



Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften

Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich

Forschungsbericht

Peter Rüesch, Szilvia Altwicker-Hàmori, Sibylle Juvalta, Dominik Robin

Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit,
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis	iv
Glossar	v
Zusammenfassung	1
Problemstellung	1
Methodik	1
Behandlungsprävalenzen von Methylphenidat im Kanton Zürich.....	2
Perspektive der Familien und Kinder	2
ADHS als soziales Phänomen aus der Sicht von Fachpersonen	4
Schlussfolgerungen.....	4
1 Einleitung	6
1.1 Ausgangslage, Problemstellung	6
1.2 Zielsetzungen, Fragestellungen.....	6
2 Methodisches Vorgehen	8
2.1 Studienkonzept	8
2.2 Behandlungsprävalenzen von Methylphenidat	9
2.3 Qualitative Elterninterviews	10
2.4 Fokusgruppen mit zentralen Akteuren	12
2.5 Schriftliche Elternbefragung	13
3 Medikamentöse Behandlung: Häufigkeit von Methylphenidat-Verschreibungen	18
3.1 Übersicht der Inanspruchnahme 2006-2012	18
3.2 Leistungsarten von MPH-Beziehenden	22
3.3 Verschreibende Ärzte/innen und Gesundheitsfachpersonen	24
3.4 Begleitende Medikation	25
4 Behandlungsoptionen bei ADHS: Perspektive der Familien	27
4.1 Auftreten der ADHS-Symptome	27
4.2 Abklärungsprozess und Etablierung der ADHS-Diagnose	28
4.3 Informationsquellen.....	32
4.4 Kinderbezogene Interventionen und deren Nutzen aus Elternsicht	33
4.5 Entscheidungsprozesse der Eltern	40
4.6 Elternbezogene Interventionen und deren Nutzen	45
4.7 Lebensqualität und Belastungen.....	46
4.8 Umfeld Schule.....	48
5 ADHS als gesellschaftliches Phänomen: Perspektiven zentraler Akteure	50
5.1 Vorbemerkungen.....	50

5.2	Perspektive der Eltern und Familien	50
5.3	Perspektive der Fachpersonen	60
6	Diskussion und Schlussfolgerungen	65
6.1	Zentrale Befunde.....	65
6.2	Methodische Grenzen	71
6.3	Schlussfolgerungen.....	71
7	Literatur	73
	Anhang A: Struktur des Eltern-Fragebogens (Online-Befragung)	A1
	Anhang B: Quantitative-Befragung: Stichprobenbeschreibung	A3
	Anhang C: Ergänzende Befunde der quantitativen Elternbefragung.....	A5
	Abklärungsprozess und Etablierung der ADHS-Diagnose	A5
	Kinderbezogene Behandlungen.....	A6
	Entscheidungsprozesse der Eltern	A7

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Studienkonzept – zentrale Phasen und Projektbausteine (M: Meilensteine)	8
Abbildung 2:	Jahresprävalenz des MPH-Bezugs bei Schulkindern (7-15 Jahre) von 2006-2012, Kanton Zürich und Schweiz (ohne Kt. Zürich) (Daten: Helsana)	18
Abbildung 3:	Jahresprävalenz des MPH-Bezugs bei Schulkindern (7-15 Jahre) von 2006-2012 nach Geschlecht, Kanton Zürich (Daten: Helsana)	19
Abbildung 4:	Jahresprävalenz des MPH-Bezugs bei Schulkindern (7-15 Jahre) von 2006-2012 nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich (Daten: Helsana)	20
Abbildung 5:	Inzidenz und Prävalenz der MPH-Beziehenden, Kt. Zürich, alle Altersgruppen (Daten: Helsana)	21
Abbildung 6:	MPH-Einnahmedauern in Tagen nach Altersklassen (7-18 Jährige), Kanton Zürich (Kaplan-Meyer-Analyse; Daten: Helsana).....	22
Abbildung 7:	Inanspruchnahme von medizinischen Leistungsarten von MPH-Bezügern nach Geschlecht, Jahre 2006-12 (alle Altersklassen, Kanton Zürich) (Daten: Helsana)	23
Abbildung 8:	Inanspruchnahme von Leistungen durch MPH-Bezüger 2006-12, relative Veränderung und absolute Zahl, Kanton Zürich (nur häufigste Leistungsarten; Daten: Helsana).....	24
Abbildung 9:	Anteil MPH-Beziehende nach Spezialisierung des erstverschreibenden Arztes, Jahre 2006-12, alle Altersgruppen (Kanton Zürich, Daten: Helsana)KtZH.....	25
Abbildung 10:	Drei häufigste Gruppen von Begleitmedikamenten von MPH-Beziehenden nach Alter (Kt. Zürich, 2006-12; Daten Helsana).....	26
Abbildung 11:	Alter bei den ersten Auffälligkeiten nach Geschlecht (Daten: Elternbefragung ZHAW)	27
Abbildung 12:	Zeit (in Jahren) zwischen den ersten Auffälligkeiten und der Diagnosestellung	30
Abbildung 13:	Alter bei der Diagnosestellung	31
Abbildung 14:	Anzahl verschiedener medikamentöser Therapien	34
Abbildung 15:	Nutzen der medikamentösen Behandlungen aus Elternsicht	35
Abbildung 16:	Anzahl weiterer Behandlungen seit der Diagnosestellung	36
Abbildung 17:	Wirksamkeit gewählter Behandlungen aus Elternsicht	38
Abbildung 18:	Anzahl genutzter pädagogischen Massnahmen	39
Abbildung 19:	Nutzen pädagogischer Massnahmen aus Elternsicht	40
Abbildung 20:	Lebensqualität nach Lebensbereichen.....	47
Abbildung 21:	Anzahl weiterer (bzw. zusätzlich zur diagnosestellenden Gesundheitsfachperson) Fachpersonen involviert im Abklärungsprozess.....	A5

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung (Perzentile) der MPH-Einnahmedauer in Tagen nach Altersgruppen, Kanton Zürich.....	21
Tabelle 2: Leistungsarten von MPH-Bezügern nach Alter (Kanton Zürich).....	24
Tabelle 4: Anteil MPH-Beziehende mit Begleitmedikation nach Alter und Geschlecht (Kt. Zürich, Jahre 2006-12)	25
Tabelle 5: Erste mit ADHS assoziierte Beeinträchtigungen nach Lebensbereichen und Geschlecht.....	28
Tabelle 6: Durch wen wurde die ADHS-Abklärung initiiert?	29
Tabelle 7: Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen zu <i>ADHS</i> bei der Diagnoseeröffnung	31
Tabelle 8: Erhaltene Informationen über Behandlungsmöglichkeiten bei der Diagnoseeröffnung (Mehrfachantworten)	32
Tabelle 9: Genutzte Informationsquellen zur ADHS und deren Nutzen (Mehrfachantworten)	33
Tabelle 10: Durchgeführte Behandlungen in Bezug auf ADHS (Mehrfachantworten)	37
Tabelle 11: Durchgeführte schulische oder pädagogische Massnahmen in Bezug auf ADHS (Mehrfachantworten)	39
Tabelle 12: Art der ersten Behandlung nach Diagnosestellung (Mehrfachantworten).....	41
Tabelle 13: Gründe für eine medikamentöse Behandlung bei Kindern, welche seit der ADHS-Diagnose eine medikamentöse Behandlung in Anspruch genommen haben (Mehrfachantworten).....	42
Tabelle 14: Gründe gegen eine medikamentöse Behandlung bei Kindern, welche seit der ADHS-Diagnose auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet haben (Mehrfachantworten)	43
Tabelle 15: Behandlungen, welche früher als geplant beendet wurden (Mehrfachantworten)	44
Tabelle 16: Elternbezogene Interventionen und deren Nutzen	46
Tabelle 17: Belastungen nach Zielperson	47
Tabelle 18: Informieren der aktuellen Klassenperson(en).....	48
Tabelle 19: Einschätzung der informierten Klassenpersonen	49
Tabelle 20: Unterscheidungsdimensionen und Typenbildung des elterlichen Umgangs mit ADHS	57
Tabelle 20: Struktur des Fragebogens (Forts. nächste Seite).....	A1
Tabelle 21: Stichprobenbeschreibung: Angaben zum betroffenen Kind.....	A3
Tabelle 22: Stichprobenbeschreibung: Angaben zu den Eltern	A4
Tabelle 24: Abklärungsprozesses und Etablierung der ADHS-Diagnose	A5
Tabelle 25: Einnahmepausen und Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlungen (Mehrfachantworten bei der Art der Nebenwirkungen)	A6
Tabelle 26: Anzahl der ersten Behandlungen und Zeit bis zur ersten Behandlung nach Diagnosestellung.....	A6
Tabelle 27: Gründe, eine Behandlung früher als geplant zu beenden (Mehrfachantworten)...	A7

