

Dr.Meinrad Ryffel
Kinder- und Jugendarzt FMH
3053 Münchenbuchsee

Wirkliche FACTS zur Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS)

Notizen zum Vortrag bei ELPOS Zentralschweiz , Luzern, 21. Oktober 2000

John F. Kennedy soll einmal gesagt haben.: „Die Kultur eines Staates oder einer Gesellschaft wird an der Art erkennbar, wie die Bürger ihre Mitbürger, insbesondere die behinderten Menschen, behandeln“. Ob diese Aussage auch dazu geführt hat, dass in der amerikanischen Öffentlichkeit die Schwierigkeiten und Probleme von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) seit vielen Jahren wesentlich bewusster wahrgenommen aber auch diskutiert werden, bleibe dahin gestellt. Jedenfalls ist in den USA das Wissen um Vorkommen, Diagnostik und Therapie der ADS viel verbreiteter als bei uns. ADS ist nicht ganz mit unserem „POS“ gleichzusetzen, es sind Betroffene, die in der Regel von einer Verhaltenstherapie und – im Sinne einer häufig notwendigen Basisbehandlung – von Medikamenten, unter denen die Stimulanzien die wichtigste Rolle spielen, profitieren.

Diese medikamentöse Behandlung wird schon seit über 60 Jahren durchgeführt und hat in den USA seit Jahrzehnten immer wieder zu grossen Diskussionen und Kontroversen geführt. Federführend unter den zT sehr fanatisch argumentierenden Gegnern sind seit langem Vertreter der Scientologen, es gibt aber auch Aerzte, wie die Gruppe um Breggins, denen es in Amerika möglich ist, sich dadurch eine Existenz aufzubauen, indem sie lautstark und medienwirksam alle psychopharmakologischen Behandlungen kritisieren und verdammen.

Mit der Zunahme der Erkenntnisse über die ADS in Europa ist die Medikation hier ebenfalls bekannter und populärer geworden. Gleichzeitig haben dazu aber auch kritische Stimmen zugenommen. Kritik ist an und für sich nötig und wichtig, doch sollte diese immer auf sachlichen Grundlagen, dh eigentlichen „FACTS“ beruhen... Leider sind in der letzten Zeit nicht nur im Magazin mit diesem Namen, sondern auch in vielen weiteren Zeitungen und Fernsehsendungen zahlreiche meist sehr unsachliche, tendenziöse, zT auch menschenverachtende Berichte erschienen, die zum grossen Teil aus den eingangs erwähnten amerikanischen Küchen zu stammen scheinen. Die nun zusätzlich im Lande der unbegrenzten Möglichkeiten erhobene Sammelklage gegen die amerik. Selbsthilfeorganisation CHADD, die amerikanische Vereinigung der Psychiater (APA) und die Firma Novartis, man hätte extra ein Krankheitsbild erfunden, um das Medikament Ritalin besser vermarkten zu können, ist so abstrus, dass diese eigentlich in den USA niemand ernst nimmt. Bei uns führt sie aber zu grossem Aufsehen, ohne dass dabei die Journalisten richtig recherchieren und darüber aufklären, dass nicht etwa das Wohl der Kinder im Vordergrund stehe, sondern das grosse Geld. Man hofft nämlich bei dieser Klage mit der reichen Novartis früher oder später gegen Bezahlung zu einem Vergleich zu kommen. Wenn es wirklich nur um die Sache gehen würde, müsste nämlich statt Novartis eine andere kleine Firma ohne grosse finanzielle Polster angeklagt werden, da deren Präparat Adderall seit 1998 zunehmend häufiger eingesetzt wird als Ritalin....

