



Sandra Hotz

Juristin und Co-Leiterin des Projekts «Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit ADHS»

Liebe Eltern

Manchen Kindern fällt es überdurchschnittlich schwer, ihre Aufmerksamkeit und ihr Handeln zu steuern. Wie Eltern und Lehrpersonen damit umgehen, ist sehr unterschiedlich. Beispielsweise schreibt eine Mutter, ihr Kind sei zum Verzweifeln anstrengend, aber sie sei trotzdem gegen eine Abklärung, nur mache jetzt die Schule Druck. Eine andere Mutter fragt uns, ob sie denn berechtigt sei, an unserer ADHS-Studie teilzunehmen; sie hätten gar keine Probleme mehr mit ihrem Kind, seit es Ritalin bekomme. Eine weitere Mutter berichtet, sie habe die Ernährung und das Freizeitprogramm ihres Kindes umgestellt. Heute konsultiere sie nur noch die Verhaltenstherapeutin um «aufzufrischen, was sie gelernt habe».

So unterschiedlich mit ADHS-Symptomen umgegangen wird, so unterschiedlich fallen die Fachmeinungen aus. Für die einen handelt es sich dabei um ein gesellschaftliches Konstrukt, für die anderen um die häufigste psychische Störung unter Kindern in der Schweiz. Die einen halten Ritalin für ein Wundermittel, die anderen für ein Dopingmedikament zur Besserung der schulischen Leistung. Wie können die Meinungen über ADHS so weit auseinanderliegen? Die Gründe sind vielseitig: Die Symptome lassen sich nur schwer von anderen Verhaltensstörungen abgrenzen, die Diagnose ist komplex. Das Verständnis von ADHS variiert je nach Therapeutin oder Therapeut und manche Therapieansätze (z.B. Neurofeedback, Dramatherapie) sind bisher noch wenig untersucht.

Eines erscheint gewiss: Ganzheitliche Diagnose- und Therapieansätze sind sinnvoll. Im Zentrum sollten die individuellen Empfindungen des Kindes stehen. Die vorliegende 11-teilige Serie stellt denn auch das Kind in den Mittelpunkt der Betrachtung. Am Anfang stehen die Aussagen betroffener Kinder, gefolgt von Äusserungen aus der Perspektive von Eltern. Danach werden aus der gesellschaftlichen Perspektive konkrete Probleme und praktische Herangehensweisen im Schulalltag erläutert, aber auch rechtliche Aspekte aufgegriffen. Schliesslich folgen Beiträge zu den Themen Diagnose & Therapien.

Unsere Untersuchung «Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit ADHS» (Universität Freiburg, ZHAW, Collegium Helveticum) wurde grossenteils von der Mercator Stiftung Schweiz finanziert. Ihr möchte ich einen besonderen Dank aussprechen. Dem Redaktionsteam des Schweizer ElternMagazins Fritz & Fränzi sei ebenfalls für die hervorragende Zusammenarbeit gedankt. Ohne diese Serie würden bei weitem nicht so viele Kinder und Eltern an unserer Studie teilnehmen! Des Weiteren danke ich allen Eltern für die Zuschriften und das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Sandra Hotz

Inhalt

04 Teil 1 – Leben mit ADHS

Wie fühlt sich das eigentlich an, ADHS zu haben? Und wie ist es, wenn nur die Geschwister betroffen sind? Hier kommen die Kinder selbst zu Wort.

08 Teil 2 – Mein Kind hat ADHS

Nadja L. ist vierfache Mutter. Sie erzählt, wie das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom zwei ihrer Kinder ihr Leben dominiert.

12 Teil 3 – Kranke Gesellschaft?

Ist ADHS nur eine Modediagnose, weil unsere Gesellschaft verlernt hat mit schwierigen Kindern umzugehen?

16 Teil 4 – ADHS und (Kinder-)Rechte

Widerspricht die Behandlung mit Ritalin dem Kindeswohl? Oder ist es diesem eher dienlich? Ein Blick aufs Thema aus rechtlicher Perspektive.

20 Teil 5 – ADHS und Schule

ADHS führt fast immer zu Problemen im Schulalltag. Wie Eltern und Lehrpersonen die Kinder unterstützen können.

24 Teil 6 – Medikalisierung

Wie Ritalin sinnvoll eingesetzt wird und warum es so viele kritische Stimmen gibt.

28 Teil 7 – Diagnose

Wie ADHS diagnostiziert wird und warum diese Diagnose nicht immer hilfreich ist.

32 Teil 8 – Therapie

Mein Kind hat ADHS – und jetzt? Was einen guten Therapieansatz ausmacht.

36 Teil 9 – ADHS und Ethik

ADHS wirft moralische Fragen auf: nicht zu helfen hat weitreichende Konsequenzen – aber auch die Medikamentengabe ist nicht risikolos. Ein Dilemma.

40 Teil 10 – ADHS und Psychotherapie

Welche Rolle spielt die Psychotherapie in der Behandlung von Kindern mit ADHS?

44 Teil 11 – Alternative Behandlungen

Eine multimodale Therapie soll ADHS ganzheitlich und ohne Medikamente angehen – und nicht nur Symptome bekämpfen.

«Ich fühle mich als total normaler Junge. Ich habe einen grossen Kollegenkreis, aber leider sind alle mit Schule, Hausaufgaben oder in Vereinen beschäftigt. Darum kann ich mich nur selten mit ihnen treffen. Ich habe zwei Nachmittage frei, an denen meine Kollegen in die Schule müssen. Diese Nachmittage verbringe ich meistens mit Online-gamen. Am liebsten spiele ich im Team mit meinen Online-Freunden beispielsweise Battlefield oder auch GTA 5. Auch online habe ich mittlerweile einen grossen Freundeskreis. Ansonsten gehe ich gern schwimmen, fahre mit dem Fahrrad zu Freunden und spiele mit ihnen Fussball. Die Schule ist sehr anstrengend und frustrierend. Mir war es aber wichtig, dass ich mit meinen Kollegen aus dem Quartier in die Schule gehen konnte. Ich habe Mühe, bei den gestellten Aufgaben zu bleiben. In der Hauswirt-

«Es geht mir gut.
Warum soll ich zu
einem Psychologen
gehen?»

schaft müssen wir zum Beispiel Küchengeräte oder Material teilen. Wenn ich also aufgrund meiner Aufgabe zu einem Kollegen muss, um mir das Material oder Gerät abzuholen, und wieder an den Arbeitsplatz zurückkehre, weiss ich nicht mehr, wo ich in meiner Aufgabe gerade stand. Die Lehrerin war schon öfters ziemlich verzweifelt.

Sehr viel Spass macht mir Naturlehre. In diesem Fach durfte ich ein halbes Jahr lang in die progymnasiale Klasse. Ich verstehe alles, kann es aber anschliessend nicht aufs Papier bringen. Meine Eltern wollten mich in der 5. Klasse in eine Privatschule schicken.

Das wollte ich nicht. Die Förderklasse ist aber nichts für mich. Da sind die Schulkollegen langsam und unkonzentriert wie ich. Mein Ziel war es, aufzusteigen und den Realabschluss zu machen. Das klappt aber in dieser Klasse nicht. Ab dem Herbst gehe ich nun doch in eine Privatschule. Dort sind ebenfalls viele Hyperaktive wie ich, aber es herrscht eine ganz andere Stimmung.

Morgens komme ich schlecht aus dem Bett, weil ich abends nicht einschlafen kann, und bin deshalb öfters zu spät in der Schule. Mittlerweile kann ich die verlorene Zeit aufholen, indem ich mit dem Velo zur Schule fahre. Meine Lehrer und meine Mutter sprechen immer wieder davon, dass ich Medikamente ausprobieren oder zu einem Psychologen gehen soll. Das will ich nicht. Ich habe einige Zeit Medikamente genommen. Sie machten mich ganz langsam, was ich gar nicht mochte, und ich hatte keinen Hunger mehr. Da ich schon immer zu den Kleinsten in der Klasse gehörte, wollte ich das Medi nicht mehr nehmen, um endlich zu wachsen. Da es mir gut geht, sehe ich auch nicht ein, warum ich zum Psychologen gehen soll.»

Bei Laura wurde in der 1. Klasse ADS diagnostiziert. Sie hat während mehrerer Jahre Ritalin genommen, hat sich aber gemeinsam mit ihrem Bruder dazu entschlossen, auf medikamentöse oder psychologische Unterstützung zu verzichten. Heute ist sie in der 7. Realschulklasse, hat gute Noten und träumt davon, die Sekundarschule zu besuchen.

«In der Schule werde ich oft von den einfachsten Sachen abgelenkt, zum Beispiel von dem, was draussen vor dem Fenster passiert oder was die Mitschüler machen, was sie schauen, was sie >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder, Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Die zehnteilige Serie entstand in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

Serie

Teil 1 Leben mit ADHS

- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisation
- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> schreiben. Bei Prüfungen konzentriere ich mich nicht auf das Wesentliche, also darauf, die Prüfung zu schreiben, sondern darauf, was um mich herum passiert. So vergesse ich oft die Zeit – und schon muss ich die Prüfung abgeben. Das passiert mir aber nicht nur in der Schule, sondern

«Bei Prüfungen konzentriere ich mich nicht auf das Wesentliche.»

auch mit meinen Freundinnen. Wir machen oft ab, nach der Schule an bestimmten Orten aufeinander zu warten. Doch das vergesse ich oft, dann versuche ich es mit ihnen zu klären. Manchmal verspreche ich ihnen auch, dass ich ihnen etwas kopiere. Doch auch dieser «Denkzettel» wird oft schnell aus meinem Kopf geschafft. Erst wenn es zu spät ist, merke ich das. In der Freizeit, mit meinen Freundinnen, passiert es manchmal, dass ich plötzlich einen «Energieschock» bekomme und aufstehe oder aufspringe. Ich hoffe dann, dass ich eine positive Reaktion meiner Freundinnen erhalte. Meistens reagieren sie freundlich und bitten mich, damit aufzuhören. Manchmal treibe ich es auf die Spitze und dann kriege ich Ärger. Zum Teil beabsichtige ich dieses Verhalten gar nicht, ich will keine Reaktion oder Antwort von ihnen. Dann fühle ich mich so, als ob die anderen nichts machen und als ob sie nur rumstehen. Ich habe darum immer wieder Streit mit meinen Freundinnen.

Wenn wir in der Familie am Tisch sitzen und reden oder essen, fällt es mir schwer, einfach dazu-

hocken und nichts zu machen, den anderen zuzuhören. Doch ich konnte diese Schwäche besiegen und erreiche immer öfter, dass ich die Ruhe am Tisch, aber auch bei Freundinnen oder in der Schule bewahre. Am Anfang der 1. Klasse bis zur 4. Klasse habe ich Medikamente eingenommen, doch sie wirkten nicht immer für alles. Meine Wutausbrüche brachten mir manchen peinlichen Moment mit meinen Freundinnen ein. So hatte ich zum Beispiel an meiner Geburtstagsfeier so einen heftigen Wutausbruch und ich schrie ganz fürchterlich herum, so dass wir mit dem Spielen aufhören mussten. Ich konnte nicht mehr aufhören zu weinen und zu schreien, obwohl meine Mutter versuchte, mich zu beruhigen. Diese Wutausbrüche hatte ich noch lange Zeit. Ich konnte mich weder selbst beruhigen, noch von anderen trösten lassen. Die Freundinnen wollten dann in den folgenden Jahren kaum noch zu mir kommen. Ich fand nicht, dass das Medikament mir bei diesen Gefühlsausbrüchen helfen konnte. So wollte ich selber lernen, mich zu beherrschen.»

Monia geht in die 3. Klasse des Gymnasiums. Sie wurde nie auf ADHS abgeklärt, da keine schulischen Probleme vorlagen.

«Wie ich meine Geschwister wahrnehme? Nervig, laut, frech, unordentlich. Aber auch als liebenswürdige Geschwister, lustig, hart arbeitend und voller Energie. Aber um meine Wahrnehmung von meinem Bruder und meiner Schwester wirklich beschreiben zu können, muss ich wohl differenzieren. Denn beide sind wie Tag und Nacht. Total unterschiedlich – und doch teilen sie gewisse Verhaltens- und Charakterzüge.

Als ich kleiner war, habe ich nicht wirklich verstanden, was

genau ADHS ist. Ich wusste, dass mein Bruder hyperaktiv ist. Meine Schwester habe ich nicht direkt als hyperaktiv empfunden, sondern eher als «nervig in Schüben». Die ganzen Probleme, die sie in der Schule haben, wurden mir erst mit der Zeit wirklich bewusst. Vorher dachte ich, all das Nicht-still-sitzen-Können und die Probleme mit der Konzentration wären ein Teil ihrer Persönlichkeit und keine «Störung».

Mein Bruder könnte in einem Buch als Beispielfall stehen, in dem man Hyperaktivität nachschlägt. Er sitzt nie lange am Essenstisch, «hibbelt» hin und her, hat manchmal Probleme, sein Mundwerk zu kontrollieren und generell Impulse zu hinterfragen und rechtzeitig zu stoppen. Gerade dieses Mundwerk und seine ungestoppten Impulse führen unter uns Geschwistern nicht selten zu Streitereien und stark belasteten Nerven. Nicht umsonst bekam er in der Pfadi den Spitznamen JoJo. Wie ein solches Spielzeug springt er hin und her. Wenn man ihn nicht mit der rich-

«Ich dachte, die ganzen Probleme wären ein Teil ihrer Persönlichkeit und keine Störung.»

tigen Handbewegung leitet, irrt er überall hin, nur nicht ordentlich, wie man es eigentlich möchte. Meine Schwester hingegen ist schon fast wieder ruhig. Sie «hibbelt» zwar auch manchmal, aber sie kann länger am Tisch sitzen und mit uns reden. Wenn sie ein Ziel vor Augen hat, dann gibt es nichts, das sie stoppen kann. Sei es eisern für etwas zu sparen, für eine

Prüfung zu lernen oder etwas für ihre Liebsten zu basteln. Allerdings tagträumt sie gerne mal und braucht mehrere Erinnerungen und Aufforderungen, etwas zu erledigen.

Mein Bruder ist seinen Eltern und der Lehrerschaft gegenüber sehr höflich und sehr loyal. Er hat wenige Hobbys, aber diejenigen, die er hat, verfolgt er mit grösster Leidenschaft und lässt sich durch diese auch hoch motivieren. Gäbe es eine Schule fürs Gaming, er würde mit Top-Noten abschliessen und wirklich dafür lernen. Er ist nämlich nicht blöd oder dumm. Aber ich denke, dass er einfach an den «normalen» Schulfächern nicht interessiert ist. Und warum soll man sich für etwas anstrengen, das man nicht lernen möchte?

Meine Schwester allerdings hat stetig wechselnde Interessen. Ballett, Fussball, Leichtathletik, Basketball, Reiten ... Wie die Kleider wechselt sie Interessen. Am Anfang ist sie stets sehr motiviert, doch mit der Zeit verblasst das, und sie hört damit auf. Aber sie ist recht motiviert für die Schule, und auch wenn es Tage gibt, an denen das Lernen zweitrangig ist, strengt sie sich wirklich für die Schule an.

Ich würde sagen, dass ich ein gutes Verhältnis zu meinen Geschwistern habe. Als eine Person, die viel Zeit alleine braucht, erscheinen mir Michael und Laura öfters «überwältigend». Aber ich nehme mir Zeit, wenn sie Probleme haben oder wenn mich das schlechte Gewissen einholt. Ich bin gespannt zu sehen, wie

mein Bruder die Kurve in der Schule kriegt und wie meine Schwester sich bei der Qual der Berufswahl entscheiden wird.» <<<

** Monia und Laura schrieben ihre Texte selbstständig. Sie wurden leicht überarbeitet beziehungsweise gekürzt. Michaels Text entstand gestützt auf ein Gespräch. Die Namen wurden abgeändert.*

schnellem Eingreifen trug er blaue Flecken über die ganze Stirn.

Der Kinderarzt, dessen Quietsch-Ente unser einjähriger Sohn quer durch die Arztpraxis schmiss, notierte «autonomes Verhalten» ins Heft und zuckte ratlos mit den Schultern. Eigenwilliges, zappeliges und unangepasstes Verhalten blieb weiterhin das Markenzeichen unseres Sohnes.

