

Es muss nicht immer **Ritalin** sein



Ist klar, dass ein Kind unter der Aufmerksamkeitsstörung ADS leidet, beginnt die Suche nach der besten Therapie. Diese muss nicht unbedingt (nur) aus Ritalin bestehen.

Noch vor einer Generation hies- sen sie entweder «Zappelphi- lipp», «ewige Träumerin» oder, im unangenehmeren Fall, «schlecht erzogener Saugooof». Heute hat man für Mädchen und Buben, die «schwie- rig» sind, sich nicht konzentrieren können und ziellos überdreht wirken, schnell ein anderes Etikett zur Hand: «ADS-Kind». Und ebenso schnell zur Hand scheint dann die «Psychodroge» Ritalin zu sein. Zumindest wenn man zahlreichen Medienberichten glauben darf. Dabei wird Ritalin – richtig eingesetzt – nicht als erste therapeutische Massnahme verschrieben und zudem immer gemeinsam mit anderen, nicht-medi- kamentösen Therapien. Manchmal macht es diese Therapien allerdings erst möglich.

Ralph Hassink ist Kinderneurologe am Zentrum für Entwicklungsförderung und pädiatrische Neurorehabilitation Z.E.N. in Biel und hat sehr oft mit Kindern zu tun, bei denen der Verdacht auf ADS oder ADHS (Erklärung siehe Kasten) besteht. Bevor er überhaupt Fragen zur richtigen Therapie beantwortet, sagt er, müsse er eines klarstel- len: «Viel zu viele Kinder bekommen heute vorschnell und fälschlicherweise die Dia- gnose ADHS und erhalten deshalb natür-

lich nicht die optimale Therapie.» Denn das Erkennen der Krankheit AD(H)S ist ein aufwendiger und kom- plexer Prozess, bei dem Kind, Eltern und mehrere Fachärzte wie Kinderneurologe, Kinderpsychologe oder spezialisierte Kin- derärztin eng zusammenarbeiten. Bis heute gibt es keinen Test, der AD(H)S eindeutig feststellen kann. Stattdessen müssen einzel- ne Puzzleteile zusammengesetzt, interpre- tiert und alle anderen möglichen Krankhei- ten ausgeschlossen werden. Bei einer guten Diagnosestellung wird ein Gesamtbild des Kindes erstellt, «besonders auch seiner Stär- ken», sagt Hassink, «das sind die Ressour- cen, auf denen die Therapie später aufbau- en kann.»

Steht die Diagnose AD(H)S fest, muss man sich das therapeutische Konzept wie eine Stufenleiter vorstellen, wobei das Rita- lin im Normalfall an allerletzter Stelle steht und bei leichterer Aus- prägung oft gar nicht nötig ist. Die Therapie bei AD(H)S sollte jedoch immer mehrere Bau- steine umfassen, «multimodal» sein. Dies auch, weil etwa zwei Drittel der betroffenen Kinder weitere behandlungsbedürfti- ge Begleiterkrankungen ha- ben: Typisch sind Legas- thenie, aggressive Verhaltens- störungen oder Koordina- tionsprobleme.

Kein Kind ist wie das andere, und des- halb gibt es auch kein therapeutisches Pa- tentrezept. «Die beste AD(H)S-Therapie ist die, die dem einzelnen Patienten am meis- ten hilft», formuliert es Peter Weber, Leiter der Entwicklungssprechstunde am Univer- sitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), «und das kann sich erst noch bei jedem Kind von Jahr zu Jahr ändern.»

Hilfsmöglichkeiten:

Lob, Zuwendung und Konsequenz

Oft hilft schon eine Umstellung der Erziehung: ein ruhiges Umfeld schaffen, klare Regeln aufstellen, Ablenkun- gen vermeiden, positives Verhalten loben, konsequent sein. Das bedeutet nicht, dass das familiäre Umfeld eines Kindes die Ursache der Störung ist, es beeinflusst den Verlauf der Krankheit aber.

