

## **Stellungnahme der Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland zur Behandlung hyperkinetischer Störungen im Kindesalter mit Methylphenidat (Ritalin®)**

Kinder mit Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen sind in ihrer psychischen Entwicklung, schulischen und beruflichen Bildung sowie sozialen Integration gefährdet. Übermäßige motorische Unruhe, gestörte Aufmerksamkeit, Impulsivität und leichte Erregbarkeit erschweren die Lebensführung, so daß der Leidensdruck groß ist. Die Störung hat Krankheitswert, sie ist deshalb von der WHO in den Katalog der seelischen Erkrankungen aufgenommen worden (nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10: „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung,, F 90.0; "Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens" F90.1).

Die unsachgemäße medikamentöse Behandlung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen veranlaßt die drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme hat zum Ziel, zu einer fachgerechten Diagnostik und Behandlung der Kinder mit Hyperkinetischem Syndrom beizutragen.

### **1. Differenziertes Verständnis und adäquate Diagnostik sind notwendig**

Die Bezeichnungen "Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung" und "Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens" beinhalten nicht nur eine Störung der Aufmerksamkeit, sondern auch die Störung der Steuerung von Motorik, Impulsivität und Sozialverhalten. Nach gegenwärtigem Erkenntnisstand ist es wahrscheinlich, daß diese Symptomatik sich aus unterschiedlich begründeten, reifungsbedingten Besonderheiten zentralnervöser Informationsverarbeitung, die die Verhaltenssteuerung betreffen, erklärt.

Alle genannten Verhaltensmerkmale können aber auch Symptome organischer oder anderer psychischer Erkrankungen sein. Somit ergibt sich immer eine differentialdiagnostische Aufgabe und zur Diagnostik sind körperliche, einschließlich laborchemische, neurologische und psychodiagnostische Untersuchungen sowie Verhaltenseinschätzungen mit eingeführten Skalen notwendig. Immer sind organische Ursachen auszuschließen. Bleiben z.B. Störungen des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen (z.B. der Sprache, des Lesens und Rechtschreibens), Störungen der Intelligenzentwicklung, andere psychische Erkrankungen oder auch Anpassungsreaktionen auf aktuelle Lebensbelastungen unbeachtet, so ist dies gleichbedeutend mit der Gefahr verkürzter Indikationsstellungen oder Unterlassungen für die Behandlung. Die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens bedarf gesonderter Beachtung und Klassifikation.

Die ärztliche Diagnose stützt sich auf mehrere Informationsquellen (Eltern, Kindergarten, Schule, eigene Beobachtung). Die psychosozialen Rahmenbedingungen sind zu beachten. Die körperliche und neurologische Untersuchung sind unerläßlich. Die psychologische Diagnostik schließt die Bestimmung der intellektuellen Leistungsfähigkeit (z.B. Intelligenzdiagnostik) ein.

### **2. Indikation zur Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin®) - keine leichtfertige Verordnung**

Mit der Medikamentengruppe der Stimulantien, an erster Stelle dem Methylphenidat, verfügt der Arzt über eine wirksame psychopharmakologische Behandlungsmöglichkeit. Dies darf aber keinesfalls zu leichtfertiger Verordnungspraxis verleiten.

Die Indikation zur Behandlung mit Methylphenidat ergibt sich aus der qualifiziert gestellten Diagnose und der Gesamtsituation eines Kindes, insbesondere aus bereits erkennbarem oder drohendem Scheitern in der schulischen Entwicklung und in der sozialen Integration. Die Behandlung mit Methylphenidat ist Teil einer multimodalen Gesamtbehandlung. Sie umfaßt die Beratung und Behandlung des Kindes, die Beratung der Familie und des weiteren Umfeldes, z.B. die Verständigung mit Kindergarten und Schule. Wirksame Therapieformen sind Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie.

Die Pharmakotherapie erfolgt in erster Linie mit Psychostimulantien, in der Regel mit Methylphenidat. Sie ist das wirksamste Mittel zur Reduzierung hyperkinetischen Verhaltens. In kontrollierten klinischen Untersuchungen hat sich eine Dosierung von 0,5 bis 1,0 mg/kg/Tag, verteilt auf 1 bis 3 Einzeldosen (in der Regel 2/3 morgens, 1/3 mittags), als optimal erwiesen. Für die Durchführung gibt es national und international übereinstimmend festgelegte Richtlinien, die über Voraussetzungen, Therapiebegleitung, notwendige Kontrollen, Dosierung, Dauer der Medikation u.a.m. informieren. Die Medikation ist für Kinder unter sechs Jahren nicht ausreichend geprüft. Ab dem Schulalter beginnt man in der Regel mit 5 mg morgens und bei Bedarf weiteren 5 mg mittags. Diese Dosierung kann nach 3 bis 5 Tagen um 5 bis 10 mg gesteigert werden. Die letzte Tagesdosis sollte nicht nach 16.00 Uhr verabreicht werden, um Einschlafprobleme zu vermeiden. Es ist wahrscheinlich, daß Dosierungen bis zu 20 mg pro Tag vorrangig Aufmerksamkeitsstörungen, Dosierungen zwischen 30 und 40 mg pro Tag optimal Störungen der Impulskontrolle vermindern. Internationale Empfehlungen begrenzen die maximale Tagesdosis auf 60 mg. Dabei sind die genannten gewichtsabhängigen Dosierungsrichtlinien zu beachten. Eine Unterbrechung der Medikation, z.B. an den Wochenenden, ist nicht zu empfehlen; das Absetzen der Medikation in den Schulferien bedarf einer Indikation.