Heute ist er sechzehn Jahre alt. Ich freue mich über seine positiven Eigenschaften, wie etwa sein charmantes, feinfühliges und sensibles Wesen, seine Hilfsbereitschaft und den ausgeprägten Gerechtigkeits-sinn.

Das Gleiche gilt für unser drittes Kind, eine Tochter, die ganz anders und eben doch ähnlich tickt wie ihr Bruder. Das impulsive, hoch emotionale und ungeduldige Agieren und Reagieren der Kinder fordert mich auch heute noch heraus. Während Jahren benötigten sie meine ständige Aufmerksamkeit, damit der Tag nicht mit Wutanfällen gepflastert oder auf der Notfallstation des Krankenhauses endete.

«Hyperaktive Kinder funktionieren wie Flipperkugeln.»

Als Mutter von drei Vorschulkindern musste ich den Fokus darauf richten, alle (auch mich!) heil durch den Tag zu bringen. Ich versuchte meinen Kindern möglichst schnell die Devise «Durchdrehen darf immer nur einer» beizubringen, denn ich konnte mich zeitgleich jeweils nur um ein Kind kümmern.

Hyperaktive Kinder funktionieren wie Flipperkugeln: Bis sie etwa den Weg ins Bett schaffen, stossen sie noch an mindestens zehn verschiedenen Stationen an, manchmal beginnt das Spiel auf ein Neu-

es. Die Vorstellung, das Abendessen als Moment des Austauschs zu geniessen, musste ich aufgeben. Wir konzentrierten uns darauf, unsere Kinder zum Sitzenbleiben und Essen anzuhalten.

«Welche Regeln sind so wichtig, dass man sie immer und immer wieder durchsetzt?»

Bald standen die Fragen im Raum: Wollen die Kinder nicht oder können sie es nicht? Welche Regeln des Zusammenlebens sind uns wichtig genug, um sie jahrelang, täglich, immer und immer wieder einzufordern und durchzusetzen? Ins Nachbarhaus spazieren und dort aus der Schublade Geschenkpapier ziehen, nachts aus dem Fenster klettern, um das Nachbarskind zu besuchen, beim Kinderarzt «Hilfe» schreien, weil er noch ein wenig im Wartezimmer mit dem Traktor spielen wollte, ich aber gehen musste – all das sind Anekdoten aus dem Leben meiner Kinder mit ihrer eigenen Sicht auf die Welt.

Konnte ich der ältesten Tochter früh Freiheiten erlauben und auch mal fünf gerade sein lassen, musste ich bei den zwei anderen eine konsequente und von klaren Strukturen geprägte Erziehung einführen, auch weil die «Flipperkugeln» die Ausnahme sofort zur neuen Regel erklärten.

Direktive, kurz gehaltene Formulierungen wie etwa «Räum alle Bücher in die blaue Kiste» bringen bei den zwei Jüngeren bis ins Teenageralter mehr Erfolg als die Bitte, noch vor dem Abendessen das Zimmer aufzuräumen. Kreative Lösungen sind auch gefragt, um die unterschiedlichen Bedürfnisse der Geschwister ins Gleich >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese zehnteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

Die Juristin leitet zusammen mit Amrei Wittwer vom Collegium Helveticum das Projekt «Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie», an dem auch die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW beteiligt ist. Das Projekt wird von der Mercator Stiftung Schweiz unterstützt.

Serie

Teil 1 Leben mit ADHS

Teil 2 Mein Kind hat ADHS

- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisation
- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> gewicht zu bringen. So fand die Älteste, unsere Leserate, erst Ruhe zum Lesen, als sie über einen eigenen Schlüssel zu ihrem Zimmer verfügte.

Mit der Einschulung entstanden neue Herausforderungen: Kinder, die über eine kurze Aufmerksamkeitsspanne, wenig Ausdauer, Konzentration und Selbstorganisation verfügen, können den Anforderungen der Schule kaum genügen. Selbständig individuelle mathematische Lösungswege finden, mündliche Anweisungen befolgen, in Gruppen arbeiten oder langfristige Projekte erarbeiten – das überforderte meine Kinder.

«In der Schule sollten die Kinder funktionieren.»

Schnell lag der Fokus vieler Lehrpersonen auf ihren Defiziten. Wir wurden aufgefordert, dafür zu sorgen, dass sie die Hausaufgaben notieren, diese vollständig und sorgfältig erledigen und zuverlässig das dazu nötige Material einpacken – kurz: Die Kinder sollten funktionieren.

Dies war ja auch mein Wunsch, bloss funktionierten sie nicht wie die anderen. Nach mehreren vergeblichen Anläufen bei Kinderärzten und Schulpsychologen liessen wir die Kinder beim KJPD (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) abklären. Mittels einer Ausschlussdiagnose wurde beim Sohn ADHS, bei der Tochter ADS festgestellt.

Obwohl die Lehrpersonen die Diagnose kannten, musste ich in unzähligen Gesprächen fehlende «Znüni», vergessene Sportsachen oder die Schlafprobleme des Sohnes diskutieren, als mangle es mir an Erziehungsfähigkeit. Selten wurde ich als Expertin der Kinder wahrgenommen. Meine Wünsche

nach schriftlichen Aufgabenstellungen und Lernzielen sowie von der Lehrperson kontrollierten, vollständigen Lerndossiers, um den Schulerfolg von zu Hause aus unterstützen zu können, wurden nur phasenweise erfüllt.

Dankbar war ich über Lehrpersonen, die solide unterrichteten, das Kind differenziert wahrnahmen, über Humor und grundsätzlich über starke Nerven verfügten. Dennoch: Nachteilsausgleich ist in den meisten Schulen nicht möglich, die Reaktionen der Lehrpersonen auf besondere Bedürfnisse des Kindes aufgrund fehlender Ressourcen sind meist ablehnend.

Für meinen Sohn hiess die Antwort irgendwann Privatschule. Die ehrgeizige Tochter hingegen erlebt eine (fast) normale Schulkarriere. Die Sorgen um die Schullaufbahn, um die Eingliederung in das Sozial- und Berufsleben sind meine ständigen Begleiter. Genauso zu schaffen macht mir aber der Rechtfertigungsdruck gegen aussen. Der Vorwurf, Kinder mit Medikation ruhigzustellen, sind für mich verletzende Aussagen. Die Grundsatfrage nach der Existenz von AD(H)S ist aus meiner Sicht überflüssig.

Zudem scheinen sich mittlerweile alle eine Meinung zum Thema gemacht zu haben. So wurde ich ungefragt mit Tipps überhäuft: Schon zuckerfreie Diät, Schüssler-Salz, Globuli oder Stromstösse probiert? Wir, wie viele andere Eltern, setzen uns sehr differenziert mit unseren Kindern, Erziehungsfragen und allfälligen Behandlungsmöglichkeiten auseinander. Vom Umfeld wird ungeniert Druck aufgesetzt, in die eine oder andere Richtung zu gehen, je nach persönlicher Überzeugung bei diesem Thema.

Gleichzeitig handelten manche Fachpersonen, die ich aufsuchte, erschreckend unprofessionell: Kinderärzte konnten scheinbar bereits

aufgrund des kindlichen Verhaltens im Wartezimmer eine Hyperaktivität ausschliessen und ein Erziehungsproblem meinerseits feststellen. Schulpsychologen verneinten die Hyperaktivität ohne weitere Abklärungen. In der Schule wurde uns dann vorgeworfen, das Kind nicht abgeklärt zu haben, (keine) Medikamente oder falsche Medikamente zu geben.

Trotz diesem äusseren Druck müssen wir Eltern unbeirrt das Wohlergehen des Kindes in den Mittelpunkt stellen: Wie geht es unserem Sohn? Was will die Tochter? Wie oft wollen sie abgeklärt und wie intensiv therapiert werden? Wie lange sollen sie, mit welcher Zielsetzung, Medikamente zu sich nehmen? Fühlen sie sich durch die Medikamente wirklich besser, oder funktionieren sie bloss besser? Haben sie einen Anspruch darauf, anders zu sein – und um welchen Preis?

«Ich lernte zu akzeptieren, dass wir nur bedingt kompatibel sind.»

Die familieninterne Auseinandersetzung über Therapie- und Medikationswege zwischen uns Eltern einerseits und mit jedem Kind andererseits führten wir, ohne zu wissen, wie sich die Kinder auf dem einen oder anderen Weg entwickeln könnten. Keine Fachperson konnte uns diese Entscheide abnehmen.

Vier Jahre nahmen unsere Kinder Medikamente ein. Für mich war es ein unglaubliches Erlebnis, wie mein Sohn auf einen Schlag mit mir kommunizieren konnte. Seine Sozialkompetenzen entwickelten sich positiv. Schulisch hat ihm die Medikation nicht geholfen. Trotz nachgewiesener durch-

schnittlicher Intelligenz erhielt er bald besondere Lernziele, die ihn für die Förderklasse qualifizierten. Mit dreizehn Jahren begann er die Medikation mit differenzierten Argumenten zu verweigern. Unsere Tochter schloss sich ihm an. Nach langen Diskussionen respektierten wir ihren Wunsch.

Zuletzt bleibt die Frage, wie wir Eltern als Paar und als Einzelpersonen die belastenden Schuljahre und die (noch) anstrengenderen Teenagerjahre heil überstehen. Ich lernte zu akzeptieren, dass unsere Kinder, wie auch wir als Familie, nur begrenzt mit anderen kompatibel oder vergleichbar sind. Die soziale Ausgegrenztheit der Kinder schweisste uns als Familie enger zusammen. Weiter waren Informationen zu AD(H)S eine wichtige

Grundlage, um Entscheidungen treffen zu können. Elpos, der Verein für Eltern und Bezugspersonen von Kindern sowie Erwachsenen mit POS/AD(H)S, vermittelt mit ihrer Zeitschrift und regional verankerten Veranstaltungen nicht nur Informationen, sondern ermöglicht den wichtigen Austausch unter Betroffenen.

Und zuletzt: Bewusste Auszeiten für jeden Einzelnen in der Familie sind wichtig. Sie schaffen eine Distanz zum anstrengenden Familienleben, damit immer wieder Dankbarkeit und Freude aufkommen kann, unseren spannenden Kindern beim Aufwachsen zuzusehen und sie in ihren Erfahrungen unterstützen zu dürfen. <<<

** Name ist der Redaktion bekannt.*

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Behandlungen von ADHS mit sogenannten Methylphenidaten wie Ritalin in den letzten 10 bis 15 Jahren schweizweit stetig zugenommen haben. Eine aktuelle Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW kommt zum Ergebnis, dass im Jahr 2012 rund 2,6 Prozent aller Schulkinder im Kanton Zürich Ritalin erhielten. Dies entspricht ungefähr dem Durchschnitt in der ganzen Schweiz (2,4 Prozent). Der Anstieg fand primär in den Jahren 2006 bis 2010 statt, danach stabilisierten sich die Zahlen.

Die Zunahme des Ritalin-Konsums und damit einhergehend die vermutete Zunahme von ADHS-Diagnosen lösen in der Öffentlichkeit immer wieder Besorgnis und Kritik aus. Ein Vorwurf lautet zum Beispiel, dass die Gesellschaft gegenüber auffälligen Kindern intoleranter geworden sei und dass vorschnell zu Medikamenten gegriffen wird, um die Kinder ruhigzustellen. Die in der ZHAW-Studie befragten Fachleute wie

Bei ADHS handelt es sich zunehmend um einen «überstrapazierten» Begriff.

Ärzte, Psychiater und Pädagogen bestätigen diese Vorwürfe teilweise: Bei ADHS handle es sich zunehmend um einen «überstrapazierten» Begriff. Wegen dessen Popularität bestehe die Gefahr, verhaltensauffällige, nervöse oder zappelige Kinder vorschnell und ohne differenzierte Betrachtung zu diagnostizieren.

Aus der Sicht der Fachpersonen sei ADHS auch eine Modediagnose, unter die auffälliges Verhalten von Kindern subsumiert werde, ohne genau hinzuschauen, worunter das Kind tatsächlich leide. Eine präzise Abgrenzung zu einer normalen kindlichen Entwicklung oder anderen Erkrankungen, wie Depression, sei nämlich oftmals schwierig. Die Fachpersonen bezweifeln aber nicht, dass Ritalin in sorgfältig diagnostizierten Fällen sinnvoll eingesetzt wird und den Betroffenen so auf mehreren Ebenen geholfen werden kann.

Verschiedene Blickwinkel auf ADHS

Über das gehäufte Auftreten von ADHS in der Öffentlichkeit sowie die konkreten Gründe der Zunahme der ADHS-Diagnosen kann nur spekuliert werden. Nicht nur weil es in der Schweiz keine zuverlässigen Daten über die Verbreitung von ADHS(-Diagnosen) gibt, sondern auch weil Forschende verschiedener Fachrichtungen zu unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Erkenntnissen über die Ursachen von ADHS kommen.

Seitens der Psychologie wurde ADHS in den 1990er-Jahren offiziell als Krankheit in die internationalen Diagnoseklassifikationssysteme aufgenommen. ADHS gilt deshalb heute als anerkannte psychische Störung, wobei die Ursache in der Psyche der Kinder liegt und auf frühkindliche Entwicklungsstörungen zurückzuführen ist. In den Diagnoseklassifikationssystemen ist auch definiert, dass Kinder mit ADHS sich nicht gut konzentrieren können, hyperaktiv und impulsiv sind.

Für Neurologen liegt die Ursache von ADHS in der Gehirnfunktion, wobei der Botenstoff Dopamin, der normalerweise Informationen zwischen den Nervenzellen vermittelt, es nicht schafft, von einer Zelle in die nächste zu gelangen. Der >>>

Referenzen

1. Rüesch, P., Robin, D., Altwicker-Hämori, S., Juvalta, S. (2014). Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich. Forschungsbericht, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur.
2. Schneider, M. (2014). ADHS als kulturelle Pandemie. Zappelphilipp, eine Karriere. Neue Zürcher Zeitung, Ausgabe vom 11.12.2014.
3. Leuzinger-Bohleber, M., Staufenberg, A., Fischmann, T. (2007). ADHD-indication for psychoanalytic treatments? Some clinical, conceptual, and empirical considerations based on the «Frankfurt Prevention Study». Praxis der Kinderpsychologie und der Kinderpsychiatrie 04/56, 356–385.

Serie

Die Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

Teil 1 Leben mit ADHS

Teil 2 Mein Kind hat ADHS

Teil 3 Kranke Gesellschaft?

Teil 4 ADHS und Recht

Teil 5 ADHS und Schule

Teil 6 Medikalisierung

Teil 7 Diagnose

Teil 8 Therapie

Teil 9 ADHS und Ethik

Teil 10 ADHS und Psychotherapie

Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> Grund dafür ist, dass die Nervenzelle die Dopaminmoleküle, gleich nachdem sie sie freigesetzt hat, wieder einfängt. Die Kommunikation zwischen den Gehirnzellen ist dadurch gehemmt, Reize

Bei einem Menschen mit ADHS ist die Kommunikation zwischen den Gehirnzellen gehemmt.

und Informationen können nicht mehr optimal verarbeitet werden. Die Betroffenen haben Mühe, sich zu konzentrieren, jemandem zuzuhören oder eine Aufgabe nach Plan zu erledigen.

Für Genetiker wiederum liegen die Wurzeln von ADHS in den DNA-Strukturen der Betroffenen verborgen. Die Anlage, ADHS zu bekommen, ist aus der Perspektive der Genetik angeboren.

Die Soziologen weisen im Gegenzug darauf hin, dass es zu kurz greift, ADHS als genetische Prägung oder rein medizinische Diagnose zu betrachten. Als ein zentrales Forschungsergebnis

betonen sie, dass ADHS im Spannungsfeld zwischen Kind, Eltern, Schule und Umwelt zu verordnen ist. Soziologen untersuchen den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Strukturen und ADHS, beispielsweise hinsichtlich der Geschlechterrollen, familiärer Strukturen, der sozialen Abgrenzung von Betroffenen oder des gesellschaftlichen Drucks, auffälliges Verhalten durch eine Diagnose bestätigen zu lassen.

