

ELPOS – TAGUNG 20. Januar 2007 in Zürich

Medikamentöse Behandlung der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) bei Kindern und Jugendlichen

Aufgrund vieler wissenschaftlicher Untersuchungen, die heute auf der ganzen Welt durchgeführt werden, kann man die ADHS zur Zeit wie folgt beschreiben:

Bei der ADHS im klinischen Sinne gemäss DSM IV handelt es sich nach heutigen Erkenntnissen um eine häufig vererbte, neurobiologisch erklärbare, andere Hirnfunktion mit (in der Regel ungünstigen) Auswirkungen auf die zerebrale Informationsverarbeitung. Im Bereich der Neurotransmittersysteme (= elektrische Überträgersysteme zwischen den einzelnen Hirnzellen) von Dopamin, Noradrenalin und wahrscheinlich auch Serotonin besteht primär in gewissen Hirnabschnitten (Stirnhirn, Teilen des Stammhirns und Bereichen des Kleinhirns) eine Fehlfunktion mit verminderter Aktivität aufgrund von Störungen im Bereich von Rezeptoren und sog. intrasynaptischen Transportsystemen. Diese wahrscheinlich primäre Störung kann und wird durch äussere Umweltfaktoren vor allem psychosozialer Art, möglicherweise in gewissen Fällen auch durch die Ernährung, beeinflusst und zT verstärkt. Ganz fatal ist die Situation, wenn Eltern ebenfalls unerkannt ADHS-betroffen sind, da sich vererbte und zusätzlich ungünstige äussere Faktoren verstärken. Je länger die Primärstörung einer ADHS nicht erkannt wird, desto grösser ist das Risiko für sekundäre Störungen und Chronifizierung.

Häufig vererbbar heisst, dass die ADHS in vielen Familien über Generationen in ganz unterschiedlichem Ausmass beobachtet wird (wie dies bereits der Psychiater Heinrich Hoffmann mit seinen berühmten Figuren Hans-Guck-in-die-Luft und Zappelphilipp aufgezeigt hat). Aber auch streng wissenschaftliche Studien mit Adoptivkindern und Zwillingen zeigen, dass sich die neurobiologische Veranlagung zur ADHS ähnlich wie zB die Körpergrösse vererbt. In vielen genetischen Forschungsstätten werden dazu heute umfassende Untersuchungen durchgeführt, die zeigen, dass nicht ein Gen sondern verschiedene Genkombinationen, die zB auch bei Personen mit Suchtproblemen und Risikoverhalten festgestellt werden, dafür wahrscheinlich verantwortlich sind.

Häufig neurobiologisch erklärbar heisst, dass die bereits vor über 40 Jahren durch Paul Wender vermutete andere Funktion in gewissen Neurotransmittersystemen weitgehend bestätigt werden konnte, wie viele bildgebende Verfahren und Untersuchungen, die vor allem die Aktivität einzelner Neurotransmitter (zB im Bereich des Dopaminstoffwechsels) messen, immer wieder zeigen. Dabei stellt sich heraus, dass gewisse Stoffwechselforgänge weniger aktiviert sind und so nötige Steuerungsfunktionen in der Informationsverarbeitung weniger gut ablaufen. Kritiker weisen allerdings darauf hin, dass dadurch nicht sicher eine primäre Störung abzuleiten sei, eine Ansicht, die jedoch durch keine überzeugenden Fakten zu erhärten ist und eher spekulativ erscheint. Aufgrund dieser Unteraktivität kann die Wirkung einer medikamentösen Behandlung erklärt werden: Die Arzneimittel aktivieren oder stimulieren die bestehende Unteraktivität, entsprechend werden sie als (Psycho-) **Stimulanzien** bezeichnet.

Einfluss von Umweltfaktoren: Es ist kein „Entweder oder“ sondern ein „Sowohl als auch“ ! Gemäss Untersuchungen von Russell Barkley, einem der erfahrendsten ADHS-

Forscher aus den USA, ist die vererbte Anlage durchschnittlich zu ca 80 Prozent für das Störungsbild verantwortlich, ein Wert, der mE relativ hoch erscheint. Immer wieder stellen wir in vielen Familien jedoch fest, wie bereits das Ausmass der primären Störung extrem variieren kann: Neben dem vielleicht familientypischen ADHS-Charakter oder Temperament erkennen wir sowohl das Vollbild wie auch Ansätze dazu, die durch ungünstige äussere Ereignisse psychosozialer Art, Unfälle, schlechte Chemie mit Bezugspersonen oder familiäre Schwierigkeiten usw deutlich beeinflusst werden. Auch wissen wir, dass selbst von ADHS-betroffene Eltern, vor allem wenn bei ihnen die Diagnose nicht gestellt wurde, in ihrem Erziehungsalltag rasch überfordert sind und so auch objektiv durch ihr wenig strukturierendes Verhalten die primäre Störung verschlimmern können.

