

Diagnose: ADS

Hat mein Kind diese Aufmerksamkeitsstörung? Die Frage stellen sich Eltern heute schnell einmal. Oft erhalten sie eine zu schnelle Antwort, meinen Experten.

wir eltern 5/06 Text: Regina Kesselring, Tanja Polli, Monika Zech

«Unser Sohn nimmt seit gestern 20 mg Ritalin, hoffe, dass er nun in der Schule mithalten kann — Wie läuft's bei euch, bei welcher Dosis seid ihr? — Er ist mit Ritalin eindeutig klarer im Kopf — Der Lehrer sagte, entweder Ritalin oder Kleinklasse — Wir waren erleichtert, als wir hörten, er habe ADS, jetzt können wir das Problem anpacken.»

Das sind einige Auszüge aus dem *wir eltern-Forum*, wo Mütter und Väter über ein Thema diskutieren, das sie in den vergangenen Jahren mehr und mehr in Beschlag nimmt — und verunsichert. Ist der Sohn stets zapplig und unkonzentriert, fällt die Tochter durch Tagträumereien auf, erbringen die Kinder nicht die von ihnen geforderten schulischen Leistungen, ist die Sorge der Eltern schnell einmal so gross wie die Buchstaben, mit denen das so genannte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom abgekürzt wird: ADHS oder ADS, wenn das Merkmal der Hyperaktivität fehlt.

Während sich vor 50 Jahren erst einige Wissenschaftler mit dieser Störung befassten, ist ADS heute eines der am häufigsten beschriebenen Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Die Schätzungen darüber, wie viele Kinder davon betroffen sind, gehen je nach Diagnosekriterien weit auseinander. In der Schweiz spricht man von 3 bis 10 Prozent, in den USA ist gar die Rede von über 20 Prozent aller Schulkinder. Dementsprechende Spitzenzahlen erreichen die USA auch, was die Verschreibung von Methylphenidat (Ritalin oder Concerta), dem Präparat zur Behandlung von ADS betrifft. So werden dort gemäss einem Bericht der UNO 85 Prozent der weltweit produzierten Menge abgesetzt. Aber auch in der Schweiz, wo das Medikament dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt ist, ist der Methylphenidat-Verbrauch seit den 90er-Jahren ständig gestiegen: Eine vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebene Studie im Kanton Neuenburg zeigt, dass die Zahl der mit Ritalin behandelten Kinder zwischen 1996 und 2000 um 770 Prozent zugenommen hat. Und der Verbrauch steigt jährlich weiter: Im Jahr 2004 wurden insgesamt 110 Kilogramm Methylphenidat verkauft, vier Jahre davor waren es noch 68,4 Kilos. Was macht das Medikament so erfolgreich? Es erhöht im Hirn die Konzentration des Botenstoffs Dopamin, der bei ADS nicht in ausreichender Menge vorhanden ist. Kinder, denen das Mittel verabreicht wird, stören den Unterricht weniger, zeigen Fortschritte im Sozialverhalten und oft auch beim Lernen.

Werden also heutzutage Kinder, die nicht ins Schema passen, mit Pillen ruhig gestellt, wie die einen behaupten? Oder sind von ADS betroffene Kinder und ihre Familien ohne Medikamente aufgeschmissen, wie andere entgegen? Das Problem fängt mit der Diagnose an, erklären viele Fachleute. «Die hohe Verschreibungsrate weist auf undifferenzierte Abklärungen hin», sagt etwa der Kinderarzt Kurt von