Das Krankheitsbild ADHS ist durch gesellschaftliche Normen geprägt, etwa den Druck, erfolgreich funktionieren zu müssen, das heisst, sich in der Schule konzentrieren zu können oder sich gut in ein soziales und schulisches Umfeld einzugliedern. Kinder mit einem Aufmerksamkeitsproblem werden aufgrund ihres Verhaltens oftmals stigmatisiert, nicht selten wird dies auf die angeblich schlechte Erziehung der Eltern zurückgeführt. Solche belastende Reaktionen aus dem Umfeld des Kindes sind mitunter Grund dafür, weshalb betroffene Familien sich für eine Behandlung mit Ritalin entscheiden. Die ZHAW-Studie kam zum Schluss, dass Eltern sich auch aufgrund des Leidensdrucks der Kinder für eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Oft-

mals wurden zuvor bereits andere Massnahmen erfolglos ausprobiert.

Klar ist: ADHS kann nicht ohne Einbezug des sozialen Wandels unserer Gesellschaft verstanden werden. Dass dies in der ADHS-Forschung teilweise vergessen geht, liegt vielleicht an der Schwierigkeit, gesellschaftliche Entwicklungen zu «messen». Der gesellschaftliche Einfluss auf ADHS kann etwa am Ländervergleich festgemacht werden. So gibt es in Italien oder Frankreich deutlich weniger ADHS-Diagnosen bei Kindern als in Deutschland oder der Schweiz. Dies könnte auf kulturelle Unterschiede, beispielsweise hinsichtlich der Schulsysteme oder der gesell-

ADHS kann nicht ohne Einbezug des sozialen Wandels verstanden werden.

schaftlichen Toleranz gegenüber auffälligem Verhalten, zurückzuführen sein. Doch auch hierzulande kam es zu einem sozialen Wandel, der zu Veränderungen im Umgang und im Bewusstsein mit Krankheiten oder der Erziehung

Kinder fördern – eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit ADHS

Wie können und sollen Kinder mit ADHS gefördert werden? Forschende aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Pharmazie, Soziologie, Recht und Ethik hinterfragen in einem neuen Forschungsprojekt die Praxis der vermehrten Diagnose und medikamentösen Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. Im Forschungsprojekt werden schweizweit psychologische, medizinische und soziale Faktoren untersucht, die zur ADHS-Diagnose, zur Auswahl von Fördermassnahmen und zu einer Verschreibung von Medikamenten führen können. Dabei sollen auch präventive Massnahmen und alternative Behandlungswege beobachtet werden.

Die Forschenden werden durch Experten und Expertinnen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizin, Bildungsforschung und Schulentwicklung beraten. Unterstützt wird das interdisziplinäre Projekt durch die Stiftung Mercator Schweiz.

Die Studie wird durchgeführt vom Institut für Familienforschung und -beratung (Universität Freiburg), vom Zentrum für Gesundheitswissenschaften (ZHAW) und vom Collegium Helveticum (ETH/Universität Zürich).

geführt hat. Auch die Diagnose ADHS kann deshalb nicht ohne Berücksichtigung dieser veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen diskutiert werden.

Die NZZ schrieb 2014 von einer gesellschaftlichen «Zappelphilipp-Karriere». Das ist eine Anspielung auf die von Heinrich Hoffmann im Jahr 1845 beschriebenen Figuren des «Zappelphilipp» und des «Hanns Guck-in-die-Luft». Beide waren durch typische Verhaltensweisen von Kindern mit einem Aufmerksamkeitsproblem gekennzeichnet.

Diese historischen Figuren deuten darauf hin, dass es «ADHS» schon damals gab, nur unter anderem Namen. Was sich jedoch heute verändert hat, ist der Blick auf das Phänomen. Heute schaut man genauer hin: behandlungsorientierter, systematischer, reflektierter.

Zugleich ist man aber auch kritischer, besorgter, unsorgfältiger und teilweise überforderter.

Die Komplexität von ADHS

Je nach wissenschaftlicher Fachrichtung verändert sich der Blickwinkel auf das Thema ADHS. Während psychologische Ursachen oft im Vordergrund der Diskussion stehen, geraten gesellschaftliche Hintergründe in der ADHS-Forschung schnell in Vergessenheit.

ADHS sollte immer als Phänomen verschiedener ineinander übergreifender Ursachen verstanden werden. Psychologische, neurobiologische, genetische, gesellschaftliche, kulturelle und familiäre Umstände spielen dabei gleichsam eine wichtige Rolle. ADHS bildet ein komplexes Phänomen und ein komplexes Lei-

densbild für die Betroffenen, das nur erfolgreich behandelt werden kann, wenn die Lebenswelten, in denen die Kinder und Familien sich bewegen, umfassend untersucht werden.

Gerade weil ADHS so viele Bereiche – Schule, Familie, Berufswelt – betrifft, ist es wichtig, dass behandelnde Fachleute, Eltern, Kinder und Lehrpersonen sich vernetzen, um sich umfassender über die ADHS-Problematik der Kinder austauschen zu können. <<<



Dominik Robin

lic. phil., ist Soziologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Gesundheitswissenschaften der ZHAW (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften).



Welche Rechte haben Kinder?

Der Wirkstoff Methylphenidat, enthalten in Ritalin, unterliegt dem **Betäubungsmittelgesetz**. Widerspricht die Behandlung mit solchen Medikamenten dem **Kindeswohl** oder ist sie dem Kind dienlich? Was und wie viel dürfen Eltern bei der Behandlung mitbestimmen? Was muss das Kind selbst entscheiden dürfen? Ein Blick auf das Thema AD(H)S aus der (kinder)rechtlichen Perspektive. *Text: Sandra Hotz*

Das Kindeswohl gilt in der Schweiz als Leitmaxime. Das heisst, dass dem Kindeswohl Vorrang vor anderen Interessen zukommt, gegebenenfalls selbst vor den Wünschen der Eltern. Massnahmen, die im Rahmen des Bildungssystems oder Gesundheitswesens getroffen werden und den Kindesinteressen nicht ausreichend Rechnung tragen, können somit rechtswidrig sein.

Schwierig ist es jedoch, im Einzelfall zu bestimmen, was dem Kindeswohl entspricht und was nicht; vor allem dann, wenn Eltern-, Schul- und Kindesinteressen sowie die medizinische Fachmeinung bezüglich der Förderung eines Kindes mit AD(H)S auseinandergehen. Sind bekannte Nebenwirkungen eines Medikamentes wie Schlafstörungen oder Appetitverlust zu rechtfertigen, wenn das Kind dafür seinen Übertritt von der 3. in die 4. Klasse schafft oder sich dadurch besser mit Freunden und Geschwistern versteht?

Kommt es dem Kindeswohl möglicherweise indirekt zugute, wenn durch die erhöhte Chance, sich zu strukturieren, seine Familie entlastet wird?

Eltern haben ein Recht wie auch die Pflicht, für ihre Kinder zu sorgen, insbesondere in Gesundheits- und Schulbelangen.

Erschwerend kommt hinzu, dass in diesem Zusammenhang selten eine unabhängige «dritte» Behörde oder ein Gericht über das Kindeswohl entscheidet. Die Akteure sind vielmehr direkt involviert, und manch-

mal dürfte unklar sein, wer die «Regie führt», wenn sich die Interessen der Eltern, der Fachpersonen und des Kindes gegenüberstehen.

Eltern haben ein Recht wie auch die Pflicht, für ihre Kinder zu sorgen, insbesondere in Gesundheits- und Schulbelangen. Sie stellen für ihre minderjährigen Kinder grundsätzlich die rechtliche Vertretung dar und entscheiden mit über alle Fördermassnahmen und

Eine Behandlung mit Medikamenten ist nie harmlos. Eltern und Ärzte tun gut daran, auch das Kind in diese Entscheidung miteinzubeziehen.

medizinischen Behandlungen der Schulkinder. Eine Lehrperson kann beispielsweise nicht von sich aus entscheiden, ob das Kind in den Zusatzunterricht zur Logopädin soll. Das funktioniert grundsätzlich nur in Absprache mit den Eltern. Und so muss auch eine Ärztin vor einem Behandlungsbeginn die Eltern fragen, ob sie mit der vorgeschlagenen Therapie einverstanden sind. Notfälle sind vorbehalten.

Da eine Behandlung mit Medikamenten nicht harmlos ist, liegt eine Entscheidung nicht mehr allein im Ermessen der Eltern: So muss nicht nur die medizinische Notwendigkeit zuerst eindeutig und verlässlich von der medizinischen Fachperson diagnostiziert und entschieden werden, auch das Kind muss in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. Je nach Auffassungsgabe und Reifegrad des Kindes, seiner Urteilsfähigkeit, entscheidet es auch selbst. Dafür, ab wann ein Kind >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese zehnteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?

Teil 4 ADHS und Recht

- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisierung
- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> urteilsfähig ist, gibt es im schweizerischen Recht keine fixen Altersvoraussetzungen. Dies ist von Fall zu Fall zu beurteilen. Ein Kind muss erfassen und einschätzen können, was es tut, und zusätzlich muss es dementsprechend differenziert handeln können. Ein Beispiel: Ein 12-jähriges Kind mit einer AD(H)S-Diagnose verweigert ein Medikament, weil es dessen Wirkungen seit einem Jahr kennt, diese schon mit den Eltern und/oder Arzt besprochen hat und dann zum Schluss kommt, es helfe ihm in der Schule nicht bei der Verbesserung seiner Leistungen. Dies muss es auch kommunizieren können. Doch selbst wenn ein

Kind angemessen partizipieren und/oder mitentscheiden kann, ist es im Primarschulalter dem Einfluss der Erwachsenen am stärksten ausgesetzt. Das heisst, es bleibt beeinflussbar. Mit einer Medikation werden bewusst gewisse Nebenwirkungen, unter Umständen irreversible Folgen wie Wachstumsstörungen, Tics oder Psychosen, in Kauf genommen, die das Kind alleine zu tragen hat. Darin könnte auch ein fundamentales rechtliches Problem gesehen werden: Dürfen Vertretungsberechtigte tatsächlich etwas für das Kind entscheiden, wenn dessen negative Konsequenz alleine das Kind zu tragen hat?

Schule und Elternhaus haben eine gesetzliche Pflicht, zum Wohl des Kindes zusammenzuarbeiten. Besteht beim Kind ein Förderbedarf, spielt die Lehrperson eine wichtige Rolle. Sie wird in der Regel als Erste das Gespräch mit den Eltern suchen und sie auf «Auffälligkeiten» des Kindes im Unterricht aufmerksam machen. Danach wird gemeinsam über Fördermassnahmen entschieden.

Die Lehrperson spielt auch eine wichtige Rolle für den Schulerfolg eines Kindes mit AD(H)S. Ist das Kindeswohl gefährdet, wollen die Eltern keine Abhilfe schaffen und sind die Möglichkeiten der Beratung erschöpft, hat die Schule auch

AD(H)S – Medizinrechtliche Grundsätze

- ▶ **Sorgfältige medizinische Diagnose:** Eine AD(H)S-Diagnose muss nach in der Fachwelt anerkannten und gut geprüften Diagnosekriterien erfolgen (DSM-5, ICD 10). Sie kann unter anderem nur dann als sorgfältig angesehen werden, wenn das Kind persönlich untersucht worden ist, seit mehr als sechs Monaten ein Problemverhalten besteht, die Symptome in mehreren Lebensbereichen (Elternhaus, Schule) auftreten und die Beeinträchtigungen eine gewisse Erheblichkeit aufweisen.
- ▶ **Verschreibung von Ritalin:** In der Schweiz dürfen alle zugelassenen Ärztinnen und Ärzte die Diagnose AD(H)S stellen und gegebenenfalls das Medikament Ritalin (oder ein anderes Präparat mit dem Wirkstoff Methylphenidat, MPH) verschreiben. Das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic formuliert aber auf seiner Website die Empfehlung, dass die medikamentöse «Behandlung nur von solchen Ärztinnen und Ärzten begonnen werden soll, die auf Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen beziehungsweise Erwachsenen spezialisiert sind, und auch von einer oder einem solchen überwacht werden sollte».
- ▶ **Medizinische Notwendigkeit der Behandlung:** Zur Behandlung einer diagnostizierten ADHS gibt es mittlerweile eine ganze Reihe von verschiedenen Ansätzen. Die Auswahl obliegt den Eltern mit ihrem Kind und der medizinischen Fachperson. Klar ist, dass die zu befürchtenden gesundheitlichen Nachteile bei einer Nichtbehandlung die in Kauf zu nehmenden Leiden, Schädigungen und Risiken einer Behandlung übertreffen müssen.
- ▶ **Informed Consent:** Voraussetzung für die gültige Einwilligung in eine Behandlung und jeden körperlichen Eingriff ist eine vorgängige Aufklärung über die in Frage kommende Behandlungsmethode (u. a. möglicher Nutzen, Risiken, Nebenwirkungen, Kosten). Fehlt diese Aufklärung, können die Betroffenen nicht abschätzen, was diese Behandlung bedeutet, und deren Zustimmung ist rechtlich unwirksam. Die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung des Kindes dürfen im Normalfall die Eltern oder der zuständige Elternteil geben. Das Kind ist grundsätzlich mit in die Entscheidung einzubeziehen. Je höher der Reifegrad des Kindes/Jugendlichen und je breiter die eigenen Erfahrungen mit AD(H)S, umso eher entscheiden die Betroffenen selbst. Eine medikamentöse Behandlung eines Kindes ohne medizinische Notwendigkeit und/oder ohne Informed Consent widerspricht dem Völkerrecht, dem Verfassungsrecht, dem Straf- und Zivilrecht.
- ▶ **Neuro-Enhancement:** Wenn ein Kind ohne medizinische Notwendigkeit mit Medikamenten behandelt wird, kann man von Neuro-Enhancement sprechen, also von einer Leistungssteigerungsmassnahme. Eine Schönheitsoperation etwa ist medizinisch nicht indiziert, aber es mag sein, dass die betroffene Patientin sich nachher entschieden besser fühlt. Ebenso kann es sein, dass das Kind, das ein Medikament nimmt, dieses aus medizinischer Sicht nicht braucht, sich aber besser fühlt, weil es weniger Ausbrüche hat und so weniger von Freundinnen und Freunden ausgegrenzt wird oder es besser lernt und dadurch mehr gelobt wird. Die Abgrenzungen werden hier sehr fließend.

eine Pflicht, die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde zu informieren. Klappt die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Schule gut, beispielsweise durch laufende mündliche Rückmeldungen, sind auch die Eltern entlastet.

Dabei gilt es das Partizipations- und Mitbestimmungsrecht des Kindes auch in schulischen Angelegenheiten zu wahren. Es ist also bei Schule-Elternhaus-Gesprächen grundsätzlich miteinzubeziehen.

Letztendlich ist die Frage entscheidend, wie in dieser komplexen Materie die Kinderrechte und das Kindeswohl gesichert werden können. Zum einen muss das Kind altersgerecht partizipieren, das heisst, es äussert seine Meinung und entscheidet laufend mit über seine Behandlung. Des Weiteren

muss das Leiden des Kindes die psychischen und physischen Nachteile, die durch die Nebenwirkungen eines Medikamentes entstehen

**Das Kind muss
altersgerecht
partizipieren und
über seine
Behandlung
mitentscheiden
können.**

können, klar «überwiegen». Um dies besser einschätzen zu können, besteht grosser Forschungsbedarf. Aus rechtlicher Sicht sind auch

formelle Hürden in der Verschreibungsbefugnis zu diskutieren, wie ein zeitlicher Übereilungsschutz – die Beschwerden müssen mindestens ein Jahr lang bestehen, die Behandlung muss einmal im Monat überprüft werden. Ausserdem zu diskutieren sind auch eine Beschränkung auf Kinderpsychiaterinnen und Kinderpsychiater oder eine Zusatzausbildung für Allgemeinmediziner, damit Ausschlussdiagnosen getätigt werden können. <<<



Sandra Hotz

ist Juristin und Co-Leiterin des Projekts «Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie» am Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg. Sie interessiert sich für Kinderrecht und Fragen der Selbstbestimmung von Patienten.

