

Unaufmerksam, impulsiv und unruhig

ADHS bei Schulkindern – gibt es eine Alternative zu Medikamenten?

Oft werden ADHS-typische Verhaltensweisen erst dann zu einem ernsten Problem, wenn die Kinder in die Schule kommen. Wir sprachen mit Prof. Oskar Jenni, Kinderhospital Zürich, über die Rolle der Kinderärzte im schulischen Setting, diagnostische Probleme, sinnvolle Massnahmen und wann eine medikamentöse Behandlung bei ADHS erwogen werden kann.

Herr Prof. Jenni, oft werden die ADHS-typischen Verhaltensweisen eines Kindes erst dann als Krankheit betrachtet, wenn es in die Schule kommt. Liegt das an einer sprunghaften Verstärkung der ADHS-Symptome in dieser Entwicklungsphase oder eher an den Erwartungen der Schule an diese Kinder?

Prof. Oskar Jenni: Dieses Phänomen hat damit zu tun, dass sich das Umfeld der Kinder mit dem Schuleintritt verändert. In der Vorschulzeit steht viel freies Spiel im Vordergrund, denn das Kind entwickelt sich durch Spielen, und man lässt den Kindern viele Freiheiten. Selbstverständlich gibt es auch in den ersten Lebensjahren gewisse Grenzen, die man den Kindern je nach Entwicklungsstand setzen muss, aber sie sind noch nicht in demjenigen System, in dem sie etwas ganz Bestimmtes lernen und dann können müssen, nämlich das, was die Erwachsenen vorgeben. Denn mit der Einschulung werden bestimmte, an alle Kinder gleiche Erwartungen gestellt. Aber ein Teil der Kinder passt nicht zu den Vorgaben der Schule. Wenn man heute von Schule redet, ist übrigens nicht mehr nur die Schule gemeint, sondern auch der Kindergarten wird bereits als Schulzeit bezeichnet, denn auch der Kindergarten ist bereits sehr strukturiert.

Gibt es heute wirklich viel mehr Kinder mit ADHS als früher?

Jenni: Früher hat es diese Diagnose nicht gegeben. Sie wurde 1980 im Diagnosemanual DSM-III zum ersten Mal erwähnt und findet sich auch heute noch im DSM-5. Natürlich hat es schon vor 100 Jahren Kinder gegeben, die impulsiv und motorisch sehr aktiv waren – genauso wie heute. Damals waren aber die Erwartungen und Anforderungen des Systems anders als heutzutage. Ich sage nicht, dass früher alles besser war, aber das Umfeld hat sich einfach sehr verändert. Heute haben wir eine hoch spezialisierte, ausserordentlich komplexe Gesellschaft, die hinschaut, genau beschreibt und wissen will, warum etwas entsteht, und das führt dazu, dass man Kinder kategorisiert, einteilt und behandelt.

Könnte man sagen, dass heute mehr Kinder als krank gelten als früher, weil sich die Anforderungen verändert haben?

Jenni: Ja, der Krankheitsbegriff wurde in den letzten 50 Jahren erweitert und differenziert. Man klassifiziert heute sehr viel mehr Verhaltensbesonderheiten als krankhaft, als man das vor 50 Jahren getan hat. Sie müssen sich nur einmal anschauen, wie dick das DSM-5 im Vergleich zum DSM-III geworden ist.

Ist ADHS demnach nur eine Modekrankheit wie so vieles andere auch?

Jenni: Der Begriff «Mode» ist in diesem Kontext nicht angebracht. Es gibt Kinder, die grosse Probleme haben und daran leiden. Modekrankheit impliziert latent, dass etwas vorbeigeht, wenn man nur lange genug wartet. Betroffene Kinder haben aber ein Anrecht darauf, dass man ihre Probleme ernst nimmt und sich um sie kümmert. Andererseits können Verhaltensstörungen nie getrennt von der Sicht der Umwelt betrachtet werden. Wenn diese sich ändert, entstehen neue Diagnosen. Das ist generell in der Medizin so. Zum Beispiel diagnostiziert und behandelt man einen Herzinfarkt heute ganz anders als vor 50 Jahren – und genauso gilt das eben auch für die Psychiatrie und die Psychologie.

Die zur Diagnose herangezogenen Symptome des ADHS sind recht unspezifisch. Was halten Sie von der ADHS-Diagnose ex juvantibus?