Siebenthal, der nebst seiner Arbeit in der eigenen Praxis im Sozialpädiatrischen Zentrum in Winterthur solche Untersuchungen vornimmt. «Nicht jede Verhaltensauffälligkeit ist ADS.» Der Druck habe auf allen Seiten zugenommen, auf die Eltern, auf das Lehrpersonal, auf die Kinder. «Und jeder von uns zeigt bei Überforderung Symptome.» Zu ADS-ähnlichen Symptomen führten oftmals auch Teilleistungsstörungen. Um die Diagnose ADS seriös machen zu können, seien deshalb mehrstündige Abklärungen unumgänglich, sowohl neurologische als auch psychologische. «Man kann es sich natürlich leicht machen und einfach einen Fragebogen ausfüllen.» Je nach kantonalen Richtlinien genügt für Ritalin ein ärztliches Rezept. «Es liegt in der Verantwortung der Fachleute, wie häufig das Medikament verschrieben wird.» Mehr Verständnis hat der sechsfache Vater von Siebenthal für die Familien: «Ihre persönliche Not ist wirklich und steht im Vordergrund.» Nicht zuletzt deshalb ist Ritalin für den Kinderarzt durchaus eine Behandlungsmöglichkeit. «Richtig eingesetzt ist es eine grosse Hilfe.» Daneben gebe es jedoch je nach Alter des Kinds und Schwere des Falls diverse andere Therapiemöglichkeiten. Mit Ergotherapie beispielsweise seien vor allem bei jüngeren Kindern gute Ergebnisse erzielt worden.

«Jedes Kind muss in seiner Individualität wahrgenommen und seiner Persönlichkeit entsprechend behandelt werden», sagt denn auch die Zürcher Kinderpsychologin Colette Heinemann. Und wenn einem Kind mit ADS-Diagnose Ritalin verschrieben werde, brauche es in der Regel auch eine begleitende Psychotherapie. «Denn meistens bestehen entweder in der Familie, in der Schule oder mit den Gleichaltrigen schwer wiegende Probleme, die durch das Medikament allein nicht behoben werden können.» Gerade die begleitenden Massnahmen fehlten aber häufig, meint Heiner Frei, Kinderarzt und Homöopath aus Laupen bei Bern. Er bezeichnet den Griff zum Rezeptblock als Kapitulation, bestenfalls noch als Notanker. Zu ihm kommen Eltern, die eine andere Lösung für ihre Kinder suchen. Frei, der 10 Jahre am Berner Universitäts- spital gearbeitet und nach seiner Praxisgründung eine Ausbildung zum Homöopathen absolviert hat, präsentierte im letzten Sommer am Weltkongress homöopathischer Ärzte in Berlin eine Studie, der zufolge ADS-Symptome während einer homöopathischen Therapie um 37 bis 63 Prozent abnehmen. Unter Freis Leitung hatte ein interdisziplinäres Forscherteam der Uni Bern bei 62 Kindern im Alter von 6 bis 16 von 2001 bis 2005 die Wirkung homöopathischer Mittel beobachtet. Alle Kinder waren vorgängig an der Kinderklinik des Inselspitals neurologisch und neuropsychologisch untersucht worden und hatten die Diagnose ADS oder ADHS. Die Schulmediziner der Kinderklinik hätten an der Studie eigentlich mitgemacht, erzählt Frei, um die Wirkungslosigkeit der alternativen Heilmethode bei ADS zu beweisen. Doch das Gegenteil zeigte sich: Nach durchschnittlich fünf Monaten waren die Kinder aufmerksamer, weniger impulsiv und konnten sich besser in Schule und Familie eingliedern. Dabei war auch ein signifikanter Unterschied zwischen echter Medizin und Placebo nach der Doppelblind-Methode nachgewiesen worden weder der Arzt noch Eltern und Kinder wussten, ob die Tröpfchen Placebos waren oder nicht. Klar ist, dass die homöopathische Behandlung keine schnelle Lösung, sondern «ein langer Prozess ist», wie Frei betont.

«Tatsächlich ist der Faktor Zeit bei der Wahl einer Therapie häufig ausschlaggebend», sagt Kurt von Siebenthal, und wenn es darum gehe, akut

einzugreifen, sei halt Ritalin oft anderen Methoden überlegen. Was ihn bei der ganzen ADS-Diskussion vor allem stört, ist jedoch die Tatsache, «dass es dabei immer nur um die Symptome geht, statt um die Frage, wie unsere Gesellschaft damit umgehen könnte.»

Kinder brauchen einen inneren Kompass

Professor Klaus Hurrelmann (62) lehrt an der Universität Bielefeld Sozial- und Gesundheitswissenschaften und leitet das Kooperationszentrum «Health Behavior in School Children» der Weltgesundheitsorganisation WHO.

wir eltern: Herr Professor Hurrelmann, sind Kinder heute schwieriger als vor 40, 50 Jahren?