AD(H)S führt je nach Stärke des Syndroms bei vielen Kindern zu Lernproblemen – unabhängig von der Intelligenz. Die Betroffenen weisen Schwierigkeiten in Bereichen auf, die für die Kinder im Schulalltag notwendig sind (Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer). Aber auch in Bereichen, die ihnen den Schulalltag erschweren (Impulsivität, Hyperaktivität), weil sie nicht selten zu Problemen mit Klassenkameraden und Lehrpersonen führen.

Die Konzentration spielt eine bedeutsame Rolle beim Lernen und Verarbeiten von Lernstoffen. Sich konzentrieren heisst, seine Aufmerksamkeit willentlich über eine längere Zeit auf eine bestimmte Aufgabe zu richten und dabei das Ziel der Aufgabe nicht aus den Augen zu verlieren. Dazu muss idealerweise all das, was ablenkt und nicht wichtig ist, ausgeblendet werden können.

Dies ist eine Hauptschwierigkeit bei von AD(H)S betroffenen Kindern: Ihre Wahrnehmung und Informationsverarbeitung ist überfordert. Sie haben zu viele Informationen, die sie nicht verbinden, verarbeiten und sortieren können. Daher leben AD(H)S-Kinder stark im Hier und Jetzt. Vorausschauen, planen, sich konzentrieren und die Energie darauf verwenden, ein Ziel zu erreichen, ist für sie extrem schwierig und kräfteraubend.

Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit über längerer Zeit zu fokussieren, äussern sich darin, dass die Kinder dem Unterricht nicht aufmerksam folgen können. Sie werden von vielem abgelenkt: von dem, was draussen vor dem Fenster läuft, von einem Geräusch im Gang, von Klassenkameraden, die miteinander sprechen. Viel von dem, was die Lehrpersonen erzählen, geht im Strudel unter oder wird überhört. Die Kinder vergessen, was sie tun sollen, beenden die

Aufgaben nicht oder verlieren Sachen, die sie benötigen. Gruppenarbeiten sind schwierig. Wegen der geringen Aufmerksamkeitsspanne haben die Kinder aber nicht nur im Unterricht Mühe, sondern auch zu Hause bei den Hausaufgaben und während Tests.

Impulsivität und Hyperaktivität bezeichnen ein Verhalten, bei dem spontan auf etwas reagiert wird – ohne zu überlegen, was in der Situation eine gute Reaktion sein könnte. ADHS-Kinder müssen einfach reagieren, und zwar sofort. Sie sehen oder hören etwas, und schon handeln sie, ohne die Konsequenzen zu bedenken.

Manchmal zeigen diese Kinder auch riskantes Verhalten, weil sie die Gefahren nicht vorherbedenken. Das Zappeln und Sichbewegen können auch Zeichen einer inneren Anspannung sein, die abgebaut werden muss. Im Schul-

Dem Kind fällt es schwer, das, was es spürt, fühlt und denkt, zurückzuhalten.

alltag zeigt sich das so: Sie rufen die Antwort in den Klassenraum, ohne den Finger aufzustrecken, sie unterbrechen andere, können nicht warten und drängeln vor oder nehmen anderen etwas weg, ohne zu fragen. Kurz: Dem Kind fällt es schwer, das, was es spürt, fühlt und denkt, zurückzuhalten und zu kontrollieren. Auf das Umfeld wirken impulsive Personen unkontrolliert, oft übertrieben und unbedacht.

Aufgrund dieser unterschiedlich stark ausgeprägten Schwierigkeiten erstaunt es nicht, dass von AD(H)S betroffene Kinder besonders in der Schule viele Rückschläge >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese zehnteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht

Teil 5 ADHS und Schule

- Teil 6 Medikalisierung
- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> erfahren und das Gefühl entwickeln können, ungenügend zu sein. Denn von einem Kind wird erwartet, dass es eine gewisse Zeit stillsitzen und zuhören, Aufgaben konzentriert erledigen und Regeln im gemeinsamen Umgang miteinander einhalten kann. Doch für AD(H)S-Kinder ist das unglaublich schwierig.

Anstrengend für alle Seiten

Für Lehrpersonen ist ein Kind mit ADHS in der Schulklasse meist sehr anstrengend. Es erfordert viel mehr Aufmerksamkeit und Kontrolle als die anderen Kinder. Manchmal ist ein geordneter Unterricht wegen eines einzigen Kindes, das nicht stillsitzen kann und immer dreinredet, sehr schwierig. Ständiges Ermahnen, Anweisen und Kontrollieren kann Lehrpersonen ermüden und frustrieren, gar überfordern und hilflos werden lassen. Besonders dann, wenn keine Strategie mehr zu helfen scheint. Die Beziehung zwischen Kind und Lehrperson leidet unter solchen Umständen sehr.

Für Eltern von ADHS-Kindern besteht die Herausforderung darin, mit den Schwierigkeiten des Kindes aus dem Schulalltag ruhig und unterstützend umzugehen. Sie müssen das Kind ermahnen, die Hausaufgaben zu erledigen, es erinnern, die richtigen Sachen in die Schule mitzunehmen. In Elterngesprächen bekommen sie immer wieder zu hören, dass ihr Kind schwierig ist. Sie machen sich Sorgen und fühlen sich oft auch hilflos den Beurteilungen der Lehrpersonen ausgeliefert.

Kinder mit AD(H)S nehmen im Vorschulalter die Kernprobleme selber oft nicht wahr. Im Schulalter aber wissen sie, dass sie anders sind, viele können ihre Probleme gut beschreiben. Vor allem spüren sie, dass sie es schwerer haben als andere Kinder. Denn sie merken, dass sie immer wieder Störenfriede

sind, Ärger mit den Eltern und Lehrpersonen haben und auch ausgegrenzt werden. So fühlen sich diese Kinder nicht selten von ihren Mitmenschen ungerecht behandelt. Die Lernstörungen und negativen Reaktionen des Umfelds auf ihr Verhalten lösen Selbstzweifel aus, da die Kinder ihr Potenzial nicht auszuschöpfen vermögen. Bis zu 45 Prozent der Kinder mit AD(H)S leiden an weiteren Verhal-

**Lehrpersonen
und Eltern müssen
am gleichen Strick
ziehen, um dem
Kind zu helfen.**

tens- oder emotionalen Störungen wie Angst, Depressivität, geringem Selbstwertgefühl, aggressivem Verhalten oft als Folge der schwierigen Erfahrungen, auch im Schulalltag.

Das kann hilfreich sein

Man muss genau beobachten, was für das Kind besonders schwierig ist. Das hilft, Strategien zu finden, damit es in den entscheidenden Momenten aufmerksam sein kann. Da es sich um grundsätzliche Schwierigkeiten des Kindes handelt, ist es wichtig, dass Lehrpersonen und Eltern am gleichen Strick ziehen. Das bedeutet, dass sie über ein gemeinsames und gut begründetes Wissen darüber verfügen, was die typischen Verhaltensweisen von AD(H)S-Kindern sind, warum es so ist, wie sie das Kind unterstützen können. Absprachen und klare Vereinbarungen helfen, dass Schule und Elternhaus koordiniert zusammenarbeiten. Auch da gilt: Jedes Kind ist anders!

• **Positive Entwicklungsschritte erkennen.** Sieht man ständig die Schwierigkeiten und Probleme,

besteht die Gefahr, die Bemühungen des Kindes, seine Stärken und positiven Seiten nicht mehr zu bemerken. Damit erhält das Kind auch kaum mehr Lob, und aus seiner Sicht lohnt sich sein Engagement nicht mehr. So wird es immer schwieriger, das Kind dazu zu motivieren, mitzuarbeiten und sich zu bemühen. Es ist hilfreich, bewusst auf Situationen zu achten, in denen dem Kind etwas gelingt. Das ermöglicht einem, die eigene Frustration zu überwinden und dem Kind Anerkennung zu schenken – etwa wenn es ihm gelingt, sich wirklich alle Hausaufgaben aufzuschreiben, ruhig zuzuhören, den Finger aufzustrecken.

- **Ablenkung minimieren.** Für Kinder mit ADS/AD(H)S ist es schwierig, etwas Interessantes, das aber nicht wesentlich ist, auszublenden. Daher ist ein ruhiger Arbeitsplatz wichtig. Der ist vorne bei der Lehrperson, die Störungen oder Unaufmerksamkeiten in wichtigen Situationen rasch erfassen und auch ruhig darauf reagieren kann. Möglicherweise ist es auch sinnvoll, einen Einzeltisch einzurichten, vor allem wenn die Mitschüler stark gestört werden. Wichtig ist, dem Kind zu erklären, warum es einen Einzeltisch erhält. Das Ziel sollte positiv formuliert sein, etwa im dem Sinne, dass es sich besser konzentrieren könne, und nicht im Sinn, dass es weniger störe.
- **Klare Signale für wichtige Informationen.** Für Kinder mit AD(H)S müssen Informationen, die wichtig sind, deutlich signalisiert werden. Sie bekommen zum Beispiel oft einfach nicht mit, wenn die Lehrperson die Hausaufgaben gibt. Klare Routinen, genügend Ruhe und Zeit für wichtige Informationen erhöhen die Chance, dass alle Kinder diese

Infos aufnehmen. So kann ein Gong signalisieren: «Jetzt kommen die Hausaufgaben. Jeder nimmt sein Hausaufgabenheft.»

- **Rückmeldungen geben.** AD(H)S-Kinder brauchen häufiger positive Rückmeldungen oder auch Anweisungen, sich wieder auf das Wesentliche zurückzubedenken. Häufiger Blickkontakt zum Kind signalisiert ihm: «Ich bin bei dir und bemerke, dass du es gut machst» oder «Ich bemerke auch, dass du nun nicht mehr bei uns bist». «Geheime» Zeichen können ohne viele Worte helfen, das Kind am Ball zu halten.
- **Auszeiten gewähren.** Wenn ein Kind wirklich nicht mehr ruhig bleiben kann, helfen kleine Auszeiten. Hierbei kann dem Kind eine Aufgabe gegeben werden,

die mit Bewegung verbunden ist, sodass es mit Erlaubnis aufstehen und sich bewegen darf.

- **Grundsätzlich gilt:** Kinder mit AD(H)S benötigen mehr Training, Wiederholungen und Routinen als andere Kinder. Es geht nicht darum, dass diese Kinder nicht wollen, sondern darum, dass es ihnen nicht gelingt. Die Kinder brauchen daher Hilfestellungen, um die Fähigkeiten entwickeln zu können, die sie haben. <<<

TIPP

Hilfreiche Informationen und konkrete Verhaltenstipps für Lehrpersonen und Eltern: www.mit-kindern-lernen.ch von Fabian Grolimund, Nora Völker und Stefanie Rietzler.



Annette Cina

Dr. phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP. Sie arbeitet als Oberassistentin am Institut für Familienforschung und -beratung und ist Leiterin des Zentrums für Psychotherapie an der Universität Freiburg.

Das Phänomen des unruhigen Kindes ist nicht neu. Daran erinnert die Geschichte der Begriffe, welche das Phänomen beschreiben: Sie verläuft vom bekannten «Zappelphilipp» aus dem späten 19. Jahrhundert über das POS (Psycho-Organisches Syndrom) aus den 60er/70er-Jahren des 20. Jahrhundert zum heutigen Begriff ADHS. Es wird immer das gleiche Phänomen beschrieben, aber jeweils unterschiedlich erklärt und behandelt. Neu ist der verbreitete Einsatz von Medikamenten, von sogenannten Methylphenidaten (MPH, z. B. Ritalin) zur Behandlung der Zappeligkeit. Aber selbst diese Entwicklung ist in die Jahre gekommen: Die medikamentöse Behandlung von ADHS erlebte ihren ersten Boom bereits in den 1980er-Jahren in den USA und erreichte Europa wenig später.

Zur Diagnose und Behandlung von ADHS

Die Abkürzung ADHS steht für den Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und stammt aus der psychiatrischen Diagnostik. Die Bezeichnung ADHS hat ihren Ursprung im Englischen, im deutschen Sprachraum wird oft von der sogenannten Hyperkinetischen Störung gesprochen. Beide Definitionen beschreiben eine Störung der Aufmerksamkeit und der Aktivität der betroffenen Person.

Wichtig ist dabei, dass heute in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Grundsatz der multimodalen Behandlung von ADHS gilt, das heisst: ADHS-Kinder sollen immer eine Kombination verschiedener Massnahmen und Behandlungen erhalten. Dazu zählen neben der Psychotherapie auch Beratung und Erziehungstrainingsprogramme für die Eltern. Die medikamentöse Behandlung wird nur bei starker Ausprägung von ADHS und auch

dann nicht als alleinige Therapie empfohlen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es in den letzten Jahren trotzdem zu einer starken Zunahme von Ritalin-Behandlungen gekommen ist.

Ritalin, eine Volksdroge?

In der Tat wird auch für die Schweiz über eine besorgniserregende Zunahme an Ritalin-Behandlungen berichtet. Doch auf welche Zahlen können wir uns

Die medikamentöse Behandlung von ADHS mit Ritalin wird nur bei starker Ausprägung und nicht als alleinige Therapie empfohlen.

dabei tatsächlich abstützen? Verfügbar sind nur Studien, die zeitlich und geografisch begrenzt sind. So zeigt etwa eine Studie aus dem Kanton Zürich, dass bei Kindern im Schulalter die MPH-Verschreibungen von 1,5 Prozent in 2006 auf 2,6 Prozent in 2012 zugenommen haben [1]. Dafür sind folgende Gründe theoretisch denkbar:

- A) Mehr Kinder sind belastet: Die Häufigkeit von belasteten Kindern insgesamt hat in der Schweiz zugenommen.
- B) Mehr Kinder werden diagnostiziert: Die Häufigkeit von erkannten bzw. diagnostizierten Fällen hat zugenommen.
- C) Mehr Kinder erhalten Medikamente: Die Häufigkeit von Kindern, welche MPH verschrieben erhalten, hat zugenommen.

Der Erklärungsansatz A (mehr Kinder sind «krank») scheint >>>

ADHS

Für manche ist es die Modediagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese zehnteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

Gesucht

Für das Forschungsprojekt «Kinder fördern – Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang von ADHS» werden Eltern von Kindern (6- bis 14-jährig) gesucht, bei denen eine AD(H)S/POS-Diagnose oder der Verdacht auf ein Aufmerksamkeitsproblem vorliegt. Kontakt: projektkindferoedern@unifr.ch.

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule

Teil 6 Medikalisierung

- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> wenig wahrscheinlich, da eine Verdoppelung belasteter Kinder innerhalb von vier Jahren aufgrund von Daten aus anderen Ländern kaum zu erwarten ist.

Plausibler sind die Erklärungen B und C: Es erhielten in den letzten Jahren mehr Schulkinder, z. B. durch häufigere Abklärungen, eine ADHS-Diagnose und/oder ein zunehmender Anteil von diagnostizierten Kindern wurde medikamentös behandelt. Die Variante C2 scheint wenig wahrscheinlich, weil die Verschreibung des Medikaments in der Mehrheit der Fälle durch einen Facharzt erfolgt.

Wichtig ist: Die Zunahme der MPH-Behandlungen muss nicht zwingend durch eine Veränderung der Behandlungspräferenzen in Richtung «mehr Medikamente» bedingt sein, sie ist auch allein durch vermehrte Abklärungen bzw. mehr diagnostizierte Fälle erklärbar.

ADHS und Medikalisierung

Die Ergebnisse dieses kurzen Exkurses deuten darauf hin, dass die wachsende Bedeutung von ADHS unter Schulkindern nicht allein auf die grössere Belastung der Kinder zurückzuführen ist. Es scheint vielmehr, dass die Umgebung der Kinder, also Eltern und Lehrpersonen, heute anders auf ein schon immer existierendes Phänomen reagiert. Heutzutage wird oft «therapeutisch» oder «medizinisch» auf ein Verhalten reagiert, das in seiner Ausprägung als nicht mehr akzeptabel bewertet wird.

