

hier der Score um weniger als 25% reduziert werden konnte.

Die Ergebnisse zeigen, dass Neurofeedback eine signifikante Wirkung aufweist, die über ein kognitives Training hinausgeht. Die hohe Nonresponderrate und die hohe Drop-out-Rate legen jedoch nahe, dass nur eine kleine Anzahl der

Kinder mit ADHS von einem Neurofeedback als Monotherapie profitieren wird. Das Neurofeedback ist eher als Add-on-Therapie oder bei nur schwach ausgeprägtem ADHS zu empfehlen. Gegen den breiteren Einsatz des Neurofeedbacks spricht die hohe Zeitintensität, die das Erlernen für die Kinder mit ADHS

erfordert, sowie die Tatsache, dass Neurofeedback keine Kassenleistung ist.

Dr. Kirsten Stollhoff

Gevensleben H et al. Neurofeedback training in children with ADHD: 6-month follow-up of a randomised controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 715–24

Die Wichtigkeit von Standards bei der ADHS-Diagnose

Ausgerechnet die Publikation eines Betriebswirtschaftlers weist auf einen grundlegenden Mangel in der ADHS-Diagnostik hin: Dadurch dass die Fähigkeiten von Kindern häufig mit denen ihrer Klassenkameraden verglichen werden, fallen die Jüngsten eines Jahrgangs oft zu Unrecht durch das Raster.

Todd Elder, Gesundheitsökonom an der Michigan State University in East Lansing, untersuchte in seiner Studie die Häufigkeit der Diagnose ADHS bei gerade eingeschulten Kindern in den USA. Er stellte fest, dass die jüngsten Kinder der 1. Klasse mit 8,4% deutlich häufiger die Diagnose ADHS erhalten als die älteren Kinder der gleichen Klasse mit 5,1%. Er folgerte daraus, dass die Diagnose bei sehr jung eingeschulten Kindern zu häufig gestellt wird. Dies sei möglicherweise auf die bei diesen Kindern noch vorhandene physiologische Unreife bei der Eigensteuerung zurückzuführen. Während die Eltern ihr Kind weitgehend unauffällig einschätzen würden, beurteilen die Lehrer das Verhalten der jüngeren Kinder als auffällig und deuten es fälschlicherweise als ADHS. Dies führe nach Ansicht des Autors dazu, dass viele Kinder überflüssigerweise mit Stimulanzien behandelt würden.



© JCB Prod / panthermedia.net

Die jüngsten Kinder einer Klasse sind manchmal im Nachteil.

Dies erschwert es im praktischen Alltag, die Diagnose zu stellen.

Die Diagnose ADHS ist aber keine Momentdiagnose, sondern sie wird gestellt anhand von Entwicklungsdaten beginnend von der Geburt an. Die ADHS-Symptomatik sollte sich wie ein roter Faden durch die Lebensgeschichte des Kindes ziehen, wobei nicht immer Störungsrelevanz vorhanden sein muss, um die Diagnose ADHS zu stellen. Trotzdem kann es gerade bei Vorschul-

kindern schwierig sein, die Diagnose zu stellen – abwarten und beobachten ist angesagt. Das heißt aber nicht, dass die Diagnose bei Vorschulkindern nie zu stellen ist. Und jeder, der den Leidensdruck der Eltern, der Geschwister und auch des Kindes erlebt hat, weiß, wie wichtig und hilfreich es sein kann, auch schon zu diesem frühen Zeitpunkt die Erkrankung zu diagnostizieren und entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Elder schreibt: „20% der Kinder erhalten fälschlicherweise die Diagnose ADHS und werden mit Stimulanzien behandelt.“ Es ist zu wünschen, dass dieses sehr plakative Postulat von Elder, das interessanterweise schon vor der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitung in mehreren Laienjournalen abgedruckt wurde, nicht davon abhält, nach sorgfältiger Diagnostik die Diagnose ADHS auch im Vorschulalter zu stellen.

Ob die von Elder veröffentlichten Zahlen eins zu eins auf Deutschland zu übertragen sind, ist ungewiss. Hier fehlen entsprechende Studien. Auch haben wir nicht das in den USA sehr rigide vorgeschriebene Einschulungsalter. In vielen Schulen wird, weil die Schwankungen der Maturation bekannt sind, die Einschulung flexibel gehandhabt. Ärgerlich und wenig wissenschaftlich ist Elders persönliche Meinung, die er in seinem Artikel kundtut: angebliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie, wie Wachstumsstörung und plötzlicher Herztod, die inzwischen durch Studien widerlegt sind.

Dr. Kirsten Stollhoff

Elder TE. The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *J Health Econ* 2010; 29: 641–56