Glossar

Begriff	Bezeichnung	Erläuterung
ADHS ADS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung Aufmerksamkeits-Defizit-Störung	<p>Im deutschsprachigen Raum (und in der ICD, s.u.) wird auch der Begriff der "Hyperkinetischen Störung" verwendet. Es wird zwischen drei Subtypen von ADHS unterschieden: (1) Vorherrschend unaufmerksamer Subtypus, (2) vorherrschend hyperaktiver Typus und (3) gemischter Typ. Für den Subtyp 1, bei dem die Störung der Aufmerksamkeit das vorherrschende Symptom darstellt, wird auch der Begriff ADS verwendet.</p> <p>Für die Diagnose ADHS müssen die Betroffenen mindestens sechs Symptome aus den Schwerpunktphänomenen der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität/Impulsivität aufzeigen (Kriterium A). Die Symptome sollten zudem in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein und sich in einem Ausmass äussern, das mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbaren ist. Zusätzlich müssen bei der Diagnosestellung von ADHS vier weitere Hauptkriterien (B-E) erfüllt werden. Beeinträchtigende Symptome sind schon vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten (Kriterium B) und mindestens zwei Lebensbereiche sind durch die Symptome gestört (Kriterium C). Weiter müssen klare Indizien vorliegen für die Beeinträchtigung im schulischen, sozialen oder beruflichen Bereich (Kriterium D).</p> <p>(→ POS)</p>
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)	Klassifikationssystem für Krankheiten/Diagnosen der Psychiatrie. Wird seit 1952 von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben. Die aktuellste Version des Manuals ist die DSM-5 , welche 2012 herausgegeben wurde.
ELPOS		Verein für Eltern und Bezugspersonen von Kindern sowie für Erwachsene mit POS/AD(H)S. Nebst dem Dachverband, gibt es etliche Regionalstellen von ELPOS.

Glossar (Fortsetzung)

Begriff	Bezeichnung	Erläuterung
Epidemiologie		Wissenschaft (Erforschung) der Häufigkeit, Verteilung und den Determinanten von Krankheiten und die Anwendung dieses Wissens für die Prävention und Kontrolle von Gesundheitsproblemen Epidemiologen befassen sich allerdings nicht nur mit Krankheiten, sondern auch mit Gesundheit und insbesondere mit Wegen und Mitteln zur Verbesserung der Gesundheit
(Experten-) Interviews		(Experten-)Interviews werden in der Sozialforschung als Methode zur Datensammlung eingesetzt. Experten sind gemäss Gläser und Laudel (2004: 10) „Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschliessen.“
Fokusgruppe		Fokusgruppen sind strukturierte Gruppendiskussionen, in denen die Interaktionen der Gruppenteilnehmenden (N=6-10) gleichzeitig erfasst werden. Fokusgruppen sind strukturiert und werden durch eine/n Wissenschaftler/in moderiert.
ICD	International Classification of Diseases (internationale Klassifikation der Krankheiten)	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
Inhaltsanalyse		Eine Methode der empirischen Sozialforschung zur Analyse von Kommunikationsinhalten (meistens face-to-face-Gespräche) auf der Basis von Texten (z.B. verschriftlichte Interviews).
IF	Integrative Förderung	Alle Schülerinnen und Schüler werden nach Möglichkeit in einer Regelklasse unterrichtet. Die Klassenlehrperson und eine speziell ausgebildete Förderlehrperson, der Schulischen Heilpädagogik (SHP) begleiten die Schülerinnen und Schüler mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen auf ihrem Lernweg.
Inzidenz		Anzahl neu erkrankte Personen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes und einer bestimmten Bevölkerung (→ Prävalenz)

Glossar (Fortsetzung)

Begriff	Bezeichnung	Erläuterung
Median		Mittelwert für Verteilungen in der Statistik. Der Median teilt einen Datensatz in zwei Hälften, so dass die Werte in der einen Hälfte kleiner gleich dem Medianwert sind und in der anderen Hälfte größer gleich dem Medianwert. Der Median ist im Gegensatz zum arithmetischen Mittel robust gegenüber extrem abweichenden Werten.
MPH	Methylphenidat	Methylphenidat (bspw. Ritalin) gehört zur Gruppe der Amphetamine mit stimulierender Wirkung auf das zentrale Nervensystem. Es wird in der Behandlung von ADHS eingesetzt.
Multimodale Behandlung/Therapie		Bei der multimodalen Behandlung wird mehr als eine Therapieform eingesetzt, bspw. Psychopharmaka und Psychotherapie.
POS	Psychoorganisches Syndrom	Dieser Begriff wurde früher v.a. in der Schweiz für Störungen verwendet, welche heute als ADHS bezeichnet werden. In der Psychiatrie ist die Bezeichnung POS nicht mehr gebräuchlich. Hingegen findet er noch Verwendung bei der schweizerischen Invalidenversicherung (IV). (→ ADHS, ADS)
Prävalenz		Die Krankheitshäufigkeit oder -rate zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes und einer bestimmten Bevölkerung. Z.B. Jahresprävalenz = Anzahl Personen, die innerhalb eines Jahres von einer bestimmten Krankheit betroffen waren/sind. (→ Inzidenz)
Purposeful Sampling		Methodischer Ansatz der Stichprobenziehung (auch „judgement sample“) in der qualitativen Sozialforschung. Forschende suchen aktiv nach der geeigneten Stichprobe (Auswahl der Befragten, Sample), um die Forschungsfrage(n) zu beantworten. Aufgrund von Vorwissen, Hypothesen und Wissen der Teilnehmenden können Kriterien festgelegt werden, um die Auswahl einzuschränken (z.B. Elternteil muss Kind haben, das mit ADHS diagnostiziert wurde).

Glossar (Fortsetzung)

Begriff	Bezeichnung	Erläuterung
Rücklaufquote		Anzahl ausgefüllter Fragebögen geteilt durch die Anzahl der zur Befragung eingeladenen Personen der angestrebten Untersuchungs-Stichprobe.
Transkription		Verschriftlichung von verbaler und non-verbaler Kommunikation, die auditiv oder visuell aufgezeichnet wurde.

Zusammenfassung

Problemstellung

Im Januar 2013 wurde im Zürcher Kantonsrat ein Postulat von Parlamentariern zum Thema der „Ritalin“-Behandlungen bei Schulkindern behandelt. Hintergrund war die Vermutung der betreffenden Politiker/innen, dass die pharmakologische Behandlung psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zugenommen hatte und andere Behandlungsformen – insbesondere die Psychotherapie – zunehmend verdrängen könnte. Exemplarisch wurde dabei die Behandlung der Hyperkinetischen Störungen bzw. der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS angeführt, bei der die Abgabe von Ritalin stark zugenommen habe. Der Kantonsrat überwies darauf den Auftrag an den Regierungsrat für eine Studie, welche in einem Vorgängerprojekt (Rüesch & Mäder, 2010) skizziert worden war. Diese nun vorliegende Studie befasst sich mit den folgenden Fragekomplexen:

Fragestellung 1: Wie verbreitet ist die Verschreibung von Ritalin und anderen Medikamenten mit dem Wirkstoff Methylphenidat (MPH) unter Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich? Wie haben sich die MPH-Verschreibungen bei Kindern und Jugendlichen entwickelt (Zeitraum: letzte 10 Jahre ab Studienbeginn)? Wer hat die Leistungen veranlasst (Allgemeinpraktiker, Fachärzte etc.)?

Fragestellung 2: Wie, unter welchen Bedingungen und warum entscheiden sich Eltern von Kindern mit ADHS für welche Art von Behandlung? Wie sieht die Behandlungskarriere der Eltern und ihrer Kinder aus? Wieviel Zeit verstreicht, bis professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird?

Fragestellung 3: Wie entwickelt sich das Verhalten von ADHS-betroffenen Kindern und -Jugendlichen zu einem Problem für ihr soziales Umfeld (Familie, Schule, Betrieb, Nachbarschaft)? Von wem bzw. von welchen Akteuren geht die Initiative für welche Art von Intervention aus?

Methodik

Die vorliegende Studie umfasst vier zentrale Projektbausteine:

Behandlungsprävalenzen von Methylphenidat

Im Rahmen dieser Teilstudie (vgl. Fragestellung 1) sollte anhand von Krankenkassen-Sekundärdaten Entwicklung und Hintergrund/Anlass der MPH-Verschreibungen untersuchen. Aufgrund einer bereits ähnlich gelagerten Analyse für den Zeitraum 2006-10 wurde entschieden, diesen Fragenkomplex mit Daten der Helsana durchzuführen. Die Untersuchung differenziert nach Geschlecht und Alter. Eine methodische Grenze liegt darin, dass in den Helsana-Daten keine Angaben zu Diagnosen vorhanden sind. Deshalb erfolgte die Identifikation der Population lediglich über die (Erst-)Verschreibung von Methylphenidat.

Entscheidungsprozesse von Eltern

Qualitative Einzelinterviews mit Eltern: Dieser Studienbaustein (vgl. Fragestellung 2) untersuchte aus der Perspektive betroffener Eltern das Phänomen ADHS, wobei es v.a. um die Entscheidungsprozesse der Eltern mit Kindern im schulpflichtigen Alter für eine bestimmte Behandlung ging. Mit 10 betroffenen Eltern mit einem ADHS Kind wurde ein leitfadenbasiertes, teilstrukturiertes Interview durchgeführt.