### **3. Kein Überschreiten der empfohlenen Dosierung - keine Hochdosistherapie**

Abweichend von den bewährten, wissenschaftlich abgesicherten Grundlagen und Empfehlungen für die Behandlung hyperkinetischer Störungen bei Kindern wird in Deutschland von einigen Ärzten eine sog. Hochdosistherapie mit Methylphenidat in Dosierungen, die über 60 mg, z. T. über 100 mg liegen, empfohlen und durchgeführt, so daß die Dosierung von 1,0 mg/kg/Tag überschritten wird. Begründet wird die Überschreitung der empfohlenen Dosis mit dem Hinweis auf persönliche Erfahrungen mit hyperkinetisch gestörten Kindern, bei denen die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat in regelrechter Dosierung versagt und die Hochdosierung den gewünschten Erfolg gebracht hätte.

Wissenschaftlich ist nicht belegt, daß Dosierungen oberhalb von 1 mg/kg/Tag Aufmerksamkeit und Gedächtnis verbessern; vielmehr wächst die Gefahr des Auftretens erheblicher und z. T. bedenklicher körperlicher und psychischer Nebenwirkungen.

Die Deutschen Gesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie distanzieren sich von der sog. Hochdosistherapie mit Methylphenidat, solange die berichteten „Erfahrungen“, nicht durch abgesicherte Befunde gestützt werden.

### **4. Folgerungen und Empfehlungen**

Die Behandlung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen sollte nur erfolgen, wenn sie sich auf eine Diagnostik stützt, die sich auf Untersuchungsbefunde zu störungsrelevanten körperlichen, kognitiven und psychischen Funktionen sowie sozialen Bindungen bezieht. Deshalb sind eine somatisch-neurologische Untersuchung (Körpergröße, Körpergewicht, Herzfrequenz, Blutdruck), eine Labordiagnostik (Differentialblutbild, Elektrolyte, Leberstatus, Schilddrüsen und Nierenfunktionswerte) ein Ruhe-EEG und eine kognitive Leistungsdiagnostik unerlässlich. Notwendig ist eine orientierende Familiendiagnostik und Verhaltensanalyse.

Die Regeln für Indikation, Durchführung und Überwachung der Stimulantienbehandlung sind einzuhalten. Die medikamentöse Behandlung - wenn indiziert - ist Teil psychotherapeutischer und spezifisch pädagogischer Betreuung des Kindes in Kooperation mit Familie und ggfs. mit Kindergarten, Schule und anderen, das Kind betreuenden Einrichtungen. Die bloße Beschränkung auf die Pharmakotherapie mißachtet elementare Bedürfnisse und Ansprüche der Kinder und widerspricht den Regeln guter klinischer Praxis ebenso wie das Diagnostizieren oder Rezeptieren ohne Untersuchung.

Die ärztliche Therapiekontrolle hat regelmäßig Eßverhalten, Wachstum, Herz- und Kreislauffunktionen sowie die allgemeine Verhaltensentwicklung (Auftreten von Tics?) zu überwachen, letzteres ggfs. unter Einsatz von eingeführten Skalen zur Verhaltenseinschätzung.

Die Behandlung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen wird in Deutschland sehr unterschiedlich gehandhabt. Einer weitverbreiteten pauschalen Ablehnung jeglicher medikamentösen Behandlung auf der einen Seite stehen Ansätze gegenüber, die von der empirisch begründeten Praxis ins andere Extrem abweichen. Im Interesse der betroffenen Kinder und ihrer Familien sehen sich die Deutschen Gesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie veranlaßt, sowohl den grundsätzlichen Verzicht auf Behandlung mit Methylphenidat, die ausschließliche Behandlung mit Methylphenidat ohne begleitende psychotherapeutische Interventionen sowie die Hochdosisbehandlung mit Methylphenidat als unzureichende Behandlungsstrategien abzulehnen und an die Pflicht zu erinnern, in der Pharmakotherapie von Kindern mit Methylphenidat naturwissenschaftlich begründete Regeln einzuhalten.

Verabschiedet von den Vorständen der drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie;

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland;

Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen.

Die Vorstände der drei Verbände danken Herrn Professor Joest Martinius für seine maßgebliche Mitarbeit an dieser Stellungnahme.

#### Literatur:

Leitlinien zur hyperkinetischen Störung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen, 1999.