

mit Psychopharmaka behandelten Kindern eigentlich untersuchen und messen. Da die Ergebnisse der Testbatterien durch das Psychopharmakon sicherlich beeinflusst werden und somit verfälscht sind, macht es meines Erachtens keinen Sinn, bei Kindern während der Methylphenidat-Therapie die auditive Wahrnehmung zu untersuchen. Um derart verfälschte Untersuchungsbedingungen und Messergebnisse zu vermeiden, sollte überlegt werden, ob Methylphenidat zwei bis drei Wochen vor den Untersuchungen der auditiven Wahrnehmung abgesetzt werden kann, um originäre und unverfälschte Testergebnisse zu gewährleisten. Dass dies nicht in jedem Einzelfall möglich sein wird, ist mir durchaus bewusst. Allerdings sollte die Problematik vor jeder Untersuchung der auditiven Wahrnehmungsfähigkeit bedacht und berücksichtigt werden.

Prof. Dr. med. Wolfgang Angerstein

Leiter der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
Universitätsklinikum der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
E-Mail: angerstein@med.uni-duesseldorf.de

Ist die Verordnungszunahme berechtigt?

In den 80er-Jahren konnte man beim Literaturstudium zu hyperkinetischen Störungen den Eindruck gewinnen, dass die Stimulationstherapie zugunsten verhaltenstherapeutischer Maßnahmen abnehmen würde. 1989 nahm der Hersteller von Methylphenidat das Präparat in Italien selbst vom Markt. Jetzt soll es dort wieder eingeführt werden (3).

Die von den Autoren sehr eindrucksvoll beschriebene Zunahme des Ordnungsverhaltens in den 90er-Jahren hierzulande erscheint vordergründig mit einer evidenzbasierten Medizin gut vereinbar: Ein neuerer systematischer Review zu diesem Thema (2) mit 77 randomisierten Studien kommt zu dem Schluss, dass Stimulanzien zumindest kurzzeitig wirksam sind, untereinander hinsichtlich Wirksamkeit vergleichbar sind, und wirksa-

mer erscheinen als andere medikamentöse oder nichtmedikamentöse (beispielsweise psychologische) Therapien (4). Wenig ist jedoch zu Ergebnissen wie schulischem und späterem beruflichen Erfolg oder sozialer Anpassung bekannt. Der Review verweist zudem auf eine Reihe elementarer methodischer Mängel mancher dieser Studien, wie zu kleine Stichproben, unzureichende Beschreibung der Randomisierungs- und Verblindungstechniken oder Umgang mit Studienabbruchern.

Zurückhaltung ist auch geboten, weil die Forschung zu nichtmedikamentösen Konkurrenztherapien finanziell chronisch schlechter ausgestattet ist. Es wurde deshalb schon diskutiert, der pharmazeutischen Industrie eine der Tabaksteuer vergleichbare Sonderabgabe aufzuerlegen, mit der dann solche Therapien finanziert werden sollen, zumal inzwischen in den USA ein Pharmahersteller dazu überging, seine Produktwerbung direkt beim Betroffenen und seiner Familie zu platzieren (1).

Literatur

1. Diller LH: The ritalin wars continue. *West J Med* 2000; 173: 366–367.
2. Jadad AR, Boyle M, Cunningham C et al.: Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2000.
3. Timimi S, Bonati M, Impicciatore P et al.: Evidence and belief in attention deficit hyperactivity disorder. *BMJ* 2001; 322: 555.
4. Zwi M, Ramchandani P, Joughin C: Evidence and belief in ADHD. *BMJ* 2000; 321: 975–976.

Dipl.-Psych. Dr. med. Dr. phil. Peter Schuck

Dipl.-Soz.-Päd. Hans Eckert

Dipl.-Psych. Dr. phil. Horst Müller

Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft
Lindenstraße 5, 08645 Bad Elster

Restriktiver verschreiben

Der Nachweis der 20-fachen Zunahme der Verschreibung von Methylphenidat innerhalb des Zeitraums von 1991 bis 1999 bei Kindern mit dem ADHD-Syndrom lässt aufhorchen. Was in dem Artikel nicht genügend zum Ausdruck kommt, ist eine Warnung, noch kritischer bei der Verschreibung von potenten Psychosti-

mulantien bei Kindern vorzugehen. Dies geschah dann unter der Überschrift „Gefährliche Psychopharmaka“ im Heft 10/2001 des Deutschen Ärzteblatts, und zwar durch keine geringere Instanz als den Internationalen Suchtkontrollrat der UN.

Zu vermuten ist, dass der Hauptanteil dieser Verschreibungen von ungenügend kinderpsychiatrisch und psychotherapeutisch ausgebildeten Kinderärzten vorgenommen wird sowie von Kinderpsychiatern, die die Indikation bei diesen schwer „handhabbaren“ Kindern zu wenig restriktiv stellen. Eine weitergehende Untersuchung der Frage, wer die Verschreibungen vornimmt, wäre von daher wichtig.

