

I Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

- Kenntnis der klinischen Definition gemäss DSM IV, resp. eventuell ICD 10
- Ausführliche Anamnese, Lebenslauf, Familienanamnese, Berichte von Eltern und weiterer Bezugspersonen (Fremdbeurteilung), Rückgriff und Beurteilung von Voruntersuchungen
- Einsatz störungsspezifischer Fragebogen
- Allgemeine klinisch-pädiatrische Untersuchung, ergänzt durch eine neuromotorische Abklärung
- spezifische Teste zur Aufmerksamkeit
- ausführliche entwicklungs- resp. schulpsychologische Untersuchung mit Verhaltensbeobachtung
- Resultat eines eventuellen lege artis durchgeführten medikamentösen Therapieversuches

Aufmerksamkeitsteste

In der Regel **Papier- und Bleistiftteste**, in denen eine relativ monotone, wenig anspruchsvolle Aufgabe möglichst rasch und richtig über eine längere Zeit bearbeitet werden muss. In der Untersuchungssituation sind die Kinder trotz der langweiligen Aufgabe fürs Mitmachen meist relativ gut motiviert. Dabei sind Buchstaben, Figuren oder Zahlen durchzustreichen, resp. es müssen fehlende Symbole ergänzt werden. Registriert wird das **Arbeitstempo**, das **Verhalten** bei der Durchführung, die Zahl der **richtig und falsch bearbeiteten Zeichen** und der **zeitliche Ablauf** über die ganze Testdauer. Dabei wird in der Regel die selektive Aufmerksamkeit und die Daueraufmerksamkeit beurteilt, wobei diese auch in Relation zum individuellen IQ gestellt werden muss (vgl zB Normtabellen vom d2-Test).

In der Regel führe ich je nach Alter folgende Teste durch:

5 Jahre **Frankfurter Konzentrationstest (Apfel-Birnentest)**

6-7 Jahre **Zahlensymboltest A** (aus HAWIK III)

7-9 Jahre **bp-Test nach Esser**

8-16 Jahre **Zahlensymboltest B** (aus HAWIK III)

ab ca 8,5 J. **d2-Test**

ab 15 J. **FAIR-Test**

Der **Dortmunder Aufmerksamkeitsstest** von Lauth ist anders aufgebaut und lässt das Aufmerksamkeitsverhalten in einer komplexeren Handlungssituation beurteilen.

Der **Mottier-Test** prüft sowohl die auditive Wahrnehmung wie auch das Aufmerksamkeitsverhalten, das **Zahlennachsprechen** ist vorwiegend eine testmässige Erfassung des auditiven Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisses.

Die **computerisierten Verfahren**, vor allem die Continuous Performance Tests (CPT), zeigen nur bedingt Vorteile, sie werden aber in der Regel von den Kindern geschätzt und lassen meiner Erfahrung nach bei auffälligen Befunden die Aufmerksamkeitsproblematik anschaulicher erklären und zeigen häufig auch erstaunliche „messbare“ Verbesserungen unter einer Medikation. Vor allem auch Lehrer erkennen bei der Demonstration dieser Tests häufig, dass wirklich ein Problem und nicht nur „schlechter Willen“ (er könnte wenn er nur wollte!) vorliegt.

Ich selbst verwende seit Jahren das **Gordon Diagnostik Testsystem** (transportables Testgerät mit grosser Verbreitung in den USA) und seit kurzem das **OPTAX-System** (CPT kombiniert mit Infrarotregistrierung des Bewegungsverhaltens, Auswertung via Internet in der Harvard Medical School).

Allen Aufmerksamkeitsstesten ist gemeinsam, dass die

Sensivität (dh die Wahrscheinlichkeit, dass ein Betroffener einen positiven Befund aufweist) deutlich schlechter ist als die

Spezifität (Wahrscheinlichkeit, dass ein Nichtbetroffener einen normalen Test aufweist)

Vor allem für die vorwiegend unaufmerksamen Kinder (enfants lunatiques) sind in der Regel auffällige Befunde, vor allem hinsichtlich der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit und der Daueraufmerksamkeit zu beobachten und für die Diagnosestellung zu fordern. Dennoch entspricht die Untersuchungssituation nie der alltäglichen meist fremdbestimmten Gruppensituation !

