letter "update" veranlasst, zu seinen Zehn Geboten vertiefende Erklärungen nachzureichen - das uneingeschränkte Einverständnis der Teilnehmenden voraussetzend: "Einige Leute, die an der Veranstaltung nicht teilgenommen haben und die kompletten Vorträge nicht hören konnten, waren irritiert durch den kraftvollen und wettbewerbsorientierten Stil einiger Präsentationsfolien."

Nach dem Vorbild der Sonntagszeitung listete Ebeling sodann die Zehn Gebote samt ausgesprochen milder Ausdeutung auf - mit einer pikanten Ausnahme: Die Kriegs-Regel Nummer 8 konnte der Draufgänger nicht aufrecht erhalten: Anstelle von "Kill to win - no prisoners" komponierte er die moderatere Kurzfassung "Fight to win". Die umstrittene Devise sei "umformuliert" worden, "um die eigentliche Bedeutung besser wiederzugeben", begründete er die Retusche in einer Fussnote. Auch im Intranet wurde "Kill"-Regel durch die "Fight"-Version ersetzt.

Hohe "Menschenfreund"-Auszeichnung für Daniel Vasella

Wie weit Daniel Vasella bei der Distanzierung von unternehmerischen Gewalts-Devisen die Hand im Spiel hatte, ist unklar. Gemessen an der neusten Auszeichnung, die Vasella am 7. September in New York in Empfang nehmen darf, hätte er ein internes Machtwort sprechen müssen: Der "Appeal of Conscience"-Preis ("Aufruf ans Gewissen") wird ihm für seine "besonderen Verdienste um die Verbesserung der Lebensqualität und seinen unermüdlichen Einsatz für mehr Frieden und Toleranz" und als "Menschenfreund durch Erfahrung" verliehen.

KOMMENTAR



Foto Claude Giger

Auch "Fight to win" bedeutet: Wer nicht genügt, fliegt

Thomas Ebeling, seit 1. September neuer Chef der Pharma-Division von Novartis, hat seinen Marketing- und Verkaufskadern aus aller Welt den neuen Tarif durchgegeben: "Kill to win – No prisoners" (Töte, um zu gewinnen – Keine Gefangenen) stand eindringlich auf einer Folie, die er an einem Meeting in Paris an die Wand projizierte.

Selbst wenn der jüngste Profit-Hoffnungsträger aus dem Novartis-Stall natürlich nicht zur physischen Attacke auf den Konkurrenten aufrufen wollte, so ist die Devise doch verantwortungslos und entwaffnend zugleich. Verantwortungslos darum, weil sich der militante Befehl vorzüglich eignet, als Freipass für unappetitliche Geschäftspraktiken jeder Art missverstanden zu werden. Entwaffnend deshalb, weil er – unkommentiert konzernweit auf dem Intranet abrufbar - ein eklatantes Kommunikationsdefizit belegt. Wenn schon den ausgebildeten Psychologen Ebeling beim Komponieren der Brachial-Regel keine Schreibhemmung erfasste, so hätte mindestens der Kommunikationschef die Notbremse ziehen und die Publikation im Intranet unterbinden müssen. Killer-Devisen gehören nicht in die Zehn Gebote eines seriösen Unternehmens, das erst noch bei jeder Gelegenheit seinen hohen ethischen Standard unterstreicht. Keine Frage: Mit einigen seiner Zehn Gebote ist Thomas Ebeling zum Start als neuer Pharma-Chef ein grober Schnitzer unterlaufen.

Machen wir uns aber nichts vor: Der eine Blick ins taktische Labor von Novartis bietet keine Exklusivität, sondern nur das Beispiel dessen, mit welchen Bandagen hinter den Kulissen des globalen Wettbewerbs generell gekämpft wird: Wer auf dem internationalen Parkett nicht überdurchschnittliche Leistung erzielt, steht über kurz oder lang auf verlorenem Posten.

Konzernchef Daniel Vasella darf die gute Absicht unterstellt werden, sich mit der Ernennung des gnadenlosen Leistungsbolzers Ebeling an die Spitze seiner Königsdivision für das Überleben seines Konzerns entschieden zu haben. Auch wenn sich die Nummer zwei im Hause Novartis diese Woche lernfähig gezeigt und die "Kill to win"-Regel flugs durch die Soft-Version "Fight to win" entschärft hat, so ändert sich an seiner Politik nichts: Die Ergebnisvorgaben werden noch strenger, der Erfolgsdruck an der Verkaufsfrent nimmt weiter zu, selbst die lange Zeit unangetasteten Besitzstände in Forschung und Entwicklung geraten plötzlich ins Wanken. Wer die Leistung nicht bringt, verliert den Job.

