

# Magnesium bei ADHS? - Aspekte aus Sicht der pädiatrischen Praxis

Von Dr. med. Gerd Ratzmann

„Isomorphie ist nicht gleich Isogenie!“ Dieses Axiom der Pathologen gilt unverändert – auch für die klinische Medizin! Ein Symptom / Befund kann viele Ursachen haben, definiert keine Krankheit per se und verlangt ärztliche Ursachenklärung. Das gilt auch für die seit 1845 mit den Figuren des „Hans-Guck-in-die-Luft“ und des „Zappel-Philipp“ karikierten Symptomen „Aufmerksamkeits-Defizit“ und „Hyperaktivität“. Ersteres als Ursache von Lernstörungen als eigenständige Krankheit beurteilt, wurde im mehrfach revidierten Kriterienkonstrukt des DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) der American Psychiatric Association 1987 zur ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit / Hyperaktivitäts-Impulsivitäts-Störung) definiert und Indikationsgrundlage für die inzwischen in massiver Kritik stehende „inflationäre“ Ordination von Psychostimulantien. Die ADHS als abgegrenzte, selbständige Krankheitsentität wird deshalb von dem USA-Neuropädiater R. SAUL vehement abgelehnt [*„ADHD does not exist. The Truth about Attention Deficit and Hyperactivity Disorders“*, HarperCollins, NY, 2014]. Wird sich in der Praxis auf die „Diagnose: ADHS“ beschränkt, blockiert das geradezu eine ursachenklärende Differentialdiagnostik bei Kindern. Denn das zum Arzt führende auffällige ADH-Symptom-Spektrum (Kernsymptome: Minderung von Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, verbunden mit erhöhter Impulsivität, motorischer Hyperaktivität ) sowie assoziierte Verhaltensauffälligkeiten und Komorbiditäten können auch bei fast 40 anderen Krankheiten verschiedener Ursachen vorkommen. Das gilt auch für Formen des Magnesium(Mg)-Mangel-Syndroms (MD), die umfangreiches Symptom- und Beschwerden-Overlapping zur ADHS aufweisen. Wenn Studienergebnissen zufolge die Diagnose ADHS nur in 14% auf leitliniengerechter Diagnostik basiert, ist auf eine recht bereitwillige ADHS-Zuordnung zu schließen und zu Recht eine fast regelhafte Psychostimulantien-Ordination zu hinterfragen.

Es ist ein Verdienst der deutschen *Gesellschaft für Magnesium-Forschung e.V.*, erstmals mit begründeten Empfehlungen zu „*Magnesiummangel und –therapie bei ADHS*“ auf diesen Zusammenhang verwiesen zu haben [*Nieren- und Hochdruckkrankheiten* 40 (2011)123]. Aktuell ist unverändert zu konstatieren, dass diese Aspekte weder in der AWMF-Leitlinie zum multimodalen Konzept der ADHS, noch in der pädiatrischen bzw. kinderneuropsychiatrischen Praxis Berücksichtigung fanden. Ausnahmen sind Einzelerfahrungen aus der Praxis sowie aus Publikationen, die sowohl ein MD als auch einen positiven Therapieeffekt von Mg bei ADHS-Patienten beschreiben. Kindliche funktionelle Störungen werden durch Mg-Therapie nicht nur im somatischen, sondern auch im psychischen und Verhaltensbereich reduziert und Vergleiche von ADHS-Patienten unter bzw. ohne Mg-Therapie bestätigen übereinstimmend anhand klinischer bzw. psychometrischer Daten einen therapeutischen Benefit durch Mg.

Um solche Erkenntnisse verbreitet praxiswirksam zu machen, erfordert es jedoch

1. Einbeziehung des Mg in das multimodale Konzept der ADHS über die pädiatrisch-neuropsychiatrische und psycho-soziale Diagnostik hinaus;
2. Kenntnis, Verfügbar- und Anwendbarkeit der MD-Diagnostik für den Arzt [ Empfehlungen siehe *Fortschr. Med.* 118 (2000) 49 ];
3. eine Leitlinie, basierend auf Therapiestudien mit möglichst hohem Evidenzgrad, um Unsicherheiten für die Therapieverantwortlichen zu beenden. - Bis dahin ist ärztlich über eine differentialdiagnostisch-therapeutische ex juvantibus-Gabe von Mg zu entscheiden, und zwar bevor eine langzeitige Psychostimulantientherapie ordiniert wird. Deren erforderliche Wirkdosis kann Erfahrungen aus der Praxis zufolge durch Mg gemindert werden.