Die allermeisten Fach- leute sind sich heute darüber einig, dass AD(H)S mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ei- ne zum grössten Teil erbliche, neurobiologische Störung ist. Der neueste Stand der Wis- senschaft: Eine Veränderung



im Stoffwechsel des Botenstoffs Dopamin im Gehirn ist für die typischen AD(H)S-Symptome verantwortlich.

Verhaltenstraining

Zu den allgemein anerkannten Therapien bei AD(H)S gehört das kognitive Verhaltenstraining für Kinder ab etwa fünf Jahren, dabei finden zu Beginn regelmässige Sitzungen statt, meist wöchentlich. Das Kind soll lernen, sich Gedanken über sein Verhalten zu machen und es zu steuern. Dadurch werden unerwünschte Verhaltensweisen nach und nach durch neu gelernte ersetzt, das Kind kann sich besser wahrnehmen und kontrollieren. Wie bei allen AD(H)S-Therapien ist es wichtig, dass die Eltern mit einbezogen werden und aktiv mitarbeiten.

Gute Therapeuten findet man via Erziehungsberatung, Schulpsychologischen Dienst oder Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst – je nach Kanton – oder auch durch Selbsthilfeorganisationen wie die ELPOS (siehe Adresskasten). Therapien bei ärztlichen Fachpersonen werden in der Regel problemlos von der Krankenkasse übernommen. Bei psychologischen Therapeuten nur in bestimmten Fällen – am besten, man fragt bei der eigenen Krankenkasse nach.

Homöopathie

In der Homöopathie gibt es keine «Fertigprodukte». Für jedes Kind muss in einem längeren Prozess das jeweils individuell passende homöopathische Arzneimittel gefunden werden, das genau mit seiner Symptomatik übereinstimmt. Bis es soweit ist, können Wochen vergehen. Deshalb eignet sich die Homöopathie nicht für Notfallinterventionen.

Steht die Familie jedoch nicht unter Zeitdruck, ist Homöopathie «etwas, was man in Betracht ziehen kann», findet Facharzt Peter Weber. In einer kürzlich abgeschlossenen Berner Studie konnten jetzt erstmals Erfolge der homöopathischen Behandlung von AD(H)S-Kindern wissenschaftlich belegt werden. Sofern eine entsprechende Zusatzversicherung für Kom-



plementärmedizin besteht, übernimmt die Krankenkasse einen Teil der Behandlungskosten.

Ergotherapie

Bei Wahrnehmungsstörungen kann eine Ergotherapie wichtiger Bestandteil der Behandlung sein. Gleichgewichtssinn, Fühlen und auch Hören werden dabei gezielt gefördert. Die Kosten werden durch die Grundversicherung der Krankenkasse abgedeckt, falls die Ergotherapie auf ärztliche Anordnung bei einem zugelassenen Therapeuten stattfindet.

Eine andere, eher teure Methode, welche die Wahrnehmung fördern soll, ist die Tomatis-Therapie. Sie beruht auf Behandlungen mit speziell aufbereiteter Musik und Stimme, wird von Krankenkassen jedoch nur mit Zusatzversicherung teilweise bezahlt. Anders als die Ergotherapie ist sie nicht allgemein anerkannt. Dass

Musik(machen) für viele AD(H)S-Kinder wichtig und auch heilsam ist, wird dagegen nicht bestritten.

Ernährungsumstellungen

Spezielle Diäten gehören nicht mehr zu den Standard-AD(H)S-Therapien, werden aber seit Jahrzehnten immer wieder diskutiert. In den 80er-Jahren verdächtigte man beispielsweise phosphathaltige Nahrungsmittel wie Schokolade oder Cola, AD(H)S auszulösen. Nun wies vor Kurzem eine englische Studie nach, dass künstliche Farbstoffe und Konservierungsmittel (insbesondere Natriumbenzoat) hyperaktive Verhaltensweisen tatsächlich verstärken können. Es lohnt sich also, leuchtend grüne Gummischnüre und rote Schaumerdbeeren vom Speisezettel zu streichen – es gibt genügend Gummibärli, die mit natürlichen Zutaten gefärbt sind.