Prof. Klaus Hurrelmann Ja, natürlich. Die offene Welt und die vielen Anregungen machen Kinder in vielen Bereichen klüger und erfahrener, in ihrer Persönlichkeit aber schwieriger. Zudem existieren in einer demokratischen Gesellschaft wie in Deutschland oder der Schweiz keine primitiven Autoritäten in den Beziehungen Eltern—Kind oder Lehrer—Schüler mehr. Das bedeutet für beide Seiten grössere Spielräume. Ein schöner zivilisatorischer Gewinn, der aber danach verlangt, dass Eltern ihren Kindern eine gut strukturierte soziale Umwelt bereitstellen, ihnen klare Orientierungen und Hinweise geben, wie sie sich entsprechend ihrer Entwicklung zurechtfinden können. Dazu muss man dem Kind einen inneren Kompass geben. Genau da liegt die Schwierigkeit des elterlichen pädagogischen Konzepts.

Wie definieren Sie ADHS?

Das ist eine Kombination von Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität. Über diese drei Bestandteile sind sich alle einig. Die Ursachen sind eher umstritten. Ist es nun im Wesentlichen eine genetische Störung, hat es mit der biologischen Lebenssituation in Bezug auf Essen, Bewegung usw. zu tun oder sind ungünstige Bedingungen innerhalb der Familie verantwortlich? Aus medizinischer Sicht ist klar dominierend ein Stoffwechselproblem im Gehirn die Ursache. Entsprechend ist die Meinung, dass hier pharmakologisch eingegriffen werden muss. Anders sieht man es im pädagogischen Bereich. Es wird argumentiert, die sozialen und persönlichen Hintergründe seien massgeblich an den Wahrnehmungs- und Strukturierungsschwächen beteiligt. Diese Richtung kommt daher zum Ergebnis, man müsse einem Kind eine klare Tagesgestaltung sowie regelmässige Ernährungs-, Entspannungs- und Bewegungsprogramme geben.

Wie sehen Sie das?

Ich bin der Auffassung, dass es klug wäre, beide Komponenten miteinander zu verbinden. Für Eltern ist es natürlich verlockend, wenn die medizinische Facette in den Vordergrund gestellt wird. Ist eine Stoffwechselstörung im Gehirn die Ursache, können sie sich entspannen und sagen: Wir haben also keine Fehler gemacht. Es ist ja eine körperliche Störung und die kann durch Medikamente ausgeglichen werden. Weil die Eltern damit in ihrer komplizierten Situation entlastet werden, haben die medizinischen

Diagnostiker die Nase vorn.

Vor allei in den USA behaupten aber viele Wissenschaftler, die Diagnose ADS werde heute noch zu selten gestellt. Mindestens 20 Prozent der Menschen seien von dieser Störung betroffen.

Wenn das volle Krankheitsbild wie es in den diagnostischen Klassifikationen beschrieben ist, professionell angewandt wird, kann ich mir nicht vorstellen, dass man auf diesen hohen Prozentsatz kommt. Ich schätze, dass es bei der Hälfte der heute diagnostizierten Fälle berechtigt ist, die medizinische Sichtweise in den Vordergrund zu stellen. Die Diagnose ist sehr schwer, braucht viel Zeit und Erfahrung — und ich behaupte, dass sie häufig nicht sorgfältig gemacht wird. Dann reagiert man vorschnell mit einer medikamentösen Therapie, die nicht einmal durch pädagogische Massnahmen begleitet wird. Das ist nicht richtig. Wenn es stimmt, dass eine genetische Disposition im Spiel ist, muss es ja Gründe geben, weswegen sie zum Ausbruch kommt.

Welche Gründe könnten dies sein?