“Real life is much tougher than any test !”

II Rolle des Kinderarztes bei der Betreuung von ADHS-Kindern:

Häufig primäre Anlaufstelle, sollte möglichst selbst Abklärung durchführen können und mit Entwicklungs-, resp. Schulpsychologe zusammenarbeiten, ideal ist gemäss meiner Erfahrung die Mitarbeit von Psychologen in der kinderärztlichen Praxis, die neben einer ausführlichen kompetenten (neuro-)psychologischen Diagnostik mit Verhaltensbeobachtung auch die notwendige Elternberatung/Coaching und eventuell indizierte Verhaltenstherapie übernehmen können. Je nach lok. Situation ist auch die enge Zusammenarbeit mit einem Kinderpsychiater oder –psychologen möglich, wobei deren Kenntnis der ADHS-Problematik unabdingbar ist.

Der Arzt sollte möglichst kompetent das „Medical Management“ beherrschen, dh die Indikation zur häufig notwendigen Medikation stellen, die praktische Durchführung und vor allem auch die Langzeitbetreuung einer medikamentösen Basisbehandlung übernehmen. Das bedeutet Kenntnis der neurobiologischen Grundstörung, entsprechende Aufklärung und Beratung sowie die Anwendung der „4 Goldenen Regeln“ bei der Medikation!

Zudem ist Kinderarzt die notwendige Schalt- und Koordinationsstelle für weitere medizinische und / oder pädagogische Massnahmen („Vernetzung“ mit allen Bezugspersonen wie Lehrer, Therapeuten, Institutionen etc), „Kummerkasten“ und Manager von unvermeidlichen „Feuerwehrrübungen“. Die möglichst ständige Verfügbarkeit und rasche Handlungsfähigkeit ist als grosser Vorteil des Kinderarztes anzusehen.

Die Uebernahme einer ADS-Behandlung bedeutet in der Regel eine jahrelange Begleitung der Familie !

III Medikamentöse Basistherapie mit Stimulanzien:

Wahl des Stimulans:

Methylphenidat und Amphetaminpräparate sind die am häufigsten eingesetzten Stimulanzien. Beide beeinflussen in etwas unterschiedlichem Ausmass die Neurotransmittersysteme von Dopamin, Noradrenalin und wahrscheinlich auch Serotonin.

Im Einzelfall kann nie voraus gesagt werden, ob ein Individuum besser auf Methylphenidat oder auf ein Amphetaminpräparat ansprechen wird. In einer Meta-Analyse hat Arnold zeigen können, dass ca 2/3 aller ADHS - Patienten etwa gleich gut auf beide Stimulanzien ansprechen, vom verbleibenden Drittel reagiert ein etwas höherer Anteil besser auf ein Amphetaminpräparat als auf Methylphenidat. Es lohnt sich also beim primär nicht optimal ansprechenden Patienten immer, beide Präparate zu versuchen. Somit gelingt es in ca 85 – 90 % aller Fälle, eine erfolgreiche Medikation mit Stimulanzien durchzuführen. Ich selbst setze in der Regel bei Vorschulkindern zuerst d-Amphetamin in Saftform ein, bei älteren Kindern in der Regel Methylphenidat.

Allerdings haben wir in der Schweiz mit **Ritalin** lediglich ein als offiziell für ADHS zugelassenes Präparat zur Verfügung, ein dafür entsprechendes Amphetaminpräparat ist von der Zulassungsbehörde nicht registriert. Mit dem Appetitzügler **Dexamin** gibt es jedoch ein Präparat, das den vielen in den USA bewährten d-Amphetaminpräparaten (zB Dexedrine) entspricht.

