

### 3. PDF zur Hördatei

## Dr. Ryffel zum Thema: Medikamentöse Behandlung

### Teil 3: Die Praxis



### **Joe Kennedy**

Gehen wir nun tiefer in die Praxis.

Ich habe den Punkt Einstieg Medikation. Sie haben für den Fachkongress des Bundesverbandes in Böblingen letztes Jahr ein Beispiel gebracht. Vielleicht könnten Sie das kurz erläutern.

### **Herr Dr. Ryffel**

Ja, ich habe ein Mädchen vorgestellt, das auf Wunsch der Mutter relativ früh zu mir in Praxis gebracht wurde, weil die Mutter selbst von ADHS betroffen ist.

Es ist ja relativ häufig, dass die Eltern selbst von ADHS betroffen sind. Das war bei dieser Mutter auch der Fall. Diese Frau wurde im Alter von 30-35 Jahren von meiner Frau abgeklärt und hat dann auch sehr gut auf eine Medikation angesprochen.

Sie hat mir dann ihre damals 7-jährige Tochter vorgestellt, und zwar mit der Frage: „Könnte bei meiner Tochter auch ADHS vorliegen und könnte man hier nicht auch schon frühzeitig mit einer Medikation beginnen. Ich möchte meinem Kind den langen Leidensweg, den ich erlitten habe, nach Möglichkeit ersparen oder zumindest erleichtern.“

Ich habe dann an diesem Fallbeispiel gezeigt, wie man so ein Kind diagnostiziert, welche Untersuchungen man macht, welche Fragebögen eingesetzt werden.

Dieses Mädchen wäre zum Beispiel nicht in die MTA-Studie aufgenommen worden, da sie nicht alle Kriterien schon in diesem Alter erfüllt hatte.

Aber, da die Mutter eben selbst betroffen war und selbst die Erfahrung

gemacht hatte, wie hilfreich eine solche Medikation gewesen ist, hat sie mich gefragt, ob eine frühzeitige Behandlung möglich ist.



Ich habe dann, in einem gewissen Sinn, pragmatisch gesagt: „Ja, das könne man schon machen.“ Wir haben das gemacht und der Verlauf war dann auch für mich überraschend positiv, da sich die Probleme, die das Kind in der 1. und 2. Klasse gezeigt hatte, rasch verbessert haben.

Sie konnte dadurch, wie ihre Schwester, ein fröhliches Schulkind werden. Diese medikamentöse Unterstützung, die quasi zu einer Normalisierung der Informationsverarbeitung geführt hat, wird weitergeführt und dem Kind geht es im Moment weiterhin recht gut.

Ob wir dann wirklich, auch für das spätere Erwachsenenalter, alle Probleme so lösen werden, ist natürlich offen. Aber aufgrund meiner Erfahrung und von Kindern, die ich vor 25-30 Jahren behandelt habe, und mit denen ich zum Teil noch Kontakt habe, habe ich schon den Eindruck, dass wir etwas Vernünftiges machen.

### **Joe Kennedy**

Es war ja auch ein frappierendes Beispiel, denn sie haben das Mädchen ja sehr akribisch nach den ADHS-Kriterien untersucht und, wenn ich so sagen kann, getestet. Sie haben uns die Ergebnisse dann vorgeführt und es war an der Kippe. Es war ein typischer Grenzfall.

### **Herr Dr. Ryffel**

Genau.

### **Joe Kennedy**

Auf der anderen Seite, als ich hörte, was Sie beobachtet haben und was die Mutter aus dem Alltag, der Schule und der Vorschulzeit berichtet hat, habe ich gedacht, und ich glaube ebenso viele andere Zuhörer, dass sich das schon nach ADHS anhört.



### **Herr Dr. Ryffel**

Ja, für mich ist es ja das Wichtigste, was die Eltern berichten und all diese Untersuchungen, die wir zu einem fixen Zeitpunkt meistens in einer Eins-zu-eins-Situation unternehmen.

Natürlich geben diese auch Hinweise. Sie können auch deutliche Wahrnehmungsstörungen oder andere Auffälligkeiten zeigen. Aber es gibt Kinder, die eben in einer Untersuchungssituation nicht sehr auffällig sind.

Dann sind für mich eben der Lebenslauf und der Leidensdruck des Kindes oder der Mutter wichtig.

### **Joe Kennedy**

Wenn bei einem Kind die ADHS-Diagnostik gestellt wurde, wie geht es dann in der Regel weiter?