Die Folgerung daraus ist, dass auch oder gerade bei ungünstigen psychosozialen Voraussetzungen häufig eine korrekt durchgeführte medikamentöse Unterstützung, die möglichst frühzeitig begonnen werden sollte, noch viel bedeutsamer ist, damit im Rahmen dieser Basisbehandlung zumindest der neurobiologische Anteil der Störung verbessert werden kann.

Sekundäre oder komorbide Störungen: Aus vielen Lebensgeschichten von ADHS-Betroffenen wissen wir, dass häufig weitere Probleme und Störungen bereits frühzeitig im Kindesalter zu beobachten sind (vor allem Teilleistungsstörungen, Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen) oder im späteren Verlauf auftreten (vor allem Depressionen, Suchtprobleme oder auch Delinquenz). Es gibt Hinweise darauf, dass ein Teil dieser Zusatzstörungen durch eine frühzeitige Medikation vermindert werden kann, vor allem im Bereich der Suchterkrankungen, die ja nicht selten eine „falsch ablaufende“ Selbstmedikation darstellen !

Richtige Indikation:

Die Diagnosestellung einer ADHS ist häufig nicht einfach, in der Regel zeitaufwendig und wird durch verschiedene Fachleute ganz unterschiedlich durchgeführt, wobei es gemäss meiner Erfahrung vor allem darauf ankommt, dass der Untersucher viel Erfahrung mit all den Facetten des Störungsbildes hat und diese auch erkennt. Noch immer wird von vielen Fachleuten zB der Hyperaktivität und der Verhaltensstörung ein viel zu hoher Stellenwert zugeordnet. Viele betroffene Kinder, die stark leiden, sind keine auffälligen Zappelphilippe, sondern zeigen vor allem eine **zunehmend belastende Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung**, die bei steigenden Anforderungen in der Schule zu massiven Problemen führen kann. Daran ist nicht etwa die Schule schuld, sondern die dahinter liegende neurobiologische Störung !

Der aus der ADHS **entstehende Leidensdruck des Kindes**, die zunehmende Beeinträchtigung in kognitiver wie auch sozialer Hinsicht sind für mich entsprechend die wichtigste Indikation für einen Medikationsversuch mit Stimulanzien.

Es ist nicht richtig, aufgrund wenig auffallender Resultate in den Testuntersuchungen anlässlich einer Abklärung auf eine Medikation zu verzichten, wenn das Kind im Alltag zunehmend leidet,

es ist nicht richtig, so lange zu warten, bis das Kind aus der Schule ausgeschlossen wird, es ist nicht richtig, es zuzulassen, dass ein wenig verhaltensauffälliges Kind mit ADHS zB in eine Hilfsklasse abgeschoben wird, ohne dass vorgängig ein Medikationsversuch unternommen wird. Jürg Jegge hat dies bereits vor vielen Jahren in seinem Klassiker „Dummheit ist lernbar“ eindrücklich beschrieben.

Für mich ist zum Entscheid, ob ein Medikationsversuch gemacht werden soll, **die ganze Lebensgeschichte** weiterhin am wichtigsten. Zusätzlich ist in Ergänzung zu meiner ärztlichen Untersuchung eine psychologische Beurteilung (und Zweitmeinung !)

unerlässlich, entsprechend arbeite ich seit Jahren in meiner Praxis mit einem Team von 3

Psychologen zusammen. Nicht selten steckt zB hinter einer vermuteten ADHS eine Überforderung durch eine Lernschwäche im Vordergrund !

Sehr hilfreich sind für mich die seit einigen Jahren auch für Kinder zur Verfügung stehenden Fragebogen von meinem Lehrer aus den USA, Prof. Tom Brown, die ich in die deutsche Sprache übersetzt habe und die heute von vielen kinderärztlichen Kollegen ebenfalls verwendet werden.

Aufgrund von 50 Fragen werden **6 Symptomenkomplexe** von den Eltern und weiteren Bezugspersonen genauer erfragt und analysiert und da Prof. Brown als Kliniker diese Fragebogen aufgrund der geschilderten typischen ADHS-Probleme erstellt hat, sind es vor allem diejenigen Problembereiche, die in der Folge durch eine Medikation deutlich verbessert werden können, wobei diese häufig durch eine verhaltenstherapeutische Begleitung unterstützt wird.