Erste goldene Regel: Individuelle Dosierung

Wahrscheinlich bedingt durch die unterschiedliche Resorption im Gastrointestinaltrakt und durch den individuell variierenden Abbau durch die Leber ist sowohl bei Methylphenidat wie auch für d-Amphetamin eine stark unterschiedliche Einzeldosis typisch, die weder vom Alter, Körpergewicht noch vom Ausmass der ADHS-Symptomatik abhängig ist.

In den in meiner Praxis per Ende 2000 unter Medikation stehenden 275 Kindern mit Ritalin zeigten sich die folgenden individuellen Unterschiede bezüglich der klinisch optimalen Einzeldosis:

Ritalin Dosierung Einzeldosis (Ed) mg/kg KG (optimale Einstellung bei Beginn Th.)

E.dosis	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	2.0 mg
Anzahl Pat.	16	41	48	60	40	17	14	13	6	5	7	1	1	1	1	1		3

Gleiche Unterschiede werden bei Dexamin beobachtet !

Praktisch wird die optimale Dosis so herausgefunden, indem mit einer kleinen Dosis, in der Regel 2,5 mg Ritalin, resp. 1.25 mg Dexamin, dh je mit einer ¼ Tablette morgens begonnen und dann alle 3 – 4 Tage um eine weitere ¼ Tablette gesteigert wird. Unter mindestens wöchentlicher Rücksprache (meistens telephonisch, zT auch via E-mail !) mit den Eltern oder weiterer Bezugspersonen wird das positive Ansprechen, resp. das Auftreten von Nebenwirkungen ermittelt. In dieser Einstellphase geht es darum herauszufinden, **ob und**

welche Dosis wie lange möglichst optimal wirkt. Natürlich ist dafür die Kenntnis der zu erwartenden positiven Veränderungen notwendig. Diese wurden 1997 von den amerikanischen Kinderpsychiatern wie folgt zusammengefasst:

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

Natürlich erfolgen diese Verbesserungen nicht in jedem Fall im gleichen Ausmass und sind unterschiedlich ausgeprägt. Im konkreten Einzelfall sollten vor einer Medikation immer die zu behandelnden Zielsymptome definiert werden, dies am besten schriftlich. Beim Einstellen der Medikation sollten dann diese Symptome immer wieder in Bezug auf deren Besserung beurteilt werden.

Je später ein Behandlungsversuch unternommen wird, desto schwieriger wird es naturgemäss, eingefahrene Verhaltensmuster und reaktive Störungen rasch zu verbessern. Bisher nicht abgespeichertes Wissen kann natürlich durch keine Medikation hergezaubert werden.....Vor allem der Aufbau eines gesunden Selbstwertgefühls braucht Zeit und Geduld, sowie viel Verständnis aller Bezugspersonen.

Dennoch ist es immer wieder erstaunlich, wie rasch das Ansprechen auf eine erfolgreiche Therapie bemerkt wird: Sobald die richtige Dosierung erreicht ist, fühlt sich das Kind meist selbst subjektiv ruhiger und konzentrierter, objektiv ist die Bewegungsunruhe vermindert, das hypoaktive träumerische Kind erscheint wacher, Aufmerksamkeit und Konzentration sind verbessert, die erhöhte Ablenkbarkeit ist weniger ausgeprägt, Handschrift und Zeichnungen können schlagartig gesteuerter aussehen, sowohl der Turn- wie auch der Musiklehrer bemerken eine bessere Koordination und die sozialen Kompetenzen sind rasch angemessener.

Welche praktische Bedeutung die individuelle Dosierung hat, zeigt sich auch darin, dass in den USA das heute am häufigsten verordnete Stimulans (= Adderall) in gegenwärtig 7 verschiedenen und erst noch gut teilbaren Tabletten zur Verfügung steht! (5; 7,5; 10; 12,5; 15; 20 und 30 mg), auch das „amerikanische Ritalin“ ist zumindest in 3 Stärken (5; 10 und 20 mg) erhältlich.