Schriftliche Befragung von Eltern: Basierend auf Ergebnissen der Einzelinterviews und auf Fachliteratur wurde eine schriftliche Befragung von Eltern (N=105) mit ADHS-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter, ohne die Kindergartenstufe, durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte über Schulpsychologische Dienste sowie über den Kinder und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich. Von den rund 1837 kontaktierten Eltern haben lediglich 120 den Fragebogen beantwortet, was eine sehr tiefe Rücklaufquote von rund 7% bedeutet. Die anonyme Befragung erfolgte auf Basis eines

Onlinefragebogens. Im Zentrum der Erhebung, stand der Entscheidungsprozess für die Wahl einer bestimmten Behandlungsvariante der ADHS-Problematik des betroffenen Kindes aus Sicht der Eltern.

Fokusgruppen mit zentralen Akteuren

Ein weiterer Studienbaustein (vgl. Fragestellung 3) befasste sich mit dem breiteren sozialen Kontext von ADHS, insbesondere auch der Schule. Dazu wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt, in denen die wesentlichen Akteure im Themenfeld ADHS vertreten waren. Die Gruppen (6-8 Personen) setzten sich wie folgt zusammen:

- 1) eine Gruppe aus Fachpersonen/Professionellen, die sich beruflich mit ADHS-Kindern befassen (Vertretenden der Volksschule, Hausärzte, Kinderpsychiater, Schulpsychologen),
- 2) eine Gruppe mit Eltern.

Behandlungsprävalenzen von Methylphenidat im Kanton Zürich

Im Jahre 2012 bezogen im Kanton Zürich 2.6% bzw. rund 3'000 der Kinder im Schulalter ein MPH-Präparat; in der Schweiz (ohne Kanton. Zürich) lag die MPH-Jahresprävalenz leicht tiefer bei 2.4%. Es zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede, indem 3.9% der Knaben im Schulalter, aber nur 1.3% der Mädchen im Kanton Zürich MPH erhielten.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der MPH-Verschreibungen im Kanton Zürich so zeigt sich, dass sich die Verschreibungsprävalenzen im Zeitraum der Jahre 2006-2012 für beide Geschlechter nahezu verdoppelt haben. Allerdings fand dieses Wachstum primär zwischen 2006-2010 statt, danach haben sich die Fallzahlen in dieser Altersgruppe stabilisiert und die Zahl der Neu-Bezüger/innen von MPH (Inzidenz) hat ab 2010 gar deutlich abgenommen. Der Hintergrund für diese Zunahme kann aufgrund der schmalen epidemiologischen Datenlage nicht genau eruiert werden. Am wahrscheinlichsten scheint, dass in den letzten Jahren mehr Schulkinder (z.B. durch häufigere Abklärungen) eine ADHS-Diagnose erhielten und/oder ein zunehmender Anteil von diagnostizierten Kindern medikamentös behandelt wurde. Die Zunahme der MPH-Behandlungen muss jedoch nicht zwingend durch eine Veränderung der Behandlungspräferenzen in Richtung „mehr Medikamente“ bedingt sein, sondern ist auch allein durch vermehrte Abklärungen bzw. mehr diagnostizierte Fälle erklärbar.

Die vier häufigsten Arten von Leistungen, die Personen mit MPH-Bezug in Anspruch nehmen, umfassen (erwartungsgemäss) den Medikamentenbezug, die ambulante ärztliche Behandlung, Laboranalysen und die spezifische Beratung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin.

Bei den Fachpersonen, welche MPH den Patienten/innen *erstmalig verschreiben*, handelt es sich bei etwas mehr als der Hälfte um Fachärzte/innen der Erwachsenen- oder Kinder- und Jugend-Psychiatrie. Je rund ein Fünftel der Erstverschreibenden sind Allgemeinpraktiker oder Pädiater/innen. MPH wird somit in einer Mehrheit der Fälle durch Ärzte/innen verschrieben, die einen fachspezifischen Bezug zur Behandlung von ADHS aufweisen.

Rund ein Viertel der MPH-Bezüger/innen im Schulalter erhielt zusätzlich weitere (Begleit-)Medikamente verschrieben. Am häufigsten zählen die Begleitmedikamente zur Gruppe der sog. Analgetika bzw. schmerzlindernden Präparate. Eine gewisse Rolle spielen darüber hinaus Psycholeptika und Antidepressiva.

Perspektive der Familien und Kinder

Schriftliche Befragung

Die Kinder der befragten Eltern (N=105) erhielten im Durchschnitt im Alter von acht (Knaben) bis neun Jahren (Mädchen) die Diagnose ADHS. Erste Auffälligkeiten im Verhalten der Kinder, die aus Sicht der Eltern mit ADHS assoziiert waren, zeigten sich aber bei beiden Geschlechtern bereits rund vier Jahre

zuvor, d.h. meistens im Kindergartenalter. Über 80% der befragten Eltern berichteten bei ihrem Kind darüber hinaus von weiteren Störungen neben der Kernsymptomatik von ADHS, wobei am häufigsten Probleme der Motorik (50%) und Schlafstörungen (45%) genannt wurden.

Die ADHS-Symptomatik führte insbesondere in drei Bereichen (>50% der Fälle) zu starken Beeinträchtigungen des Kindes: bei der Bewältigung von Hausaufgaben, dem Verhalten im Schulunterricht sowie dem Verhalten allgemein in der Schule (d.h. ausserhalb des Unterrichts). Aber auch in zwei weiteren Feldern traten häufig (40-50% der Fälle) Probleme auf: in den sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen und im Kindergartenunterricht (nur Knaben).

Insgesamt bezogen 80% der Kinder irgendwann im Befragungszeitraum ein MPH-Präparat, aber nur rund 40% erhielten bereits als erste Intervention nach der Diagnosestellung eine Behandlung durch Medikamente. In vielen Fällen wurden somit zunächst andere Therapien gewählt, bevor sich die Familie für eine medikamentöse Behandlung entschied. Diese verlief offenbar nicht immer problemlos: eine Mehrheit der Eltern berichteten über Nebenwirkungen bei ihren Kindern, wobei vor allem Appetitrückgang (81%) und Schlafstörungen (48%) als Symptome genannt wurden.

Von einer Mehrheit der Eltern wurden zwei Gründe für die Wahl einer medikamentösen Behandlung genannt: die Nicht-Bewältigbarkeit der schulischen Leistungsanforderungen und der Leidensdruck des Kindes (je 69%). Eine Rolle spielen aber auch andere Probleme wie die Belastung des Familienlebens (39%) und die fehlende Unterstützung seitens der Schule (44%). Ein Drittel der Eltern mit MPH-Bezug gab schliesslich explizit an, dass andere Behandlungen nicht ausreichend wirksam waren. Eltern, deren Kinder keine Pharmakotherapie erhielten, nannten als Gründe gegen diese Intervention insbesondere die eigene Ablehnung (54%), eine als gering bewertete Symptombelastung (45%) sowie die Sorge über negative Nebenwirkungen (35%).

Die betroffenen Eltern haben häufig eine Vielzahl von Therapien (im Durchschnitt vier unterschiedliche Therapien) für ihre Kinder gewählt, wobei an der Spitze neben der Pharmakotherapie (80%) die Psychotherapie (54%) steht. Prominent vertreten waren aber auch die Anwendung homöopathischer Präparate (42%) und Diäten (31%); viele Kinder erhielten auch Therapien aus dem Angebot der schulgebundenen Stütz- und Fördermassnahmen (Logopädie: 32%; Psychomotorik: 31%; Ergotherapie: 26%). Die Eltern schätzten den Nutzen bzw. die Wirksamkeit der gewählten Therapien für ihr Kind mehrheitlich positiv ein, z.B.: Pharmakotherapie (>80% positive Wirkung), Psychotherapie (70%); einige häufig gewählte Behandlungen wurden aber auch vergleichsweise kritischer bewertet, so die Diätbehandlung (27% positiv) und die Homöopathie (43%). Negative Wirkungen wurden selten geschildert, bei vielen Interventionen fällt jedoch auf, dass ein substantieller Anteil von Befragten diese als wirkungslos beurteilten.

Einzelinterviews mit Eltern

In vertiefenden Einzelinterviews mit betroffenen Eltern (N=10) zeigte sich, dass ADHS für diese eine grosse Herausforderung und „Gratwanderung“ im Alltag darstellt. Obwohl die Eltern bemüht waren, „Strukturen“ für ihre Kinder zu schaffen, wussten sie nie genau, was auf sie zukam: „Es hört nicht auf, sondern es begleitet“, meinte etwa eine Mutter. Manche der interviewten Eltern empfanden die Unterstützung in Bezug auf die ADHS von Seiten der Schule (Lehrpersonen, Schulpsychologische Dienste) als wenig hilfreich. Die Eltern hatten das Gefühl, sich alleine „durchboxen“ zu müssen. Dies mündete bei einigen Kindern in einen Schulwechsel.