Aufbau der Fragebogen nach Brown:

- ❶ **Problematik der Selbstorganisation, Setzen von Prioritäten, Handlungsplanung und Aktivierung**
AKTIVIERUNG
- ❷ **Probleme mit Fokussieren, Daueraufmerksamkeit und geteilter Aufmerksamkeit („shifting“)**
KONZENTRATION
- ❸ **Steuerung der Wachheit („Alertness“), Vigilanz und Arbeitsgeschwindigkeit**
MOTIVATION
- ❹ **Emotionale Labilität, Stimmungsschwankungen**
AFFEKTIVITÄT
- ❺ **Probleme mit Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis, Schwierigkeiten beim Abrufen von gespeichertem Wissen**
GEDÄCHTNIS
- ❻ **Kontrolle und Steuerung der Aktivität und des Bewegungsverhaltens**
HYPERAKTIVITÄT

Unter diesen 6 Bereichen hat mE vor allem die typische emotionale Labilität vieler ADHS-Betroffenen einen hohen Stellenwert, da diese für viele Untersucher unbekannt ist, weil sie in den sonst üblichen DSM IV- oder ICD 10 Fragebogen gar nicht erhalten ist.

Die Brown'schen Fragebogen sind ausführlich und können entsprechend nicht in wenigen Minuten ausgefüllt werden. Doch auch hier lohnt sich die Mühe, denn ein solch komplexes Störungsbild wie die ADHS kann und soll nicht durch einen Kurzfragebogen beurteilt werden !

Richtige Durchführung:

Die Stimulanzientherapie ist bereits seit rund 70 Jahren bekannt. 1937 hat der amerikanische Kinderpsychiater Bradley über seine ersten positiven Erfahrungen mit Bazedrin, einem Amphetaminpräparat berichtet . Ritalin, das 1954 von CIBA auf den Markt kam, wurde vorerst als mildes Anregungsmittel zur „Ermunterung der Lebensgeister, bei gesteigerter Ermüdbarkeit, bei Verstimmungszuständen und in der Rekonvaleszenz“ empfohlen. Wenige Jahre später hat der Psychologe Keith Connors als einer der ersten Ritalin als hilfreiches Arzneimittel bei ADHS-Kindern eingesetzt. Ich selbst habe in den 70-er Jahren während meiner Assistentenzeit am St.Galler Kinderspital Ritalin als segensreiches Medikament kennen- und schätzen gelernt, dies nachdem der Schaffhauser Kinderarzt Carl Kind und vor allem in Zürich Christoph Wolfensberger über ihre guten Erfahrungen mit Ritalin berichtet hatten. Ich war dann erstaunt, dass ich bei meiner

Rückkehr an die Berner Kinderklinik erfuhr, dass Ritalin bereits zu dieser Zeit sehr umstritten war und von den meisten Fachleuten abgelehnt wurde. In der Folge war ich so relativ lange Zeit einer der wenigen Ärzte, die diese Medikation erfolgreich eingesetzt haben, während in der Zwischenzeit all die anderen Therapieformen in grossem Ausmass versucht wurden, ohne dass eine überzeugende Alternative gefunden worden wäre. Der in den letzten Jahren erfolgte „Ritalinboom“ ist vor allem durch die weitgehend fehlende Wirksamkeit vieler bisher eingesetzter anderer Methoden zu erklären und dadurch, dass Stimulanzien – wenn sie eben **richtig** eingesetzt werden – sehr hilfreich sein können. Zudem hat sich auch die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Medikation die Kinder nicht ruhig stellen soll, sondern aufmerksamer und konzentrierter macht. Vor kurzem erzählte mir ein 10-jähriger Junge: „Mit der Medikation kann ich so sein wie ich es will und vor allem endlich lernen, was mich interessiert!“ Statt weiter von „Anthyperaktiva“ zu sprechen, würde man deshalb besser die Bezeichnungen „**Prokonzentrativa**“ oder „**Proattentiva**“ verwenden !

Chemisch werden durch die Stimulanzien die unteraktivierten Neurotransmittersysteme in den Normalzustand aktiviert (resp. „stimuliert“) so dass die Informationsverarbeitung verbessert wird. Das von mir aus den USA übernommene „Brillenmodell“ , dh die „AKOS“-Brille (= Verbesserung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Selbststeuerung) hat sich als Erklärung für betroffene Kinder gut bewährt.

Natürlich werden diese Überträgersysteme auch durch andere Faktoren beeinflusst: Bekannt ist die stimulierende Wirkung von Coffein und Nikotin, sogar Kokain kann in geringen Mengen die gleiche Wirkung haben, ebenso beeinflussen aber auch emotionale und vor allem psychotherapeutische Verfahren die Neurotransmitteraktivität. Ergänzende verhaltenstherapeutische und funktionelle Therapien sind aber erfahrungsgemäss bei der ADHS häufig erst durch eine Normalisierung der Grundstörung überhaupt möglich ! Schon Sigmund Freud hat übrigens darauf hingewiesen.