Zweite goldene Regel: Unterschiedliche Wirkungsdauer

Auch die Wirkungsdauer der Stimulanzien variiert stark und kann nicht vorausgesagt werden. Es gibt ADHS-Betroffene, die auf eine Einzeldosis lediglich **für 2 – 3 Stunden** positiv reagieren, bei anderen ist die Wirkung wesentlich länger. Einer meiner Patienten, ein 10-jähriger Junge, brauchte lediglich eine ¼ Tablette, um davon den ganzen Tag zu profitieren! Sobald feststeht, welche Dosis wie lange wirkt, können weitere Dosen, meist ca

2/3 der Anfangsdosis gegeben oder bei Ritalin das länger wirksame Ritalin SR eingesetzt werden. Entsprechend der unterschiedlich langen Wirkungsdauer ist im Einzelfall die **Tagesdosis** von Stimulanzien noch unterschiedlicher als die Einzeldosis

Ritalin Dosierung Tagesdosis mg/kg KG (optimale Einstellung bei Beginn Th.)

Tagesdosis	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	mg
Anzahl Pat.	0	11	21	38	24	29	24	29	21	14	9	14	4	8	4	3	3	3	
	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	3.0	3.1	3.2	3.6	3.7		mg
	3	3	1	3	1		1			1		1		1		1	1		

Die von der Herstellerfirma von Ritalin angegebene (veraltete und nie angepasste !)Tageshöchst-dosis von 60 mg kann und muss häufig überschritten werden. Das ADHS-Kind braucht immer seine individuell richtige Dosis, es gibt keine Tief- oder Hochdosistherapie mit Stimulanzien, sondern eben nur die individuell richtige Dosis für jeden betroffenen Patienten !

Mit Ritalin SR habe ich seit 1983 eigene Erfahrungen, 1999 wurde das Präparat endlich in der Schweiz registriert. Diese Retardform ist mit 20 mg Methylphenidat doppelt so stark wie das gewöhnliche 10 mg Ritalin. Theoretisch sollte diese Form 2 x 10 mg normalem Ritalin entsprechen und über 6 – 8 Stunden wirken, in der Realität gibt es jedoch auch da grosse individuelle Unterschiede. Der Wirkungseintritt ist typischerweise verzögert: Während das normale Ritalin meist innert 20 bis 30 Minuten wirkt, ist der Wirkungseintritt bei Ritalin SR in der Regel deutlich später und langsamer, ebenso das Wirkungsende, so dass die Wirkung normalerweise „physiologischer“ abläuft und das beim normalen Ritalin etwa zu beobachtende „Reboundphaenomen“ kaum auftritt. Meistens ist es aber notwendig, Ritalin SR mit dem normalen Ritalin zu kombinieren, um einen möglichst konstanten und rascher auftretenden Effekt zu erreichen. Entgegen den Angaben im Packungsprospekt kann Ritalin SR – allerdings mit Mühe ! - zudem geteilt oder gar geviertelt werden und zeigt auch so weiterhin einen etwas länger andauernden Effekt als das „normale“ Ritalin.

Die in den USA bereits erhältlichen Langzeitpräparate wie Concerta, Ritalin LA und Adderall XR sollten in der nächsten Zeit auch bei uns erhältlich sein und die Behandlung für viele Betroffene erleichtern.

Dritte goldene Regel: zT sehr schmale therapeutische Breite

Vor allem bei Kleinkindern, zT aber auch bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann die optimale Einstellung grössere Probleme bereiten, indem zB eine 1/2 Tablette eine gewisse Wirkung zeigt und eine 3/4 Tablette bereits zu viel ist, dh dass vermehrt Nebenwirkungen oder Ueberdosierungserscheinungen auftreten. In solchen Situationen hat sich die Gabe von Methylphenidat in Tropfenform, resp. von d - Amphetaminsaft bewährt, so dass eine ganz individuelle Dosierung möglich ist und von älteren Kindern zT selbst, resp. durch die Eltern durch systematisches „Austitrieren“ herausgefunden werden kann. So berichtet mir ein 10 - jähriges Mädchen, dass 22 Tropfen Methylphenidat (ca 11 mg) gerade richtig seien, 20 Tropfen würden keine Wirkung zeigen und mit 24 Tropfen sei es ihr nicht mehr „wohl“.