Für mich unverständlich ist der Umstand, dass gleichzeitig wichtige Erkenntnisse und Untersuchungen, die in den letzten Jahren bzgl. der ADS gemacht wurden und über die in den USA ebenfalls in der Laienpresse berichtet wurde, in Europa meines Wissens nie veröffentlicht wurden. Offenbar sind reisserisch aufgemachte Artikel mit Negativschlagzeilen weit gefragter als Berichte mit positiven Nachrichten. Entsprechend möchte ich Ihnen heute darüber berichten:

Gerade wegen der vielen kritischen Stimmen in den USA bzgl. Ueberdiagnostik und der allzu unkritischen Anwendung von Medikamenten wurde im November 1998 von der Nationalen Gesundheitsbehörde (NIH) ein sog. Consensus Statement erlassen. Es handelt sich dabei um eine Anhörung sowohl von ADS-Forschern wie auch von Kritikern durch eine neutrale Kommission von

Ärzten, Psychologen und anderen Fachleuten, die auf Grund von Vorträgen, wissenschaftlicher Untersuchungen und einer öffentlichen Diskussion einen abschliessenden Bericht (1) erstellte. In diesem Bericht wurde nun festgehalten, dass für die Existenz der ADS genügend Hinweise bestehen, auch wenn noch kein allgemein gültiges diagnostisches Testverfahren vorhanden ist, dass es dafür eine wirksame Behandlung gibt, wobei die Effekte der Medikation mit Stimulanzien wissenschaftlich erst für kürzere Zeitperioden nachgewiesen und dass weitere Forschungen vor allem in Bezug auf die neurobiologischen Ursachen und Langzeitverläufe dringend notwendig seien.

Gemäss heutigem Wissen nimmt man ja an, dass die ADS auf Grund einer anderen neurobiologischen Hirnfunktion zu erklären ist. Es gibt viele wissenschaftliche Untersuchungen, die zeigen, dass dabei die Neurotransmittersysteme von Dopamin, Noradrenalin und wahrscheinlich auch Serotonin weniger aktiv funktionieren. Dazu gibt es laufend neue Forschungsergebnisse, die aber noch nicht für die alltägliche Diagnostik eingesetzt werden können. Auch Untersuchungen mit funkt. MRI und anderen bildgebenden Verfahren werden eingesetzt. Das Hauptproblem vieler dieser Untersuchungen besteht darin, dass wir – vor allem für Kinder – keine Normalwerte für die erhaltenen Resultate haben. Wer lässt schon gerne ein gesundes Kind mit aufwendigen, zT auch strahlenbelastenden Methoden untersuchen? Dennoch wurde Ende 1999 eine erfolgversprechende Untersuchungsmethode vorgestellt, die – allerdings vorerst nur bei Erwachsenen – möglicherweise in einigen Jahren eine sichere Diagnose erlauben wird. Diese Methode wurde sowohl in den USA wie auch in München(2) entwickelt, wobei in München auch die Wirkung von Ritalin bildlich dargestellt werden konnte. Man stellte nämlich fest, dass erwachsene ADS-Patienten im Dopamin-neurotransmittersystem eine deutlich höhere Konzentration des sog. Dopaminrücktransporters aufweisen als nicht betroffene Patienten. Dieser Transporter bewirkt, dass das Dopamin zu rasch seine Wirkung verliert. Mit der Gabe von Ritalin konnte nun gezeigt werden, dass die Aktivität dieses Transporters gehemmt wird und somit das Dopamin regelrecht wirken kann. Zusammen mit der Erforschung dieser Transportersysteme werden zunehmend auch die dafür verantwortlichen Gene erkannt und es scheint möglich, dass in den nächsten Jahren die Grundlagen der Vererbung der ADS klar werden. Die familiäre Häufung ist ja sehr typisch.