Als Stimulanzien gibt es in Europa als Fertigpräparate fast ausschliesslich nur Medikamente, die den Wirkstoff von Ritalin = Methylphenidat enthalten. Bei uns in der Schweiz sind das Ritalin, Ritalin SR und Ritalin LA sowie Concerta. All diese Arzneimittel enthalten den gleichen Wirkstoff, zeigen aber vor allem eine unterschiedliche Wirkungsdauer. Mit Medikinet und möglicherweise Equasym werden in der nächsten Zeit in der Schweiz weitere Präparate mit dem gleichen Wirkstoff erhältlich werden.

Vor allem in den USA werden zusätzlich weitere Präparate auf Amphetaminbasis eingesetzt, am bekanntesten dafür ist das Adderall. Bei uns in der Schweiz war ein entsprechendes Präparat bis 2004 erhältlich, allerdings war dieses Arzneimittel unter dem Namen Dexamin nicht als ADHS-Medikament, sondern als Appetitzügler registriert. Die Neuzulassung als ADHS-Medikament wurde dann entgegen den Zusagen von der Swissmedic abgelehnt, die Substanz kann aber weiterhin auf Rezept in Sirup- oder Kapselform durch die Firma Streuli in Uznach SG bestellt werden.

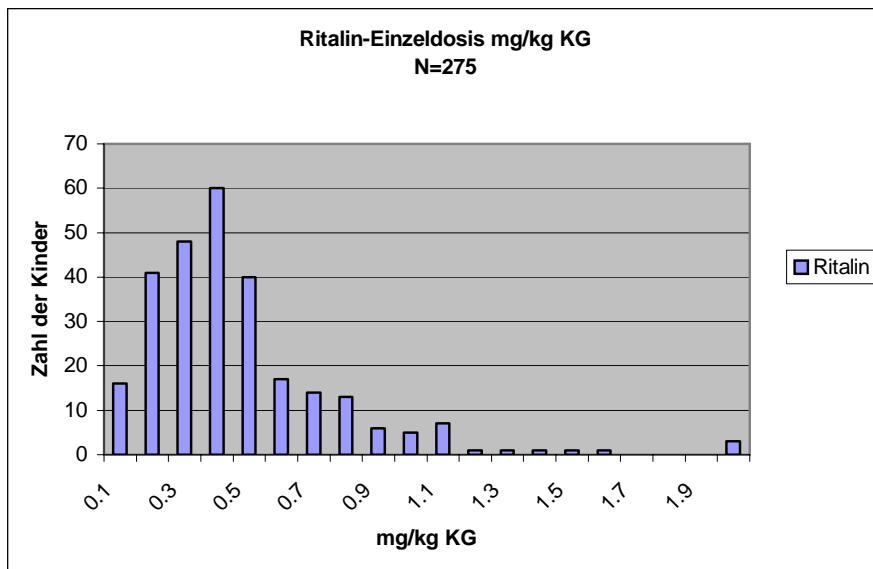
Es gibt im klinischen Alltag Betroffene, die eindeutig besser auf das eine oder andere Stimulans ansprechen, im Einzelfall muss dies immer durch einen entsprechenden Versuch herausgefunden werden. Amphetaminpräparate sind zudem in den USA ab 3 Jahren zugelassen !

Für den Einsatz der Stimulanzien habe ich vor längerer Zeit in meinen Kursen für Kinderärzte **4 goldene Regeln zur Stimulanzientherapie** formuliert, die sich in der Praxis gut bewährt haben.

1. goldene Regel: individuelle Dosierung

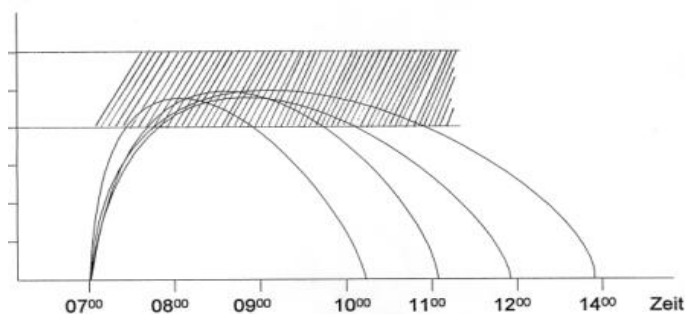
Die Dosierungsstärke zeigt individuell sehr grosse Unterschiede und hängt nicht vom Gewicht, Alter oder vom Ausmass der Störung ab. In einer von mir vor einigen Jahren

erfassten Zusammenstellung habe ich enorme Unterschiede festgestellt, einzelne Kinder brauchen eine bis zu 20-fache höhere Dosierung als andere !
 Die Unterschiede sind auf die variable Aufnahme durch den Darm und vor allem durch einen sehr unterschiedlichen Abbau durch die Leber zu erklären.