In der Schweiz hat die Dorfplatzapotheke in CH 3110 Münsingen (Tel 031 724 03 03) von der Firma Novartis mit der zur Verfügungstellung der Grundsubstanz das Exklusivrecht zur Herstellung von „Ritalintropfen“ erhalten, da sich die früher praktizierte Extraktion aus den Tabletten nicht bewährt hatte. Ein „Dexaminsirup“ wird von der Firma Streuli in 8730 Uznach auf Rezeptur (gemäss M.Ryffel) angeboten.

Viele sogenannte Therapieversager mit Stimulanzien weisen meiner Erfahrung nach dieses sehr schmale therap. Spektrum auf und zeigen nicht selten im Verlauf der Langzeitbetreuung durch immer wieder auftretendes „Entgleisen“ grössere Einstellprobleme.

Vierte goldene Regel: Kontinuierliches Monitoring

Die Stimulanzientherapie ist in der Regel über mehrere Jahre sinnvoll und entsprechend auch über Jahre durchzuführen. In den letzten Jahren hat es sich zudem bewährt, bei erfolgreichem Ansprechen die Medikation über den ganzen Tag und ohne Unterbrüche an Wochenenden oder in den Ferien einzusetzen. Es ist für betroffene Kinder nämlich überaus schwierig, lediglich für einige Stunden eine ganz andere Wahrnehmung und Informationsverarbeitung aufzuweisen. Zu Recht weist auch Spitzer in seinem Buch „Lernen“ darauf hin, dass unser Gehirn ständig lernen will (und es auch tut!). Erstaunlich ist für mich immer wieder, wie gut die Compliance bei richtig eingestellten ADHS-Patienten ist. Dennoch ist in der Regel eine kontinuierliche Überwachung der richtigen Dosierung nötig, was in der Praxis leider häufig unterlassen wird.

Es gibt durchaus eine grössere Anzahl von Kindern, bei denen die einmal als optimal herausgefundene Dosis über Jahre beibehalten werden kann, dh die Dosis per Kilogramm Körpergewicht reduziert sich so kontinuierlich etwas. Bei anderen Individuen ist es nötig, diese Dosis hie und da bei abnehmender Wirkung in 2,5 mg Schritten (bei Ritalin) nach oben anzupassen, bei anderen wiederum kann es zu Überdosierungserscheinungen kommen, dh das Kind wird zunehmend leicht apathisch oder gar depressiv, eine Dosisverminderung schafft da rasch Abhilfe. Es gibt auch Situationen, wo man den Eindruck bekommt, dass das einmal erfolgreiche Stimulans nur noch ungenügend wirkt, ein Wechsel von Methylphenidat auf d-Amphetamin oder umgekehrt kann sich da nicht selten günstig auswirken, hie und da bewährt sich die Kombination beider Präparate.

In der Regel ist eine mehrjährige Behandlungsdauer nötig und sinnvoll, solange die Medikation wirkt, besteht auch eine gute Compliance! Später kann eventuell nur noch ein gezielter Einsatz (zB bei Lehrlingen an Tagen mit Berufsschule etc) erfolgen. Entscheidend ist, dass es dem ADHS-Betroffenen gut geht, nicht aber, dass aus welchen Gründen auch immer die Medikation nur möglichst kurz gegeben werden soll.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt bei grossen indiv. Unterschieden ca 3 ½ - 4 Jahre.