Jenni: Eine positive Wirkung von Medikamenten lässt nicht unbedingt auf ein ADHS schliessen, weil Stimulanzien unspezifisch wirken, zum Beispiel auch bei Müdigkeit. ADHS ist eine viel komplexere Störung, die sich nicht nur ausschliesslich mit einer Störung in der Aufmerksamkeit definieren lässt. ADHS-Kinder zeigen auch impulsives Verhalten, Stimmungsschwankungen, soziale Schwierigkeiten und vieles andere. Erfüllen sich die Erwartungen der Eltern und Lehrpersonen mit einer Therapie, dann werden viele weitere Probleme des Kindes zum Beispiel in der Motorik, der Sprache und den schulischen Fertigkeiten vernachlässigt.

Es kann schwierig sein, zwischen ADHS-typischen Eigenschaften und Unreife zu unterscheiden.

Bei welchem ADHS-Kind würden Sie eine medikamentöse Behandlung erwägen?

Jenni: Das ist eine ausserordentlich schwierige Frage, die man nicht generell beantworten kann. Wenn ich zurückdenke an die Kinder und Familien, die ich in den letzten 15 Jahren kennengelernt habe, dann ist die Diagnosefindung ein langer Prozess, den man gemeinsam mit den Familien durchmacht. Man sieht das Kind, erlebt es, untersucht es, lernt es kennen, spricht mit den Eltern, Lehrpersonen, Therapeutinnen. Dann sieht man das Kind nach drei, sechs oder zwölf Monaten wieder. Man versucht Massnahmen einzuleiten, bei denen es darum geht, die Umgebung an das Kind anzupassen, zum Beispiel überhöhte Erwartungen des Umfelds an das Kind zu reduzieren und das schulische Setting für das Kind zu verbessern. Man versucht primär, umweltzentrierte Massnahmen umzusetzen. Ausserdem beginnt man mit dem Kind zu arbeiten, zum Beispiel mit einer Lern- oder Psychotherapie. Erst wenn diese Massnahmen ungenügend sind, das Kind stark leidet und wichtige Entscheidungen bevorstehen, wie beispielsweise eine Schulversetzung, dann überlegt man zusammen mit der Familie, ob ein Versuch mit einem Medikament nicht doch angebracht ist.

Dabei muss man auch im Auge behalten, dass es schwierig sein kann, zwischen ADHS-typischen Eigenschaften und kindlicher Unreife zu unterscheiden. Ein Medikament wird man bei denjenigen Kindern einsetzen, bei denen man als Kliniker den Eindruck hat, dass die ADHS-typischen Symptome eine Eigenschaft des Kindes sind und jetzt seinen Schulerfolg beeinträchtigen. Scheint das Kind aber primär in seinem Verhalten, aber auch in der körperlichen Entwicklung unreif zu sein, dann soll man eher zurückhaltend mit Medikamenten sein.

Der schwierigste Schritt in der Diagnostik von ADHS ist die Integration der erhobenen Befunde und Beobachtungen in ein Gesamtbild. Die Befunde werden nicht einfach aufsummiert, sondern man konstruiert eine Synthese seiner Beobachtungen mit der Erfahrung aus früheren Fällen. Die ADHS-Diagnose ist und bleibt damit eine klinische Diagnose, die weder mit neuropsychologischen Untersuchungen, noch mit Blutuntersuchungen oder einem EEG gestellt werden kann.

Man berücksichtigt neben den Erklärungsmodellen der Eltern besonders auch den Leidensdruck des Kindes. Die Gesamtanalyse eines Kindes erfordert eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Frage, ob die Diagnose tatsächlich im Interesse des Kindes ist und welche Vorteile und Risiken eine Störungsklassifikation mit sich bringt. Das ist die grosse Herausforderung rund um ADHS.

Wenn man sich nun für ein Medikament entscheidet, welche Massnahmen sind dabei zu bedenken, und wie lange gibt man es?

Jenni: Am Anfang begleitet man die Familie eng, coacht, unterstützt, bis man eine Dosis gefunden hat, die eine spürbare Verbesserung des Verhaltens zeigt. Ausserdem spricht man regelmässig mit Lehrpersonen, Therapeutinnen und passt die Erwartungen an

das Kind an. Spätestens nach einem Jahr sollte man die Situation überdenken, die Medikation allenfalls wieder absetzen und schauen, wie es ohne Medikament läuft. Ein wichtiger Faktor ist das Alter des Kindes. Ich bin zurückhaltend mit der Gabe von Methylphenidat bei kleinen Kindern, die noch nicht mitreden und berichten können und bei denen die Medikation eine Entscheidung von uns Erwachsenen ist. Es scheint mir wichtig, dass uns das Kind seine Erfahrungen mitteilen kann.

Wie lange nehmen die Kinder die Medikamente im Durchschnitt?