2. goldene Regel: stark unterschiedliche Wirkungsdauer

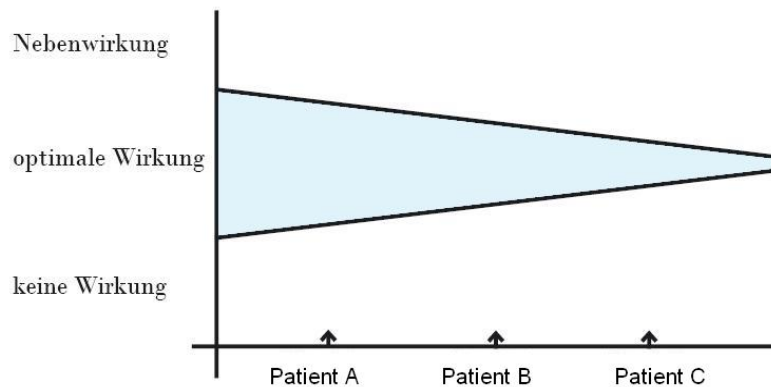
Die Wirkungsdauer ist ebenfalls verschieden, dies vor allem beim kurzwirksamen Ritalin, jedoch ebenfalls bei den neuen Langzeitpräparaten. Die angegebenen durchschnittlichen Wirkzeiten von 4, 8 und 12 Stunden für normales Ritalin, Ritalin LA oder Concerta können im Einzelfall stark variieren.



Unterschiedliche Wirkungsdauer von normalem Ritalin

3. goldene Regel: zT sehr schmale therapeutische Breite

Die sogenannte therapeutische Breite variiert ebenfalls stark. Wegen dieser immer noch zu wenig bekannten Regel sind viele sog. unechte „Ritalinversager“ zu erklären: Man hat in diesen Fällen einfach nicht die individuell richtige Dosierung herausgefunden ! Ritalin als Tropflösung (exklusiv erhältlich in der Dorfapotheke in Münsingen BE) zubereitet kann da hilfreich sein.



Wie werden nun diese ersten 3 goldenen Regeln bei einer Neueinstellung richtig umgesetzt ?

Wichtig ist, dass es sich dabei zu Beginn immer um einen **Medikationsversuch** handelt, denn im Einzelfall kann nie vorausgesagt werden, ob und wie gut ein Kind auf die Stimulanzienbehandlung ansprechen wird. Wir wissen aber, dass – wenn die Einstellung richtig durchgeführt wird - in ca 85 % aller Fälle die Medikation so hilfreich sein wird, dass es sinnvoll ist, diese weiterzuführen !

Das praktische Vorgehen hat sich bei mir in folgender Weise bewährt:

- Gestellte Indikation für einen Medikationsversuch, grösserer Leidensdruck, vor allem beim betroffenen Kind ! Eigene Bereitschaft für einen Versuch !
- Vermittlung von ausführlichen Informationen, (Connors spricht dabei von der sogenannten „Bibliotherapie“)
- Nach Besprechung in der Regel Bedenkfrist und Zeit um Fragen zu stellen
- Wahl des Stimulans (Methylphenidat, d-Amphetamin), immer Beginn mit kleiner Dosierung eines kurzwirksamen Präparates morgens (dh zB $\frac{1}{4}$ Tbl Ritalin), dann stufenweise (wieder um $\frac{1}{4}$ Tbl) Dosiserhöhung alle 3 – 4 Tage
- Mindestens wöchentliche Rückmeldung bzgl. Wirkung, möglichst Rücksprache mit allen beteiligten Bezugspersonen. Dieses Vorgehen ist in der Einstellphase unabdingbar, das Unterlassen ist mE ein **ärztlicher Kunstfehler**
- **Wenn bekannt ist, welche optimale Dosis wie lange wirkt**, kann die Zahl der täglich notwendigen Gaben bestimmt werden, 2. Dosis in der Regel ca $\frac{2}{3}$ der Anfangsdosis, später häufig Einsatz eines Langzeitpräparates wie Concerta oder Ritalin LA, eventuell Ritalin SR.
- Bei gutem Ansprechen in der Regel vor allem zu Beginn kontinuierliche Therapie, keine Pausen an Wochenenden oder in den Ferien !
- Sobald einige Wochen Erfahrung kritisches „Hinterfragen“ und Besprechung, ob diese Pharmakotherapie nun wirklich sinnvoll ist oder nicht, **Meinung des Kindes dazu ist äusserst wichtig !**
- Welche Nebenwirkungen ?, allfällige Begleiterkrankungen nicht mit Nebenwirkungen und umgekehrt verwechseln !, Konsequenzen daraus ?
- In der Regel Auslassversuch einplanen !
- Standortbestimmung nach 2 – 3 Monaten Erfahrung mit der Medikation: Festlegen des weiteren Vorgehens, was braucht es eventuell zusätzlich ? Sofern das familiäre und pädagogische Umfeld stimmt und keine zusätzlichen Störungen bestehen, ist eine korrekt eingestellte und gut überwachte Medikation im Sinne der AKOS-Brille nicht selten so wirksam, dass weitere Zusatztherapien gar nicht mehr nötig sind !