Nebenwirkungen und weitere Probleme:

Appetitreduktion ist häufig und in gewissen Fällen zu Beginn stark ausgeprägt. Nicht selten werden auch gewisse Nahrungsmittel, vor allem Süssigkeiten, plötzlich abgelehnt. Häufig verschiebt sich die Hauptmahlzeit auf das Abendessen, eine forcierte Nahrungszufuhr hat sich nicht bewährt.

Schlafprobleme Vor allem bei schon bestehenden Einschlafproblemen können diese verstärkt werden, allerdings kann sich das Einschlafen in gewissen Fällen mit einer Abenddosis von Stimulanzien auch deutlich verbessern, manchmal muss das Stimulans mit einem anderen vor allem sedierenden ADHS-Medikament 2. Wahl (vor allem Tryptizol/Tofranil, eventuell Catapresan) kombiniert werden. Ich selbst habe seit einigen Jahren zudem überaus günstige Erfahrungen mit Melatonin gemacht

Bauch- und Magenschmerzen werden etwa beobachtet, verschwinden aber häufig oder können durch einen Medikamentenwechsel oder vermehrte Nahrungszufuhr bei der Einnahme vermieden werden.

Andere Nebenwirkungen sind möglich aber selten, resp. durch eine falsche, dh meist zu hohe Dosierung verursacht (zB Apathie, „Ruhigstellung“ etc).

Reboundphaenomen: Bei gewissen Kindern (vor allem den hyperaktiv-impulsiven!) kommt es bei guter Wirkung beim raschen Absinken der Stimulanzienwirkung zu einer Verstärkung der Symptomatik. So kann ein Kind zB in der Schule wesentlich konzentrierter erscheinen, ist aber mittags beim nach Hausekommen völlig überdreht und rastet aus. Nicht informierte Eltern glauben, die Medikation nütze nichts. Abhilfe schafft eine 2. Medikamentengabe noch in der Schule oder der Einsatz eines länger wirkenden Präparates.

Epilepsie und Tics

sind nicht wie häufig noch angegeben eine absolute Kontraindikationen für eine Stimulanzientherapie. Bei einer gut eingestellten Epilepsie können Stimulanzien ohne Bedenken eingesetzt werden. Tics werden durch Stimulanzien ganz unterschiedlich beeinflusst, in einigen Fällen, wo Tics zunehmen, die ADHS-Symptomatik aber gut anspricht, kann erwogen werden, zusätzlich Tiapridal oder Catapresan zu verabreichen.

Abhängigkeit und Suchtentwicklung: Immer wieder wird in den Medien und auch von Suchtexperten vor der Gefahr von Suchtentwicklung mit Stimulanzien gewarnt. Auf Grund der heutigen Kenntnisse der neurobiologischen Ursache der ADHS und der millionenfachen Anwendung vor allem in den USA bei dieser Indikation kann dies mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Wenn Stimulanzien allerdings als Dopingmittel oder Muntermacher in Stresssituationen eingenommen werden (dh wenn ein normal aktives Neurotransmittersystem überstimuliert wird), ist die Suchtgefahr ausgeprägt. Deshalb sollten Stimulanzien wirklich nur vom ADHS-Betroffenen selbst verwendet werden und unterliegen zu Recht weiterhin verschärfter Rezeptpflicht. Ich selbst gebe die Medikamente in der Regel für zirka 4 – 8 Wochen ab und bin verpflichtet über die Verwendung genau Buch zu führen.

„Multimodale Behandlung“

Je nach Situation müssen zusätzliche Therapiemassnahmen durch-, resp. weitergeführt werden (sog. multimodale Behandlung), allerdings bin ich immer wieder erstaunt, wie nicht selten bei einer erfolgreichen Stimulanzientherapie sich nun weitere Massnahmen, vor allem wenn natürlich das familiäre und schulische Umfeld optimal sind, erübrigen oder eine bisher wenig erfolgreiche Therapie jetzt plötzlich greift. Der bisherige Teufelskreis scheint erfolgreich unterbrochen zu sein. Allerdings kann sich eine zu erfolgreiche Medikation auch kontraproduktiv erweisen, in dem sich zB ein gut eingespieltes Helfernetz bei weiterhin bestehender grosser psychosozialer Belastungssituation auflöst, weil es nun ja „so gut“ gehe.....