Die Überlebensrezepte sind quer durch alle Industriesparten die gleichen: Schneller und besser werden. Wer allerdings daran glaubt, dass die Beschleunigung der Wirtschaft erst am Anfang steht, sollte das Pulver zur Anfeuerung seiner Belegschaften nicht vorzeitig verschießen. Nach "Kill" ist keine Steigerung mehr möglich.

Peter Knechtli

5.11 NOVARTIS: Wie stehen die Aktien ? - Der Aktienwert steigt mit dem Medikamentenverbrauch

Novartis Press Releases

RITALIN® LA, a New Once-Daily Treatment for ADHD, Receives FDA Approvable Letter

East Hanover, NJ, and Warren, NJ, October 2, 2001 — Novartis Pharmaceuticals Corporation and Celgene Corporation announced today that they received an approvable letter from the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for Ritalin® LA (methylphenidate HCl extended-release capsules) for the treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Ritalin LA is a new, once-daily formulation of Ritalin® (methylphenidate HCl), which eliminates the need for a mid-day dose during school.

An approvable letter usually represents the final step before a product receives FDA clearance for marketing in the United States. Ritalin LA is part of a broad partnering agreement between Novartis and Cel-

gene Corporation (Nasdaq: CELG) encompassing the entire Ritalin product line. Novartis licensed intellectual property rights related to the formulation of Ritalin LA from Celgene.

"Novartis is very pleased that the FDA has issued an approvable letter for Ritalin LA and will work closely with the agency to finalize approval and make it available in the United States," said Larry Perlow, M.D., Senior Vice President and General Manager, Commercial Operations, Novartis Pharmaceuticals Corporation. "Ritalin LA represents an important advance in ADHD treatment. It will offer physicians, patients and parents a new once-a-day option with the known safety and efficacy of Ritalin, a product that has helped generations of people with ADHD. Ritalin LA will be taken once daily, which eliminates the need for children to take their medication during the school day."

Novartis submitted a new drug application (NDA) to the FDA on November 29, 2000. Ritalin LA was shown to significantly improve ADHD symptoms. Overall, Ritalin LA was considered effective, safe and well tolerated in clinical trials involving children aged 6 to 12 years.

"Ritalin LA will offer physicians more flexibility in treating children with ADD and ADHD," said Sol J. Barer, Ph.D., President and Chief Operating Officer, Celgene Corporation.

ADHD is a neurobiologic disorder that interferes with an individual's ability to regulate activity level and behavior, and sustain focus in ways appropriate to his or her age. ADHD is the most studied childhood psychiatric disorder and is supported by a substantial body of scientific evidence. Scientific research indicates that ADHD may be related to deficiencies in certain neurotransmitters in the brain. Novartis supports only the proper diagnosis and treatment of ADHD.

Ritalin LA will join the Novartis ADHD product portfolio, which includes Ritalin, Ritalin SR (methylphenidate HCl sustained-release tablets), and dexamethylphenidate HCl, a refined formulation of Ritalin. Novartis licensed the worldwide (excluding Canada) marketing and development rights to dexamethylphenidate HCl from Celgene Corporation.

Novartis Pharmaceuticals Corporation researches, develops, manufactures and markets leading innovative prescription drugs used to treat a number of diseases and conditions, including central nervous system disorders, organ transplantation, cardiovascular diseases, dermatological diseases, respiratory disorders, cancer and arthritis. The company's mission is to improve people's lives by pioneering novel healthcare solutions.

The Novartis Group (NYSE: NVS) is a world leader in healthcare with core businesses in pharmaceuticals, consumer health, generics, eye-care, and animal health. In 2000, the Group's ongoing businesses achieved sales of CHF 29.1 billion (USD 17.2 billion) and a net income of CHF 6.5 billion (USD 3.9 billion). The Group invested approximately CHF 4.0 billion (USD 2.4 billion) in R&D. Headquartered in Basel, Switzerland, Novartis employs about 70,000 people and operates in over 140 countries around the world. For further information please consult <http://www.novartis.com/>.

Celgene Corporation, located in Warren, New Jersey, is an independent biopharmaceutical company engaged primarily in the discovery, development and commercialization of orally administered, small molecule drugs for the treatment of cancer and inflammatory diseases through gene regulation. Please feel free to visit the Company's web site at <http://www.celgene.com/>.