Die richtige Überwachung und langjährige Begleitung beinhaltet die 4. goldene Regel

Die medikamentöse Behandlung erstreckt sich üblicherweise über mehrere Jahre, auch hier kann nie vorausgesagt werden, wie lange diese sinnvoll ist. Zudem hängt sie von vielen auch wechselnden Umweltfaktoren ab. Ein vorwiegend hyperaktiver und verhaltensauffälliger Junge wird in der Regel früher (leider häufig zu früh !) die Medikation absetzen als eine hoch motivierte, vor allem aufmerksamkeitsgestörte Gymnasiastin, die täglich spürt, wie sie von der Medikation profitiert.

Vor allem hypoaktive Kinder zeigen insofern eine Besonderheit, indem bei ihnen nicht selten nach einigen Monaten die Medikation (zB anlässlich eines Absetzversuches) bereits gestoppt werden kann und die Symptomatik vorerst für einige Zeit verschwunden bleibt. Nach einigen Wochen kommen die früheren Probleme wieder zum Vorschein und die Wiederaufnahme der Medikation lässt die Symptomatik rasch verbessern. Fast scheint es so, dass wir hier irgendeinen „Akku“ aufladen müssen...

Ich selbst bin immer wieder überrascht, wie gut bei richtig eingestellten ADHS-Betroffenen die sog. **Compliance** ist, dh wie regelmässig und über Jahre die Behandlung weitergeführt wird, solange sie noch richtig wirkt.

Nicht selten muss die Dosierung mit zunehmendem Alter etwas angepasst werden, vor allem bei Kindern, bei denen die therap. Breite (= 3. goldene Regel !) sehr schmal ist. Schon eine Dosiserhöhung um $\frac{1}{4}$ Tbl Ritalin kann bereits sehr viel verbessern. Nach einigen Jahren Therapie kann aber auch eine schleichende Überdosierung auftreten, dh ein Jugendlicher wird zB zunehmend depressiv oder apathisch, weil er eine zu hohe Dosis erhält.

In wenigen Fällen beobachtet man vor allem bei Concerta eine gewisse Toleranzentwicklung, dh die Kinder brauchen sukzessiv höhere Dosen.

Zur richtigen Überwachung gehört auch das Kennen und Beachten der insgesamt **unproblematischen Nebenwirkungen:**

Relativ häufig sind **Appetitstörungen**, vor allem zu Beginn und bei kleineren Kindern. Wenn die Medikation dauernd gegeben wird, verbessert sich die Appetitstörung eher, als wenn immer wieder an Wochenenden die Medikation abgesetzt wird. In gewissen Fällen kann in den ersten 1 – 2 Jahren auch eine leichte Verzögerung des Wachstums auftreten, Langzeitstudien zeigen aber, dass dieser Rückstand von 1 – 2 cm später wahrscheinlich wieder aufgeholt wird.

Vor allem bestehende **Einschlafstörungen** können durch Stimulanzien ebenfalls verstärkt werden, in einigen Fällen kann aber eine abendliche Gabe von Stimulanzien das Einschlafen deutlich verbessern.

Kopfschmerzen sind eher ungewöhnlich, sofern sie in der Schule gegen Mittag auftreten kann Traubenzucker in der Pause überraschend gut helfen.

Bauchschmerzen werden zu Beginn etwa beobachtet und können durch Umstellung der Einnahme (vor, während oder nach dem Morgenessen) verbessert werden.

Vor allem bei stark hyperaktiven Kindern kann nach Abklingen der positiven Stimulanzienwirkung ein sog. **Reboundphänomen** auftreten, das eine verstärkte Unruhe und Hyperaktivität, manchmal auch ein dysphorisches Verhalten auslöst. Durch den Wechsel auf ein Langzeitpräparat kann diese Erscheinung häufig behoben werden.

Gewisse sensible Kinder verspüren beim Wirkungseintritt ein leichtes **Herzklopfen**, dh eine Beschleunigung des Pulses. Festgestellte Herzerkrankungen oder gehäufte familiäre Herzprobleme sollten vor dem Beginn einer Stimulanzientherapie genau abgeklärt werden und können vor allem bei erwachsenen ADHS-Betroffenen eine Gegenindikation für eine Medikation bedeuten.