Hier setzt die soziologische Theorie der «Medikalisierung» an. Dieser Begriff steht für die These, dass auffälliges Verhalten und Erleben als Ausdruck einer gesundheitlichen Störung erklärt und medizinisch behandelt wird. Dabei spielt die historische Perspektive eine wichtige Rolle: Es geht um Verhaltensweisen, die früher nicht als Gesundheitsproblem oder

Krankheit, sondern als ein disziplinarisches, erzieherisches Problem oder auch als Lebensschicksal betrachtet wurden.

Eltern und auch Lehrpersonen reagieren heute ganz anders auf ein Phänomen, das es schon immer gab.

Nun werden diese Phänomene der Medizin zugänglich gemacht und durch eine spezifische Diagnose kategorisiert. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften beschrieb Medikalisierung treffend wie folgt: «Von Medikalisierung spricht man, wenn etwa Stress am Arbeitsplatz

oder Überforderung durch Kinderbetreuung zu Symptomen führen, die medizinisch behandelt werden; wenn also, statt die gesellschaftlichen Ursachen anzugehen, die Problemlösung in die Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten ausgelagert wird» [2].

Die These der Medikalisierung wurde vom amerikanischen Soziologen Peter Conrad entwickelt. Er beschrieb folgende Triebfedern der Medikalisierung: Erstens die Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik. Diese zeigt sich etwa beim amerikanischen Diagnostikmanual für die Psychiatrie, wo sich die Zahl der Diagnosen zwischen 1952 und 1994 von 102 auf 297 annähernd verdreifacht hat.

Zweitens tauchten parallel dazu ab den 50er Jahren die ersten Psychopharmaka auf dem Markt auf, welche für die Behandlung psychischer Leiden eingesetzt werden konnten. Drittens schliesslich veränderte sich auch das Verhalten

Diagnose von ADHS

- ▶ Gemäss der DSM-5 müssen für die Diagnose einer ADHS mindestens **sechs Symptome** aus den Schwerpunktphänomenen der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität/Impulsivität festgestellt werden (**Kriterium I**).
 - ▶ Die Symptome sollten in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein und in einem Ausmass, das mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbaren ist. Zusätzlich müssen bei der Diagnosestellung von ADHS vier weitere Hauptkriterien erfüllt werden.
 - ▶ Beeinträchtigende Symptome sind schon vor dem zwölften Lebensjahr aufgetreten (**Kriterium II**) und mindestens zwei Lebensbereiche sind durch die Symptome gestört (**Kriterium III**):
 - ▶ Zusätzlich müssen klare Indizien für die Beeinträchtigung im schulischen, sozialen oder beruflichen Bereich vorliegen (**Kriterium IV**).
 - ▶ Ausserdem sind die Symptome nicht durch eine Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder andere psychotische Störung erklärbar oder werden nicht durch eine andere psychische Erkrankung ausgelöst (**Kriterium V**).
- Die ICD-10 definiert die Hyperkinetische Störung «durch einen frühen Beginn (meist in den ersten fünf Lebensjahren), einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität».

der potenziellen Patienten: Diese sind heute auch Konsumentinnen auf dem Gesundheitsmarkt, sie sind informiert und wollen möglichst autonom entscheiden. Fachleute berichten unter diesem Hintergrund über eine nicht immer solide erfolgreiche Diagnostizierung von ADHS unter dem Druck der Eltern, die eine rasche Hilfe für die Probleme ihres Kindes erwarten.

Konsequenzen

Medikalisierung ist nicht per se etwas Negatives. Gerade im Bereich psychischer Krankheiten ist auch das quasi umgekehrte Phänomen bekannt, indem psychische Probleme lange unbehandelt bleiben – mit manchmal schwerwiegenden Folgen für die betroffenen Menschen. Dennoch bringt die Medikalisierung nicht zu unterschätzende Risiken mit sich:

- Die Pathologisierung von Leidenszuständen, die früher als schwerwiegend, aber letztlich alltäglich bewertet wurden. Die Gefahr besteht dabei, dass wir immer weniger schwierige Situationen ohne den Beizug von Experten bewältigen können.
- Die Individualisierung von Verhaltensproblemen. Der Fokus der Aufmerksamkeit liegt auf dem Verhalten und weniger auf den Verhältnissen, welche die Probleme mitverursachen. In Bezug auf ADHS etwa fällt auf, dass vergleichsweise wenig darüber diskutiert wird, inwieweit die Anforderungen der Schule an die Aufmerksamkeit der Kinder die ADHS-Diagnose mitbegünstigen.
- Die Veränderung der gesellschaftlichen Norm, was als «normales» oder «gesundes» Verhalten bewertet wird. Die WHO hat Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens definiert, das mehr umfasst als die

blasse Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen. Ausgehend von dieser Messlatte befinden wir uns nicht immer im Zustand maximalen Wohlergehens, gelten aber deshalb nicht gleich als krank.

So betrachtet kann man nun den Prozess der Medikalisierung auch als Verschiebung der Grenze der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit eines Problems in Richtung Gesundheit beschreiben. Als Folge dieser Verschiebung wird das Spektrum an Zuständen und Verhaltensweisen, die noch als gesund gelten, generell schmaler. Je schmaler aber dieses Spektrum ist, desto mehr Menschen benötigen Behandlung und desto mehr Massnahmen sind erforderlich.

Es ist falsch, die medikamentöse Behandlung von ADHS zu verteufeln und so zur weiteren Stigmatisierung der Eltern beizutragen.

Fazit

Die Entwicklung der ADHS-Diagnosen und die Behandlung der betroffenen Kinder sollten weiterhin kritisch beobachtet werden. Dabei ist dem oftmals grossen Leidensdruck der Eltern und Kinder Rechnung zu tragen: Es wäre falsch, die medikamentöse Behandlung von ADHS grundsätzlich zu verteufeln und so zur weiteren Stigmatisierung der Eltern beizutragen.

Vermehrt in den Blick zu nehmen ist jedoch die Problemlöse-

kompetenz vor Ort, jenseits des Griffes zu medizinischen oder anderen therapeutischen Interventionen. Dabei sollte besonders das Zusammenspiel von Elternhaus und Schule betrachtet werden. Beide Bereiche sind so stark voneinander abhängig, dass Interventionen, die nur am einen Ort ansetzen, auch nur begrenzten Erfolg haben dürften. Es stellt sich die Frage, wie sowohl Eltern als auch Lehrpersonen besser unterstützt werden können, Kinder mit Aufmerksamkeitsproblemen erfolgreich im Alltag zu begleiten – ohne den Rückgriff auf Medikamente. Es ist auch zu prüfen, wie die Anforderungen des schulischen Lehrplanes toleranter und flexibler auf das Lerntempo und die Lernbedürfnisse dieser Kinder ausgerichtet werden können. <<<

Referenzen.

1. Rüesch, P.; Altwicker-Hámori, S.; Juvalta, S.; Robin, D. (2014). Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich (Forschungsbericht z. Hd. der Zürcher Gesundheitsdirektion). Winterthur: Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften.
2. Pilgrim, U. (2012). Medikalisierung – ist immer mehr immer besser? bulletin SAMW, 4/12, 1–4.



Peter Rüesch

Prof. Dr., Psychologe FSP, leitet die Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Er führte mehrere Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz durch.

Eine Diagnose ist die Feststellung und Beurteilung einer körperlichen oder psychischen Krankheit. Sie hat zum Ziel, eine Erklärung für die Probleme oder Schwierigkeiten einer Person zu finden, und bildet die Basis für eine Behandlung.

Die Einordnung von Merkmalen (Klassifikation) soll Abgrenzung schaffen. Das heisst: Eine Gruppe von Symptomen wird einem bestimmten Störungs- oder Krankheitsbild zugeschrieben und nicht einem anderen. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses werden die dafür relevanten Informationen erhoben, wie zum Beispiel die Symptome und die jeweilige Vorgeschichte einer Person. Diese Art des Herangehens ist wünschenswerterweise wissenschaftlich, das heisst systematisch, nachvollziehbar und wiederholbar. Jedoch ist jeder Mensch anders und zeigt nicht immer die gleichen Symptome. Um allgemeingültige Diagnosekriterien zu definieren, ist ein langer Beobachtungsprozess der Vorkommnisse nötig.

AD(H)S steht für ein uneinheitliches Störungsbild und Überschneidungen mit anderen Krankheitsbildern. Hinzu kommt, dass die meisten Menschen in unserer Gesellschaft manchmal AD(H)S-Symptome zeigen. Es herrscht Unklarheit, was mit AD(H)S gemeint ist; nicht selten wird gefragt: «Gibt es das überhaupt?»

Fragt man betroffene Familien und ihre Kinder, lautet die Antwort in den meisten Fällen ganz klar ja. Fachpersonen, die diese Meinung teilen, benutzen Diagnosekriterien und AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, zurzeit in Überarbeitung), um Anzeichen von AD(H)S genauer eingrenzen zu können. Allerdings bleibt unklar, ob die Diagnose bei jedem Kind

gerechtfertigt ist und wie sich die in den letzten Jahren stark gestiegene Anzahl der Diagnosen erklären lässt.

Sicherlich haben sich zahlreiche Bedingungen in der Gesellschaft und damit auch die Anforderungen an die Kinder gewandelt. Gegebenenfalls hat sich auch die Wahrnehmung der Symptomatik in unserer Gesellschaft verändert. Denn bevor es zu einer Abklärung auf AD(H)S kommt, ist den meisten Eltern bereits bewusst, dass ihr Kind Probleme in Bereichen zeigt, in denen Altersgenossen nicht auffallen. Was jedoch als auffälliges Verhalten angesehen wird, ist abhängig von kulturellen Normen.

Das Verständnis dafür, was normal ist und was auffällig ist je nach Kultur unterschiedlich breit.

So scheint es im Tessin im Vergleich mit der Romandie und vor allem der Deutschschweiz zu weniger AD(H)S-Diagnosen pro Jahr zu kommen. Im Europavergleich gibt es laut Statistik in Italien weniger Kinder mit AD(H)S als in Deutschland. Das Verständnis der Norm, also was als normal gilt und was als auffällig, fällt mancherorts sehr viel breiter aus, ebenso die Toleranz für Abweichungen von dieser Norm.

Die Gründe für eine unterschiedlich hohe Anzahl an Fällen sollen weiter untersucht werden. Deshalb widmet sich beispielsweise ein neues Forschungsprojekt (siehe Kasten Seite 54) dem Phänomen AD(H)S in allen drei grossen Sprachregionen der Schweiz und erhofft sich neue Einblicke.

Um AD(H)S diagnostizieren zu können, müssen Verhaltensauffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit, Impulsivität und eventuell auch der Hyperaktivität schon im Vorschulalter und über mindestens sechs Monate hinweg bestehen. Und diese Auffälligkeiten müssen in verschiedenen Lebensbereichen, also etwa in der Schule und zu Hause, sichtbar werden. Kinder können sich zu Hause ganz anders verhalten als im Klassenzimmer und ebenfalls bei verschiedenen Lehrern. Dies ist begründet durch unterschiedliche Anspruchshaltungen, die Anwesenheit >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese zehnteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisierung

Teil 7 Diagnose

- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> vieler anderer Kinder und auch durch die Tageszeit.

Im Sinne des multimodalen Ansatzes benötigen Fachpersonen zum Erstellen einer Diagnose neben den Schilderungen der Eltern auch Wahrnehmungen und Beobachtungen von Bezugspersonen aus anderen Umfeldern des Kindes. Dies sind in der Regel die Lehrpersonen. Zusätzliche Beobachtungen von Grosseltern oder Leitern aus einem (Sport-)Verein können die Abklärung ergänzen.

Die Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte des Kindes gehört bei der Einschätzung genauso dazu wie das gründliche Einholen von Informationen über die Familie. Solche Auskünfte sind nützlich, da man von einer erblichen Komponente von AD(H)S ausgeht. Das bedeutet, dass Kinder aus einer Familie, in der bereits ADHS aufgetreten ist, ein erhöhtes Risiko haben. Studien zeigen jedoch, dass sich lediglich die Wahrscheinlichkeit für Symptome erhöht. Das heisst jedoch, dass eine Weitervererbung keineswegs immer der Fall ist. Somit hat nicht jeder von ADHS betroffene Erwachsene auch ein Kind mit

ADHS, und nicht alle Kinder mit ADHS haben ebenfalls betroffene Eltern oder Verwandte.

Neben der Durchführung von speziell entwickelten psychologischen Tests, welche sich auf das Verhalten des Kindes und seine Begabungen konzentrieren, sollte ausserdem immer eine medizinische Untersuchung erfolgen. Dabei

**Vor einer
Diagnose muss
immer auch eine
medizinische
Behandlung
erfolgen.**

wird zunächst ausgeschlossen, dass Konzentrations- und Leistungsprobleme tatsächlich durch eine Verminderung des Hör- und Sehvermögens, durch Schlafstörungen, durch Stoffwechselstörungen (z. B. Schilddrüse) oder durch Mangelerscheinungen (z. B. Magnesium) verursacht werden. Auch müssen andere psychische und körperliche Störungen (wie Ängste, Depression

oder Autismus) ausgeschlossen werden können. Eine zusätzliche neuropsychologische Untersuchung erlaubt Rückschlüsse darauf, ob und wo das Kind Funktionsstörungen haben könnte, etwa hinsichtlich des Arbeitsgedächtnisses oder seiner Wahrnehmung.

Noch gibt es keine Methode, um AD(H)S anhand von rein biologischen Merkmalen festzustellen. In sogenannten bildgebenden Verfahren wie der Magnetresonanztomografie (MRT) wird zwar sichtbar, welche Hirnareale aktiv sind und wie sich diese Aktivierung bei Menschen mit oder ohne AD(H)S unterscheidet. Doch beim einzelnen Patienten kann so noch keine Diagnose gestellt werden. Diese bildgebenden Verfahren rücken aber immer mehr ins Zentrum der Forschung, so wie auch die Theorie, dass die Ursache für AD(H)S ein Mangel des Neurotransmitters Dopamin zwischen den Nervenzellen ist. Durch weitere Erkenntnisse könnte die verhaltensbasierte Testung in Zukunft noch zuverlässiger durch biologische Indikatoren ergänzt werden.

Auch ohne körperliche Tests kann heute schon eine für das

Forschungsprojekt: Kinder fördern – eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit ADHS

Wie können und sollen Kinder mit ADHS gefördert werden? Forschende aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Pharmazie, Soziologie, Recht und Ethik hinterfragen in einem neuen Forschungsprojekt die Praxis der vermehrten Diagnose und medikamentösen Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen.

Im Forschungsprojekt werden schweizweit psychologische, medizinische und soziale Faktoren untersucht, die zur ADHS-Diagnose, zur Auswahl

von Fördermassnahmen und zu einer Verschreibung von Medikamenten führen können. Dabei sollen auch präventive Massnahmen und alternative Behandlungswege beobachtet werden.

Die Forschenden werden durch Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizin, Bildungsforschung und Schulentwicklung beraten. Unterstützt wird das interdisziplinäre Projekt durch die Stiftung Mercator Schweiz.

Die Studie wird durchgeführt vom Institut für Familienforschung und -beratung (Universität Freiburg), vom Zentrum für Gesundheitswissenschaften (ZHAW) und vom Collegium Helveticum (ETH/Universität Zürich). **Gesucht** werden Eltern von Kindern (6- bis 14-jährig), bei denen eine AD(H)S/POS-Diagnose oder der Verdacht auf ein Aufmerksamkeitsproblem vorliegt. Kontakt: projektkinderfoerdern@unifr.ch.

Kind zutreffende Diagnose gestellt werden. Damit das Risiko einer falschen Einschätzung minimiert wird, benötigt es ein sorgfältiges Vorgehen entsprechend den Kriterien. Die Leitlinien, welche die Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD 10 umrahmen, lassen viel Interpretationsspielraum zu und vertrauen auf die subjektive Einschätzung des Kliniklers. Das wird oft kritisiert, es besteht der Wunsch nach mehr Eindeutigkeit. Dieser Spielraum für den Klinikler kann aber auch gut sein, damit nicht immer eine Diagnose vergeben werden muss, wenn der Klient dadurch Nachteile hätte, oder damit eine Diagnose vergeben werden kann, wenn sich dadurch eine Beeinträchtigung vermindern lässt.