Jenni: Das ist sehr unterschiedlich. Die Kinder, die ich selber kenne, nehmen Methylphenidat zwischen zwei und vier Jahre lang. Wenn man aber die Daten von Krankenkassen konsultiert, dann sieht man, dass es im Durchschnitt nur drei Monate sind. Dieser Befund bedeutet offenbar, dass bei sehr vielen Kindern versucht wird, die Diagnose ex juvantibus zu stellen – und man dann enttäuscht feststellt, dass es doch wenig bringt. Das hängt natürlich auch mit den hohen Erwartungen zusammen, die man an ein Medikament hat. Ein einfaches Vorgehen gibt es aber nicht. Je mehr man in umgebungszentrierte Massnahmen und in Therapien beim Kind investiert hat, desto eher unterstützen auch Medikamente. Den passenden Schlüssel zum Problem gibt es nicht – den gibt es wirklich nicht!

Diagnostizieren und behandeln die niedergelassenen Kinderärzte die ADHS-Kinder selbst oder schicken sie die Kinder eher zu Ihnen oder anderen Spezialisten?

Jenni: Das weiss ich nicht. Wir haben in der Schweiz keine Daten zum Versorgungsprozess. Wahrscheinlich behandeln viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen Kinder mit ADHS, verschreiben Medikamente oder leiten therapeutische Massnahmen ein. Dafür sind sie auch kompetent. Es ist aber ausserordentlich wichtig, dass man nicht behandelt, ohne dass das Kind umfassend abgeklärt worden ist, durch einen spezialisierten Kollegen, ein spezialisiertes Zentrum, eine Psychologin oder eine Kinder- und Jugendpsychiaterin. Für eine diagnostische Abklärung muss man sich genügend Zeit nehmen, und es braucht viel Erfahrung.

Sie haben mehrfach umgebungszentrierte Massnahmen erwähnt, welche sind das genau?

Jenni: Für die Indikation von Massnahmen ist der Leidensdruck des Kindes ein wesentliches Entscheidungskriterium. Die Therapieschwelle hängt von den Erwartungen und Rahmenbedingungen des Umfeldes ab. Deshalb stehen zuerst immer umgebungszentrierte Interventionen im Vordergrund. Grundsätzlich gilt, das Umfeld bestmöglich an die individuellen Eigenheiten und Bedürfnisse eines Kindes heranzuführen und nicht einfach nur störende Symptome des Kindes eliminieren zu wollen. Voraussetzung für eine solche Passung ist, dass Eltern sowie Lehr- und Fachpersonen wissen, was das Kind gut kann, welches seine Stärken und Bedürfnisse sind und wo seine De-

Man muss sich gut überlegen, ob die ADHS-Diagnose im Sinne des Kindes ist.

Im schulischen Setting muss sich der Kinderarzt aktiv einbringen.

Man findet in jeder Klasse verhaltensauffällige Kinder, das muss aber nicht immer ADHS sein.

fizite liegen. Genau deshalb braucht es eine breite Abklärung. Umgebungsorientierte Massnahmen bedeuten konkret, dass ein Kind mit Schwächen in den exekutiven Funktionen und Defiziten in der Aufmerksamkeit viel Struktur, Führung und Präsenz der Lehrpersonen braucht. Die Aufmerksamkeit des Kindes soll beispielsweise vor wichtigen Instruktionen mit verbalen und visuellen Hinweisen verstärkt werden. Beim Sprechen soll ein ADHS-Kind angeschaut und wichtige Informationen müssen wiederholt werden. Schon solche Massnahmen können im schulischen Alltag sehr hilfreich sein. Es ist für diese Kinder viel schwieriger, wenn wenig Struktur da ist, wenn viel eigenaktives Lernen gefordert und dafür den Kindern viel Freiraum gegeben wird. Man muss auch Pausen zulassen, in denen das Kind sich bewegen kann. Häufig ist eine Schulstunde mit 45 Minuten für betroffene Kinder zu lang. Aufseiten der Eltern ist oft eine Erziehungsberatung hilfreich: Wie gehen wir mit unserem Kind daheim um? Wie gestalten wir den Alltag? Was lassen wir zu? Wo braucht es welche Regeln? Das ist alles anspruchsvoll und anstrengend.

Wo sehen Sie in diesem Setting die Rolle des niedergelassenen Kinderarztes?

Jenni: Ich möchte meine Kolleginnen und Kollegen in der Praxis dazu ermuntern, aktiv als Vertreter der Kinder auf die Schulen zuzugehen. Die Pädiaterinnen geniessen in der Regel als Experten für die körperliche und psychische Gesundheit und die Entwicklung von Kindern ein hohes Vertrauen und viel Glaubwürdigkeit bei Eltern und können wesentlich dazu beitragen, dass es Kindern und ihren Familien gut geht. Die Schulen kommen leider selten auf uns Kinderärzte zu. Das hat zum Teil auch damit zu tun, dass die Schule nicht genau weiss, was wir machen und welche Rolle wir haben. Es gibt aber bereits heute viele Kolleginnen, die sehr aktiv in der Schule sind. Wenn sich ein Helfernetz in einer Region kennt, dann ist das eine wichtige Voraussetzung für bestmögliche Lösungen für die Kinder. Besonders bei Kindern mit ADHS ist die Zusammenarbeit Schule und Pädiatrie essenziell. Schliesslich ist ADHS eine medizinische Störung.