Weitere **seltene Nebenwirkungen** sind möglich, viele sog. Nebenwirkungen beruhen aber auf einer falschen, dh meist zu hohen Dosierung. Die immer wieder postulierten Langzeitschädigungen wie Parkinson, Krebs oder Herztodesfälle sind schlichtweg falsch und werden in unverantwortlicher Weise weiterhin durch die Medien hochgespielt ! Im Gegensatz dazu lassen verschiedene Langzeituntersuchungen zunehmend vermuten, dass durch eine richtig durchgeführte Medikation **neurobiologisch nachweisbare positive Veränderungen** in der äusserst komplizierten Hirnstruktur entstehen, entsprechend kann die Medikation ja auch nach einigen Jahren abgesetzt werden.

Die immer wieder geäusserte **Gefahr einer Abhängigkeit oder gar Suchtentwicklung** besteht ebenfalls nicht ! Auch hier zeigen im Gegenteil verschiedene, auch prospektiv durchgeführte Untersuchungen, dass ADHS-betroffene Jugendliche unter einer richtig durchgeführten Stimulanzientherapie nicht häufiger drogenkrank werden als Nichtbetroffene. Im Gegensatz dazu sind jedoch nicht behandelte ADHS-Jugendliche wesentlich häufiger mit Sucht- und Drogenproblemen konfrontiert.

In unkomplizierten Fällen, positivem Verlauf und gutem familiären und pädagogischen Umfeld sehe ich die Kinder in der Regel 1 bis 2 mal pro Jahr für eine klinische Kontrolle (mit Gewichts- und Längenmessung, Blutdruckkontrolle und einem Blutbild, das wahrscheinlich nicht nötig ist, aber von den Herstellerfirmen und Behörden noch vorgeschrieben wird). Ein Feedback über den Verlauf sollte idealerweise alle 2 – 3 Monate erfolgen, wenn möglich auch vom Lehrer und weiteren Bezugspersonen. Dabei immer wieder Kontrolle, ob die Einstellung noch stimmt, bei Dosisanpassungen immer nur kleine Veränderungen (1/4 Tbl !) vornehmen.

Licht- und Schattenseiten einer Stimulanzientherapie

Positive Aspekte:

- Bei richtiger Durchführung profitiert ein betroffenes ADHS-Kind deutlich in vielen Bereichen wie dies bereits seit Jahrzehnten bekannt ist. Die nachfolgende Zusammenstellung wurde vor ca 10 Jahren durch die amerikanischen Kinderpsychiater publiziert:

Kognitive Verbesserung	Aufmerksamkeit wird besser, vor allem bei relativ monotonen Aufgaben Weniger ablenkbar Kurzzeitgedächtnis verbessert sich Impulsives Handeln verschwindet, überlegt vorher Kann Gedanken (abgespeicherte Informationen) besser abrufen Arbeitspensum wird grösser Arbeitet genauer
-------------------------------	--

Soziale Effekte:	Bleibt bei der Arbeit (Hausaufgaben !) Besseres Spielverhalten, kann sich beschäftigen Weniger Streitereien, weniger Frustrationen Verhalten ruhiger, der Situation angepasster Im Turnen und Spiel integrierter Wird von anderen Kindern besser akzeptiert Weniger aggressives Verhalten, weniger Trotzen
-------------------------	--

Verbesserung der Eltern-Kind Beziehung, familiäres Klima entspannt sich
Eltern und Lehrer verändern ihre Einstellung, sie sehen das Kind positiver

Motorische Hyperaktivität: „normalisiert“ sich
Uebermässiges Reden, Lärmen und Stören anderer verschwindet
Handschrift verbessert sich
Feinmotorik wird besser

- Der Schulalltag wird entlastet, das Kind kann sein vorhandenes gutes Potential ausschöpfen, der häufig bestehende Teufelskreis löst sich auf, es entsteht zT sogar „Freude am Lernen“, das Kind hat nun „gleich lange Spiesse“, die Hausaufgaben-situation verbessert sich, es gibt mehr Freizeit. Die Schulleistungen werden zT dramatisch besser.
- Die sozialen Verbesserungen sind für ein Kind (vor allem Mädchen !) subjektiv häufig noch viel entscheidender, es fühlt sich nun „akzeptiert“ und nicht mehr ausgeschlossen. Geschwisterliche Rivalitäten können bleiben, verbessern sich aber doch relativ häufig in einem gewissen Umfang.
- Auch im übrigen Alltag läuft vieles besser: Sport, Freizeitaktivitäten, das Spielen mit einem Instrument oder gemeinsame familiäre Aktivitäten können nun häufig überhaupt oder mit deutlich weniger Stress ausgeübt werden.
- Zunehmende Hinweise auf eine positive neurobiologisch nachweisbare Veränderung in den Hirnstrukturen durch eine mehrjährige medikamentöse Behandlung. Hier sind in den nächsten Jahren sicher noch ganz spannende Ergebnisse zu erwarten und es stellt sich vielleicht einmal die Frage, ob eine Prävention durch eine frühzeitige Medikation möglich wäre ? Voraussetzung dafür müsste jedoch ein möglichst objektives Testverfahren in einem frühen Zeitpunkt sein !

