

Hyperkinetisches Syndrom – eine unendliche Geschichte? *)

Foto: Klaus Bremminger



Professor Dr.
Gerhard F. Wündisch

Die seit 65 Jahren bestehende Diskussion um die Diagnostik und die Therapie des hyperkinetischen Syndroms bzw. der hyperkinetischen Störungen ist in der letzten Zeit neu entbrannt. Es beteiligen sich nicht nur Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendärzte, Psychiater, Neurologen und Allgemeinärzte, auch Pharmakologen und Neurobiologen an dieser Diskussion, sondern auch, von ihren Standorten aus, die sie meist zu ihren Standpunkten machen, Psychologen, Pädagogen, Theologen, Philosophen sowie Sozial- und Gesundheitspolitiker. Nicht zuletzt äußern sich auch betroffene Eltern und Elterninitiativen – besorgt um das Wohl ihrer Kinder – zu diesem Problem. Dies alles hat auch breiten Eingang in die so genannte Laienpresse gefunden. In ihrer übergeordneten Verantwortung haben die Bundesärztekammer wie auch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) sich hierzu geäußert. So ist in der Presseinformation der BLÄK vom 24. Januar 2002 durch den Präsidenten der BLÄK Dr. H. Hellmut Koch festgestellt: „Nur eine möglichst frühe Therapie kann Kindern mit HKS eine schwierige Schullaufbahn, soziale Isolierung und einen langfristig komplizierten Lebenslauf ersparen ...“. Der nachfolgende Bericht will verdeutlichen, wie es dazu kam und wie aus heutiger Sicht die Zusammenhänge gesehen werden können.

Historische Entwicklung

Schon in den Dreißigerjahren des vergangenen Jahrhunderts beschrieben Psychiater das „hyperkinetic behavior syndrome“ bei Kindern. Zuvor hatte schon der Nervenarzt Heinrich Hoffmann 1845 in seinem „Struwelpeter“ mit dem Zappelphilipp dem Syndrom ein literarisches Denkmal gesetzt. (Hoffmann hat übrigens als Leiter der Nervenheilanstalt in Frankfurt am Main erstmals eine besondere Abteilung für psychisch kranke Kinder eingerichtet.)

Unschwer lassen sich in Gestalten der Geschichte und der Weltliteratur Charaktere erkennen, die als Jugendliche und Erwachsene enge Beziehungen zu der Symptomatologie dieses „Syndroms“ haben (nicht nur „Max und Moritz“).

Im weiteren Verlauf versuchte man, die vorhandene Phänomenologie und Symptomatologie zu objektivieren, zu definieren und zu klassifizieren. Unter verschiedenen Blickwinkeln und Betrachtungsweisen wurden in der Folgezeit fast 50 verschiedene Benennungen „erfunden“, um die „Hyperkinese“ und die damit verbundenen Verhaltensstörungen zu erfassen.

Die Bedeutung der „Komorbidität“ wurde erkannt, die häufig vorhandene Koppelung mit Teilleistungsstörungen herausgearbeitet, ein enger Zusammenhang mit „Lern- und Schul-schwierigkeiten“ hergestellt. Schließlich wählte man auch Bezeichnungen wie „cerebral damage“, „cerebral dysfunction“ oder auch „minimale oder diskrete zerebrale Dysfunktion bzw. Hirnfunktionsstörung“.

In der Fachdiskussion wie auch im Laienverständnis sowie bei Eltern und Pädagogen haben diese Bezeichnungen, die teilweise mit verschiedenen Entitäten unterlegt worden waren, zu manchen Missverständnissen ge-

führt, vor allem ist dadurch die Definition der Hyperkinetischen Störungen (HKS) wieder sehr unscharf geworden.

Nach einigen Umwegen und nach auch teilweise ideologisch geführter Diskussion kam es zur gegenwärtigen Sicht des Syndroms mit den inhaltlichen Schwerpunkten „Hyperaktivität“, „Impulsivität“ und „Unaufmerksamkeit“. Wohl aus historischen Gründen behält man die Bezeichnung „HKS“ als Überbegriff bei, natürlich in dem Bewusstsein, dass sich bei Schulkindern und Adoleszenten, wohl auch bei Erwachsenen, die Symptomatologie verschiebt und auch interindividuell das „Syndrom“ in verschiedenen Gewichtungen in Erscheinung tritt. Dies hat wiederum zu den modernen „Schwerpunktbezeichnungen“ ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) und ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) geführt.

Die Beziehungen der „HKS“ zu frühkindlich entstandenen Hirnfunktionsstörungen (HFS) und spezifischen Lernstörungen wurden klarer definiert und auch abgegrenzt.