Der Leidensdruck der Kinder, der besonders durch schulische Schwierigkeiten ausgelöst wurde, war einer der Hauptgründe für eine medikamentöse Behandlung, welche viele der interviewten Eltern zumindest phasenweise für ihr Kind in Anspruch nahmen. Die schulischen Schwierigkeiten manifestierten sich u.a. bei der Konzentration auf Aufgaben oder beim Arbeiten unter Zeitdruck im Rahmen von Prüfungen. Die Kinder fühlten sich im Vergleich zu den Mitschüler/innen dumm, benachteiligt und ungerecht behan-

delt. Der Pharmakotherapie wurden meistens positive Auswirkungen auf das Sozialverhalten, den Leidensdruck und das Selbstwertgefühl der Kinder attestiert. Neben diesen erwünschten Wirkungen wurden aber (wie in der schriftlichen Befragung) auch unangenehme Nebenwirkungen geschildert wie z.B. Schlaf- und Essstörungen.

Anhand der Interviews liessen sich zwei Typen von betroffenen Eltern erkennen: Sie wurden bezeichnet als „die unter Druck stehenden Angepassten“ (Typ A) und „die anders Funktionierenden“ (Typ B). Der Unterschied der beiden Typen liegt in der Gewichtung der Anpassung des Kindes an sein Umfeld und insbesondere an die Leistungsanforderungen der Schule. Typ A ist stark um Anpassungen bemüht und geprägt vom Wunsch nach einem normalen Funktionieren in der Schule und Gesellschaft. Für Typ B dagegen steht eher die Förderung der Individualität des Kindes, sein „Anderssein“ im Fokus, das positiv bewertet wird. Der Falltypus A entscheidet sich aufgrund des ausgeprägten Leidensdrucks von Eltern und Kind eher für eine medikamentöse Behandlung. Eltern des Typs B setzten sich in den Interviews expliziter mit der Frage auseinander, welchen Platz ihr Kind in einer leistungsorientierten Gesellschaft einnehmen soll und kommen zum Schluss, dass ihre Kinder „anders funktionierten“ aber nicht unbedingt krank seien.

ADHS als soziales Phänomen aus der Sicht von Fachpersonen

Aus der Sicht von Fachpersonen (z.B. Lehrpersonen, Heilpädagogen/innen, Ärzte/innen) hat die Bedeutung von ADHS in den letzten Jahren zugenommen. Die Gesellschaft habe ein „Label“, eine Etikette geschaffen, die zunehmend populärer werde. Diese Entwicklung wurde eher kritisch beurteilt, da der Begriff ADHS längst „überstrapaziert“ sei. Aus Sicht der Kinderärzten/innen kann dies dazu führen, dass ADHS-Diagnosen unsauber ermittelt werden: sowohl Laien als auch Fachpersonen hätten heutzutage das Gefühl, auch bei geringer Erfahrung über ADHS Bescheid zu wissen; dabei würden jedoch die Auffälligkeiten und Verhaltensmuster der Kinder zu wenig differenziert untersucht.

Die Fachpersonen waren der Meinung, dass gesellschaftliche Entwicklungen die Entstehungsbedingungen für ADHS grundlegend verändert haben. Die auslösenden Faktoren der ADHS müssten vermehrt in den Lebenswelten der Kinder und ihrer Familien gesucht werden.

Die Fachpersonen berichteten, dass Eltern (insbesondere in den städtischen Gebieten) oft mit hohen Erwartungen an sie gelangten und sich rasche Lösungen erhofften. Die Eltern erwarteten, dass die Kinder in der Schule mitkommen und funktionieren, damit längerfristig keine Nachteile und Chancengleichheiten für sie entstehen würden

Sowohl in Wahrnehmung der befragten Eltern und als auch der Fachpersonen stellt sich ADHS nicht nur als eine neurobiologisch fundierte Krankheit dar. ADHS äussert sich auch als soziales Phänomen im Spannungsfeld gesellschaftlicher, schulischer und familialer Anforderungen und Lebensumstände und der Interessen der verschiedenen, involvierten Akteure (Kinder, Eltern, Fachpersonen, Lehrpersonen, Nachbarn etc.).

Schlussfolgerungen

Trotz der Zunahme der MPH-Verschreibungsprävalenz im Kanton Zürich kann man aufgrund der vorliegenden Studie davon ausgehen, dass auch heute noch mindestens die Hälfte der Kinder im Schulalter mit einer ADHS-Diagnose kein MPH-Präparat einnimmt. Eine ADHS-Diagnose ist also nicht zwangsläufig mit einer Pharmakotherapie gekoppelt.

ADHS kann nicht allein als medizinisches Phänomen oder als eine Krankheit begriffen werden, sondern stellt auch ein soziales und kulturelles Phänomen dar. Der Begriff ADHS hat eine „gesellschaftliche Karriere“ zu verzeichnen: Es scheint, dass damit auch eine bestimmte Art unangepassten Verhaltens von

Kindern gegenüber schulischen Leistungs- und Verhaltensanforderungen beschrieben wird, das – im Trend der Zeit – mit medizinischen oder psychologischen Mitteln zu korrigieren versucht wird.

Die Schule stellt das zentrale Handlungsfeld dar, wo das Verhalten dieser Kinder zu manifesten Problemen führt. Trotz dem Credo der Individualisierung des Unterrichts scheint es in manchen Fällen nur begrenzt oder gar nicht zu gelingen, ADHS-betroffenen Kindern ein förderliches und unterstützendes Lernarrangement anzubieten. Insofern scheint es auch naheliegend, dass insbesondere im Kontext der Schule darüber nachgedacht werden sollte, wie der (schulische) Leidensdruck von ADHS-Kindern (und ihrer Eltern) reduziert oder vermieden werden könnte.

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf auch die Tendenz zur Stigmatisierung von ADHS-Kindern und ihrer Eltern. Manche Eltern werden wiederholt – implizit oder explizit – mit dem Vorwurf mangelnder Erziehungskompetenz konfrontiert.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage, Problemstellung

Der Zürcher Regierungsrat wurde Ende Juli 2008 mit einem Postulat des Kantonsrates (KR-Nr. 202/2006) beauftragt, die Entwicklung der Diagnosestellung und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten fünf Jahren aufzuzeigen; ein besonderes Augenmerk galt der Behandlung mit Psychopharmaka. Ausserdem wünschten die Postulanten für drei weitere (zukünftige) Jahre ein Monitoring der Behandlung psychischer Störungen bei der Zielgruppe. Hintergrund des Postulates war der Eindruck und die Sorge der Postulanten, dass die pharmakologische Behandlung psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zugenommen hat und andere Behandlungsformen – insbesondere die Psychotherapie – verdrängt. Exemplarisch wurde dabei die Behandlung der Hyperkinetischen Störungen bzw. der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS angeführt, bei der die Abgabe von Ritalin stark zugenommen habe.

Die Gesundheitsdirektion Zürich gab daraufhin eine Studie zur Ermittlung des aktuellen Erkenntnisstandes der Behandlung der häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Auftrag. Der Bericht von Rüesch und Mäder (2010) beleuchtete diesen Themenkomplex primär aus wissenschaftlicher und fachlicher Perspektive. Dieser Blickwinkel zeigte, dass für die ausgewählten psychischen Probleme heute Behandlungsleitlinien vorliegen und die Wirksamkeit einer Reihe von Behandlungsoptionen wissenschaftlich gesichert ist. Offen aber ist, wie psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen in der Praxis behandelt werden. Erfolgt die Behandlung beispielsweise weitgehend konform zu den Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften? Inwiefern sind Abweichungen zu verzeichnen, und wie lassen sich diese erklären? Im Raum der öffentlichen Debatte steht immer auch die sogenannte Medikalisierungshypothese, wonach zunehmend mehr (bisher als normal erachtete) Lebensprobleme zu einem medizinischen Problem umetikettiert werden und in der Folge entsprechende medizinische Leistungen generieren.

Aufgrund dieser Forschungslücke konzipierten Rüesch und Mäder (2010) eine Studie, welche retrospektiv die Anliegen des Postulats zu klären versucht. Es sollte untersucht werden, welche Rolle die Psychopharmakotherapie in der Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen heute spielt, welche anderen Interventionen zur Anwendung kommen und inwieweit es in den letzten Jahren zu allfälligen Veränderungen (z.B. eine Verschiebung von Psycho- zu Pharmakotherapien) gekommen ist.

Im Januar 2013 wurde im Zürcher Kantonsrat ein erneutes Postulat von Parlamentariern behandelt zum Thema der „Ritalin“-Behandlungen bei Schulkindern. Der Kantonsrat beschloss daraufhin, dass der Regierungsrat beauftragt wird, die Durchführung der von Rüesch und Mäder skizzierten Nachfolgestudie in Auftrag zu geben.