Meiner Meinung nach greift die Therapie dieser Kinder mit dem Amphetaminderivat Methylphenidat, auch in Kombination mit Verhaltenstherapie, zu kurz. Es kann nicht nur darum gehen, wie diese Kinder dazu gebracht werden können, schnell wieder zu funktionieren. Die umfassende Untersuchung der oft komplexen Hintergründe dieser kindlichen Verhaltensstörung zeigt, dass ursächlich schwerwiegende emotionale und/oder soziale Mängel sowie familiäre Konflikte auslösende und aufrechterhaltende Faktoren bilden. Es sind in der Regel die daraus für das Kind resultierenden Ängste und Spannungen, die zu der motorischen Unruhe und Aufmerksamkeitsstörung dieser Kinder führen.

Die psycho- und familiendynamischen Hintergründe sowie die erfolgreiche tiefenpsychologische und psychoanalytische Therapie von Kindern mit dem ADHD-Syndrom sowie deren Eltern wurden schon 1993 in einem Themenheft (2) der *Kinderanalyse* belegt.

Zu fordern wäre (endlich) eine multidisziplinäre Forschung, bei der Neuropädiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Familientherapeuten sowie Sozialwissenschaftler fachübergreifend tiefgehende Erkenntnisse über diese Störung an den Tag bringen.

Die Suche nach anderen Möglichkeiten der Behandlung der Kinder als

der Einsatz von hochpotenten Pharmaka, die Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Appetit- und Schlafstörungen) hervorrufen, späteres Suchtverhalten bahnen sowie möglicherweise lebenslange Abhängigkeiten zur Folge haben können, wäre ganz im Sinne des genannten unabhängigen Kontrollorgans für die Einhaltung der Drogenkonvention der Vereinten Nationen.

Dr. med. Terje Neraal
Höhenstraße 33a
35435 Wettenberg

Zu kurz gegriffen

Lobenswert ist das Bemühen der Autoren, der Mär von der viel zu häufigen Anwendung dieser Substanz bei Kindern in Deutschland durch Verwendung von unstrittigem Zahlenmaterial entgegenzutreten. Weniger positiv ist die Beschränkung der Pharmakotherapie auf Personen zu bewerten, bei denen „die hyperkinetischen Auffälligkeiten sehr stark ausgeprägt sind“, da dies meines Erachtens dem Anliegen einer adäquaten Betreuung nicht entspricht. Eine solche Eingrenzung macht aus einem effizienten, lernbiologisch und daher die Persönlichkeitsentwicklung unterstützenden Pharmakon doch nur wieder die „Pille für den Störenfried“. Solange man aber hierzulande den fehlleitenden Begriff des hyperkinetischen Syndroms (noch) verwendet, wird man in Kauf nehmen müssen, dass einer wohl ebenso großen Anzahl bedürftiger Personen mit nichthyperaktivem ADS und dringlichem Bedarf medikamentöse Begleitung verweigert wird und die hinlänglich dokumentierten Sekundärphänomene (Sucht, Zwang, Dissozialität) erwachsen. Die Versorgungsvakanz wird noch erschrecken, zählt man die betroffenen Erwachsenen hinzu, die unter persistierenden Symptomen der ADHS leiden, aber kaum auf fachkundige ärztliche Hilfe rechnen können. Die Psychiater der BRD haben hier wohl ein bedeutendes Kapitel übersehen und dürfen sich nicht wundern, halten ihnen kundige Patienten Texte aus dem Internet

unter die Nase. Auch in der kinderpsychiatrischen Zunft gelten viele Symptome der ADHS noch immer als Zeichen psychischer Traumata, und so ist denn auch die Behandlungsstrategie ausgerichtet mit logischerweise geringerer Effizienz. Dann trägt der Patient die Verantwortung für ausbleibende Effekte. Er aber fühlt sich wiederholt unverstanden und das „Kunstmärchen von der psychogenen Verursachung“ der meisten seelischer Störungen, wie es Nissen schon 1985 in diesem Blatt beschrieb, wird fleißig weiter gepflegt. Wie lange noch?

Dipl.-Med. Thomas Greger
Johann-Sebastian-Bach-Straße 6
04552 Borna

Schlusswort

Die Kommentare spiegeln die aktuelle und überwiegend polarisiert geführte Diskussion über die medikamentöse Therapie hyperkinetischer Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ADHS) mit Methylphenidat wider und bieten Gelegenheit, auf die vorhandene empirische Datenlage zu verweisen. Die Mehrzahl der Diskussionsbeiträge beklagt die zunehmende Verordnung von Methylphenidat und geht davon aus, dass gesellschaftliche Einflüsse und eine veränderte Familienstruktur zu einer Zunahme des Störungsbilds geführt haben.

