

Gesündere Kinder für weniger Geld

Die Ursache für das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) gilt bis heute noch als weitgehend unbekannt. Man vermutet, dass sie multifaktoriell ist, also ein Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Umstände. Für die Beschreibung der Symptome, die den Verdacht auf ADHS nahelegen, verfügen wir derzeit über zwei Klassifikationssysteme: die von der WHO herausgegebene internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD) sowie das von der US-amerikanischen Psychiatriegesellschaft erarbeitete Handbuch Psychischer Störungen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM).

Beide Klassifikationssysteme beschreiben im Hinblick auf krankhafte Veränderungen bei Kindern nahezu dasselbe, auch wenn sie die entsprechenden Kategorien etwas unterschiedlich definieren. Im Umgang mit diesen künstlichen Ordnungssystemen ist jedoch einige Vorsicht geboten, da in der gesellschaftlichen Realität die Grenze zwischen „normalem kindlichem Verhalten“ und „pathologischem kindlichem Verhalten“ selbstverständlich fließend ist und quasi von jedem Kinderarzt oder Psychiater subjektiv anders wahrgenommen wird. Strenge wissenschaftliche Kriterien, wie es sie in der Schulmedizin gibt, beispielsweise in den Korrelationen von Befindlichkeiten und objektivierbaren Befunden, existieren bekanntlich in der gesamten Psychiatrie so gut wie nicht.

Die Grenze zwischen normaler und defizitärer Aufmerksamkeit eines Kindes sowie zwischen dessen normaler Aktivität und einer Hyperaktivität kann deshalb keinesfalls pauschal definiert werden. Jedes Kind besitzt sein eigenes Temperament und seine eigene Verträumtheit. Und jedes Kind hat insofern auch das Recht, seinen individuellen Charakter auszuprägen und auszuleben und auf diese Weise seine einmalige Persönlichkeit zu entwickeln.

Zweifellos kann bei einem Aufmerksamkeitsdefizit (simpel gesagt, bei einer Konzentrationsstörung) auch mal ein wirkliches Problem entstehen – dann zum Beispiel, wenn die Schulnoten in den kritischen Bereich absinken. Ebenso kann die generell erwünschte Aktivität, wenn sie ein bestimmtes Maß überschreitet, also der Umwelt als „Hyperaktivität“ begegnet, alle Beteiligten in ernsthafte Schwierigkeiten bringen. So vermag ein so genannter Zappelphilipp seine Eltern und seine Lehrer erheblich aus dem Gleichgewicht zu bringen. (Dies scheint immer häufiger der Fall zu sein; denn der Ritalin-Konsum hat sich in den letzten zehn Jahren praktisch verzehnfacht. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gibt es jedoch heute nicht zehnmal mehr kranke Kinder als damals!)

Weder Aufmerksamkeit noch Aktivität können in ihren „Abmessungen“ objektiv nachgewiesen werden. (Um wie viel einfacher ist es doch, eine Lungenentzündung auf dem Röntgenbild verlässlich auszumachen. Man weiß dann sofort, was zu tun ist.) Die für hyperaktiv und zappelig gehaltenen (wehrlosen) Kinder werden zwar auch von außen, aber dennoch rein subjektiv beurteilt – von ihren Eltern und Lehrern, von Kinderärzten, Psychologen und Psychiatern. Zusammen, mitunter sogar verbündet, bilden diese Personen gewissermaßen das Entscheidungs-Komitee. Das arme Kind muss zudem oft über Monate warten, bis die Diagnose endlich steht. Es wird verunsichert und nicht selten in psychotherapeutischen Sitzungen auf unnatürliche Weise mit sich selbst konfrontiert, so als ob es bereits erwachsen wäre.

Sofern sich dann die „Begutachter“ auf die Diagnose ADHS geeinigt haben, beginnt das Kind in der Regel, das Medikament Ritalin zu schlucken. In der Folge kann es sich dann tatsächlich oft besser konzentrieren und ist weniger impulsiv. Genaueres darüber wäre jedoch zu sagen, würde man – wie dies im Eisenprojekt von Anfang an der Fall ist – die Rückmeldungen der jungen Patienten systematisch dokumentieren und auswerten. Aufgrund unserer eigenen Erfahrung äußern nur wenige Kinder

unerwünschte Nebenwirkungen. Ritalin wird also in der Regel sehr gut vertragen und erfüllt offenbar seinen Zweck auf zuverlässige Weise.