1.2 Zielsetzungen, Fragestellungen

Diese Nachfolgestudie fokussiert auf ADHS und zwar aus folgenden Gründen:

- die breite wissenschaftliche Evidenz zur Behandlung von ADHS,
- die Relevanz dieser Störung in der öffentlichen Wahrnehmung und
- die Häufigkeit unter Kindern und Jugendlichen.

Die nun vorliegende Studie orientiert sich in ihrer Konzeption an einer Untersuchung aus Deutschland zur ADHS-Behandlung (Gebhardt et al., 2008). Drei Fragenkomplexe sollten untersucht werden: die Verbreitung von ADHS unter Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich im Zeitverlauf (Fragestellung 1), den Entscheidungsprozess der Eltern für die Inanspruchnahme von welcher Art der professionellen Hilfe

(Fragestellung 2) und die Bedeutung des sozialen Umfeldes (insbes. der Schule) von ADHS-Kindern für die Wahl bestimmter Interventionen (Fragestellung 3).

Die wissenschaftliche Evidenz besagt, dass ADHS eine durch neurobiologische Faktoren erklärbare psychische Störung darstellt, deren Ursachen u.a. in der genetischen Ausstattung des Organismus und in der Neurochemie des Gehirns lokalisierbar sind (vgl. Kutcher et al., 2004). Der wissenschaftliche Diskurs besagt weiter, dass von ADHS betroffene Kinder im frühen Alter, ab ca. 6 Jahren, verschiedene Symptome wie Hyperaktivität, Impulsivität oder ein Aufmerksamkeitsdefizit zeigen (vgl. (Wülker, 2009); (Rösler & Retz, 2008), wobei eine auf Medikation basierte Intervention als bevorzugte Behandlungsmethode durchgeführt werden sollte (Remschmidt, Mattejat, & Warnke, 2008). Es ist deshalb auch eine Frage, ob ADHS sich in der Wahrnehmung der befragten Eltern und Fachpersonen (Interviews, Fokusgruppen) als eine (neurobiologisch fundierte) Erkrankung oder auch als Folge eines bestimmten Lebensstils (vgl. (Stelzer, 2009)) oder als gesellschaftlich konstruiertes Phänomen zeigen wird. Diese gesellschaftliche Betrachtungsweise auf ADHS wird in der ADHS-Forschung seltener thematisiert (vgl. Bailey, 2009).

Die folgenden drei Fragekomplexe wurden gegenüber Studienskizze im Bericht von 2010 aus methodischen Gründen teilweise angepasst; in Kapitel 2 wird auf diese Anpassungen näher eingegangen.

Fragestellung 1: Wie verbreitet ist die Verschreibung von Ritalin und anderen Medikamenten mit dem Wirkstoff Methylphenidat (MPH) unter Kindern und Jugendlichen (6-18 Jahren) im Kanton Zürich? Wie haben sich die MPH-Verschreibungen bei Kindern und Jugendlichen entwickelt (Zeitraum: letzte 10 Jahre ab Studienbeginn)? Wer hat die Leistungen veranlasst (Allgemeinpraktiker, Fachärzte etc.)?

Fragestellung 2: Wie, unter welchen Bedingungen und warum entscheiden sich Eltern von Kindern mit ADHS für welche Art von Behandlung? Wie sieht die Behandlungskarriere der Eltern und ihrer Kinder aus? Wieviel Zeit verstreicht, bis professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird?

Fragestellung 3: Wie entwickelt sich das Verhalten von ADHS-betroffenen Kindern und -Jugendlichen zum Problem für ihr soziales Umfeld (Familie, Schule, Betrieb, Nachbarschaft)? Von wem bzw. von welchen Akteuren geht die Initiative für welche Art von Intervention aus?

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Studienkonzept

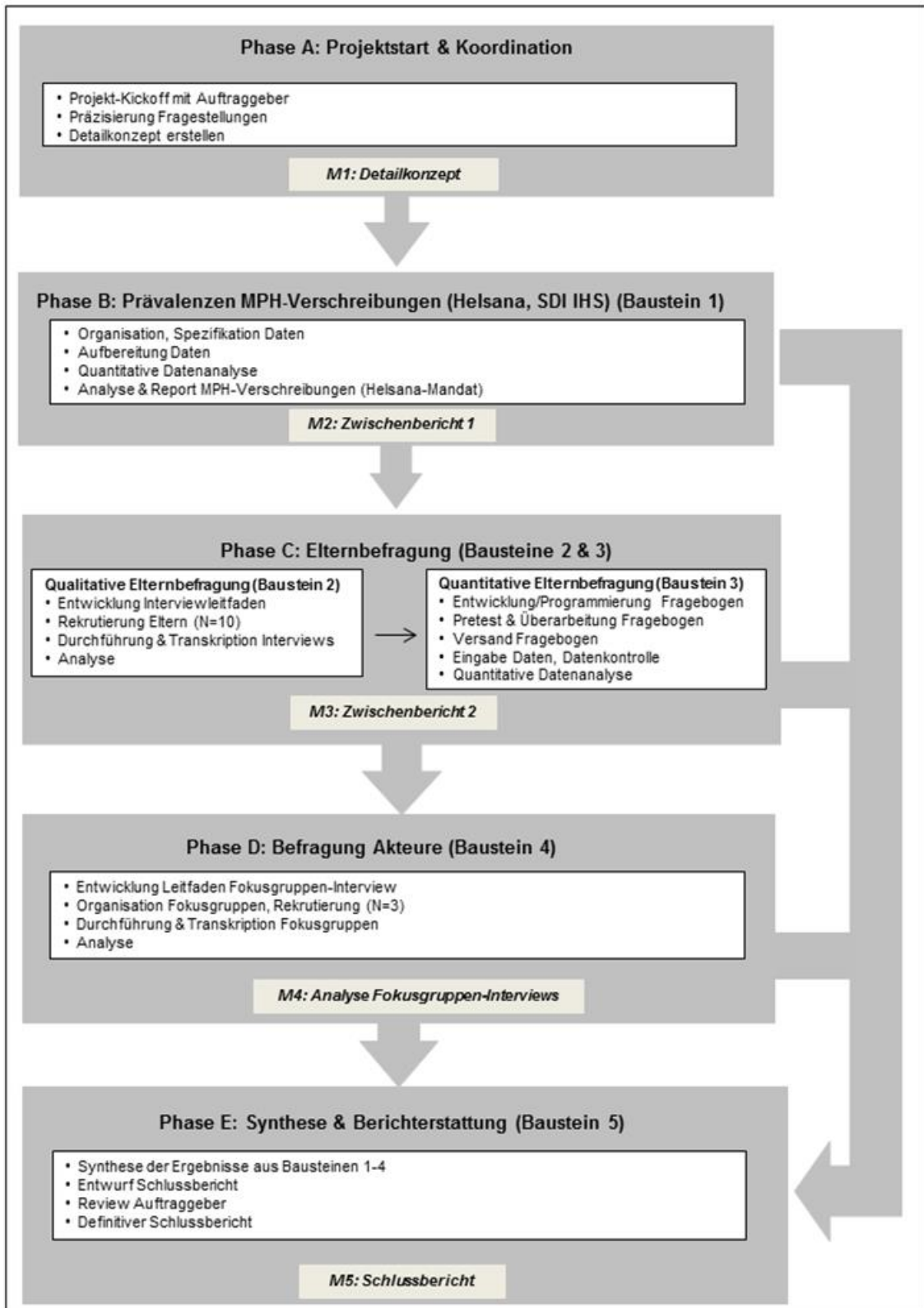


Abbildung 1: Studienkonzept – zentrale Phasen und Projektbausteine (M: Meilensteine)

Die vorliegende Studie umfasst vier zentrale Projektbausteine (vgl. Abbildung 1). Diese werden im Folgenden näher erläutert.

2.2 Behandlungsprävalenzen von Methylphenidat

Für den Projektbaustein 1 (vgl. Fragestellung 1) wurden anhand von Krankenkassen-Sekundärdaten die Entwicklung und der Hintergrund/Anlass der MPH-Verschreibungen untersucht. Aufgrund bereits bestehender Kontakte mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD) und einer bereits ähnlich gelagerten Analyse für den Zeitraum 2006-10 wurde entschieden, diesen Fragenkomplex mit Daten der Helsana durchzuführen. Das Vorgehen orientierte sich an der Studie von Kühne und Rapold, welche in der SAEZ publiziert wurde (Kühne & Rapold, 2011). Diese Studie wurde um weitere Fragestellungen ergänzt (s.u.) und wurde als Mandat durch die Abteilung Gesundheitswissenschaften der Helsana durchgeführt. Die spezifischen Fragestellungen, der Helsana-Analyse lauteten:

- Anzahl und Anteil Methylphenidat-Bezüger unter den Helsana-versicherten Kindern und Jugendlichen;
- Anzahl und Anteil der mit ADHS verbundenen Behandlungen (z.B. Einzelpsychotherapie) unter den Helsana-versicherten Methylphenidat beziehenden Kindern und Jugendlichen;
- Anzahl Methylphenidat-Verschreibungen pro Arzt und Fachrichtung (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin).