The foregoing press release contains forward-looking statements that can be identified by forward looking terminology such as "will", "may", "look forward to making this new product available", "look forward to working closely", "should", "can" or similar expressions. Such forward looking statements involve known and unknown risks, uncertainties and other factors that may cause the actual results to be materially different from any future results, performance, or achievements expressed or implied by such statements. In particular, management's expectation regarding the commercialization of Ritalin LA could be affected by amongst other things, uncertainties relating to product development, regulatory actions or delays or government regulation generally, the ability to obtain or maintain patent or other proprietary intellectual property protection and competition in general, as well as factors discussed in the Company's Form 20F filed with the Securities and Exchange Commission. Should one or more of these risks or uncertainties materialise, or should underlying assumptions prove incorrect, actual results may vary materially from those described herein anticipated, believed, estimated or expected.

Montag 17. September 2001, 10:54 Uhr

Novartis verstößt gegen Industrie-Richtlinien

<u>Aktienkursübersicht</u>		
Novartis AG		
904278.F	39.25	-1.15

Die britische Industrie-Aufsicht Prescription Medicines Code of Practice Authority entschied, dass der schweizer Pharmakonzern Novartis Patienten gefährdete und die Pharma-Industrie in Verruf brachte. Vertreter überredeten Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten, zukünftig die cholesterin- und blutdruck-senkenden Novartis-Medikamente Lescol und Diovan einzunehmen, ohne die Ärzte zu benachrichtigen. - Durch den Verstoß gegen die Industrierichtlinien seinen die Patienten gefährdet worden. Novartis habe aus Profitgründen gehandelt.

Die Aktien fielen bisher um 1,67 Prozent und notieren aktuell bei 55,85 CHF.

Donnerstag 11. Oktober 2001, 10:45 Uhr

Novartis erwartet für 2001 ein Rekordergebnis

<u>Aktienkursübersicht</u>		
Novartis AG		
904278.F	39.25	-1.15
Novartis AG		
907122.F	39.90	-0.60

Das schweizer Pharma-Unternehmen Novartis AG konnte in den ersten neun Monaten seinen Umsatz um 11,0 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum auf 23,68 Mrd. CHF steigern. Analysten hatten durchschnittlich einen Umsatzanstieg um 11,0 Prozent auf 23,50 bis 23,65 Mrd. CHF geschätzt.

Novartis erwartet trotz der schwierigen wirtschaftlichen und politischen Lage weiterhin ein Rekordergebnis für das Gesamtjahr 2001. Beim Medikamenten-Verkauf verzeichnet das Unternehmen zweistellige Wachstumsraten, wobei insbesondere das US-Geschäft stark zulegt. Die Aktien stiegen bisher um 0,48 Prozent und notieren aktuell bei 62,55 CHF.

Freitag 12. Oktober 2001, 14:57 Uhr

Novartis: Übergewichten - Zürcher Kantonalbank

<u>Aktienkursübersicht</u>		
Novartis AG		
904278.F	39.25	-1.15
Novartis AG		
907122.F	39.90	-0.60

In der Analyse vom 11. Oktober 2001 stuft die Zürcher Kantonalbank die Aktie des Pharmakonzerns Novartis mit Übergewichten ein.

Das Unternehmen habe seine Zahlen für die ersten neun Monate des Jahres veröffentlicht. **Der Konzernumsatz sei um 11% auf 23,68 Mrd. CHF gestiegen.** Eine überzeugende Performance hätten die Umsatztreiber Diovan, Exelon und Visudyne gezeigt. Es seien Zuwachsraten von 56%, 152% und 168% respektive erreicht worden. Das Statin Lescol könne von dem Rückzug von Baycol profitieren.

Außerdem werde eine US-Expertenkommission entscheiden, ob Diovan auch bei Herzversagen empfohlen werden könne. Die FDA richte sich normalerweise nach den Empfehlungen und Einschätzungen der Experten. Sollte die Genehmigung erteilt werden, so hebe man seine Schätzungen an.

Vor diesem Hintergrund empfehlen die Analysten der Zürcher Kantonalbank den Anlegern, die Aktie von Novartis überzugewichten.

Montag 15. Oktober 2001, 11:58 Uhr

FDA-Berater uneinig bei Novartis-Medikament

Aktienkursübersicht		
<u>Novartis AG</u>		
<u>904278.F</u>	39.25	-1.15
<u>Novartis AG</u>		
<u>907122.F</u>	39.90	-0.60

Eine Beratungs-Kommission der U.S. Food and Drug Administration (FDA) erzielte nur eine uneinige vier-zu-vier Entscheidung hinsichtlich der supplemental New Drug Application (sNDA) des Medikaments Diovan(R) der Novartis Pharmaceuticals Corp.