Eine ähnlich lange Geschichte hat die Diskussion um die Ursachen des „Syndroms“ und damit eng zusammenhängend die Diskussion um die „richtige“ Therapie.



*) Auf der Grundlage einer Publikation des Verfassers in „pädiatrische praxis“, 59, Seite 369 bis 372 (2001). Hans Marseille Verlag GmbH, München.

Die Erkenntnisse und Hypothesen zur Ätiopathogenese weisen auf Störungen neurochemischer Systeme hin und somit auf ein neurobiologisches Geschehen der Hirnfunktion, also auf eine hirngorganische Genese. Die Dysfunktion bestimmter neuroanatomischer Systeme, welche zentrale Aktivierungs- und Hemmungsfunktionen betreffen, sind Gegenstand in der Diskussion eines noch nicht voll verstandenen Geschehens.

Genetische Faktoren haben einen nachweislichen Hintergrund, wie auch die Annahme von „allergologischen Zusammenhängen“, aber auch Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft. Auch der Einfluss von psychosozialen Faktoren und des gesellschaftlichen Umfeldes bzw. unserer Zivilisation ist gegeben.

So wird nicht zu Unrecht diskutiert, ob die zentrale Symptomatik des „Syndroms“ als besondere Temperamentexpression vorhandener biologischer Risiken verstanden werden könnte, die unter bestimmten Umweltbedingungen, wie belastenden psychosozialen Faktoren, familiären Risikokonstellationen oder Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, zur Manifestation des klinischen Bildes beiträgt.

Unendliche Geschichte

Die Geschichte der „Therapie hyperkinetischer Störungen“ ist bis heute eine „unendliche Geschichte“, in der, wie in Michael Endes Jugendbuch „Die Unendliche Geschichte“, von A bis Z die Bedeutung von realer und fiktiver Welt, von Fantasie und ideologisierten Annahmen eine große Rolle spielt.

Psychotherapie und Pädagogik, Verhaltenstherapie und Ergotherapie, medikamentöse

Therapie mit Sedativa bis hin zu Analeptika und Neuroleptika wurden ausschließlich oder in verschiedenen Kombinationen zur Bewältigung der HKS versucht und verfochten, empfohlen, verteidigt und wieder verworfen. Derzeit ist eine gewisse Klärung eingetreten durch den weitgehenden Konsens zu einer „multimodalen Therapie“, wie dies auch in den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ zum Ausdruck kommt.

Therapie

Die Basis dieses Therapiemodells bildet – heute weitgehend anerkannt – die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien vor allem Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®) und gegebenenfalls Amphetamin (eventuell in besonders gelagerten Verläufen Antidepressiva) in Verbindung mit Psychoedukation (Aufklärung, Elternberatung, Pädagogik), Verhaltenstherapie, Selbstkontrollprogrammen und vor allem auch der Erfassung und Behandlung allfälliger „komorbider Störungen“.

Die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien gilt heute als Maßnahme der ersten Wahl, die erst die Basis der weiteren nicht zu vernachlässigenden Therapieelemente schafft.

Es gibt Stimmen, die es als Kunstfehler ansehen, wenn Patienten mit einer ausgeprägten „HKS“ eine Therapie mit Stimulanzien vorenthalten wird. Nachdenklich sollten alle Bedenkensträger gegen die Stimulanzientherapie stimmen, wenn sie die Meinung von L. Eisenberg und C. K. Conners, Anfang der Sechzigerjahre des vorigen Jahrhunderts geäußert, verinnerlichen: „... wenn man Kin-

derärzte tadelt, dass sie Medikamente verschreiben, in dem Bestreben, der Last einer Auseinandersetzung mit dem gestörten Kind in seiner gestörten Familie auszuweichen, dann irrt der Kinderpsychiater allzu häufig in der anderen Richtung und hält den Gebrauch von Pharmaka wegen eines unbegründeten Glaubens in die Überlegenheit psychologischer (psychiatrischer) Behandlungsmethoden gegenüber einer pharmakologischen Therapie für unter seiner Würde.“

W. Eichlseder, ein niedergelassener Kinderarzt, veröffentlichte in der *pädiatrischen praxis* bereits 1974 einen Beitrag mit dem Titel „Zur Behandlung konzentrationsgestörter hyperaktiver Kinder mit DL-Amphetamin“. Vor dem Hintergrund der damals durchaus vorhandenen Erkenntnisse berichtete er über 88 Kinder, die er von 1972 bis 1974 mit Amphetamin in seiner Praxis behandelt hatte. Er wies damals bereits auf die grundlegenden Arbeiten von C. Bradley, L. E. Arnold et al. und C. K. Conners, L. Eisenberg et al. hin, ebenso wie darauf, dass in den USA schon seit 1935 Amphetamin, also ein Stimulanzienpräparat, zur Behandlung dieser Verhaltensstörung mit Erfolg eingesetzt wurde. Die Notwendigkeit dieser medikamentösen Therapie zur Verbesserung der Situation dieser Kinder betonte er mehrfach eindringlich.