Da aber alle Symptome wie die drei Hauptanzeichen bei ADHS, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, bei unterschiedlichen Personen verschieden stark ausgeprägt sind, wird das Vorgehen im Praxisalltag auch für Fachpersonen zur Herausforderung.

Die abklärende Fachperson sollte deshalb spezialisiert sein im Kinder-/Jugendbereich und sich mit AD(H)S gut auskennen. Dies trifft in der Schweiz auf Personen aus unterschiedlichen Disziplinen zu (z. B. Kinderärzte, Psychologen). Diese sollten im Rahmen einer ganzheitlichen Abklärung möglichst mit anderen Fachpersonen interdisziplinär zusammenarbeiten. Wichtig ist, eine kompetente Fachperson zur Seite zu haben, welche auf Fragen und Bedenken

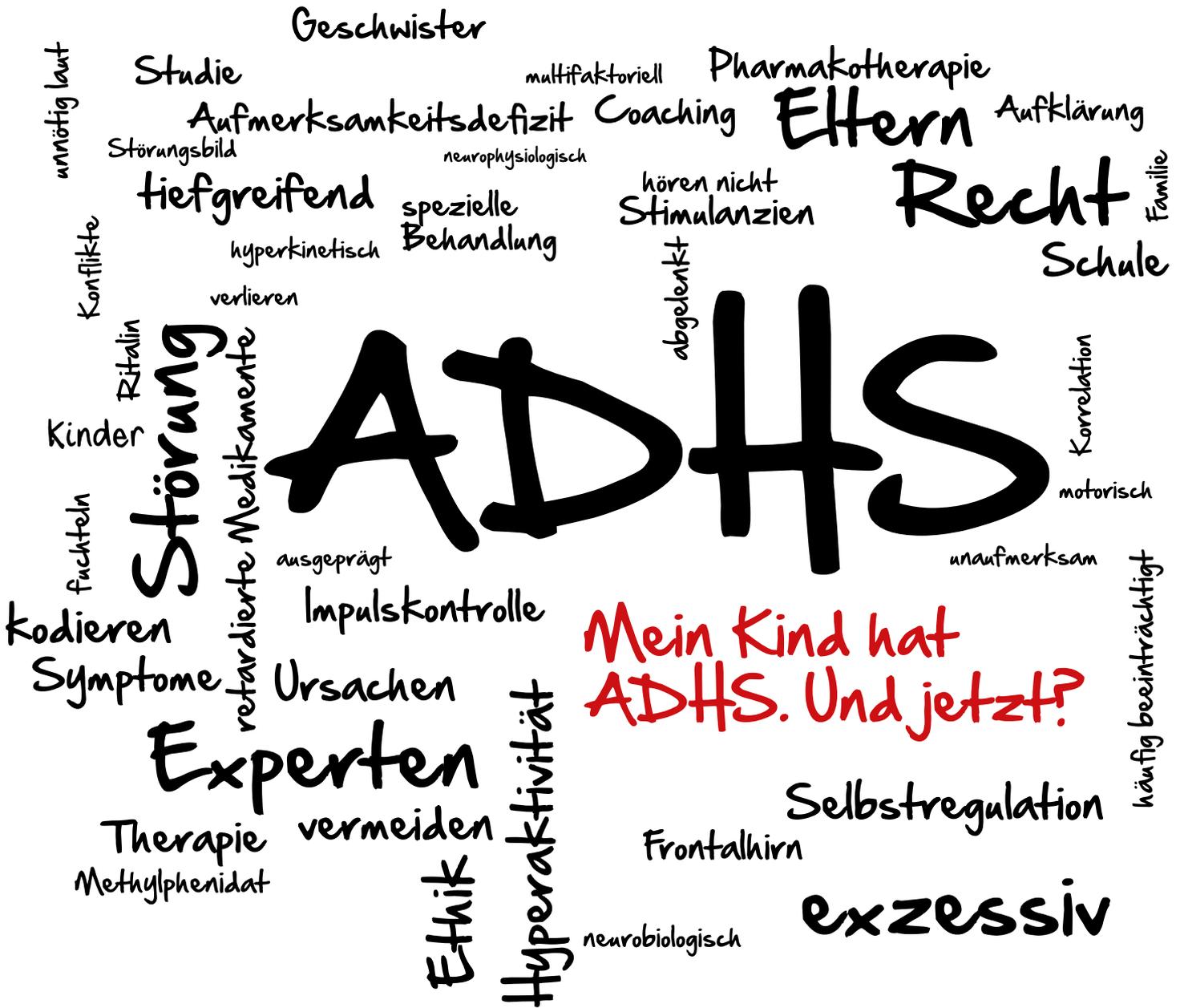
eingeht, sich Zeit nimmt und das Kind auf seinem Weg begleitet.

Ob eine Diagnose angemessen und auch im Interesse des Kindes ist, muss in jedem Einzelfall sorgfältig beurteilt werden. Eventuelle Nachteile wie Diskriminierung oder Nebenwirkungen einer Therapie können nur dann gerechtfertigt sein, wenn das Kind und seine Familie Unterstützung erhalten und das Kindeswohl so langfristig gesichert wird. <<<



Jacqueline Esslinger

ist Psychologin und doktriert an der Universität Freiburg zum Thema ADHS bei Kindern.



Mein Kind hat
ADHS. Und jetzt?

Seelische Störungen wie ADHS reagieren besonders sensibel auf äussere Bedingungen. So können ADHS-Symptome durch **ungünstige Lebensbedingungen** entstehen. Erst wenn diese verbessert sind, das Kind aber immer noch leidet und krank ist, ist die Zeit für medizinische Abklärung und Therapie gekommen. Der Wirkstoff Methylphenidat ist dann das letzte Mittel der Wahl.

Text: Amrei Wittwer

Die Frage «Ist mein Kind krank oder einfach anders?» ist nicht einfach zu beantworten. Schon die Definition von Krankheit ist schwierig: Sie gilt als Störung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Präziser wird die Definition, wenn wir Leid oder Schmerz der Betroffenen mit ins Spiel bringen. Leidet das Kind, hat es seelische oder körperliche Schmerzen? Wenn diese Frage mit «Ja» beantwortet werden kann, ist von einer Krankheit auszugehen – unabhängig davon, welche Verhaltensauffälligkeiten beobachtet werden. Haben wir den Verdacht, dass unser Kind krank sein könnte, müssen wir uns mit dem Kind befassen und Anzeichen von Krankheit sammeln. Wir fragen beispielsweise: «Bist du verzweifelt?», oder: «Hast du Schmerzen?», und beobachten, ob es wenig isst, weint oder schlecht schläft.

Lebensbedingungen betrachten

Bei Verdacht auf Krankheit lautet die nächste Frage, die wir uns

stellen müssen: «Sind es die Lebensbedingungen, welche die Leiden und die Verhaltensauffälligkeit verursachen?» Der Mensch muss als Ganzes betrachtet werden: Körper, Psyche und soziale Beziehungen nehmen Einfluss auf das Wohlbefinden des Kindes. Die richtige Reaktion auf

Leid und Schmerz des Kindes müssen ohne Therapie grösser sein als mit Therapie.

Anzeichen für ADHS beginnt mit einer Analyse und Anpassung der Lebensbedingungen. Sind diese ungesund, macht das jeden Menschen – früher oder später – krank. Seelische Störungen wie ADHS sind besonders sensibel auf Kontext und Umgebung. Wichtig sind zum Beispiel einfache Kommunikation, klare Regeln, ausreichend Lob; aber auch ein >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger. Diese zehnteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

Empfehlungen zu Methylphenidat

Untersuchung vor der Verschreibung:

Herz-Kreislauf-System, Blutwerte, Leberwerte, Differenzialdiagnose zum Ausschluss von Depression/Angststörung.

Multimodale Therapie: MPH soll nur im Rahmen einer Gesamtstrategie mit psychologischen, pädagogischen und sozialen Massnahmen von einem Spezialisten verschrieben werden.

Wirksamkeit: Wenn sich die ADHS-Symptome innert einem Monat nicht verbessern, wird das Medikament abgesetzt. Die Kurzzeittherapie birgt hohes Risiko für nicht lebensbedrohliche Nebenwirkungen, lebensbedrohliche Wirkungen

treten bei einer kurzen Therapiedauer von bis zu sechs Monaten nicht auf.

Konstante Beobachtung von Gewichts- und Appetitverlust, Schlafstörung, Blutdruck, Herzfrequenz, Lebertoxizität, Wachstumsrückstand und psychiatrischen Störungen (Suizidgefahr und Entwicklung von Abhängigkeit); alle drei Monate

Ritalin-Ferien: Nach einem Jahr sollte das Medikament abgesetzt werden. Längere Wirksamkeit ist nicht erwiesen. Beim Absetzen können Entzugssymptome auftreten, die ADHS-Symptomen entsprechen.

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisierung
- Teil 7 Diagnose

Teil 8 Therapie

- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> regelmässiger Tagesablauf und die strikte Regulierung des Medienkonsums. Auch das Erlernen eines Musikinstrumentes vermindert die Symptomatik. Regelmässige körperliche Betätigung wie Joggen, Schwimmen, Yoga, Aerobic und Tai-Chi hat einen positiven Effekt auf die Symptome und die Ängstlichkeit. Manche Kinder sprechen stark auf Veränderungen in der Ernährung an. Fischöl sowie Diäten ohne industriell verarbeitete Nahrungsmittel sowie die Reduktion von Zucker sind ebenfalls vielversprechend. Eisen, Magnesium, Vitamin-B-Komplex und Zink verringern ADHS-Symptome, wenn die Kinder einen Mangel haben.

Fachärztliche Diagnose bei ADHS

ADHS weist kein eindeutig messbares, körperliches Krankheitsbild auf. Daher gibt es bis heute keine offensichtlichen Krankheitskriterien, nur Symptome. Sind die Symptome vorhanden, ist damit noch nicht klar, dass es sich um ADHS handelt. Das Kind kann ADHS-Symptome haben, aber trotzdem gesund sein. Depressionen und weitere Störungen müssen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen

werden. Dies kann nur durch einen Fachspezialisten für Verhaltensstörungen geleistet werden.

Nutzen und Risiko der Therapie

Hat das Kind von einem Facharzt eine ADHS-Diagnose erhalten, lautet die nächste Frage: «Welche Therapie nützt meinem Kind, wel-

Das Kind kann ADHS-Symptome haben, aber trotzdem gesund sein.

che schadet?» Jede Therapie darf nur dann eingesetzt werden, wenn ihr Nutzen nachweislich und konstant die zu erwartenden unerwünschten Nebenwirkungen oder andere Risiken der Therapie übertrifft. Leid und Schmerz des Kindes müssen ohne Therapie grösser sein als mit der Therapie. Die besondere Herausforderung der ADHS-Therapie ist, dass jedes Kind anders auf die Therapie reagiert. Was dem einen Kind nützt, kann dem anderen Kind

bereits schaden. Daher muss das Kind von Eltern und Therapeuten anhaltend beobachtet und befragt werden.

Als wirksam gilt ein ADHS-Medikament erst dann, wenn die Wirksamkeit in empirischen Doppelblindstudien im Vergleich gegen ein Placebo gezeigt wird. Wird die Überlegenheit vom Wirkstoff gegenüber dem Placebo in neuen Versuchen widerlegt, muss diese Therapie verworfen werden.

So fliessen jederzeit neue Erkenntnisse in die Bewertung einer Therapie mit ein. Dass die medizinische Praxis konstant überprüft und korrigiert wird, bedeutet nicht, dass wir in unserer Fähigkeit, zu heilen, versagen, sondern dass wir stetig versuchen, den Nutzen der Therapie zu verbessern.

Therapeutische Optionen

Da ADHS ein Sammelbegriff für verschiedene psychische Störungen ist, ist auch eine Therapie notwendig, die auf mehreren Ebenen gleichzeitig wirkt. Diese Therapie beinhaltet an erster Stelle die erwähnten Anpassungen der Lebensbedingungen des Kindes und an zweiter Stelle nichtmedikamentöse Behandlungsformen wie Elterntaining und Psychotherapie,

Wie können und sollen Kinder mit ADHS gefördert werden?

Forschende aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Pharmazie, Soziologie, Recht und Ethik hinterfragen in einem neuen Forschungsprojekt die Praxis der vermehrten Diagnose und medikamentösen Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen.

Im Forschungsprojekt werden schweizweit psychologische, medizinische und soziale Faktoren untersucht, die zur ADHS-Diagnose, zur Auswahl

von Fördermassnahmen und zu einer Verschreibung von Medikamenten führen können. Dabei sollen auch präventive Massnahmen und alternative Behandlungswege beobachtet werden.

Die Forschenden werden durch Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizin, Bildungsforschung und Schulentwicklung beraten. Unterstützt wird das interdisziplinäre Projekt durch die Stiftung Mercator Schweiz.

Die Studie wird durchgeführt vom Institut für Familienforschung und -beratung (Universität Freiburg), vom Zentrum für Gesundheitswissenschaften (ZHAW) und vom Collegium Helveticum (ETH/Universität Zürich).

Gesucht werden Eltern von Kindern (6- bis 14-jährig), bei denen eine AD(H)S/POS-Diagnose oder der Verdacht auf ein Aufmerksamkeitsproblem vorliegt. Kontakt: projektkinderfoedern@unifr.ch.

da sie ausgezeichnete Wirkungen ohne Nebenwirkungen zeigen. Bei besonders schweren Fällen, und erst dann, wenn sich die oben angesprochenen Strategien als unzureichend erweisen, sollte eine medikamentöse Behandlung in Erwägung gezogen werden. Laut Arzneimittelinformation muss diese Behandlung im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie erfolgen und unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen durchgeführt werden. Der Grund für die Vorsicht liegt darin, dass der am häufigsten verschriebene medikamentöse Wirkstoff Methylphenidat (MPH) auch starke Nebenwirkungen haben kann.

Eine neue und unabhängige Übersichtsstudie des Forschungsverbundes Cochrane (2015) stellt

beispielsweise fest, dass die positive Wirkung von MPH weniger gut erforscht ist als bisher angenommen. Die Forscher kritisieren, dass keine systematischen Studien zu Nutzen und Risiko sowie keine Studien zur Langzeitanwendung durchgeführt wurden. Anhand dieser unklaren Forschungslage wird noch deutlicher, dass alle beteiligten Erwachsenen sicherstellen müssen, dass jedes einzelne Kind gesundheitlich von seiner MPH-Therapie profitiert, was keine leichte Aufgabe ist (siehe Kasten Seite 55).

Grosse Aufmerksamkeit ist nötig

ADHS ist eine Herausforderung. Die kritische Analyse der Wirksamkeit von ADHS-Therapien hilft uns aber, positive und negative

Effekte auf das Kind schneller zu erkennen. Kinder und Eltern sind nicht auf sich alleine gestellt, Lehrpersonen und heiltätige Berufsgruppen stehen der Familie zur Seite. Die Lösung lautet: Wir müssen den Kindern, ihren Eigenheiten und Bedürfnissen grosse Aufmerksamkeit schenken. <<<



Amrei Wittwer

Dr. sc. ETH, ist Schmerzforscherin, Apothekerin und Co-Leiterin des Projektes Kinder fördern. Ihr Fokus liegt auf der Leidminimierung potenziell benachteiligter Gruppen.



ADHS gilt als die häufigste psychiatrische Krankheit bei Kindern. Eine ungenügende oder gar **unterlassene Behandlung** hat weitreichende Konsequenzen. Doch auch eine medikamentöse Behandlung ist nicht risikolos. Haben wir es also mit einem Dilemma, vielleicht gar einem moralischen, zu tun? *Text: Hartmut von Sass*

Aufmerksamkeitsdefizite und Formen der Hyperaktivität kommen bei Kindern überaus häufig vor, besonders bei Jungen. Beide Symptome – fehlende Fokussierung und übermässige, zuweilen unregelmässige und impulsive Tätigkeit – geben trotz weiterer Differenzierungen nur Hinweise auf die Krankheit, jedoch keinen sicheren Befund. Daher ist eine präzise Diagnostik vonnöten, um jene Symptome einer eindeutigen Krankheit zuordnen zu können.