Die amerikanische Kinderärztervereinigung hat im Mai 2000 neue Leitlinien (3) zur Diagnostik veröffentlicht, die in den USA Haus- und Kinderärzten die nötigen Empfehlungen zur Abklärung geben sollen. Grundlagen dazu sind die bekannten Kriterien der DSM IV mit den 3 Hauptsymptomgruppen von

1. Aufmerksamkeitsstörung
2. Hyperaktivität
3. Impulsivität

Diese Kriterien sind auf Grund ausgedehnter Feldstudien von führenden Kliniken zusammengestellt worden und haben gezeigt, dass sie für die Diagnostik wesentlich aussagekräftiger sind als viele Testuntersuchungen, was wiederum nicht heisst, dass solche Untersuchungen für die ergänzende Diagnostik von Lernstörungen, Wahrnehmungsproblemen und allfälligen motorischen Problemen nicht wichtig und nötig sind. Die 6 Empfehlungen der amerikanischen Kinderärztervereinigung lauten für 6 – 12 jährige Kinder wie folgt:

1. Alle Kinder, die unaufmerksam, hyperaktiv und impulsiv sind, in der Schule versagen oder stark verhaltensauffällig sind, sollten auf ADS abgeklärt werden.
2. Für die ADS-Diagnose sind die DSM IV-Kriterien massgebend.
3. Entscheidend sind die Beobachtungen von Eltern in versch. Situationen, Beginn und Dauer der Symptome und eine starke Beeinträchtigung durch diese.
4. Zusätzlich sind Beobachtungen von Lehrern/Schule und weiteren Bezugspersonen ebenfalls äusserst wichtig und immer zu berücksichtigen !
5. Zusätzlich zur ADS-Diagnostik sollen Begleiterkrankungen abgeklärt werden:
 - Lernstörungen, wie Legasthenie und Dyskalkulie
 - Störung des Sozialverhaltens
 - Opposit. Trotzverhalten

- Angststörung
- Depression

6. Zusätzliche Testuntersuchungen sind in der Regel routinemässig nicht notwendig.....

Zur Diagnostik der ADS und der Frage ob eine allfällige Medikation zu erwägen ist, bleibt mE jedoch die Beurteilung der Gesamtsituation, vor allem aber der Leidensdruck des Kindes und der Familie viel wichtiger als irgendein Testresultat. Dies erklärt wahrscheinlich auch die Zunahme von Behandlungen bei Kleinkindern, die ebenfalls in der Presse zu einem Aufschrei des Entsetzens und der Kritik am „American way of life“ geführt haben. Tatsache ist, dass solche Behandlungen - wie übrigens auch hier - in den USA selten durchgeführt werden, in Einzelfällen aber durchaus Sinn machen, notwendig und berechtigt sind. Wenn in der vielerort kritisierten Studie(4) eine Zunahme um das Dreifache beanstandet wird, müssen die konkreten Zahlen beurteilt werden: Dabei wurde im Zeitraum von 1990 – 1995 bei Kleinkindern von 3 – 5 Jahren, die in einem grossen Krankenkassenverband im mittl. Westen registriert waren, eine Zunahme der Rezeptverschreibung von Ritalin von 0,5 auf 1,5 % festgestellt, dh eine sehr kleine Zahl wurde effektiv verdreifacht, doch sind dies immer noch sehr wenig behandelte Kinder. Aus eigener Erfahrung kenne ich die zT völlige Ueberforderung und soziale Ausgrenzung von Eltern mit einem stark hyperaktiven, impulsiven und aufmerksamkeitsgestörten Kleinkind, die nicht selten zu einer Kindsmisshandlung oder dem Auseinanderbrechen der Familie führen. Dass in solchen Situationen eine medikamentöse Hilfe eingesetzt und sehr hilfreich sein kann, ist unbestritten. Zwar ist Ritalin für dieses Alter effektiv nicht offiziell zugelassen, doch gibt es dafür zumindest in den USA andere Stimulanzien, die ab 3 Jahren registriert sind. Es muss dabei auch berücksichtigt werden, dass über 50 % aller Medikamente, die zB in Kinderspitälern verwendet werden, vorher nie für alle Altersstufen geprüft worden sind. Bei Ritalin haben wir allerdings den grossen Vorteil, dass wir seit Jahrzehnten klinische Erfahrungen auch in dieser Alterstufe haben, ohne dass bisher ernsthafte Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen bekannt geworden sind. So spricht auch ein Forscher davon, dass wir die bekannten negativen Auswirkungen einer nicht behandelten ADS den hypothetischen unbekannteten Nebenwirkungen gegenüberstellen sollten.