Eichlseder, der noch mehrere Beiträge zu diesem Thema veröffentlichte, wirkte damals in einem Umfeld und in einer Zeit, in der von vielen der damit befassten Gruppierungen, also Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinderärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Eltern und Lehrern, die Stimulanzientherapie mit einem Bann belegt war. Auch Eichlseder musste sich der Kritik stellen, so auch engagierten Leserbriefen in der *pädiatrischen praxis* 1974 von G. Bleek und J. Martinius, von M. Dorfmueller und J. Wittrock.

So spiegelt sich die Gesamtproblematik nicht nur in der unübersehbaren Weltliteratur zu diesem Thema wider, sondern beispielhaft auch in über 40 Veröffentlichungen in der *pädiatrischen praxis* (Originalarbeiten, Übersichten, Frage-Antwort-Beiträgen, Zeitschriftenreferaten und Buchbesprechungen), die seit den Sechzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts bis heute erschienen sind.

Wir stehen vor einem komplexen Sachverhalt, der im Verlauf der „unendlichen Ge-



Fotos: aus „Der Struwwelpeter“, Originalausgabe, erschienen im Loewe Verlag, Bindlach.

schichte“ jetzt deutliche und vor allem praktikablere Konturen angenommen hat.

Gerade deshalb und weil es sich um eine Diagnose mit „Spektrumcharakter“ handelt, die aus der Heterogenität der Symptomatik mit ihren assoziierten Merkmalen bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen herrührt, kann nicht deutlich genug darauf hingewiesen werden, dass vor der Therapie eine genaue Diagnostik und Differenzialdiagnostik mit Feststellung vorhandener Komorbiditäten und vor allem der Abgrenzung von anderen Störungen erfolgen muss. Erst dann ist die nach bisherigen Erfahrungen häufig erfolgreiche Therapie mit Stimulanzien und den weiteren Bausteinen der multimodalen Therapie gerechtfertigt.

Die vor kurzem veröffentlichten Beiträge von J. Martinius und P. Scheer, E. Kaschnitz und H. Brandau beschreiben die heutige Situation auf verschiedene Weise und unter mehreren Gesichtspunkten, zeigen aber, dass diese „Geschichte“ feste Anhaltspunkte hat, die für Diagnostik und Therapie wichtig sind und auch als Ausgangspunkt für den weiteren Erkenntnisweg dienen können und müssen.

Methylphenidat

Die Autoren warnen zu Recht vor dem Missbrauch der Stimulanzientherapie, der in den USA bereits Realität und hierzulande beginnend erkennbar ist; ein Missbrauch, zu dem nicht umsichtige und zum Teil auf diesem Gebiet nicht kompetente Ärzte neigen, vor allem in Bezug auf Indikation und Art der Dosierung. Auch das Ansinnen von Eltern und manchen Lehrern führt – nachdem inzwischen in weiten Kreisen das „Hyperaktivitäts-Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ „salonfähig“ geworden ist – bei Verhaltensstörungen und „Schulschwierigkeiten“ anderer Genese zu einer dann nicht indizierten Therapie mit Stimulanzien, die abgelehnt werden muss. Aber die Sorge vor Missbrauch sollte nicht den ordnungsgemäßen Gebrauch verhindern!

Eine neue Dimension bekam diese „unendliche Geschichte“ kürzlich durch die eher spekulativen Feststellungen des Neurobiologen G. Hüther, die Therapie mit dem Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®) könne zu Spätfolgen, besonders auch zur „Parkinsonkrankheit“ führen. Diese auch in der Laienpresse verbreitete Aussage („Das späte Zittern des Zappelpilipp“, „Zeitbombe Ritalin“ und andere) hat zur Verunsicherung der betroffenen Eltern, der so behandelten Kinder und Jugendlichen und auch von Ärzten geführt. Klarstellungen von Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte und anderen lassen erkennen,

dass auf Grund vorhandener Daten und vorliegender klinischer Studien sich derzeit keine Besorgnisse hinsichtlich dieser Spätschäden ableiten lassen. Es wurde bisher in keinem einzigen Fall das Auftreten einer Parkinsonkrankheit nach Methylphenidat-Therapie berichtet, dies immerhin, nachdem diese Behandlung seit 65 Jahren praktiziert wird. Auch Neurobiologen sehen auf dieser speziellen Argumentationsebene keine Zusammenhänge, zumal die zugrunde liegenden tierexperimentellen Untersuchungen gerade diese Verbindung zu den vorgelegten Hypothesen und Spekulationen nicht geben. Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendärzte haben in großer Abwägung der Verantwortung entsprechende Stellungnahmen abgegeben.