Die FDA erteilte dem Zulassungsantrag Priorität bei der Prüfung. Das Präparat dient der Bekämpfung von Bluthochdruck und soll nun auch gegen Herzversagen eingenommen werden.

Vier Mitglieder des Gremiums sind besorgt über eine Höhere Sterblichkeit der Testpatienten gegenüber der Placebo-Gruppe und über die komplizierte Pakungsbeilage, welche die Nebenwirkungen beschreibt.

Beratungs-Kommissionen der FDA geben unabhängige Empfehlungen hinsichtlich neuer oder erweiterter Medikamenten-Zulassungsanträge an die Gesundheitsbehörde ab. Die abschließende Entscheidung fällt die FDA, allerdings hält sie sich zumeist an die Empfehlung der Kommission.

Die Aktien der Novartis AG stiegen bisher um 1,18 Prozent und notieren aktuell bei 43,00 Euro.

Freitag 19. Oktober 2001, 12:25 Uhr

Novartis: Marketperformer - WGZ-Bank

Aktienkursübersicht		
<u>Novartis AG</u>		
<u>904278.F</u>	39.25	-1.15
<u>Novartis AG</u>		
<u>907122.F</u>	39.90	-0.60

Die Analysten der WGZ-Bank bewerten die Aktien des Schweizer Pharmakonzerns Novartis unverändert mit "Marketperformer"

Novartis habe bei der US-Zulassungsbehörde FDA eine Indikationserweiterung für das Krebspräparat Glivec beantragt. Glivec soll nun laut der WGZ-Bank auch zur Behandlung von Magen- und Darmkrebs eingesetzt werden. Glivec sei ein vielversprechendes Präparat aus der Onkologiesparte. Derzeit werde es bereits erfolgreich zur Behandlung von Leukämie eingesetzt. Das Präparat habe innerhalb von 2 Jahren die Marktzulassung erhalten: Dabei habe es sich um ein sog. fast-track-approval-Verfahren gehandelt. Bei diesem Verfahren gebe es keine Phase III Daten. **Im 1. Halbjahr 2001 habe Glivec bereits 58 Mio.**

CHF an Umsatz in den USA generiert, wo es seit Februar Marktexklusivitätsstatus habe. Der 9 Monats-Umsatz liege bereits bei 116 Mio. CHF allein in den USA.

Für November erwarte man auch die Zulassung in den wichtigsten europäischen Ländern und Japan. **Das bislang von der WGZ-Bank geschätzte Umsatzpotenzial betrage rund 800 Mio. CHF in der Spitze. Mit der Indikationserweiterung dürften über 1 Mrd. CHF realistisch sein.** Mit der FDA-Zustimmung für die Indikationserweiterung rechne man im 1. Halbjahr 2002. Weitere Indikationsgebiete könnten mittelfristig dazukommen. Daher bleibt die Einstufung der WGZ unverändert "Marketperformer".

Freitag 2. November 2001, 08:31 Uhr

EU-Anerkennung für Novartis-Medikament

Aktienkursübersicht		
Novartis AG		
904278.F	39.25	-1.15
Novartis AG		
907122.F	39.90	-0.60

Der schweizer Pharmakonzern Novartis AG gab bekannt, dass sein Medikament Estradot das europäische Anerkennungsverfahren erfolgreich durchlaufen habe.

Das Produkt ist ein Hormonpflaster und dient zur Behandlung von menopausaler Osteoporose bei Frauen. Novartis erwarb die Lizenzrechte für Europa vom Entwickler Noven Pharmaceuticals.

Nach Abschluss des Anerkennungsverfahrens soll das Präparat in den EU-Staaten erhältlich werden. Dazu müssen noch die Lizenzen ausgestellt und Rückerstattungsregelungen vereinbart werden.

Die Aktien stiegen in Zürich um 0,57 Prozent und schlossen bei 61,50 CHF.