Viele noch offene Fragen werden wahrscheinlich durch die seit Mitte der 90 - er Jahre laufende grösste je in der Kinderpsychiatrie durchgeführte MTA – Langzeitstudie(5) geklärt werden: Die ersten Studienresultate wurden nach 14 Monaten Ende 1999 veröffentlicht, weitere Resultate werden in den nächsten Jahren immer wieder erscheinen. Die MTA (= Multi Treatment Assessment) - Studie wurde von 6 verschiedenen in den USA und Kanada führenden ADS-Kliniken unter der Leitung der unabhängigen nationalen Gesundheitsbehörde (NIH) gestartet und soll bei genügend finanziellen Mitteln möglichst über viele Jahre weitergeführt werden. Mittels genau abgestimmter und koordinierter Diagnostik wurden rund 600 7 – 9 jährige Kinder mit dem Vollbild der ADS in die Studie aufgenommen. Diese Kinder wurden in 4 verschiedene Behandlungsgruppen aufgeteilt, seither entsprechend betreut und der Verlauf systematisch ausgewertet:

- A: Medical management, dh optimale medikamentöse Therapie mit placebokontrollierter Einstellphase, Medikamente über ganzen Tag, monatliche Arztkontrollen, regelmässiges Rückfragen bei allen Bezugspersonen
- B: Optimales psychosoziales Behandlungsprogramm, vor allem Verhaltenstherapie mit Elterntraining, kindzentrierte Therapie in 2-monatigem Sommerlager, Lehrerinstruktion und –supervision
- C: Kombination von A und B
- D: Kontrollgruppe mit Behandlung gemäss den lokalen Gegebenheiten.

Die Auswertung aller Kinder ist in regelmässigen Abständen, dh nach 3, 9, 14 und 24 Monaten erfolgt. Die jetzt nach 14 Monaten erschienene ersten Veröffentlichungen zeigen, dass bei allen Kindern bzgl. der ADS-Zielsymptome (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) eine Besserung eingetreten ist, wie zu erwarten am deutlichsten bei Gruppe C. Statistisch nicht signifikant schlechter schnitt jedoch Gruppe A ab, dh die alleinige, jedoch optimal eingestellte, Medikation führte zu praktisch gleich guten Ergebnissen. Allerdings ist dabei die Dosierung der Medikamente höher ausgefallen als in Gruppe C. Das aufwendige Behandlungsprogramm B

schnitt schlechter ab und war zT vergleichbar mit D. In Gruppe D wurden ca 2/3 aller Kinder ebenfalls medikamentös behandelt, diese reagierten in der Regel besser als nicht medikamentös behandelte Kinder. Da viele ADS – Kinder zusätzlich Angst- oder Zwangssymptome, depressive Züge und auch Störungen im Sozialverhalten aufweisen, zeigte sich, dass diese in der Regel vom Behandlungsansatz B oder C besser profitierten als „reine“ ADS-Kinder. Als erste Schlussfolgerung geht recht klar hervor, dass eine richtig dosierte Medikation über längere Zeit sinnvoll und unabdingbar ist, eine begleitende verhaltenstherapeutische und psychosoziale Betreuung ist ebenfalls indiziert, alleine aber deutlich weniger wirksam als in Kombination mit optimal eingestellten Medikamenten.