Wie oft kommt ADHS denn wirklich vor?

Jenni: Aus meiner Sicht dürfen nicht mehr als 1 bis 2 Prozent der Kinder mit dem Etikett ADHS versehen werden. Studien geben allerdings bis zu 10 Prozent an, dann wäre das jedes zehnte Kind, das heisst zwei Kinder pro Klasse. Das ist zu viel. Ich glaube, dass viele Kinder mit der Diagnose ADHS klassifiziert werden, bei denen es sich um eine sekundäre Verhaltensstörung handelt. ADHS-typische Symptome treten nämlich auch bei neurologischen Störungen, einer Hyperthyreose, Störungen der Motorik und der Sprache, einer Legasthenie, einem kognitiven Entwicklungsrückstand, einer Unter- oder Überforderung, einer familiären Belastungssituation und so weiter auf. Es gibt eine lange Liste von Ursachen für störendes Verhalten, und es ist unsere kinderärztliche Aufgabe, mögliche Differenzialdiagnosen auszuschliessen.

Mittlerweile spricht man ja nicht mehr von ADHS, sondern von der ADHS-Spektrumstörung. Dieser Begriff scheint mir für die Kommunikation mit Eltern und Versicherern eher nicht gut geeignet. Was meinen Sie dazu?

Jenni: ADHS-Spektrumstörung ist als Begriff noch nicht etabliert. Ich habe diesen Begriff in einem Artikel in der Monatsschrift für Kinderheilkunde vor etwa einem Jahr eingeführt*. Tatsächlich sind ADHS-Verhaltensweisen kontinuierlich in der Population verteilt, aber am Schluss wollen die Versicherer und ein Teil der Eltern eine Ja-Nein-Antwort haben. Nun, das ist ein Dilemma, das wir im klinischen Alltag ertragen müssen. Wir müssen in diesen Fällen sorgfältig reflektieren, ob die Diagnose ADHS tatsächlich im Interesse des Kindes ist und welche Vorteile und Risiken die Diagnose mit sich bringt.

Was kann einem Kind die Diagnose ADHS nützen?

Jenni: Man braucht eine Diagnose, wenn Leistungen wie eine Medikation von den Versicherern bezahlt werden sollen. Gelegentlich erleichtert die Diagnose auch den Zugang zu Hilfsangeboten und kann für die Eltern eine Entlastung von Schuldgefühlen sein. Aber man darf die Stigmatisierung von Kindern mit ADHS nicht unterschätzen. Es konnte in Studien gezeigt werden, dass viele Erwachsene keine Interaktionen mit einem ADHS-Kind wollen und auch Lehrpersonen die Leistungen von Kindern mit ADHS signifikant negativer bewerten als von gesunden Kindern.

In der Praxis gibt es immer noch den Begriff des POS. Was hat es damit auf sich?

Jenni: POS, das sogenannte psychoorganische Syndrom, ist keine eigentliche Krankheit, sondern eine versicherungsmedizinische Kategorie mit speziellen Diagnosekriterien, die seit vielen Jahrzehnten Verwendung findet. POS wird im klinischen Alltag dem ADHS gleichgesetzt. Mit einer POS-Ziffer der Invalidenversicherung werden gewisse medizinische Leistungen finanziert, welche ADHS-Kinder benötigen, so die Medikation oder die Psychotherapie.

Was ist wohl das Schwierigste bei der Diagnose ADHS?

Jenni: ADHS ist und bleibt eine schwierige und herausfordernde Diagnose, das geht den meisten meiner Kolleginnen und Kollegen genauso wie mir. Wir Ärzte werden aber in Zukunft noch sehr viel mehr lernen müssen, wie wir mit Unsicherheiten im klinischen Alltag umgehen, auch im Umgang mit den Eltern – dass es eben keine einfachen Diagnosen und Lösungen gibt, obwohl die Gesellschaft das fordert. Letztlich ist jedes Kind ein Unikat, und es braucht individuelle Massnahmen, die zu einer Passung zwischen Kind und Umfeld führen.

Herr Prof. Jenni, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Interview wurde geführt von Dr. Renate Bonifer.

POS ist eine versicherungsmedizinische Kategorie.

* Jenni O: Warum nicht ADHS-Spektrum? Monatsschrift für Kinderheilkunde 2016; 164; 4; 271–277.