Die Untersuchung differenziert nach Geschlecht und Alter.

Die in der vorliegenden Studie dargestellten Befunde (Kapitel 3) basieren auf einem Auswertungsbericht der Abteilung Gesundheitswissenschaften der Helsana¹. Dazu sind die folgenden Anmerkungen zu methodischen Einschränkungen notwendig:

- 1) Den Krankenkassendaten können keine Informationen über Diagnosen entnommen werden; es liegen lediglich Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen² vor. Deshalb erfolgte die Identifikation der Population durch die (Erst-)Verschreibung von Methylphenidat. Dies hat für diese Studie die folgenden einschränkenden Konsequenzen: Es kann festgestellt werden, wie viele Versicherte (nach Alter, Geschlecht und Bezugsjahr) Methylphenidat bezogen haben. Es ist aber nicht bekannt, ob alle diese Personen aufgrund einer etablierten ADHS-Diagnose das Medikament erhalten haben. Ebenso ist nicht bekannt, wie viele Versicherte mit einer ADHS-Diagnose andere Leistungen (ohne Medikamentenbezug) in Anspruch genommen haben.
- 2) Was den Bezug von Methylphenidat betrifft, so wurden alle Medikamente mit den Wirkstoffen Methylphenidat oder Dexethylphenidat (RR-Methylphenidat) in die Analyse einbezogen³. Darüber hinaus wurden auch Begleitmedikamente untersucht.
- 3) Für die Analyse standen Daten der Jahre 2006 bis 2012 zur Verfügung, weiter zurückreichende Zeitreihen konnten nicht untersucht werden. Für die Ableitung von Trends ist eine Zeitspanne von sechs Jahren relativ kurz.
- 4) Für die Ermittlung bevölkerungsbezogener Angaben (bzw. Prävalenzen) zum Bezug von Methylphenidat sowie anderen Leistungen wurden die Rohwerte (d.h. die Anzahl Helsana-Versicherte

¹ Die Autoren (R. Kühne und R. Rappold) nahmen die Aufbereitung der Daten vor und erstellten einen Auswertungsbericht mit kommentierten Tabellen. Ausgehend davon verfasste die ZHAW das Kapitel 3 des vorliegenden Forschungsberichtes.

² Z.B. ärztliche Behandlungen, Verschreibung von Medikamenten etc.

³ Dabei handelt es sich um die folgenden Spezialitäten: Concerta (Wirkstoff: MPH), Focalin (DPH), Medikinet (MPH), Ritalin (MPH).

mit einer bestimmten Leistung) auf die Bevölkerung des Kantons Zürich, unter Berücksichtigung des Marktanteils der Helsana, hoch gerechnet⁴.

2.3 Qualitative Elterninterviews

Für die qualitative Elternbefragung wurden 10 teilstrukturierte Interviews mit Eltern ADHS-betroffener Kinder durchgeführt. In diesem Studienbaustein werden die subjektiven Erfahrungen der Eltern im Umgang mit der ADHS-Situation ihres Kindes in Bezug auf die Diagnosestellung, die Behandlung, den Familienalltag und die gesamtgesellschaftliche Einbettung rekonstruiert.

Grundlage für die Erstellung des Leitfadens waren die Forschungsfragen des Projekts, das Kontextwissen der Forschenden und die Literatur zum Thema. Hilfreich waren ein vorangegangenes Projekt der Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften über Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen (Rüesch & Mäder, 2010) sowie qualitativ ausgerichtete Studien zum Phänomen ADHS (Bussing, Koro-Ljungberg, Noguchi, Mason, & Mayerson, 2012; Gebhardt et al., 2008). Berücksichtigt wurden auch Konzepte zu Entscheidungsprozessen von Eltern für oder gegen eine Behandlung (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Für einen klareren Blick auf die Auffälligkeiten ADHS-betroffener Kinder und Jugendlichen dienten Erkenntnisse von Schmeck et al. (2008). ADHS wurde als gesellschaftliches Phänomen im Spannungsfeld von Kinder, Eltern, Schule, Fachpersonen und Gesellschaft verstanden (Bussing et al., 2012; Klöckner & Lüdemann, 2013). Der Interviewleitfaden, der im Vorfeld dieses Studienteils entwickelt wurde, umfasste schwerpunktmässig folgende Themen.

- Aktuelle Situation in Bezug auf ADHS,
- Auffälligkeiten des Kindes,
- Weg zur Diagnose,
- Behandlungsentscheidungsprozesse der Eltern für oder gegen eine bestimmte Behandlung,
- Verschiedene Behandlungen (Hergang und Wirkung),
- Bedeutung der Diagnose für das Kind und die Familie,
- Schulischer und gesellschaftlicher Druck für eine bestimmte Behandlung.

2.3.1 Auswahl der Befragten (Sample)

Für die Interviews wurden Eltern mit einem ADHS-diagnostizierten Kind im schulpflichtigen Alter gesucht, wobei die Diagnosestellung nicht länger als 3 Jahre zurückliegen sollte. Die Rekrutierung wurde mit Hilfe von „ELPOS Schweiz“, dem Verein für Eltern und Bezugspersonen sowie für Erwachsene mit ADHS/POS, durchgeführt. Berücksichtigt wurden Eltern, die sich auf ein Inserat auf der ELPOS-Seite meldeten und die oben genannten Einschlusskriterien erfüllten. In Anlehnung an das Verfahren des „purposeful sampling“ (Marshall, 1996) gingen wir davon aus, dass die Eltern über ein spezifisches Wissen verfügen, um die Forschungsfragen zu beantworten.

2.3.2 Datengrundlage

Als Datengrundlage für die Analysen dienten 10 Interviews mit Müttern⁵ betroffener ADHS-Kinder und Gedächtnisprotokolle, die im Anschluss an die Interviews angefertigt wurden. Die soziodemografischen Angaben wurden ergänzend durch einen Kurzfragebogen direkt am Interviewort erfasst. Die Interviews dauerten zwischen 35 und 65 Minuten und wurden durch ein Mitglied des Forschendenteams durchgeführt. Die befragten Mütter waren:

- zwischen 39 und 49-jährig

⁴ Es wurde somit angenommen, dass sich die Versichertenstruktur (z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand) der Helsana nicht von der Gesamtbevölkerung des Kantons unterscheidet.

⁵ Im Rahmen dieser Teilstudie gelang es uns nicht, Väter zu rekrutieren.

- in 9 von 10 Fällen im Kanton Zürich wohnhaft.

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen wiesen die folgenden soziodemografischen Merkmale auf:

- 5 sind weiblich, 5 männlich
- 8 sind zwischen 9 und 12-jährig, 2 sind 15-jährig
- 8 von 10 Kindern besuchen oder besuchten eine Regelschule.

2.3.3 Experteninterviews und Inhaltsanalyse

Bei der Vorgehensweise der Auswertung der qualitativen Interviews orientierten wir uns an Gläser und Laudel (2004), wobei das Expertenwissen der Befragten in einer Inhaltsanalyse rekonstruiert wurde. Mit „Experten“ sind nicht Menschen gemeint, die wegen ihrer beruflichen Stellung über ein besonderes Wissen verfügen, sondern grundsätzlich jedermann/jedefrau. Experten sind gemäss Gläser und Laudel (2004: 10) *„Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschliessen.“* In der vorliegenden Studie handelte es sich bei den Expertinnen um Mütter ADHS-betroffener Kinder. Beim methodischen Ansatz der Experteninterviews wurde somit davon ausgegangen, dass die Befragten über ein besonderes alltagsweltliches Wissen über den Untersuchungsgegenstand verfügen, in diesem Fall über das Phänomen ADHS (z.B. in Bezug auf den Hergang zum Entscheid für eine bestimmte Behandlung). Das Ziel dieser Inhaltsanalyse war es, das Wissen über die Entscheidungsprozesse der Eltern für oder gegen eine Behandlung sowie die Bedeutung des ADHS für die Familie und das Kind im Alltag und in der Schule herauszufiltern.

2.3.4 Ablauf der Inhaltsanalyse

Für das weitere Vorgehen wurden die Interviews transkribiert, anonymisiert und mit Hilfe der Computersoftware ATLAS.TI© ausgewertet. Gemäss dem Vorgehen der Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2004) wurden die Transkripte anschliessend mit Hilfe eines Analyserasters auf relevante Informationen hin untersucht und kodiert. Um eine bessere intersubjektive Überprüfbarkeit als ein Gütekriterium qualitativer Sozialforschung zu erreichen, haben zwei Forschende die Interviews kodiert und die vergebenen Codes gegenseitig überprüft. Die Codes wurden laufend diskutiert und dem Analyseprozess angepasst. Im nächsten Schritt wurden die kodierten Interviews mit Hilfe von ATLAS.TI© in sinngemässe Einheiten extrahiert. Die Vorgehensweise der Extraktion richtete sich ebenfalls nach Gläser und Laudel (2004). Auf der Basis einzelner Sub-Themen (u.a. die Auffälligkeiten des Kindes, der Weg zur Diagnose, der Hergang und die Wirkung verschiedener Behandlungen) wurden die Texte gemäss dem inhaltsanalytischen Vorgehen weiter verarbeitet und in bedeutungsrelevante, dichte Beschreibungen konkretisiert und dargestellt.