Auch die „Elterninitiative zur Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit/ohne Hyperaktivität“ (ADS e. V.) hat sich empört über diese Art von verunsichernden, „wissenschaftlich untermauerten“ Hypothesen geäußert, wobei der Autor selbst einräumt, dass es dafür keine Beweise gibt.

Dieses neue Kapitel in der „unendlichen Geschichte“ des „HKS“ zeigt beispielhaft, wie in der realen Welt der nach heutigem Wissen gesicherten medizinischen Erkenntnisse, fragwürdige Hypothesen, die zu ideologisierten Annahmen werden, Ängste erzeugen, die Eltern verunsichern und möglicherweise von einer wirksamen Therapie bei ihren Kindern abhalten. Diese Debatte verdeutlicht aber auch die Notwendigkeit einer sorgfältigen und professionellen Diagnostik und einer nur daraus abgeleiteten Indikation zur Therapie mit Methylphenidat. Vor allem aber fordert diese Diskussion zu verstärkten und intensivierten Forschungsanstrengungen auf – von der Grundlagenforschung bis zu einer gut dokumentierten Langzeitbeobachtung vom Kindesalter bis in das Erwachsenenalter. Nicht zu unrecht wird in der Literatur auf die Bedeutung des Syndroms im Erwachsenenalter hingewiesen. Die noch nicht allzu weit reichenden Erkenntnisse, auch im Zusammenhang mit einer vorausgegangenen indizierten und adäquaten Therapie im Kinder- und Jugendalter müssen weiter geklärt werden. Es muss trotz methodischer Schwierigkeiten erforscht werden, welche Langzeitergebnisse eine Therapie im Kindes- und Jugendalter nach heutigem Standard erzielt.

Die Prognose ist wohl nicht durchgehend so schlecht, wie manche Studien glauben machen wollen, die offensichtlich eine Patientenauswahl mit sehr schwieriger Ausgangssituation repräsentieren.

Rollenverteilung

Die tägliche kinderärztliche Praxis zeigt, dass „HKS“ nicht allein das Problem des Faches „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ sind und auch nicht sein können. Denn zunächst sind vorwiegend die betreuenden Kinder- und Jugendärzte, im ländlichen Raum häufig auch die betreuenden Haus- bzw. Allgemeinärzte, diejenigen, die mit diesen Patienten und deren Eltern und ihren bedrückenden Schwierigkeiten in der Familie, im sozialen Umfeld, in und durch die Schule konfrontiert werden. Nachdem die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung weder flächendeckend noch offensichtlich von der Kapazität her in der Lage sein kann, alle infrage kommenden Patienten zeitnah und auch fortlaufend zu betreuen, kommt zumindest auch den Kinder- und Jugendärzten hierbei eine wichtige Aufgabe zu.

Dies bedeutet aber dann auch, dass der Pädriater auf diesem Gebiet hinreichend kompetent und damit weiter- und fortgebildet sein muss, was nur in enger Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendpsychiatern und dem von ihnen erarbeiteten Wissen und der dort vorhandenen Infrastruktur möglich ist.

Forderungen, dass Kinder mit „HKS“ von „Spezialisten“ zu behandeln sind, kann man nicht widersprechen. Sicher gibt es aber Kinder- und Jugendpsychiater, die diese Kompetenz – aus welchen Gründen auch immer – nicht wahrnehmen oder wahrnehmen wollen, sowie es auch Kinder- und Jugendärzte gibt, die diese Kompetenz erworben haben.

Den Weg zur effizienten und professionellen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit „HKS“ müssen Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendärzte gemeinsam beschreiten, wobei zweifellos der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Führung zukommt. Sie muss die Laterne tragen, die für die Pädiatrie den Weg ausleuchtet. Mit dieser Rollenverteilung, geführt von „Leitlinien“, die auf den Erfahrungen einer „evidence based medicine“ fußen, kann diese „unendliche Geschichte“ für unsere Patienten zu wichtigen Zielen führen, gleichgültig, ob diese Ziele „nur“ die Linderung und Beseitigung von Symptomen mit Verbesserung der Lebensumstände bedeuten oder gar die Aussicht auf weitgehende Heilung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. Gerhard F. Wündisch,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Perinatalzentrum – Zentrum für Schädel-Hirn-
verletzte Kinder, Klinikum Bayreuth,
Preuschwitzer Straße 101, 95445 Bayreuth