

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Stimulantien

Nur evidenzbasierte Sachlichkeit ist hilfreich

Für Patienten und deren Familien entstehen immer dann Verunsicherungen im Umgang mit einer Erkrankung, wenn für die Betroffenen nicht klar erkennbar ist, welche diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen tatsächlich ihrem Wohl dienen. Manchmal kommt es schon zu Zweifeln, wenn *selbsternannte Fachleute* ungeprüfte Warnungen vor bewährten medizinischen Behandlungen nur laut genug in die Welt hinaus posaunen. In dieser Hinsicht gibt es zwei besonders empfindliche Bereiche in der Medizin. Zum einen geht es dabei um Krebserkrankungen und zum anderen um psychiatrische Störungen. Bei den letztgenannten hat die Psychopharmakotherapie von Kindern immer wieder zu hitzigen Angriffen von grundsätzlichen Gegnern einer Medikamentengabe bei kinderpsychiatrischen Auffälligkeiten geführt (Rothenberger, 1986, 1990 a, b) und sich insbesondere auf die Substanz Methylphenidat (MPH; als Ritalin[®], Medikinet[®] im Handel) verengt. Hier nahmen die *Medikamentengegner* durchaus in Kauf, dass leidgeprüften Kindern eine indizierte und wissenschaftlich belegte medikamentöse Unterstützung vorenthalten werden sollte, ohne dass ein gleichwertiges nicht-medikamentöses Therapieangebot zur Verfügung stand. Sie setzten sich damit dem berechtigten Vorwurf aus, zynisch und dogmatisch zu handeln.

In den letzten Jahren traten (unter anderem dank der intensiven, selbstkritischen und methodisch hochqualifizierten kinderpsychiatrischen Forschung; z.B. MTA Cooperative Group, 1999 a, b) derartige Haltungen in den Hintergrund, während gleichzeitig die Fachgesellschaften sich daran setzten, zur Qualitätssicherung aktuelle Stellungnahmen (Fachverbände für KJPP, 1999) und immer besser fundierte international übereinstimmende und gültige Leitlinien zu entwickeln, die die Diagnostik einer ADHS sowie den Gebrauch von Stimulantien in der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen regeln sollten (z. B. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - AACAP, 2002; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2000; American Academy of Pediatrics, 2000; Taylor et al., 1998). Dabei wurde stets die Notwendigkeit einer gewichteten multimodalen Vorgehensweise sowie einer entwicklungsbezogenen Betrachtungsweise hervorgehoben (Höger, 2002; Höger et al., 2002).

Dennoch wurde die oben genannte altbekannte Debatte in den letzten Monaten an verschiedenen Stellen erneut entfacht. Dabei wurden von den «Ritalin-Gegnern» bzw. «Psychiatrie-Gegnern» genau so wie vor vielen Jahren, starre Voreingenommenheiten und Dialogverweigerung stetig wiederholt (z.B. Hearing der Parlamentarischen Versammlung des Europarates zu ADHS, Paris, November 2001). Es wurde von ihnen auch Folgendes nicht zur Kenntnis genommen:

1. Stimulantien haben sich als der zentrale Behandlungsfaktor bei ADHS erwiesen (siehe MTA Cooperative Group, 1999 a, b; AACAP, 2002). Zusätzliche oder alternative Hilfen zur Stimulantien-Behandlung müssen sich prinzipiell einem methodisch gleichermaßen strengen Wirksamkeitsnachweis und einer Erfassung des Nebenwirkungs-Risikos stellen. Hier können bisher nur verhaltenstherapeutische Ansätze mithalten (Baving & Schmidt 2001).
2. Es liegen mittlerweile sorgfältige Studien vor, die zeigen, dass eine Therapie mit MPH die Gefahr eines späteren Substanzmissbrauchs bei Kindern mit ADHS eher verringert (AACAP, 2002; Huss, 2001; Lojewski et al., 2002).
3. In verschiedenen Ländern konnte belegt werden, dass eher zu wenig ADHS-Kinder mit MPH behandelt werden, wenngleich noch manche «Fehlverordnungen» zu beklagen sind (Fachverbände für KJPP, 1999; Schubert et al., 2001; Schleimer & Gustafsson, 2002; AACAP, 2002).
4. Bisher vorliegende Ergebnisse über Langzeitbehandlungen mit Stimulantien sowie mehr als zehnjährige klinische Langzeitbeobachtungen ließen keine negativen Langzeitfolgen erkennen (Vitiello, 2001; Gillberg et al. 1997; AACAP 2002; persönliche Erfahrungen). Insbesondere wurde bisher kein einziger Fall von Parkinson-Erkrankung nach MPH-Gabe berichtet.

Zu großer Medienbeachtung, Internetdiskussion und Verunsicherung bei Betroffenen führte die umstrittene und in hohem Maße spekulative Behauptung, dass die Einnahme von MPH im Kindesalter später zu einem Parkinson-Syndrom führen könne (Hüther, 2001, 2002; Hüther & Bonney, 2002).

Allerdings gibt es hierüber bisher keine Fallberichte und Erfahrungen, obwohl Stimulantien seit 1937 verabreicht werden, MPH seit Mitte der Siebzigerjahre in größerem Umfang auch in Deutschland verordnet wurde und

bei der Diagnostik eines Parkinson-Syndroms eine sorgfältige Medikamentenanamnese erhoben wird. Die vermeintliche «Parkinson-Gefahr» ist also bisher weder begründet noch belegt. Zumal auch auf neurobiologischer Argumentationsebene die Fachleute keine Zusammenhänge sehen (Rothenberger & Banaschewski, 2002 a, b). Es fragt sich also, auf welcher wissenschaftlichen Grundlage eine solche Spekulation entstehen konnte, und ob es dafür überhaupt eine Berechtigung gibt.