Auch hier kann man jedoch nicht alle Kinder mit AD(H)S über einen Kamm scheren: Manche reagierten unmittelbar auf die Zusätze, andere gar nicht, so wie ein Espresso vor dem Zubettgehen die einen Erwachsenen schlaflos legt, die anderen beru-



ADS, ADHS, POS...?

ADS bedeutet Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität (wichtigste Symptome: Unaufmerksamkeit, Konzentrationsstörungen). Gebräuchlich ist auch die Bezeichnung «ADS minus H» oder ADS-H). ADHS heisst Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität, d.h. es kommt zur Unaufmerksamkeit noch Unruhe und Impulsivität dazu.

In der Schweiz nennt man ADHS teilweise auch POS (Psychoorganisches Syndrom), falls es sich dabei um ein sogenanntes Geburtsgebrechen handelt. In einem solchen Fall besteht das Recht auf Beiträge durch die Invalidenversicherung.

ADS und ADHS werden umgangssprachlich auch synonym verwendet. Bei beiden handelt es sich um eine Krankheit, die sorgfältig und exakt diagnostiziert werden muss.

higt. «Eine ausgewogene Ernährung mit möglichst naturbelassenen Stoffen ist generell empfehlenswert, AD(H)S kann von Ernährungsfaktoren allein jedoch nicht verursacht werden», sagt Facharzt Hassink klipp und klar.

L-Carnitin und Strath

Am Bieler Z.E.N. wurde vor kurzem ein Versuch mit L-Carnitin, einer natürlich vorkommenden, für den Energie-Stoffwechsel wichtigen Substanz, durchgeführt. Dabei erhielten vier- bis zehnjährige hyperaktive Kinder täglich eine bestimmte Dosis L-Carnitin zu trinken. Resultat: Zappeligkeit und Unkonzentriertheit besserten sich. «Um den genauen Wirkmechanismus zu erklären, braucht es weitere Studien», sagt Hassink, «aber die Ansätze sind viel versprechend.»

Auch das Kräuterhefepräparat Strath erwies sich in einer Schweizer Studie als bei manchen Kindern sehr wirksam. Zudem: Nützt es nichts, so schadet es nicht. Nebenwirkungen sind bei Strath keine bekannt.

Ärzte empfehlen ausserdem, bei Kindern mit AD(H)S an einen Magnesiummangel zu



aufmerksamkeitsdefizit

denken und ein allfälliges Defizit auszugleichen, dasselbe gilt für Vitamin B. Bezahlt werden diese Therapien von den Krankenkassen jedoch meist nicht.

Neurofeedback

Neurofeedback ist eine Variante des Biofeedbacks. Dabei lernen Kinder ab Schulalter, ihre Hirnaktivität bewusst zu beeinflussen. Gearbeitet wird mit einem Computer; die abgeleiteten Hirnwellen bewegen auf dem Bildschirm Comicfiguren. Eine Untersuchung am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uni Zürich (KJPD) hat kürzlich viel versprechende Resultate gezeigt: Kinder mit AD(H)S konnten sich nach einem mehrwöchigen Neurofeedbacktraining besser konzentrieren.

Die Nachfrage nach Neurofeedback steigt, obwohl die Krankenkassen die Behandlung nicht bezahlen. Anders als beispielsweise in Deutschland ist das Angebot in der Schweiz vorläufig noch klein.

PC-Training

Es gibt auf dem Markt verschiedene Computer-Trainings für zu Hause, die die Konzentration fördern sollen und teilweise speziell für AD(H)S-Kinder angepriesen werden. «Ohne andere, begleitende Strategien wie ein Verhaltenstraining unter Einbezug der Eltern bringt das oft nur kurzfristig eine Verbesserung», sagt die Berner Psychologin Regula Bischof dazu, die regelmässig Abklärungen und Verhaltenstherapie bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen durchführt.