Direkte Zitate aus den Interviews werden kursiv und in Anführungs- und Schlusszeichen dargestellt. „(...)“. Die Klammern am Ende des Zitats geben in anonymisierter Form an, um welche Befragte es sich handelt. Beispiel: MUTTER_INT_01.

2.3.5 Fallübergreifende Typenbildung

Im Laufe des Auswertungsprozesses wurden anhand des Datenmaterials ausserdem Vergleichsdimensionen und Ausprägungen zwischen den Fällen erarbeitet. Dabei wurden relevante Merkmalsausprägungen und Subkategorien bestimmt. Gearbeitet wurde diesbezüglich in Anlehnung an das Vorgehen von Kelle und Kluge (1999). Fälle, die einer Merkmalskombination zugeordnet waren, wurden miteinander verglichen, um die interne Homogenität der gebildeten Gruppen zu überprüfen. Des Weiteren wurden die Gruppen untereinander verglichen, um zu überprüfen, ob die entstehende Typologie genügend Heterogenität im Datenmaterial abbildete. Die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Untersuchungselementen wurden erfasst und in zwei kontrastierenden Typen dargestellt.

2.3.6 Über die Fixierung sozialer Wirklichkeit

Soziologisch betrachtet, kann die subjektive Wirklichkeit einer Person immer nur bruchstückhaft und nie sinndeckend verstanden werden (Eberle, 1999). Wenn die Mütter aus ihrer subjektiven Erfahrung über ihre eigenen Kinder sprechen, ist also mit einer Verzerrung der Resultate zu rechnen. Ob die Kinder tatsächlich so fühlen, denken, leiden, wie die Mütter dies beschreiben, ist nicht nachweisbar. Die Selbstausslegung eines Individuums entspricht nicht der Auslegung einer anderen Person, die über das Individuum spricht. Dies hat zusätzliche Konsequenzen, wenn die Forschenden die Narrationen der Befragten auslegen. Es handelt sich dann um eine Interpretation (Forscher) der Interpretation (Mutter) der tatsächlich erlebten Wirklichkeit (Kind).

Im Analyseprozess wurde einerseits sorgfältig zwischen direkten Beschreibungen der Befragten und Interpretationen der Forschenden unterschieden. Dem Leser oder der Leserin sollte zudem bewusst sein, dass es sich bei der Darstellung der Ergebnisse um die subjektive Realität der Mütter und nicht die der Kinder handelt.

2.4 Fokusgruppen mit zentralen Akteuren

Fokusgruppen sind eine Methode der qualitativen Datensammlung, in der die Interaktionen mehrerer Gruppenteilnehmenden gleichzeitig erfasst werden können. Fokusgruppen sind besonders gut für die Erschliessung komplexer Befragungsinhalte und Zusammenhänge geeignet. Es handelt sich dabei um moderierte Diskussionen mit ca. 6-10 Personen. Die Forschenden erarbeiten dabei im Vorfeld einen Leitfaden mit Fragen, um die thematischen Stossrichtungen der Diskussion anzugeben. Den Teilnehmenden wird aber dennoch genügend Spielraum gelassen, flexibel untereinander zu diskutieren und gegebenenfalls vom Leitfaden abzuweichen. Der Leitfaden für diese Gruppendiskussionen wurde anhand von Hypothesen, sowie bisheriger Ergebnisse aus den anderen Studienteilen (Interviews, schriftliche Elternumfrage) konzipiert.

2.4.1 Rekrutierung der Gruppenteilnehmenden

Es wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt, in denen wesentliche Akteure im Themenfeld ADHS vertreten waren. Geplant war, dass die Gruppen sich wie folgt zusammensetzen:

- 1) *Fachgruppe*: eine Gruppe aus Vertretenden des Gesundheits- und Sozialsystems bzw. der Leistungserbringenden (Hausärzte/innen, Kinderpsychiater/innen, Schul- und Jugendpsychologen/innen, Alternativmediziner/innen) sowie Vertretenden der Volksschule und Schulbehörden (Lehrpersonen, schulische Heilpädagogen/innen).
- 2) *Betroffenen-Gruppe*: eine Gruppe mit Eltern betroffener ADHS-Kinder und betroffenen jungen Erwachsenen (18 bis 25-jährig).

Die Rekrutierung für die Fokusgruppen erfolgte im Februar/März 2014 über Fachverbände der -Vereinigungen, wobei deren Mitglieder per E-Mail direkt oder durch ein Inserat auf deren Webpages auf die Studie aufmerksam gemacht werden. Für die Fachgruppe wurde über die „Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP“, die „Sektion Schulische Heilpädagoginnen- und Heilpädagogen“ und die „Vereinigung Zürcher Kinder- und Jugendärzte VZK“ rekrutiert. Zusätzlich wurden einzelne Arztpraxen direkt über die öffentlich zugängliche Adressdatenbank „doctorfmh.ch“ der FMH⁶ angeschrieben. An der ersten Fokusgruppe haben 8 Fachpersonen teilgenommen, darunter drei Kinder- und Jugendärzte/innen, ein/eine Jugendpsychologe/in, zwei Heilpädagogen/innen, eine Lehrperson und ein/e Alternativmediziner/in.

⁶ Siehe: <http://www.doctorfmh.ch/> (Stand: Oktober 2014)

Die Rekrutierung der Gruppe der Betroffenen erwies sich als schwieriger. Die Rekrutierung wurde zwar mit Hilfe von „ELPOS Schweiz“ durchgeführt, dennoch konnten nur 4 Teilnehmende gewonnen werden – alle sind Eltern eines ADHS-betroffenen Kindes im Alter von 11-17 Jahren⁷.

2.4.2 Durchführung und Auswertung

Die Fokusgruppen wurden am 15. April 2014 (Fachpersonen, N=8) und am 13. Mai 2014 (Betroffene, N=4) an einem zentralen Ort in der Nähe des Zürcher HB durchgeführt. Die Fokusgruppen dauerten ca. 150 Minuten, dazwischen gab es eine 30-minütige Pause. Die Gruppendiskussionen wurden mit dem schriftlichen Einverständnis der Teilnehmenden auditiv aufgezeichnet und anschliessend von zwei studentischen Mitarbeitenden nach wissenschaftlichen Richtlinien gemäss Kowal und O’Conell (2004) transkribiert.

Die Analyse der Diskussionen erfolgte im Zeitraum Mai-Juli 2014. Dazu wurden die Transkripte anonymisiert und in die Computersoftware ATLAS.TI© eingelesen. Bei der Analyse der Fokusgruppen ging es zum einen darum, die Narrationen der einzelnen Befragten auszuwerten. Um diesem Umstand gerecht zu werden, wurde ein inhaltsanalytisches Vorgehen (Gläser & Laudel, 2004) gewählt. Es war das Ziel, die Prozesshaftigkeit der Gruppendynamik nachvollziehen zu können und auf Interaktionsmuster- und Strukturen hin zu untersuchen. Deshalb wurde bei der Auswertung auch darauf geachtet, wie sich die einzelnen Redebeiträge aufeinander bezogen und welche Sinnzusammenhänge die Teilnehmenden sozusagen direkt in situ (vor Ort) produzierten. Es wurde eine diskursanalytische Methodik (Parker, 2004) verwendet, um zu erkunden, welche Diskurse von den Teilnehmenden (re-)produziert wurden. ADHS wird dabei als diskursives Phänomen verstanden, wobei gesellschaftliche, kulturelle oder ökonomische Prozesse die Realität, die Ideologie oder das Wissen von ADHS mitgeprägt haben und die Praxis der Behandlung und den Umgang mit ADHS verändert haben.

Direkte Zitate aus den Fokusgruppen werden kursiv und in Anführungs- und Schlusszeichen dargestellt. Die Klammern am Ende des Zitats geben in anonymisierter Form an, um welche teilnehmende Person es sich handelt. Beispiel Betroffenen-Gruppe: MUTTER_FG_01

2.5 Schriftliche Elternbefragung

2.5.1 Instrument

Ziel der schriftlichen Elternbefragung war es, die Diagnose ADHS⁸ aus der Perspektive der betroffenen Eltern zu erfassen. Untersucht wurden insbesondere der Weg zur Diagnose, die Entscheidungsprozesse der Eltern für eine bestimmte Behandlung ihres Kindes und die Behandlungsverläufe der Kinder sowie die aktuelle Lebensqualität und die Belastung des betroffenen Kindes. Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der aktuellen Klassenlehrperson wurde ebenfalls erfasst, weil diesem Aspekt in den qualitativen Interviews ein hoher Stellenwert zukam.