### **Herr Dr. Ryffel**

Das kommt ein bisschen auf die Situation an. Und zwar wie alt das Kind ist, ob ein Leidensdruck besteht, wie das familiäre und pädagogische Umfeld ist.

Bei mir in der Praxis mache ich eine gewisse Triage, da ich längst nicht alle Kinder untersuchen kann, die ich anschauen sollte. Das heißt ich schaue, wer es bei den Anmeldungen quasi am Nötigsten hat.

Das sind meistens dann recht ausgesprochene Familien zum einen und zum anderen sind es meistens Familien, die zu mir kommen, weil sie eben sehr häufig eine Medikation wünschen, die anderswo nicht indiziert oder aus anderen Gründen nicht verordnet wurde.

Also, bei mir ist das ein bisschen eine spezielle Situation, das heißt, wenn ich die Diagnose stelle ist in der Mehrzahl der Fälle im Behandlungskonzept eine Medikation drin.

Aber meines Erachtens ist diese, bei einer deutlichen ADHS-Problematik angebracht. Wir wissen es ja beide, dass sie in der Regel Probleme oder Schwierigkeiten über Jahre macht.

### **Joe Kennedy**

Fällt es den Familien schwer, bezüglich der Medikation ihrer Kinder, Entscheidungen zu treffen? Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer Praxis damit gemacht?



### **Herr Dr. Ryffel**

Bei mir ist das etwas speziell. Es kommen vor allem Familien, die das auch wünschen. Natürlich sind es viele differenzierte Eltern, das sind Akademiker, Lehrer und auch Psychologen.

Diese Eltern haben teilweise seit Jahren nie eine Medikation in Betracht gezogen, sie haben zum Teil häufig x-verschiedene Behandlungskonzepte durchgeführt.

Ich sehe dann natürlich auch nur die Familien, bei denen diese Behandlungen nicht erfolgreich waren. Das heißt nicht, dass es für viele andere Kinder keine anderen Behandlungskonzepte gibt.

Aber diese Kinder sehe ich natürlich nicht, also ich habe in dem Sinn eine spezielle Auslese und bin schon manchmal erstaunt oder erschüttert, wie lange diese Odyssee dann manchmal gedauert hat.



### **Joe Kennedy**

Das hören wir auch immer wieder. Wir haben einen Durchschnitt ermittelt bei uns dauert dies meist 2-3 Jahre. Wie stehen Sie selbst zur medikamentösen Behandlung bei ADHS?

## **Herr Dr. Ryffel**

Also, ich stehe im Prinzip positiv dazu. Das Problem ist, dass es immer noch so viele sogenannte Fachleute oder auch Leute in den Medien gibt, die so viel Unfug über diese Behandlung erzählen.

Da sind dann eben viele Eltern zusätzlich verunsichert. Diese sogenannten Fachleute wollen dann die vielen neuen Erkenntnisse der letzten Jahre, die ja wichtig sind, nicht wahrhaben.

## **Joe Kennedy**

Schade. Wie verhalten Sie sich, wenn sich Eltern gegen eine Medikation ihres Kindes entscheiden, Sie aber halten dies für notwendig?

## **Herr Dr. Ryffel**

Das sehe ich relativ selten und wenn ich das sehe, dann versuche ich sicher keinen Druck auszuüben. Ich habe ja meine psychologischen Mitarbeiterinnen und wir machen dann erst einmal eine verhaltenstherapeutische Begleitung.

Relativ oft kommt dann der Wunsch von den Eltern, wenn man nicht weiterkommt, nach dem Medikationsversuch. Weil es ja auch nicht immer in 100% der Fälle klappt, schlage ich den Eltern erst mal einen Medikationsversuch vor.

Ich sage dann, dass wir das jetzt einmal über einige Wochen oder Monate versuchen, um zu schauen was passiert, und das Schlimmste, was passieren kann ist, dass das Kind davon profitiert.



## **Joe Kennedy**

Sehr schön, welche Medikamente gibt es derzeit?

## **Herr Dr. Ryffel**

Also, da muss man jetzt unterscheiden. Wir in der Schweiz haben im

Prinzip verschiedene Methylphenidat-Präparate, die sind vom Typ Ritalin und Concerta.

Dann haben wir in der Schweiz noch ein D-Amphetaminpräparat, das war als Appetitzügler zugelassen, wurde aber vom Markt genommen und wird in diesem Sommer oder Herbst wieder neu als ADHS-Medikament auf den Markt kommen.

Das entspricht den vielen Präparaten aus den USA, wo fast die Hälfte aller Stimulanzien aus der D- und L- Amphetamingruppe herkommen.