Die in den letzten Jahren stark angestiegene empirische Literatur über die Effekte von pharmakologischen und psychotherapeutischen Ansätzen legt jedoch ein Vorgehen nahe, das auch in den Leitlinien der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften seinen Ausdruck gefunden hat. Hier wird festgestellt, dass die Pharmakotherapie möglichst im Rahmen eines multimodalen Behandlungsvorgehens erfolgen sollte, das Beratung und kognitive Intervention einschließt. Es wird ausdrücklich vermerkt, dass die Wirksamkeit nichtdirektiver oder tiefenpsychologischer Therapien zur alleinigen Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik nicht belegt ist. Eine Stimulanzengabe ist immer

dann indiziert, wenn eine stark ausgeprägte situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung (wie drohende Umschulung, Sonderschule, starke Belastung der Eltern-Kind-Beziehung) vorliegt. Die erst vor kurzem publizierten Ergebnisse der Multimodal Treatment Study of Children With Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (MTA-Studie), in die 579 Kinder einbezogen wurden, zeigen deutlich den positiven Effekt einer Methylphenidat-Behandlung (2, 4). Diese sollte nach sorgfältiger Titrierung und Kontrolle einschließlich Beratung der betroffenen Kinder und ihrer Eltern erfolgen. Ein multimodales Vorgehen, das behaviorale Maßnahmen mit einbezog, verbesserte den Effekt nur in einigen Bereichen und nur geringfügig. Einschränkend muss gesagt werden, dass diese Verbesserungen für einen Zeitraum von 14 Monaten nach Therapiebeginn festgestellt wurden und langfristige vergleichende Aussagen noch nicht möglich sind. In einer neueren Studie konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass im Vorschulalter familienbezogene Interventionen die medikamentöse Behandlung meist überflüssig machen (1).

Insofern ergibt sich ein differenziertes therapeutisches Vorgehen, das auch Entwicklungsaspekte und den Schweregrad der Störung mit einzubeziehen hat (3).

Der Meinung, dass allein gesellschaftlichen Faktoren eine zentrale Bedeutung bei der Entstehung des Störungsbilds spielen, muss widersprochen werden. Die Studien der letzten Jahre weisen vielmehr eindeutig darauf hin, dass psychosoziale Variablen eine geringere Rolle als biologische für die Entstehung hyperkinetischer Störungen spielen. Da häufig komorbide Störungen wie Angst, depressive Störungen oder auch soziale Störungen vorliegen, sollten diese in einem Therapiekonzept ebenfalls berücksichtigt werden. Psychoanalytische Ansätze bei Kindern mit dem ADHS sind bislang empirisch kaum untersucht und in dem genannten Themenheft der Zeitschrift „Kinderanalyse“ werden nur Einzelfälle beschrieben. Eine tiefenpsychologisch orientierte Behandlung mag dann erfolgreich sein, wenn die begleitenden

komorbiden Störungen wie Angst und Depression im Vordergrund stehen, allerdings ist auch dann eher unwahrscheinlich, dass die hyperkinetische Kernsymptomatik nachhaltig beeinflusst werden kann. Auch der kritische Einwand, dass die Gabe von Stimulanzien die Kinder „ruhigstellt und stromlinienförmig anpasst“, ist aufgrund des Wirkungsprofils nicht aufrechtzuerhalten. Zu achten ist auf eine exakte Titrierung der Dosierung, eine Kontrolle der Effektivität, wobei bis zu 30 Prozent Nonresponder auftreten. Es liegen keine Hinweise für eine körperliche Abhängigkeit oder Langzeitgewöhnung vor.

Audiometrisch oder sprachgebundene Testergebnisse können unter Methylphenidat nur insofern beeinflusst werden, wie die Aufmerksamkeitsleistung in die Bearbeitung der Aufgaben mit einfließt. Sollten hierfür entsprechende Hinweise vorliegen, wäre eine entsprechende Untersuchung sinnvoll, um diesen Effekt zu erkennen. Aufgrund der bekannten Prävalenzen von hyperkinetischen Störungen und Narkolepsie ist davon auszugehen, dass die Zunahme der Stimulanzienverordnung, die insbesondere durch Pädiater und Kinderpsychiater erfolgt ist, fast ausschließlich die Indikation der hyperkinetischen Störung betrifft.

Literatur

1. Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G: Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe 2000.
2. MTA Cooperative Group: A 14month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry 1999; 56: 1088–1096.
3. Sonuga-Barke, EJS, Daley D et al.: Parent-based therapies for preschool attention-deficite/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 402–408.
4. Vitiello B, Severe JB et al.: Methylphenidate dosage for children with ADHD over time under controlled conditions: Lessons from the MTA. J Am Acad Adolesc Psychiatry 2001; 40: 188–196.

Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl
Prof. sc. hum. Manfred Döpfner
Dr. rer. soc. Ingrid Schubert
Dipl.-Psych. Axel Spengler
Priv.-Doz. Dr. med. Lieselotte von Ferber
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
 Universität zu Köln
 Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln

DISKUSSION

zu dem Beitrag

3-D-Referenzimplantate für den Gesichts- und Hirnschädel

von
 Prof. Dr. med. habil. Eggert Beleites
 Dr. med. Gerlind Schneider
 Priv.-Doz. Dr. Ing. habil. Wolfgang Fried
 Prof. Dr. Dr. med. habil. Dieter Schumann
 Prof. Dr. med. habil. Werner Linß

in Heft 5/2001

Unvollständige und unrichtige Angaben

Die Jenaer Autoren stellen ein Verfahren vor, das als neu bezeichnet wird, in dem ein mittels CT-Datenaufnahme generiertes virtuelles Patientenmodell zur computergestützten Planung, Konstruktion und Fertigung eines individuellen Implantats dient. Dieses Verfahren ist nicht neu, es wurde bereits Ende der 80er-Jahre durch Priv.-Doz. Dr. med. A. Laubert (damals Medizinische Hochschule Hannover) erstmals für den Kopfbereich umgesetzt (3, 4), was seinerzeit noch computertechnisch limitiert war. In der ersten Hälfte der 90er-Jahre gelang der eigenen Arbeitsgruppe an der Ruhr-Universität Bochum – begünstigt durch die Weiterentwicklung der CAD/CAM-Systeme – die standardisierte und rationelle Umsetzung des Verfahrens, das bis heute in mehr als 200 Anwendungen an 37 europäischen kopfchirurgischen Zentren erfolgreich war und beispielgebend ist.

Selbstverständlich sind die Entwicklungen im Computerbereich nicht stehen geblieben, sodass die eigene sowie andere Arbeitsgruppen andere stetig neue Aspekte in das „alte“ Verfahren integrieren. Ebenso selbstverständlich erlaubt diese Technik die Konstruktion und Fertigung jedweder Geometrie und

die Verwendung grundsätzlich aller Materialien, die gefräst, geformt, gepresst, gegossen oder mit Rapid-Prototyping-Techniken bearbeitet werden können. So wurde von den Bochumer Forschern neben Titan, das aus verschiedenen Gründen bevorzugt wird, eine Vielzahl anderer Materialien bereits verwendet, und Implantate wurden durchaus auch fern von Trepanationsdefekten eingesetzt. Aus klinischer Erfahrung muss aber äußerste Reserve vor alloplastischen Materialien in offenem Kontakt zu den Nasennebenhöhlen gezeigt werden, da dies bei guten Abflussbedingungen bestenfalls zu chronisch-entzündlich tolerierten Zuständen führen kann. Die Behauptung, das Einbringen alloplastischer Materialien könne Liquorfisteln therapieren, erscheint noch weniger glaubwürdig, wenn nicht andere Maßnahmen im Rahmen dieser Einbringung erfolgen. Auch für die einzeitige Resektion und Rekonstruktion am Hirn- und Gesichtsschädel hat die Bochumer Arbeitsgruppe – entgegen der Behauptung im Beitrag – Techniken entwickelt, klinisch eingesetzt und wiederholt publiziert (1, 2). Vorgetragen wurden sie zuletzt in Gegenwart von Teilen der Autorenschaft des hier diskutierten Beitrags auf dem Leopoldina-Meeting der Sektion Ophthalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie und Stomatologie (Implantate – Transplantate) der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina (Halle [Saale], 13. bis 14. 10. 2000) und auf dem 2. Jenaer Workshop „CAE – Glaskeramikimplantate und ihre klinische Anwendung“ (Jena, 8. Dezember 2000).

Aus klinischer Perspektive problematisch erscheint weiterhin die Fixierungsfrage der eingebrachten Implantate, die offenbar durch Nähte gelöst werden soll, wie sogar die Abbildung eines offensichtlich nicht exakt passenden Implantats verdeutlicht. Die Möglichkeit der Osteosynthese wird im Text kurz erwähnt, scheint aber für spröde Glaskeramiken nicht unproblematisch. Entsprechend dokumentieren die Angaben in der veröffentlichten Tabelle zu den bisherigen klinischen Versorgungen offenkundig neben geometrischen Abweichungen auch eine Implantationsdislokation. Zudem erscheinen die erfolgten Anwendungen im Hirnschädelbereich auf kleine Defekte beschränkt, die den Einsatz