Ausgangspunkt sind Tierexperimente an Ratten, denen zu verschiedenen Zeitpunkten ihrer Entwicklung für die Dauer von zwei Wochen MPH in einer Dosierung von 2 mg/kg/Tag gegeben wurde (zur Information: ADHS Kinder erhalten höchstens 1 mg/kg/Tag bei einer maximalen Tagesmenge von 50 bis 60 mg). Wegen des Kernsymptoms Hyperaktivität bei ADHS wurde das Neurotransmitter-System von Dopamin mittels der Dopamin-Transporter-Dichte (DAT) in einem Hirnbereich der Ratte geprüft, der wesentlich für Bewegungssteuerung zuständig ist. Es handelt sich dabei um das Striatum. Man fand heraus, dass nur dann eine dauerhafte Verringerung der DAT zu beobachten war, wenn MPH während des vorpubertären Stadiums der Ratten gegeben wurde. Dieser Langzeiteffekt war sowohl bei einem «ADHS-Rattenmodell» (hier ist ebenso wie bei erwachsenen Menschen mit ADHS die DAT im Vergleich zu Gesunden erhöht) als auch bei «Gesunden-Ratten» zu erkennen (Moll et al., 2001, 2002; Moll et al., in Vorbereitung). Daraus war abzuleiten, dass MPH die DAT bei dem «ADHS-Rattenmodell» normalisierte, während es bei «Gesunden-Ratten» den Normalwert erniedrigte. Es ist unklar, wie MPH zu diesem Ergebnis geführt hat und wie es zu interpretieren ist, da verschiedene Erklärungsmöglichkeiten offen stehen. Die Arbeiten von Moll et al. (2001, 2002, eingereicht, in Vorbereitung) warnen jedenfalls eindringlich vor einer unkritischen Übertragung der tierexperimentellen Befunde auf die menschliche Situation.

Demgegenüber versucht sich Hüther (siehe oben) an einer einseitigen Spekulation. Er geht von dem Befund aus, dass bei einigen (wohlgemerkt: aber nicht bei allen) Patienten mit Parkinson-Syndrom die DAT im Striatum erniedrigt ist (z.B. Tzen Ky et al., 2001). Wenn nun, so die verengte Sichtweise, MPH bei Kindern gegeben werde, *die fälschlicherweise* als Kinder mit ADHS diagnostiziert worden seien, so könne die dauerhafte Erniedrigung der DAT vielleicht dazu beitragen, dass bereits im Alter von 40 Jahren ein Parkinson-Syndrom entstehe. Oder anders gesagt, dass bei unklarer ADHS-Diagnose (d. h. normale DAT) durch die MPH-Behandlung in der Vorpubertät ein Risiko für das Parkinson-Syndrom geschaffen

werden könne. Würde man dieser schlichten Betrachtung folgen, so müsste man auch die Schlussfolgerung zulassen, dass bei *korrekt* diagnostiziertem ADHS (d. h. möglicherweise erhöhte DAT) die MPH-Behandlung zu einer dauerhaften Heilung der Störung führen könne.

Rothenberger & Banaschewski (2002 a) konnten durch einen Literaturüberblick aufzeigen, dass solche Überlegungen einer soliden Datengrundlage entbehren, und daher beide zu verwerfen sind. Sie werden den komplexen zentralnervösen Vorgängen bei ADHS-Kindern und Parkinson-Patienten sowie der Wechselwirkung zwischen Gehirnfunktion, Verhalten und Umgebungseinfluss nicht gerecht. Die anstehenden Fragen können nur durch seriöse empirische Forschung und nicht durch eine Mischung von blumiger Rhetorik und mageren Spekulationen beantwortet werden.

Dennoch sollte diese ärgerliche Debatte ein Anlass für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sein, die Verbesserung der Facharztqualität weiter voran zu treiben. Es muss darauf gedrungen werden, dass die Diagnose ADHS fachlich einwandfrei sichergestellt wird. Die entsprechenden Vorgehensweisen sind (dies gilt auch für die Therapie) in den oben genannten Leitlinien sowie andernorts (Rothenberger & Banaschewski, 2002 b; Schleimer & Gustafsson, 2002) formuliert. Den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie den Kinder- und Jugendärzten, die ADHS-Kinder behandeln wollen, muss durch Fortbildungsangebote zukünftig eine aktualisierte Qualitätssicherung ermöglicht werden. Denn sowohl für die Forschung als auch für die Krankenversorgung kann bei diesem sensiblen Thema nur eine evidenzbasierte Sachlichkeit langfristig für die Betroffenen hilfreich sein. Hiernach müssten sich auch die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Drogenbeauftragten richten, wenn sie ernsthaft an der Erstellung nützlicher Kriterien für die Qualifizierung der Versorgungsstruktur arbeiten wollen.

Insgesamt können Patienten und Familien mit ADHS-Problemen sich weiterhin vertrauensvoll an die entsprechenden Fachärzte wenden und MPH als Unterstützung (im Rahmen eines mehrgleisigen Gesamtbehandlungsprogramms) nutzen. Denn es gibt zwar Grund zur Sorgfalt, aber keinen Grund zur Sorge (Höger et al., 2002).

Das Editorial sieht sich unterstützt durch das internationale Consensus Statement on ADHD (Barkley et al., 2002) und ist eine offizielle Stellung-

nahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP) zum Thema.

Franz Resch
(Vorsitzender der DGKJP)

Aribert Rothenberger
(Autor)

Editorial der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30 (3), 2002, 159 - 161