Bei den von mir medikamentös betreuten Patienten wurden folgende zusätzliche Massnahmen, zT kombiniert, durchgeführt, wobei die Prozentwerte nur annähernd richtig sind, da ich nicht in jedem Fall alle Zusatztherapien erheben konnte:

Möglichst immer:	Informationen über ADS mündlich und schriftlich (= sog. „Bibliotherapie“ nach Conners), für Eltern, weitere Bezugspersonen <u>und auch betroffene Kinder</u>
30 %	Psychologische Betreuung, va verhaltenstherapeutisch oder Gesprächstherapie
30 %	Pädagogische Sondermassnahmen (KKD, Sonderschule, Internat, Repetition etc)
25 %	Zusatzunterricht, Legasthenie, Dyskalkulie etc
10 %	Psychomotorik
10 %	Kinderpsychiatrische Betreuung
10 %	Heilpädagogisches Ambulatorium
5 %	Heilpädagogische Früherziehung
5 %	Ergotherapie
vereinzelt	Drogenberatung, Soz.dienst Jugendgericht, Kinderschutzgruppe, Heimschulung, stat. kinderpsych. Hospitalisation
zusätzlich	Alle möglichen Alternativtherapien

Praktisches Vorgehen in der kinderärztlichen Praxis:

- Eine korrekt gestellte Diagnose ist Voraussetzung für eine Medikation mit Stimulanzien.
- Ein grösserer Leidensdruck, vor allem beim betroffenen Kind, muss vorliegen !
- Ausführliche Information, „Bibliotherapie“
- Nach Besprechung und Vorschlag für einen Medikationsversuch in der Regel Bedenkfrist
- Wahl des Stimulans (Methylphenidat, d-Amphetamin), Beginn mit kleiner Dosierung morgens, stufenweise Dosiserhöhung alle 3 – 4 Tage

- Mindestens wöchentliche Rückmeldung, möglichst Rücksprache mit allen Bezugspersonen, dieses Vorgehen ist in der Einstellphase unabdingbar, das Unterlassen ist mE ein **Kunstfehler**
- Wenn bekannt ist, welche Dosis wie lange wirkt, kann die Zahl der täglich notwendigen Gaben bestimmt werden, 2. Dosis in der Regel ca 2/3 der Anfangsdosis, eventuell Einsatz eines längerwirkenden Präparates.
- In der Regel kontinuierliche Therapie, keine Pausen an Wochenenden oder in den Ferien !
- Sobald einige Wochen Erfahrung kritisches „Hinderfragen“ und Besprechung, ob Therapie sinnvoll ist oder nicht, Meinung des Kindes dazu ist äusserst wichtig !
- Welche Nebenwirkungen ?, allfällige Komorbiditäten nicht mit Nebenwirkungen und umgekehrt verwechseln !, Konsequenzen daraus ?
- Festlegen des weiteren Vorgehens, eventuelle Zusatztherapien ?
- In der Regel Auslassversuch in der Einstellphase und später ca alle 12 Monate einplanen !
- Auslassversuch möglichst während normaler Schulzeit durchführen, Dauer abhängig vom Resultat.
- Standortbestimmung nach 2 – 3 Monaten, was braucht es zusätzlich noch ?
- ca 2 / Jahr bei unkompliziertem und positiven Verlauf klinische Kontrolle, wenn möglich alle 2 – 3 Monate telefonische Rückfragen, idealerweise auch beim Lehrer. Immer wieder Kontrolle, ob Einstellung noch stimmt, bei Aenderungen immer nur kleine Veränderungen (1/4 Tbl !) vornehmen.