Veranlagung und Disposition des Menschen verändern sich ja nicht innerhalb weniger Jahre, sondern innerhalb von Jahrhunderten. Also muss es an der Lebensweise der Kinder, an ihrem Umfeld, liegen, dass die genetische Disposition ausbricht. Man muss das Wechselspiel von Anlage und Umwelt sehen, zum Beispiel den strukturellen Bewegungsmangel, unter dem Kinder heute leiden. Der hat sehr viel damit zu tun, dass sich die Motorik und die Wahrnehmung nicht ausbilden, aber auch die Energieabfuhr nicht stattfinden kann. Stattdessen kommt es zu einem Stau, zu inneren Belastungen. Nur mit Medikamenten zu reagieren, finde ich fahrlässig,

Dennoch steigt der Ritalinkonsum rasant.

Heute wird bei etwa 5 Prozent der Kinder ADS diagnostiziert, in den USA scheinen wir bereits bei 12, 13 Prozent angekommen zu sein, mit steigender Tendenz. Ein raketenhafter Anstieg. Es leuchtet mir nicht ein, dass innerhalb von 10 Jahren ein so grosser Anteil von Kindern eine Störung bekommt, die man vorher überhaupt nicht wahrgenommen hat und die nur medikamentös behandelt werden kann. Man blendet aus, was sich an den Lebensbedingungen geändert hat. Die Leistungsanforderungen, komplizierten Beziehungen, medialen Anregungen, Impulse — da eine Struktur hineinzubringen ist eine riesige Herausforderung für ein Kind. Das kann ein Medikament nicht leisten, allenfalls unterstützend. Lässt man die intensive Betrachtung der Umwelt mit ihrer pädagogischen Bedeutung ausser Acht, ist das eine Versündigung an den Kindern.

Wird die Diagnose ADS in städtischen Gebieten oder in bestimmten sozialen Gruppen häufiger gestellt?

Kinder, die in städtischen Gebieten aufwachsen, erleben sicher eine grössere Vielfaltigkeit und Intensität von Reizen und Anregungen. Ob sich das in den Befunden niederschlägt, kann ich jedoch nicht sagen. Meine These ist aber, dass Eltern, die aktiv auf Hilfesuche und mit einer vermuteten Diagnose zum Arzt gehen, tendenziell die

besser situierten sind. Sie haben ein Interesse daran, dass sich ihr Kind sozial gut und leistungsstark entwickelt. Die Störung tritt in diesen Familien tatsächlich häufiger auf. Obwohl es ja umgekehrt sein müsste, da Kinder aus Familien mit niedrigerem sozialem Status eher weniger Unterstützung für ihre Entwicklung erhalten.

Tragen Eltern also doch die Hauptverantwortung, wenn ihre Kinder eine Störung entwickeln?

Es geht nicht um eine Schuldzuweisung. Es hilft aber nichts, wenn wir uns der Wahrheit nicht stellen. Und die lautet, dass Elternsein schwierig und anspruchsvoll ist. Viele Eltern fordern ihre Kinder heute zu wenig heraus, stellen ihnen keine Aufgaben, fördern ihren Widerstand gegenüber Belastungen nicht. Ich halte sehr viel von Erziehungskursen, in denen Eltern lernen, wie sie ihr Kind stärken, ohne sich selbst aufzugeben. Wo sie üben können, wie sie als Person erkennbar bleiben und wie sie zu einem selbstbewussten Umgang mit ihrem Kind kommen.

Mit dem Begriff wird eine Verhaltensauffälligkeit bezeichnet, die sich vor allem durch mangelnde Konzentrationsfähigkeit sowie Impulsivität (bei ADHS zusätzlich durch Hyperaktivität) bemerkbar macht. Die Ursachen der Störung sind bisher nicht definitiv geklärt. Die meisten Fachleute gehen davon aus, dass ihr sowohl ererbte neurobiologische (Stoffwechselstörung im Hirn) als auch psychosoziale (Umfeld) Faktoren zu Grunde liegen.

Wird ADS oder ADHS vor dem 9. Geburtstag als angeborene Störung diagnostiziert und behandelt, übernimmt die IV gemäss der Geburtsgebrechenverordnung die Behandlungskosten. Vorausgesetzt, bestimmte Symptome sind kumulativ nachgewiesen. Bezahlt werden medikamentöse und andere ärztlich angeordneten Therapien. Erfolgt die Diagnose nach dem 9. Lebensjahr ist die Krankenkasse für die Behandlungskosten zuständig.