Allerdings fragt es sich grundsätzlich, ob bei allen „positiv“ diagnostizierten Kindern Ritalin überhaupt die erste Wahl sein sollte. Würden die Lehrbücher nämlich ein seit Jahrzehnten bekanntes Problem abdrucken (dürfen), wäre Nachfolgendes längst allgemein bekannt:

Mehr als ein Drittel aller Kinder haben aufgrund ihres Wachstums einen Eisenmangel. Viele von ihnen leiden deshalb unter einem Aufmerksamkeitsdefizit. Und Fakt ist, dass die Mehrheit der davon Betroffenen nachhaltig von individuell dosierten und kontrollierten Eisengaben profitiert. Diese bewirken nicht nur eine bessere Konzentrationsfähigkeit, sondern oft auch bessere Schulnoten.

Solange das Eisenproblem bei Kindern offiziell verschwiegen und ADHS-Kinder in erster Linie psychiatrisiert und pharmakologisch behandelt werden, besteht die Gefahr, dass ihnen gewissermaßen als Preis für das medikamentös erzeugte „adäquatere Verhalten“ und die nun besseren Schulnoten die Fähigkeit genommen wird zu spüren, wie sie wirklich sind. Sie vermögen sich jetzt zwar sehr wohl „angemessen“ zu verhalten, verlernen es aber, auf die ihnen eigene Weise sich mit ihren Mitmenschen auseinanderzusetzen und sich so zu einer Persönlichkeit zu entwickeln.

Diese „Kehrseite“ haben Eisengaben nicht! Der Körper benötigt dieses Element genau so, wie eine Pflanze Wasser braucht. Aber wie auch nicht jeder Pflanze das gleiche Maß an Wässerung dienlich ist, ist auch der Eisenbedarf der Menschen individuell verschieden. Ein pauschaler unterer Normwert kann deshalb nicht gesetzt werden. Ein Risiko-Ferritinwert allerdings liegt etwa bei 50 ng/ml. Ein Kind mit Verdacht auf ADHS und einem gleichzeitig vorliegenden Wert unter 50, sollte immer in erster Linie Eisen erhalten.

Im Gegensatz zur offiziellen Schulmedizin entwickelte die Swiss Iron Health Organisation SIHO eine erweiterte Art der Diagnostik von Eisenmangel: Anhand der Analyse von drei Indikatoren im Blut erkennt sie auch bei Kindern Störungen des Eisenstoffwechsels – und zwar sowohl wie stark das Defizit ausgeprägt ist als auch wie lange es sehr wahrscheinlich schon besteht. Je nachdem braucht ein von Eisenmangel betroffenes Kind eine Substitution in Höhe von etwa 300 bis 800 mg, damit es sich „von selbst“ wieder zu heilen vermag.

Eisengaben für Kinder mit Eisenmangel-ADHS sollten deshalb aus ethischen Gründen als Erstlinien-Therapie qualifiziert werden. Sie sind äußerst wirksam, gut verträglich und helfen deshalb nicht nur diesen Kindern, sondern auch deren Eltern und Lehrern. Zudem könnten Psychologen, Psychiater und damit auch die Krankenkassen spürbar entlastet werden.

Die medizinische und gesellschaftliche Realität ist jedoch offensichtlich etwas anders „gestrickt“. Laut heute gültigem diagnostischem Manual DSM-12 gilt ein Trotzverhalten oder sogar das häufige Verlieren von Bleistiften bereits als pathologisch. Doch nicht genug damit. Nach Erscheinen des „weiterentwickelten“ DSM-13 im nächsten Jahr wird es für Kinder noch um einiges enger. So sollen künftig schon mehr als drei Temperamentausbrüche pro Woche Krankheitswert besitzen. Bei allem aber, was darüber hinausgeht, hat dann bereits die Psychiatrie einzugreifen. Es lohnt sich also wirklich, in diesem „Jagdrevier“ auf der Hut zu sein. Die Kinder zumal sind einer solchen „Krankredung“ wehrlos ausgeliefert. Umso mehr ist es die Aufgabe der Eltern und vor allem auch der Ärzte, sie zu schützen und dafür das inzwischen zur Verfügung stehende Wissen um die mannigfaltigen Auswirkungen von Eisenmangel verantwortungsvoll zu nutzen.