Donnerstag 15. November 2001, 15:45 Uhr

Novartis und Celgene erhalten FDA-Genehmigung

Aktienkursübersicht		
Celgene Corp		
881244.F	40.00	-1.50
Novartis AG		
904278.F	39.25	-1.15
Novartis AG		
907122.F	39.90	-0.60

Die Pharma-Unternehmen Novartis Pharmaceuticals Corp. und Celgene Corp. erhielten von der US-Aufsichtsbehörde FDA die Marktzulassung für die verfeinerte Version ihres gemeinsamen Medikaments Ritalin. Das Produkt dient der Behandlung von Konzentrationsschwäche und Hyperaktivität.

Das genehmigte Arzneimittel Dexmethylphenidate HCl enthält mehr der Isomere, welche für die Bekämpfung der Krankheiten verantwortlich sind.

Die Aktien von Novartis stiegen bisher um 1,68 Prozent und notieren aktuell bei 63,55 CHF.

Donnerstag 29. November 2001, 15:46 Uhr

Novartis: Kaufen - Zürcher Kantonalbank

Aktienkursübersicht		
Novartis AG		
904278.F	39.25	-1.15
Novartis AG		
907122.F	39.90	-0.60

Die Analysten der Zürcher Kantonalbank vergeben für die Aktien von Novartis weiterhin das Rating "Kaufen".

Das Unternehmen habe bei der EU-Behörde EMEA den Antrag auf Zulassung von Glivec bei gastrointestinalem Stromatumor eingereicht. Dies sei ein seltener aber bisher kaum behandelbarer Brustkrebs. Die klinischen Daten seien wieder so überzeugend, dass direkt nach Phase II der Zulassungsantrag eingereicht worden sei. Der Antrag für die Hauptindikation Leukämie sei damals ebenfalls nach Phase II eingereicht und in Rekordzeit bewilligt worden.

Das Rating lautet "Kaufen".

Literatur

Empfehlenswert: Barbara Simonsohn: Hyperaktivität - Warum Ritalin keine Lösung ist. Goldmann 14204 Mai 2001, 288 S., DM 17 - EIN MUSS FÜR ELTERN MIT „ADS-KINDERN“ UND FÜR LEHRER

Literatur zum Fernsehen

Jan-Uwe Rogge: Kinder können fernsehen, Rowohlt, Reinbek 1995

Jan-Uwe Rogge/Regine Rogge: Die besten Video-Kassetten für Kinder, Rowohlt, Reinbek 1995

Ulrich Eicke/Wolfram Eicke: Medienkinder - Vom richtigen Umgang mit der Vielfalt, Knesebeck Verlag, München 1994

Helga Theunert u.a.: Zwischen Vergnügen und Angst - Fernsehen im Alltag von Kindern, eine Studie, Vistas Verlag, Berlin 1992

Helga Theunert/Bernd Schorb: "Mordsbilder": Kinder und Fernsehinformation, eine Untersuchung, Vistas Verlag, Berlin 1995

Broschüren der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn:

- Familie und Medien
- Medien - Freunde unserer Kinder

Film zum Fernsehen

Heike Mundzeck: "Manchmal hab' ich große Angst" - Wie Kinder Gewalt im Fernsehen erleben, 44 Minuten, 1993, zu beziehen über die Landesbildstellen

Literatur zum Computer

Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn: Computerspiele - Bunte Welt im grauen Alltag, 1993

Klaus Eurich: Computerkinder, Reinbek 1985

Jürgen Fritz: Im Sog der Videospiele, München 1985

Jürgen Fritz (Hrsg.): Warum Computerspiele faszinieren, Juventa, 1995

Ulla Gretsch/ Babette Lissner: Elternratgeber Computer, Reinbek 1995

Für Eltern von Kindern bis 6 Jahre

Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln, können Sie folgende Broschüren kostenlos bestellen:

- Unsere Kinder - Eine Broschüre für Eltern mit Kindern von 2 bis 6 Jahren
- Kinderspiele - Anregungen zur gesunden Entwicklung von Kleinkindern

Kontaktadressen

Bundesweit Vorträge und Seminare mit der Autorin Barbara Simonsohn, Tel. 040/895338, eMail Basim@Barbara-Simonsohn.de,

Internet: www.Barbara-Simonsohn.de

Kritische Beiträge über Ritalin finden Sie im Internet unter www.ritalin-kritik.de

AdS e.V. - Elterninitiative zur Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit / ohne Hyperaktivität. Pf. 11 65, 73055 Ebersbach,

Internet: www.s-line.de/homepages/ads

Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/ Hyperaktivität e.V., Pf. 60, 91291 Forchheim.

Internet www.osn.de/user/hunter/badd.htm

JUVEMUS eV, Emser Str. 6, 56376 Koblenz, Internet www.juvenus.de