Solche aufwendig konzipierte Langzeitstudien sind aus verschiedenen Gründen wichtig und zu begrüßen, ua auch deshalb, weil sie die tägliche Arbeit von uns praktizierenden Aerzten beeinflussen und uns zeigen, ob wir diese einigermaßen richtig durchführen. Ich selbst bin zB froh, dass sich durch diese Studie meine Auffassung zu bestätigen scheint, dass eine möglichst individuelle Dosierung das „A und O“ einer richtig eingestellten Medikation bedeutet. Auch die Mitarbeit von jetzt 3 Psychologen in meiner Praxis für die vielen Zusatzprobleme von ADS-Kindern ist damit legitimiert, sinnvoll und notwendig. Dass auch in dieser Studie bisher nur wenige und keine ernsthaften Nebenwirkungen der Medikation beobachtet wurden, entspricht den langjährigen praktischen Erfahrungen vieler Aerzte, lassen diese aber nicht völlig ausschliessen.

Immer wieder wird auch heute noch vor einer möglichen Suchtgefahr durch die Stimulanzientherapie gewarnt, die Behandlung von betroffenen Jugendlichen oder Erwachsenen wird deshalb hierzulande häufig unterlassen. Aus vielen retrospektiven Untersuchungen wissen wir, dass ein grösserer Anteil von Drogenkranken als Kind eine nie diagnostizierte und deshalb auch nie behandelte ADS aufgewiesen hat. Studien, die eine mögliche Suchtentstehung durch eine Therapie mit Stimulanzien zeigen, haben bisher gefehlt. Im August 1999 ist nun erstmals eine prospektive Studie von Biederman(6) erschienen, die jedoch gerade das Gegenteil dieser Befürchtungen zeigt: Gemäss dieser wichtigen Untersuchung sind medikamentös behandelte ADS-Jugendliche um 85 % weniger gefährdet, Drogenprobleme zu bekommen als nicht behandelte. Die Suchtentwicklung bei medikamentös behandelten ADS-Jugendlichen entspricht demjenigen eines Normalkollektivs ! Es ist für mich unbegreiflich, dass solch wichtige Studienresultate weder in der Presse noch durch die vielen bei uns tätigen Sucht- und Drogenfachleute zur Kenntnis genommen werden.

Die deutliche Zunahme der Verschreibung von Stimulanzien in der Schweiz darf mE mehrheitlich als ein positives Zeichen gewertet werden. Viele betroffene ADS-Patienten erhalten so endlich eine wirksame Hilfe und sind nun dank dieser medikamentösen Brille(7) in der Lage, ihr gutes Potential, aber auch ihre uns immer weder erstaunenden und beglückenden kreativen Fähigkeiten zu zeigen.

Nachtrag Juli 2001:

Die im Jahre 2000 in allen Schweizerischen Medien gross aufgemachte „Sammelklage“ wegen Ritalin wurde in der Zwischenzeit bereits mindestens von 3 Gerichten als völlig unbegründet abgewiesen, dh es wurde nicht einmal auf die Klage eingegangen, die übrigens nach heutiger Erkenntnis mit grosser Wahrscheinlichkeit durch die Scientologen ausgelöst worden war. Ueber diese Abweisungen wurde mW in der Schweiz nirgendwo berichtet, erst der Berner „BUND“ hat darüber nach 5-maliger Intervention meinerseits in einer Kurzmitteilung berichtet.....

Literaturangaben:

1. NIMH Consensus Conference on ADHD, Nov. 1998, www.consensus.nih.gov
2. K.H.Krause et al: Increased striatal dopamine transporter in adult patients with ADHD, *Neuroscience Letters* 285, 2000, 107-110
3. American Academy of Pediatrics: clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child with ADHD, *Pediatrics*, 105, 2000, 1158 ff
4. J.Zito et al: Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers, *JAMA*, 283, 2000, 1025 ff
5. MTA Cooperative Group: A 14 Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for ADHD, *Arch Gen Psychiatry*, 1999;56: 1073 – 1086
6. Biederman J. et al: Pharmacotherapy of ADHD Reduces Risk for Substance Use Disorder, *Pediatrics* Vol 104,2, e20ff, 1999
7. Die „AKOS-Brille“ in: www.hansguckindieluft.ch