Ist dies der Fall und handelt es sich demnach um ADHS, zeichnen sich unterschiedliche Stufen einer umfassenden Therapie ab. Deren Spektrum reicht von der Umstellung der Ernährung sowie der Etablierung eines geregelten Tagesablaufs bis zu einer medikamentösen Behandlung. Zu Letzterer darf es dementsprechend erst kommen, sofern alle Möglichkeiten innerhalb der Verabreichung von Methylphenidat ausgeschöpft sind und zudem ein starker Grad von ADHS vorliegt.

Die medikamentöse Intervention kann trotz Nebenwirkungen nötig und förderlich sein, zumal man sich die Dringlichkeit verdeutlichen muss, die durch den lebensweltlichen Kontext dieser Krankheit bedingt ist: Sie kann einerseits das Sozialleben dieser Kinder stark behindern sowie sich nachteilig auf deren Ausbildung und damit deren Zukunft auswirken. Beide Aspekte können offensichtlich die weitere biografische Entwicklung verzögern, hindern oder gar schädigen. Hier gilt es, ganz besonders verantwortungsvoll abzuwägen.

Entscheidungsfindung

Im Folgenden soll nur der Fall genauer betrachtet werden, in welchem alle nichtmedikamentösen Therapien ausgeschöpft sind. Die

Alternative lautet dann: entweder Methylphenidat (zumeist im Präparat Ritalin und unter weiteren Auflagen und Einschränkungen) verabreichen, dabei aber mögliche Nebenwirkungen in Kauf nehmen, oder diese umgehen mit dem Risiko, die Symptome nicht verringern zu können und negative Konse-

Eine medikamentöse Intervention kann trotz Nebenwirkungen nötig und förderlich sein.

quenzen für das Lern- und Sozialverhalten der betroffenen Kinder zu akzeptieren.

Eine Entscheidung im Verbund von Ärzten, Eltern und den betroffenen Kindern, aber auch im Kontext einer umfassenden therapeutischen Strategie ist erforderlich. Dabei ist die Entscheidungsfindung in gewissem Rahmen bestimmt, da nicht alle Optionen zu jedem Zeitpunkt offenstehen. Wie angesprochen darf eine medikamentöse Intervention erst nach der Erprobung medizinisch zurückhaltenderer Alternativen und deren mangelhaftem oder ausbleibendem Erfolg begonnen werden.

Entscheidungen setzen Alternativen voraus, und für jede dieser Alternativen müssen Gründe sprechen. Hätten wir es mit einer eindeutigen Situation zu tun, gäbe es nichts zu entscheiden. Und wären wir zwar mit unterschiedlichen Optionen konfrontiert, obgleich die Gründe unzweideutig für eine dieser Möglichkeiten sprechen, wäre das Nötige geklärt.

Entscheidungen im engeren Sinne sind daher Abwägen >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese elfteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

Literatur

- ▶ **G. Gigerenzer: Gut Feelings. The Intelligence of the Unconscious**, New York, NY, Viking Press, 2007.
- ▶ **Chr. W. Gowans (ed.): Moral Dilemmas**, New York / Oxford, Oxford University Press, 1987.
- ▶ **J.J. Thomson: Killing, Letting Die, and the Trolley Problem**. In: The Monist 59 (1976), 204 – 217.

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisierung
- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie

Teil 9 ADHS und Ethik

- Teil 10 ADHS und Psychotherapie
- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> gen zwischen ähnlich guten (oder für ähnlich gut befundenen) Optionen. Zudem handelt es sich um Situationen, in denen man sich entscheiden muss, weil die Vertagung ausgeschlossen ist; die Vertagung selbst wäre nichts anderes als eine Entscheidung. Diese Entscheidung erfolgt mit Blick auf angebbare Gründe, so dass eine zufällige oder spontane Wahl ausgeschlossen ist. In diesem engeren Sinn sind Entscheidungen rationale Abwägungen.

Und dennoch: Die wirklichen oder vermeintlichen Gründe zeigen nur eine Richtung auf und lassen immer noch Alternativen zu. Entscheidungen werden folglich mit Gründen getroffen, während man sich in einer Situation befindet, in der die «entscheidende» Person mit Gründen unterversorgt ist. Gründe zu haben, schliesst das Risiko nicht aus, falsch zu liegen, sondern minimiert es.

Wie wir uns bei Dilemmata auch immer entscheiden, wir haben negative Resultate zu akzeptieren.

Moralische Dilemmata

Sich in einem Dilemma zu befinden, ist der Extremfall der gerade geschilderten Situation. Auch hier stehen wir vor Alternativen, wobei sich Dilemmata dadurch auszeichnen, dass die Gründe, die jeweils

für beide Optionen sprechen, gleich schwer wiegen.

Zwei Aspekte kommen hinzu: Zum einen erlauben auch dilemmatische Arrangements nicht, die Entscheidung aufzuschieben. Ein

ADHS konfrontiert Betroffene, Eltern und Ärzte mit weitreichenden Entscheidungen.

weiteres Abwarten bietet sich schon deshalb nicht an, weil es seinerseits eine Entscheidung darstellt – mit entsprechenden, gegebenenfalls negativen Folgen. Auch hier treffen wir auf die angesprochene Dringlichkeit der Entscheidung, deren Unterlassung uns nicht aus dem skizzierten Szenario entlässt, sondern weiter in dieses verstrickt.

Zum anderen haben es Dilemmata an sich, zweideutig zu sein: Wie wir uns auch entscheiden, wir haben negative Resultate zu akzeptieren. Anders gesagt: Dilemmata kennen keine «happy endings» ohne «bad ones». Beide der möglichen Optionen führen negative Effekte mit sich, und wie die positiven wiegen auch diese negativen gleich schwer. Ein Gleichgewicht negativer Konsequenzen bleibt unvermeidbar.

Mit genuin moralischen Dilemmata haben wir es zu tun, wenn wir mit einer moralisch signifikanten Situation konfrontiert sind. Das heisst wiederum zweierlei: Nicht alle Dilemmata sind mora-

lisch, da es selbstverständlich persönliche oder emotionale Dilemmata gibt; moralische Dilemmata hingegen betreffen die Integrität einer Person und/oder den sozialen Kontext, sodass durch eine Handlung das Leben von Mitmenschen fundamental betroffen ist.

Das im moralphilosophischen Diskurs schon klassische Beispiel ist das sogenannte Trolley-Szenario, bei dem n Personen getötet werden sollen, um n+x Personen zu retten. Gegenwärtig wird ein ganz ähnliches Szenario im Theaterstück «Terror» von Ferdinand von Schirach an mehreren Bühnen inszeniert. In beiden Fällen stellt sich die Frage, ob es sich um Dilemmata handelt und wie wir selber entscheiden würden. Schirachs Stück etwa sieht vor, dass das Publikum zum Schöffen wird und das Urteil in einer Abstimmung selbst vornimmt, sodass – je nach Ergebnis – das Theaterstück zu Ende gespielt wird.

ADHS und ihre Behandlung – ein moralisches Dilemma?

Kommen wir zum Ausgangspunkt zurück: ADHS konfrontiert uns – die Betroffenen, die Eltern und Ärzte – mit weitreichenden Entscheidungen. Diese Entscheidungen mit Blick auf die Therapie, auch hinsichtlich einer medikamentösen Therapie oder deren Ablehnung bzw. Aussetzung, sind nicht zu umgehen. Und für alle Optionen könnten gute Gründe sprechen – aber eben auch gewichtige dagegen. ADHS kann beim Versagen aller konservativen

>>>

>>> Möglichkeiten mit einem Wirkstoff behandelt werden, um Aufmerksamkeit und Lernverhalten effektiv zu steigern, obgleich dieser Effekt nicht sicher ist und Risiken birgt. Diese wiederum kann man umgehen, indem man von der Verabreichung von Methylphenidat absieht, obgleich man dann akzeptiert, die Kinder in

Entscheide können moralisch sein, da man die Verantwortung für einen Menschen übernimmt.

biografisch ganz entscheidender Hinsicht womöglich zu benachteiligen, da ihr Lernverhalten und eine fehlende Konzentration eine höhere Bildung stark erschweren könnten.

Fassen wir zusammen: Konfrontieren ADHS und ihre Behandlung tatsächlich mit einem moralischem Dilemma? Zumeist

nicht – aber manchmal und im Grenzfall eben doch. Denn der oben beschriebene Fall einer grundlegend ambivalenten Entscheidungssituation, die moralisch zu nennen ist, kann durchaus eintreten, weil hier umsichtig und sensibel die Verantwortung für einen Menschen zu übernehmen ist. Und die zweite Frage: Warum überhaupt sollten wir ADHS und ihre Behandlung vom dilemmatischen Grenzfall (der also die Ausnahme bleibt) aus betrachten?

Ganz einfach: weil die Steigerung und Zuspitzung eines bestimmten Szenarios dessen interne Schwierigkeiten und Herausforderungen viel deutlicher hervortreten lassen.

ADHS und ihre Behandlung ist nicht per se ein Dilemma, kann aber zu einem werden. Und dieser moralisch signifikante Umstand klärt analytisch und begrifflich, wie vorsichtig alle Involvierten eine anstehende Entscheidung abzuwägen haben, aber zugleich auch, wie diese Abwägung überhaupt aussieht, welche Formen sie in der Praxis annehmen kann und welche Möglichkeiten offenstehen – oder gar notwendigerweise verschlossen bleiben. <<<



Hartmut von Sass

Dr. theol., ist Privatdozent für Systematische Theologie und Religionsphilosophie an der Universität Zürich sowie stellvertretender Direktor des Collegium Helveticum, des interdisziplinären Forschungsinstituts von Universität und ETH Zürich.

Wie können und sollen Kinder mit ADHS gefördert werden?

Forschende aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Pharmazie, Soziologie, Recht und Ethik hinterfragen in einem neuen Forschungsprojekt die Praxis der vermehrten Diagnose und medikamentösen Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen.

Im Forschungsprojekt werden schweizweit psychologische, medizinische und soziale Faktoren untersucht, die zur ADHS-Diagnose, zur Auswahl

von Fördermassnahmen und zu einer Verschreibung von Medikamenten führen können. Dabei sollen auch präventive Massnahmen und alternative Behandlungswege beobachtet werden.

Die Forschenden werden durch Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizin, Bildungsforschung und Schulentwicklung beraten. Unterstützt wird das interdisziplinäre Projekt durch die Stiftung Mercator Schweiz.

Die Studie wird durchgeführt vom Institut für Familienforschung und -beratung (Universität Freiburg), vom Zentrum für Gesundheitswissenschaften (ZHAW) und vom Collegium Helveticum (ETH/Universität Zürich).

Gesucht werden Eltern von Kindern (6- bis 14-jährig), bei denen eine AD(H)S/POS-Diagnose oder der Verdacht auf ein Aufmerksamkeitsproblem vorliegt. Kontakt: projektkinderfoedern@unifr.ch.

Kinder, die unter ADHS leiden, zeigen Verhaltensauffälligkeiten wie der Zappelphilipp in den Bilderbüchern des Frankfurter Arztes Heinrich Hofmann im 19. Jahrhundert. Heute sind die Symptome der Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und mangelnden Handlungssteuerung (Impulsivität) Kernmerkmale der ADHS-Diagnose. Treten diese über ein halbes Jahr in zwei oder mehr Lebensbereichen (z. B. Schule, Familie) auf, beeinträchtigen sie die soziale und schulische Entwicklung.

Das Erscheinungsbild der ADHS kann in jedem Lebensalter zur Belastung des Kindes und der Bezugspersonen führen. Im Vorschul- und Schulalter zeigen diese Kinder häufig eine ziellose Aktivität, spielen wenig und haben Lernschwierigkeiten. Meist kommen Probleme mit Gleichaltrigen dazu, welche die Selbstwertentwicklung des Kindes stören. Im Jugendalter geht die Unruhe zurück, während Aufmerksamkeitsprobleme, emotionale Belastung und Probleme im Sozialverhalten anhalten.

Die Psychotherapie bei ADHS hat einen übenden Charakter.

Die ADHS-Kernsymptome sind häufiges Vergessen, Schwierigkeiten, längere Zeit konzentriert zu arbeiten, Wutausbrüche bzw. vor schnelles Handeln und stehen im Kontrast zu den schulischen und sozialen Anforderungen. Ein Kind mit ADHS zu unterstützen, kann hohe Ansprüche an die Familie und Lehrpersonen stellen. Ist die Familie bereits belastet oder sind Lehrpersonen nicht in der Lage,

diese Unterstützung zu gewährleisten, wirkt sich das negativ auf die Symptomatik aus. Deshalb gehört das Training der Eltern bzw. der Lehrer im Umgang mit ADHS beim Kind zu den Hauptpfeilern der Behandlung.

Multimodale Behandlung

Die multimodale Behandlung der ADHS beim Kind beinhaltet die Psychotherapie und in Abhängigkeit der Symptomatik die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien. Und sie umfasst:

- ▶ elternzentriertes (erziehungs-personenzentriertes) Training
- ▶ schulzentriertes Training
- ▶ kindzentriertes Training

Psychotherapie hat zum Ziel, psychische Störungen mittels psychologischer Vorgehensweisen zu bewältigen. Dies beinhaltet die Analyse zugrundeliegender Konflikte (Klärung), die Information über aufrechterhaltende Faktoren der Erkrankung und über Behandlungsmöglichkeiten (Psychoedukation), das Erarbeiten gemeinsamer Ziele (Zielorientierung) und das Einüben von Verhaltensweisen (Handlungsorientierung) zur Zielerreichung. Dabei werden auch emotionales Erleben, Gedanken und Körpersymptome berücksichtigt. Psychotherapie findet im Einzel- oder Gruppensetting statt und beinhaltet die Arbeit mit den Eltern und dem sozialen Umfeld.

So sieht die Praxis aus

Die Erfassung des Beschwerdebilds (Diagnostik) und dessen Einordnung in Diagnosekategorien (DSM-5 oder ICD-10) stellen die Basis psychotherapeutischen Handelns dar. Die Psychotherapie bei ADHS hat einen übenden Charakter und erfolgt ambulant. Nur in Fällen von schwerer Symptomatik und ausbleibendem Erfolg wird eine teil- oder stationäre Behandlung empfohlen. >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese elfteilige Serie entsteht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz.

Literatur

Matthias Gelb, Dina Gelb: ADS/ADHS. Ein Ratgeber für Eltern, Pädagogen und Therapeuten. Schulz-Kirchner, 2014

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisierung
- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik

Teil 10 ADHS und Psychotherapie

- Teil 11 Alternative Behandlungen

Diese Ausgaben können unter www.fritzundfraenzi.ch oder telefonisch beim Leserservice unter 0800 814 813 nachbestellt werden.

>>> Die Psychotherapie bei ADHS beinhaltet:

- ▶ die Erfassung des Störungsbilds und aufrechterhaltender Faktoren (wann ist die Symptomatik besonders ausgeprägt, wann geht es besser?),
- ▶ die Analyse der Rolle der Eltern und Lehrer (Klärung),
- ▶ die Information des Kindes, der Eltern und Lehrpersonen über die Störung und die psychotherapeutische Behandlung (Psychoedukation),
- ▶ das gemeinsame Erarbeiten der Ziele (Zielorientierung),
- ▶ das Üben des Verhaltens zur Zielerreichung und dessen Transferieren in den Alltag (Handlungsorientierung).

Konkret: Der 9-jährige Alex zeigt mittelmässig ausgeprägte Probleme wie Vergessen, Unkonzentriertheit, Dazwischenreden und Raufereien. Gut durchschnittlich begabt, kann er dem Schulstoff nur schwer folgen. Die Beziehung zwischen ihm und den Eltern ist gut, aber es gibt oft Streit und Tränen, wenn die Eltern mit ihm Aufgaben machen oder die Turntasche suchen. Alex schämt sich, fühlt sich schlecht und sagt, dass er deswegen mehr streite als andere.