Weitere komplementärmedizinische Therapien

Traditionelle Chinesische Medizin, (Laser-)Akupunktur, Kinesiologie, Phytotherapie (Therapie mit pflanzlichen Mitteln wie etwa Gingko) etc.: Die Liste der Therapieangebote ist lang und wird immer länger. «Es gibt fast täglich neue, teilweise exotische Ansätze», stellt Expertin Regula Bischof fest. «Wie diese Thera-



pien im Einzelnen wirken, sei dahingestellt. Sie haben aber gemeinsam, dass sie den Fokus auf das Kind und seine Situation richten: Man kümmert sich, schenkt ihm Aufmerksamkeit, alle ziehen am selben Strick. Sind Eltern und Kind motiviert und setzen etwas gemeinsam um, dann kann sehr vieles helfen, auch wenn es

schulmedizinisch nicht anerkannt ist.»

Ritalin oder andere Medikamente

Das im Zusammenhang mit AD(H)S am meisten diskutierte Medikament ist Ritalin, das den Wirkstoff Methylphenidat enthält und Konzentrationsfähigkeit sowie Ausdauer verbessert. Im Normalfall – also ohne übermässigen Leidens- und Zeitdruck – soll es nur dann eingesetzt werden, «wenn man mit dem Kind und den Eltern einen gewissen Weg gegangen ist und alle damit einverstanden sind», sagt Ralph Hassink. Sein Berufskollege Peter Weber vom UKBB ergänzt: «Sinnvoll ist Ritalin sowieso erst bei Kindern ab sechs Jahren, ausser, es liegt ein Notfall vor. Das heisst, man steht mit dem Rücken zur Wand, es droht eine Heimeinweisung oder ähnliches.»

In den zehn Jahren seiner Praxis hat Weber weniger als einem halben Dutzend Kindern unter sechs Jahren Ritalin verschrieben. Das ist auch logisch, weil AD(H)S eigentlich erst bei Schulkindern sicher diagnostiziert werden kann. «Ein Kind, das mit vier Jahren eine eventuell beginnende AD(H)S-Symptomatik zeigt, kann sich zwei Jahre später absolut unauffällig verhalten», sagt Hassink.

Bekommt ein Kind Ritalin oder ein ähnliches Medikament (beispielsweise Concerta), heisst das keineswegs, dass die begleitenden Therapien wie Verhaltens- oder Ergotherapie beendet werden. «Nur Medis allein, das bringt

nicht die optimale Wirkung», sagt Psychologin Bischof. Und sie beruhigt: «Das Gute an Ritalin ist, dass man es nicht ein Leben lang nehmen muss. Ich coache auch Erwachsene mit ADHS, viele von ihnen setzen das Medikament bewusst und gezielt ein. Beispielsweise vor Aufgaben, bei denen es auf Genauigkeit ankommt, oder wenn eine längere geistige Anstrengung nötig ist.»

Für die betroffenen Kinder ist es wichtig, dass sie – trotz AD(H)S – ihre Stärken entwickeln können und individuell zugeschnittene, für sie optimale Therapien erhalten. Idealerweise

wird das Kind dabei von einer Fachperson begleitet, die Ansprechperson für alle Fragen ist und das Behandlungskonzept auch immer wieder hinterfragt. Ob das der Kinderarzt ist oder ein Facharzt, ist egal – wichtig ist vor allem, dass zwi-

schen ihm und der Familie die Chemie stimmt. Und damit ist nicht zwingend Ritalin gemeint.

Text: Karin Aeschlimann

Illustrationen: Werner Haltinner



Infos

MEHR ZUM THEMA ADHS

Es gibt über 100 deutschsprachige Bücher zu den Themen Hyperaktivität und Unkonzentriertheit und fast ebenso viele Internetseiten. Dieser Berg von Berichten und Analysen überfordert Eltern und Erzieher. Anerkannt fundierte und seriöse Seiten als Einstieg: www.adhs.ch

Die Seite des Psychologen Piero Rossi und des Arztes Martin Winkler stellt wissenschaftlich abgestützte Informationen zur Therapie bei AD(H)S zur Verfügung. www.elpos.ch

Eltern von betroffenen Kindern betreiben diese Seite mit vielen Informationen, Literaturhinweisen und Veranstaltungstipps.