### **Joe Kennedy**

Wie wirken Medikamente bei einem ADHS betroffenen Menschen? Was läuft da ab?

### **Herr Dr. Ryffel**

Ja, wenn man es neurobiologisch anschaut, dann verbessern oder normalisieren wir im Idealfall die Hirnfunktion. Also die wahrscheinlich bestehende Unterfunktion in gewissen Abschnitten, die unsere Wahrnehmungsfunktion und unsere Informationsverarbeitung steuert.

Es wird ein unteraktiviertes Steuerungssystem im Bereich der sehr komplexen Neurotransmitter-Systeme normalisiert. Diese Medikamente stimulieren eben diese Aktivität. Deshalb sprechen wir von Stimulanzien.

Wenn man die gleichen Medikamente bei jemandem einsetzt, der eine normale Aktivität hat, dann können wir das System überstimulieren.



Dann können wir mit den gleichen Medikamenten, allerdings in einer viel höheren Dosierung und meistens auch nicht indem man das schluckt, sondern indem man das schnupft oder spritzt, eine Sucht erzeugen.

Das ist auch etwas, was viele Leute verwechseln. Sie haben das Gefühl, dass das Medikamente sind, die immer zu einer Sucht führen. Wenn wir das richtig machen stimmt das natürlich nicht.

## Joe Kennedy

Warum kommt es zu Unverträglichkeiten bei Medikamenten trotz gleichen Wirkstoffs? Zum Beispiel, das Kind verträgt kein Ritalin dafür aber Medikinet? Der Wirkstoff ist aber bei beiden Medikamenten Methylphenidat.



## Herr Dr. Ryffel

Also, da ich aus der Schweiz bin, kann ich das nicht so gut beantworten, da wir nur das Originalpräparat Ritalin haben. Wir haben keine Generika, aber wahrscheinlich ist einfach die galenische Zusammensetzung etwas unterschiedlich, das heißt der Wirkstoff ist etwas anders aufbereitet.

Dies führt dann dazu, dass in der gleichen Menge etwas mehr oder weniger Wirkstoff aufgenommen wird. Das Entscheidende bei dieser Behandlung ist ja, dass es sehr große Unterschiede in der Dosierung gibt.

Es gibt gewisse Kinder, die eben z. B. mit einer halben Tablette keine Wirkung zeigen und eine dreiviertel Tablette ist dann aber schon zuviel. Deshalb muss man da irgendwie eine Zwischenlösung finden.

Ich habe seit über zehn Jahren in der Schweiz die Möglichkeit, durch eine spezialisierte Apotheke die Medikamente auch in Tropfenform zu bekommen.

Es ist erstaunlich wie man dann eben mit 12 Tropfen ein gutes Resultat hat und bei 14 Tropfen, also nur 2 Tropfen mehr (das kann man bei einer Tablette ja gar nicht so genau dosieren), sagen die Kinder, dass ihnen nicht so wohl sei, oder dass sie deutlich weniger Appetit haben.

Das ist manchmal ganz erstaunlich was eine ganz kleine Differenz in der Menge ausmachen kann. Diese Unterschiede, die Sie, Herr Kennedy, in Deutschland beobachten, sind möglicherweise auf ein solches Phänomen zurückzuführen.

## **Joe Kennedy**

Sehr schön beschrieben. Welche Beobachtungen machen Sie bei der Einstellungsphase der Medikamente? Ich glaube dieses Thema haben Sie gerade schon etwas gestreift.

## **Herr Dr. Ryffel**

Man muss ganz sorgfältig herausfinden, welche Dosis die richtige für das zu behandelnde Kind ist. Ich nehme dann immer das normal kurzwirkende Ritalin, wie das die meisten Ärzte auch weiterhin machen.



Ich beginne dann immer mit einer ganz kleinen Dosis - das bedeutet mit einer Vierteltablette. In Deutschland ist es einfacher, da gibt es ja auch verschiedene Stärken, aber in der Schweiz haben wir nur eine einzige Stärke und zwar 10mg.

Dann müssen wir die Tablette vierteln und ich gebe diese dem Kind dann 3-4 Tage lang. Danach steigern wir die Dosierung um eine Viertel Tablette und dann muss ich jede Woche von den Eltern und Lehrern Rückmeldung haben, ob und was da passiert ist.

Auch das Kind, vor allem das ältere, beobachtet sich und kann dann häufig recht gut sagen, dass es sich deutlich besser konzentrieren kann und mehr vom Schulstoff mitbekommt.