Alex lernt in der Psychotherapie, die Grenzen seiner Aufmerksamkeit zu erkennen, und hilft sich mit Listen auf dem Smartphone. Er übt, offen zu sagen, dass er etwas vergessen hat, und erarbeitet Möglichkeiten, Vergessenes oder Wutausbrüche «wiedergutzumachen». Dies in Absprache mit den Eltern, die selber vereinbaren, Alex im

Ziel ist ein selbstverantwortlicher Umgang mit Stärken und Schwächen.

Alltag Gelegenheit zu geben, das Lenken der Aufmerksamkeit zu üben (Kochen, Spiele). Die Lehrerin wird einbezogen und gibt Alex in den ersten vier Wochen am Ende des Unterrichts ein Zeichen, dass er jetzt die Hausaufgaben in sein Aufgabenheft notieren soll. Später wird er 30 Minuten vor dem Unterrichtsende der Lehrerin anzeigen, dass er sich an das Aufgabenheft erinnert. Alex wird für sein Bemühen belohnt, und er wiederum belohnt seine Eltern für ihr Bemühen, geduldiger zu sein.

Kinder mit ADHS leiden häufig unter weiteren psychischen Problemen wie Angst und depressive Stimmung. Das Nichterreichen schulischer oder sozialer Ziele (Aufnahme in Gleichaltrigengruppen) wirkt sich ungünstig auf den Selbstwert und den Verlauf aus. Dieser «Teufelskreis» muss durchbrochen werden, sollen Kinder langfristig lernen, das zu tun, was ihnen schwerfällt. Gelingt es während der ADHS-Behandlung nicht, das Befinden des Kindes ausreichend zu verbessern, ist später eine zusätzliche Therapie nötig.

Die Rolle der Eltern und Lehrer

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter laden dazu ein, «einfache» Erklärungen für komplexe Wechselwirkungen zu suchen, etwa den Eltern oder Lehrern die Schuld zuzuweisen. Dies ist nicht gerechtfertigt und für das Kind schädlich. Gemeinsam an die Problematik des Kindes heranzugehen, trägt zur wirksamen Behandlung bei. Im Elterntaining werden Probleme identifiziert, wird das Vermitteln von Anforderungen geübt und angepasst und werden adäquate Konsequenzen bei unerwünschtem bzw. Belohnung bei positivem Verhalten

Wie können und sollen Kinder mit ADHS gefördert werden?

Forschende aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Pharmazie, Soziologie, Recht und Ethik hinterfragen in einem neuen Forschungsprojekt die Praxis der vermehrten Diagnose und medikamentösen Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen.

Im Forschungsprojekt werden schweizweit psychologische, medizinische und soziale Faktoren untersucht, die zur ADHS-Diagnose, zur Auswahl von

Fördermassnahmen und zu einer Verschreibung von Medikamenten führen können. Dabei sollen auch präventive Massnahmen und alternative Behandlungswege beobachtet werden.

Die Forschenden werden durch Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizin, Bildungsforschung und Schulentwicklung beraten. Unterstützt wird das interdisziplinäre Projekt durch die Stiftung Mercator Schweiz.

Die Studie wird durchgeführt vom Institut für Familienforschung und -beratung (Universität Freiburg), vom Zentrum für Gesundheitswissenschaften (ZHAW) und vom Collegium Helveticum (ETH/Universität Zürich).

Gesucht werden Eltern von Kindern (6- bis 14-jährig), bei denen eine AD(H)S/POS-Diagnose oder der Verdacht auf ein Aufmerksamkeitsproblem vorliegt. Kontakt: projektkinderfoedern@unifr.ch.

vereinbart.

Kinder mit ADHS sind aufgrund ihrer Kernsymptomatik auf eine ihnen zugewandte und Grenzen setzende Haltung angewiesen. Kinder können lernen, verantwortungsvoll mit ihren Schwächen und Stärken umzugehen. In der Psychotherapie mit dem Kind wird der Schwerpunkt auf das Vermitteln positiver Erfahrungen gelegt. Das Kind geht in kleinen Schritten auf das Ziel (z. B. zuverlässiges Erledigen von Pflichten, Unterdrücken ungünstiger Verhaltensweisen) zu, wobei Verbesserungen zunächst vielleicht nur dem Kind und seinen Eltern auffallen.

Die alleinige Psychotherapie bei ADHS ist in leichten und mittelgradig ausgeprägten Fällen wirksam. In Fällen schwerer ADHS-Symptomatik oder ungenügender

Wirksamkeit wird zur erfolgreichen Behandlung eine Kombination mit Psychopharmaka (meist Stimulanzien) und somit eine multimodale Behandlung eingeleitet.

Was bedeutet «erfolgreiche Behandlung» im Alltag? Fortschritte zeigen sich im Rückgang der Häufigkeit bzw. im Nachlassen der Schwere der Symptomatik: Die Kinder vergessen weniger, lernen, sich selbst anzuleiten, wissen, was ihnen guttut, was Probleme verschärft, und entwickeln Zuversicht. Eltern und Lehrer berichten von mehr positiven Erlebnissen, mehr Bemühen um Problembewältigung, weniger Scham und Wut bei Auseinandersetzungen. Durch Psychotherapie «verschwindet» ADHS nicht. Das Ziel ist denn auch nicht die Heilung, sondern der Aufbau eines selbstverantwort-

lichen Umgangs mit Schwächen und Stärken unter Mithilfe der Familie und der Schule.

Psychotherapie bei ADHS ist auf den Aufbau positiver Gegenseitigkeit des Kindes mit Familie und Schule ausgerichtet. So lernt das Kind, nicht an seinen Kompetenzen zu zweifeln, sondern Strategien einzusetzen, um Probleme angemessen zu bewältigen. Eltern und Lehrer sind dabei die wichtigsten Trainer der Kinder! <<<



Simone Munsch

Prof. Dr. phil., ist Ordinaria für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Departement für Psychologie der Universität Freiburg und Präsidentin des Instituts für Familienforschung und -beratung.

Eine multimodale, an möglichst vielen Punkten ansetzende Therapie von ADHS ist heute die Norm. Allerdings wird die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat als therapeutischer Baustein immer noch häufig von Beginn an eingesetzt. Wegen des erhöhten gesundheitlichen Risikos und geringer therapeutischer Wirkung sollte dieser Therapiebaustein jedoch erst zum Einsatz kommen, wenn sich die anderen Therapien langfristig als wirkungslos erweisen und das Kind leidet.

Daher sollte die multimodale Therapie ohne Medikamente immer das erste Mittel der Wahl für Kinder mit ADHS-Diagnose sein. Je ausgeprägter die ADHS-Symptome ausfallen, desto mehr Strategien sollten verfolgt werden. Dieser Artikel fokussiert auf die wichtigsten Bausteine, die wegen ihrer wissenschaftlich erwiesenen Wirksamkeit für alle betroffenen Kinder und involvierten Erwachsenen als Grundtherapie empfohlen werden.

«Iss das Essen, das schon die Grossmutter gekannt hat.»

Ernährungsumstellung

Industrielle Lebensmittel führen zu einem Mangel an Mikronährstoffen, ohne die Nerven schlecht funktionieren. Bei Kindern führt Mangel- oder Fehlernährung der Nerven zu ADHS-Symptomen. Leider entwickelt der Körper der Kinder Lust auf genau jene Stoffe, die Schaden können: raffinierte Kohlehydrate, zuckerhaltige Lebensmittel, Säfte und Fertigprodukte. Auf diese Stoffe sollte die Familie verzichten und den Ernäh-

rungsplan umstellen. Ausnahmen sind erlaubt.

Bei sensitiven Kindern sollten ausserdem künstliche Farbstoffe vermieden werden. Die Faustregel lautet: Iss das Essen, das schon Grossmutter gekannt hat. Gut für gestresste Nerven sind Nüsse, Linsen, Eier, Fisch, Gemüse und Obst.

Ergänzungspräparate

Zusätzlich zur Nahrungsumstellung sind ausserdem Präparate aus der Apotheke zu empfehlen. Gut wirksam gegen ADHS-Symptome sind Omega-3- und -6-Fettsäuren. Kinder, die einen Mangel an Vitaminen und Spurenelementen aufweisen, seien Vitamin-B-Komplex, Vitamin D, Biotin, Niacin, Zink, Jod, Kalium, Kupfer, Magnesium und Pantothenäure empfohlen. Es gibt diese Stoffe in Form von Kombinationspräparaten unterschiedlicher Zusammensetzung und richtiger Dosierung, die abgewechselt werden können.

Was genau für das eigene Kind in Frage kommt, sollte man im Gespräch mit dem Apotheker, der Apothekerin klären. Die Kosten werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Omega-3- und -6-Fettsäuren sind für alle Kinder indiziert. Wichtig zu wissen: Eine Verbesserung der Symptome tritt bei der Einnahme von Nervennahrung, angewandt als drei- bis viermonatige Kur, erst nach ein bis vier Wochen ein.

Sport und Bewegung

Kinder haben einen grossen Bewegungsdrang. Der Anteil an Sport in der Schule ist jedoch nur gering und sollte erhöht werden. Ein Mangel an Bewegung kann ADHS-Symptome verursachen. Bei mehr Bewegung verschwinden oder reduzieren sich die Symptome in kurzer Zeit.

Kinder mit ADHS sind manchmal wegen Unaufmerksamkeit, impulsiven Verhaltens, gerin- >>>

ADHS

Für manche ist es die Mode-diagnose unserer Zeit, für andere die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom). Betroffen sind rund 5 bis 6 Prozent aller Kinder. Jungen deutlich öfter als Mädchen. Diagnostiziert wird die Krankheit aber weitaus häufiger.

Diese 11-teilige Serie ist in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg unter der Leitung von Dr. Sandra Hotz entstanden.

- Teil 1 Leben mit ADHS
- Teil 2 Mein Kind hat ADHS
- Teil 3 Kranke Gesellschaft?
- Teil 4 ADHS und Recht
- Teil 5 ADHS und Schule
- Teil 6 Medikalisierung
- Teil 7 Diagnose
- Teil 8 Therapie
- Teil 9 ADHS und Ethik
- Teil 10 ADHS und Psychotherapie

Teil 11 Alternative Behandlungen

>>> gen Körperbewusstseins, Verspannung und Schwächen in Feinmotorik schlechter in leistungsorientierten Sportarten. Spezielles Training kann dies ausgleichen. Gemäss Studien führt etwa fünf Mal pro Woche Bewegung in Form von Intervalltraining, Kinder-Yoga, Tai-Chi oder Aerobic zur Reduktion von ADHS-Symptomen bei Kindern. Generell sind alle Arten von Bewegung, die den Puls auf etwa 100 bis 140 erhöhen, mindestens 20 Minuten dauern und dem Kind zusagen, empfehlenswert.

Psychoedukation

Der Begriff Psychoedukation bezeichnet die systematische Vermittlung von pädagogischem Wissen über ADHS, die Entstehung und den Verlauf der Symptome. Lehrpersonentraining und schulische Fördermassnahmen können eine Vielzahl an Lernstörungen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten kompensieren. Einfache Grundprinzipien sollen Eltern wie Lehrpersonen den Umgang mit dem betroffenen Kind erleichtern und die Situation verbessern:

- ▶ klare Regeln und Erwartungen, zeitnahe Konsequenzen

- ▶ positive Beziehung zum Kind, Lob, täglich aktives Zuhören
- ▶ Zeitmanagement von Lernen, Pausen, Freizeit
- ▶ fester Platz im Klassenzimmer
- ▶ ruhige Bedingungen zum Schlafen und Hausaufgabenmachen
- ▶ strenge Reduktion des Medien- und Handykonsums auf maximal 30 Minuten täglich, keine Geräte im Kinderzimmer

«Das Erlernen eines Musikinstruments kann die Symptome stark verringern.»

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie stellt eine Kombination aus Elterncoaching bzw. Erziehungstraining und idealerweise auch Lehrpersonentraining sowie einem Training zur Stärkung der Konzentrationsfähigkeit, Strukturierung und Emotionsregulation bei den betroffenen Kindern dar. Dazu werden problembelastete Verhaltensmuster für

konkrete Situationen zu Hause und in der Schule identifiziert und für jeden konkreten Fall Regeln zur Deeskalation für alle Beteiligten entwickelt.

Weitere Therapiebausteine

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind die folgenden Therapiebausteine aufzuzählen:

- ▶ Schulische Musiktherapie und das Erlernen eines Instrumentes können die ADHS-Symptome laut aktueller Forschung stark minimieren.
- ▶ Die Wirkung von Physiotherapie auf ADHS wird aktuell detaillierter erforscht, um wirksame Programme zu identifizieren, welche Verkrampfungen lösen und Feinmotorik schulen.
- ▶ Bei einer Sprachstörung wird Logopädie empfohlen.
- ▶ Kognitive Therapie und Training des Sozialverhaltens sind bei diesbezüglichen Defiziten empfohlen.
- ▶ Eine spezielle Form von Verhaltenstherapie ist das Neurofeedback, das ADHS-Symptome reduzieren kann. Hier wird die aktive Steuerung von Hirnaktivität angestrebt, denn Kinder mit ADHS können Schwierigkeiten

Wie können und sollen Kinder mit ADHS gefördert werden?

Forschende aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Pharmazie, Soziologie, Recht und Ethik hinterfragen in einem neuen Forschungsprojekt die Praxis der vermehrten Diagnose und medikamentösen Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen.

Im Forschungsprojekt werden schweizweit psychologische, medizinische und soziale Faktoren untersucht, die zur ADHS-Diagnose,

zur Auswahl von Fördermassnahmen und zu einer Verschreibung von Medikamenten führen können. Dabei sollen auch präventive Massnahmen und alternative Behandlungswege beobachtet werden.

Die Forschenden werden durch Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Medizin, Bildungsforschung und Schulentwicklung beraten. Unterstützt wird das interdisziplinäre Projekt durch die Stiftung Mercator Schweiz.

Die Studie wird durchgeführt vom Institut für Familienforschung und -beratung (Universität Freiburg), vom Zentrum für Gesundheitswissenschaften (ZHAW) und vom Collegium Helveticum (ETH/Universität Zürich).

Gesucht werden Eltern von Kindern (6- bis 14-jährig), bei denen eine AD(H)S/POS-Diagnose oder der Verdacht auf ein Aufmerksamkeitsproblem vorliegt. Kontakt: projektkinderfoedern@unifr.ch.

haben, einen aufmerksamen Bewusstseinszustand zu erreichen. Dies kann in etwa 20 Sitzungen in drei bis vier Monaten erreicht werden. Wichtig ist die Tatsache, dass Kinder mit ADHS keine abnormalen Hirnströme aufweisen.

- ▶ Bewegungstherapie, Ergotherapie und Psychomotorik können Selbst- und Körperbewusstsein und die Aufmerksamkeit des Kindes stärken, ihre Wirksamkeit sollte systematischer untersucht werden.
- ▶ Alternative Ansätze wie Homöopathie und Akupunktur können die körpereigenen Selbstheilungskräfte aktivieren.
- ▶ Ansätze wie Kinesiologie, Therapie mit Tieren, Kunsttherapie,

Dramatherapie wurden noch nicht systematisch untersucht.

Fazit

Wie kann man einen Therapiebaustein beurteilen? Wichtig ist, dass bei jeder Therapie zwischen Nutzen und gesundheitlichem Risiko abgewogen wird. Die multimodale Therapie ohne Medikation ist hinsichtlich dieser Perspektive eine sichere und nachhaltige Wahl. Es sollte hauptsächlich auf wissenschaftlich wirksame Strategien gesetzt werden. Welche Kombination im individuellen Fall Wirkung zeigt, wird erst im Laufe der Zeit deutlich werden. Daher bedarf jede Therapieform einer sorgfältigen Beobachtung durch Eltern und Fachpersonen.



Amrei Wittwer

Dr. sc. ETH, ist Schmerzforscherin, Apothekerin und Co-Leiterin des Projektes «Kinder fördern». Ihr Fokus liegt auf der Vermeidung von Leid bei potenziell benachteiligten Gruppen wie beispielsweise Kindern.

**Fritz
Fränzi**

Das Schweizer ElternMagazin Fritz+Fränzi Verlag und Redaktion Dufourstrasse 97 8008 Zürich
Telefon 044 277 72 62 [info\(at\)fritzundfraenzi.ch](mailto:info(at)fritzundfraenzi.ch)