Negative Aspekte:

- Die falsche Erwartungshaltung, dass sich nun durch eine Medikation alle Probleme lösen lassen. Eine Stimulanzientherapie verbessert zwar die ADHS-Symptome, kann aber weitere Problembereiche nicht oder nur wenig beeinflussen. Vor allem dann, wenn wir relativ spät mit einer Medikation beginnen, haben sich bereits sekundäre Störungen, festgefahrene falsche Reaktionsweisen und ein beträchtliches Lerndefizit ausgebildet. All das muss, resp. kann nun erst be- und aufgearbeitet werden und das bedeutet vor allem einen grossen Aufwand an Kraft, Anstrengung und Zeitbedarf.
- Auch ungünstige psychosoziale Umgebungsfaktoren verschwinden natürlich nicht durch eine Medikation !
- Ein gutes Ansprechen kann dazu verführen, nötige Zusatzmassnahmen allzu früh aufzuheben.
- Schlechte Presse !, Verunsicherung durch meist falsch oder nur teilweise richtig recherchierte Meldungen sowohl durch Medienleute wie auch Fachpersonen
- Schuldgefühle der Eltern werden dadurch verstärkt und das Gefühl „halt doch etwas falsch gemacht zu haben“ kommt immer wieder zum Vorschein.
- Relativ häufig suboptimale Durchführung der Stimulanzientherapie, dh die Medikation wird nicht richtig verabreicht, die Eltern werden zu wenig beraten und vor allem zu wenig unterstützt. Dadurch auch vermehrtes Auftreten von unnötigen Nebenwirkungen, die häufig vermieden werden könnten.
- Die Meinung des betroffenen Kindes wird nicht oder zu wenig respektiert, allerdings kann dies in der beginnenden Pubertät häufig nicht so einfach sein.....(Gefahr des zu frühen Aufhörens !).
- Druck durch Schule und andere Bezugspersonen im negativen wie auch positiven Sinn („Du musst“, Du darfst nicht....!)

- Fragen des Dopings, Berufswahl oder Militärdiensttauglichkeit. In der Regel ist dabei nicht die Medikation sondern das Handicap ADHS das Problem.

Bereits vor 9 Jahren hatte ich die Gelegenheit im Rahmen dieser gleichen ELPOS-Veranstaltung über die Medikation von ADHS-Kindern zu sprechen. Mein damaliger Vortrag „Medizinische Hilfen für Pestalozzi's Kinder“ war möglicherweise auch ein Anstoss, dass die Medikation in den letzten Jahren doch wesentlich bekannter geworden ist, besser verstanden und auch sachlicher diskutiert wird. Es wäre schön, wenn nun in den kommenden Jahren betroffene ADHS – Kinder und Jugendliche auch von einer möglichst **richtig durchgeführten Medikation** profitieren könnten !

Frau Dominique Eich wird anschliessend zeigen, dass die gleiche Stimulanzientherapie in der Zwischenzeit auch bei Erwachsenen eine grosse Bedeutung erlangt hat !

Ich möchte wie vor 9 Jahren mit den gleichen Schlussworten schliessen:

Wir wissen von Heinrich Pestalozzi und vielen anderen Beispielen, dass die ADHS einen erfolgreichen Lebensweg nicht ausschliesst und in gewissen Fällen sogar ermöglicht. Ob Frau Pestalozzi ihrem Sohn Heinrich je eine medikamentöse Unterstützung hätte zukommen lassen, wissen wir nicht. Wir wissen aber, dass wir heute mit gutem Gewissen und häufig recht erfolgreich mit einer Behandlung mit Stimulanzien im Sinne einer "chemischen Brille" viel Leid und Kummer betroffener Familien vermeiden können. Diese Medikation ist ein wichtiger Baustein im ganzen Behandlungskonzept, das die Zusammenarbeit von Eltern, Erzieher, Lehrer, Psychologe und eben auch den Arzt in einem gemeinsamen Team einschliessen sollte. Auf diese Weise können bei vielen Kindern mit ADHS im Sinne von Pestalozzi möglichst umfassend die geistigen, sittlichen und körperlichen Fähigkeiten (dh "Kopf, Herz und Hand") gefördert und weiterentwickelt werden.