Das Kind ist schneller in der Arbeit und in der Schule usw. Wenn ich weiß, welche Dosis ungefähr die richtige ist, ist für mich die zweite Frage wichtig - und zwar, wie lange die Wirkung anhält, denn da gibt es auch Unterschiede.

## **Joe Kennedy**

Das ist ja dann eine ganz pragmatische und praktische Vorgehensweise, und zwar mit der Einstellung: „Wir probieren das und zwar mit der kleinstmöglichen Dosierung.“



## Herr Dr. Ryffel

Ja, wobei wenn die kleinstmögliche Dosierung einen Effekt hat, dann gehe ich schon noch ein bisschen höher, um zu schauen ob ich diesen Effekt noch verbessern kann.

Das ist die eine Frage und ich gehe dann manchmal noch an die obere Grenze, um zu schauen, wie viel Spielraum ich habe. Wenn ich dann eben sehe, dass das sehr gut wirkt, aber nur für 3-4 Stunden anhält, dann muss man das am Tag vielleicht 3x, oder bei einem Gymnasiasten 4x geben.



Das wird dann manchmal mühsam. Wir haben ja heute die Möglichkeit, deutlich länger wirkende Präparate einzusetzen. Diese haben den Vorteil, dass sie, wie z. B. das Concerta, 10-12 Stunden oder manchmal auch länger wirken.

Aber sie haben auch Nachteile. Erstens sind sie viel teurer, in der Schweiz muss ich eine Begründung für die Krankenkasse machen, zweitens kann man sie weniger fein dosieren, da man sie nicht teilen kann.

Dann hat man eine fixe Dosis und wenn man merkt, dass diese zu schwach ist, muss man die nächsthöhere Dosis geben. Das ist nicht wie bei den Tropfen oder bei den aufteilenden Tabletten.

Bei dem Concerta kann man das zum Beispiel nicht machen, da gibt es immer einen relativ großen Sprung.

## Joe Kennedy

In der Regel gilt aber immer die individuelle Dosierung für den einzelnen?

## **Herr Dr. Ryffel**

Ja, die individuelle Dosierung anfangs immer. Mit dem kurz wirkenden Methylphenidat und dann eventuell, je nach Situation, die Umstellung auf ein Langzeitpräparat. Das wurde eben auch zum Teil bei diesen MTA Kindern gemacht.



## **Joe Kennedy**

Damit das Kind möglichst den ganzen Tag lang von der optimalen Ausnutzung des Medikaments profitiert.

## **Herr Dr. Ryffel**

Ja, genau. Damit das Kind einen stabilen Tagesverlauf hat. Das ist für viele Kinder auch wichtig.

Dann kommt noch ein wichtiger psychologischer Faktor hinzu, wenn man das Medikament am Morgen nimmt und dann den ganzen Tag quasi Ruhe vor weiteren Medikamenteneinnahmen hat.

Dann wird man auch nicht immer stigmatisiert, dass man ein großes Problem hat und immer eine Pille nehmen muss.

## **Joe Kennedy**

Gab es in der Vergangenheit auch Diagnosen, bei denen nicht eindeutig hervorging, ob es sich um ADHS handelt und was geschieht in einem solchen Fall?

## **Herr Dr. Ryffel**

Das passiert relativ häufig. Gerade bei mir in der Praxis bekomme ich öfters nicht ganz klare Fälle. Häufig ist ja die Diagnose ADHS nur ein Teilproblem eines Kindes, das sonst weitere Probleme hat.

Das ist die sogenannte Komorbidität, oder die Häufigkeit von Begleiterkrankungen oder Begleitproblemen. Das ist ja typischerweise hoch, also Teilleistungsstörungen, Lernstörungen, Legasthenie, Dyskalkulie sind häufig mit ADHS kombiniert.

Aber dann gibt es ja auch noch Angststörungen, affektive Störungen wie Depressionen usw.

Das Ganze ergibt dann manchmal ein Mischbild und erschwert die Diagnostik. Ich mache dann manchmal auch einen Medikationsversuch, um zu schauen was passiert, wenn man die ADHS-Symptomatik verbessern könnte.

Relativ häufig wird dann eine Depression deutlich besser, das war dann eher ein reaktives Phänomen. Also das Kind, das durch seine Schwierigkeiten zunehmend deprimiert und frustriert war, wird dann viel fröhlicher. Die vermutete Depression war dann ein ADHS primär eine ADHS Problematik.

### **Joe Kennedy**

Also das ist ein sehr schwieriger Zustand für die Kinder.

### **Herr Dr. Ryffel**

Ja, das ist klar.