Die Konzeption der Inhalte des Fragebogens basierte auf qualitativen Eltern-Interviews (s.o. Kapitel 2.3) und auf Befunden einiger thematisch verwandter Studien (Bussing et al., 2012; Chen, Gerhard, & Winterstein, 2009; Dhuey & Lipscomb, 2010; Garbe et al., 2012; Knopf, Hölling, Huss, & Schlack, 2012; Rabbani & Alexander, 2009), die den Zusammenhang zwischen der Behandlungswahl und soziodemografischen, klinischen und anderen Faktoren untersucht haben. Die Elterninterviews waren v.a. für die Konstruktion der Fragen zu den genutzten Informationsquellen, den kinderbezogenen Behandlungen und Massnahmen im pädagogischen und schulischen Bereich sowie den elternbezogenen Interventionen massgebend. Die Behandlungsleitlinien „Hyperkinetische Störungen (F90)“ der Arbeitsgemeinschaft der

⁷ Betroffene Jugendliche zwischen 18 und 25 Jahren, die in ihrer Kindheit eine Diagnose erhalten haben, konnten nicht rekrutiert werden.

⁸ Mit ADHS meinen wir die Diagnosen ADHS, ADS und POS.

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)⁹ lieferten einen weiteren Bezugsrahmen für die Erfassung der verschiedenen ADHS-Behandlungsmöglichkeiten. Die Erhebung der genutzten Informationsquellen und deren Bewertung erschienen wichtig, weil diese die Behandlungsentscheidungen der Eltern beeinflussen dürften. Die Erfassung der Lebensqualität des betroffenen Kindes erfolgte in Anlehnung an das „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)“ von Matthejat und Remschmidt (2006). Die Belastungen des Kindes und der Eltern durch ADHS wurde ebenfalls anhand des ILK von Matthejat und Remschmidt (2006) erhoben. Dabei wurden die zwei zusätzlichen Bereiche des ILKs (die Belastung durch die aktuelle Erkrankung und die Belastung durch die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen), welche nur für erkrankte Personen relevant sind, bewertet.

Das Format des Fragebogens orientiert sich an einer Untersuchung aus Deutschland zur ADHS-Behandlung (Gebhardt et al., 2008). Bei fast allen Fragestellungen im Fragebogen hatten die Studienteilnehmenden die Möglichkeit, zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten selber weitere Eintragungen vorzunehmen. Auch am Ende des Fragebogens konnten die Teilnehmenden Ergänzungen zur Befragung anbringen. Der Tabelle 20 im Anhang A können die 14 thematischen Blöcke und die konkreten Themenfelder des Fragebogens entnommen werden.

Der Online-Fragebogen wurde mit der Online Befragungssoftware „Unipark“ programmiert. Da sowohl Eltern von Kindern mit einer etablierten ADHS-Diagnose als auch mit einem Verdacht auf ADHS an der Befragung teilnehmen konnten, weist der Online-Fragebogen Unterschiede für die beiden Gruppen auf. Diese Unterschiede betreffen sowohl die Anzahl der Fragen als auch deren Formulierung. Vor allem die Blöcke bzgl. des Diagnoseprozesses und der genutzten Interventionen sind für die Kinder mit einer etablierten ADHS-Diagnose ausführlicher erfasst, damit die Entscheidungsprozesse rekonstruiert werden können. Die Blöcke, bei denen Unterschiede bestehen, sind in Tabelle 20 im Anhang A entsprechend markiert.

Der Online-Fragebogen wurde im Rahmen eines Pre-Tests von zwei Eltern geprüft. Zweck des Pre-Tests war v.a. die Verständlichkeit der Fragen, die Länge des Fragebogens sowie technische Probleme zu prüfen. Nach dem Pre-Test wurden einige wenige Items gelöscht und einzelne Fragen sowie deren Antwortkategorien umformuliert. Somit konnte sichergestellt werden, dass die geplante Bearbeitungszeit von ca. 20 Minuten für die Teilnehmenden gewährleistet war.

Einige Eltern (N=7) von Kindern mit einer ADHS-Diagnose haben sich eine Papierversion des Fragebogens gewünscht. Diese wurde Ihnen zur Verfügung gestellt und ihre Daten anschliessend in die Online Befragungssoftware Unipark eingegeben. Damit konnten die Ergebnisse der Online-Befragung und die Papierversion in einem Datensatz vorbereitet und ausgewertet werden.

2.5.2 Datenerhebung

Es wurde eine Stichprobengrösse von N=300 Eltern angestrebt. Die Rekrutierung für die schriftliche Elternbefragung erfolgte über drei Kanäle: (1) die Schulpsychologischen Dienste (SPDs) des Kantons Zürich, (2) den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) des Kantons Zürich und (3) den Regionalverein Zürich, Glarus, Schaffhausen des *Schweizerischen Elternvereins für ADHS/POS-Betroffene (ELPOS)*¹⁰. Der Rekrutierungsprozess begann im August 2013 und endete Ende Juni 2014 mit dem Abschluss der Online-Befragung.

⁹ Siehe dazu £££. Die Leitlinie Hyperkinetische Störungen der DGKJP wird zurzeit überarbeitet bzw. die Gültigkeit ist abgelaufen. Deshalb war sie nur als Anhaltspunkt für die Fragestellung vorgesehen.

¹⁰ Siehe: <http://www.elpos.ch/> (Stand: Oktober 2014)

Rekrutierung durch die SPDs

Ende August 2013 wurden zunächst 53 SPDs des Kantons Zürich per E-Mail über die Studie informiert und um Unterstützung angefragt. Um den Aufwand für die SPDs möglichst gering zu halten, wurde angeboten, dass der Briefversand durch das Forschungsteam weitestgehend vorbereitet würde¹¹. Die SPDs mussten somit primär die Elternadressen identifizieren, die frankierten Briefumschläge beschriften und versenden.

Es sollten dabei Eltern, deren Kinder im Zeitraum 1.1.2010-30.6.2013 aufgrund von Konzentrationsproblemen, Hyperaktivität oder Impulsivität in einer Abklärung, Beratung oder Behandlung bei einem SPD waren, kontaktiert werden. Weitere Kriterien für die Rekrutierung waren, dass das Kind zum Zeitpunkt der Anmeldung zwischen 6-16 Jahre alt war und im Kanton Zürich die Schule besuchte.

Interessierte Eltern, deren Kind im Laufe der Zeit eine ADHS-Diagnose erhalten hatte, konnten sich direkt beim Forschungsteam via E-Mail oder telefonisch für eine Studienteilnahme anmelden¹². Nach der Anmeldung erhielten sie auf Wunsch entweder einen anonymisierten Link zur Online-Befragung per E-Mail oder eine Papierversion des Fragebogens.

Die Rekrutierung der SPDs erwies sich jedoch als sehr schwierig, da viele (v.a. auch kleine) Dienste zu Beginn des Schuljahres stark belastet waren. Deshalb wurde nach den Herbst-Schulferien Ende Oktober 2013 nochmals eine Anfrage vorgenommen, wobei die einzelnen Stellen durch das Forschungsteam direkt angerufen wurden. Trotz dieser Bemühungen entschieden sich lediglich drei SPDs zu einer Teilnahme. Die anderen SPDs nannten mangelnde personelle Ressourcen als Grund für ihre Absage. Unter den drei SPDs, die zusagten, befindet sich der SPD der Stadt Zürich (mit allen Zweigstellen), der SPD der Oberstufe Regensdorf/Buchs/Dällikon und der SPD des Bezirks Affoltern. Der SPD der Stadt Zürich kontaktierte 891 Eltern. Die genaue Anzahl kontaktierter Eltern durch den SPD der Oberstufe Regensdorf/Buchs/Dällikon und den SPD des Bezirks Affoltern konnte nicht ermittelt werden, weil diese Stellen den Briefversand selber organisierten.

Rekrutierung durch die KJPD-Regionalstellen

Ende Oktober 2013 wurden die sieben KJPD-Regionalstellen per E-Mail und auch telefonisch angefragt. Hier zeigte sich, dass eine Teilnahme nur über eine Bewilligung der ärztlichen Direktion (Prof. Dr. S. Walitza, Dr. D. Pauli) möglich war. Diese wurde über die Studie informiert und unterstützte das Vorhaben grundsätzlich. Die Rekrutierung durch den KJPD des Kantons Zürich verlief in ähnlicher Weise wie die Rekrutierung durch den SPD der Stadt Zürich. Der KJPD des Kantons Zürich informierte per Post insgesamt 1'025 Eltern über die Studie, deren Kind zwischen 2010 und 2011 eine ADHS-Diagnose (bzw. die ICD-Codes F90.0, F90.1 oder F98.8) erhalten hat und zur Zeit der Diagnosestellung im Kanton Zürich wohnhaft war. Jene Eltern mit Wohnsitz in der Stadt Zürich wurden von der Rekrutierung ausgeschlossen, weil sie bereits durch den SPD der Stadt Zürich für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden.

Der Briefversand verlief in zwei Wellen. Die erste Welle fand Ende Februar 2014 statt, bei welcher ca. 450 Familien mit dem Diagnosejahr 2010 kontaktiert wurden. Die zweite Welle von Ende März umfasste 575 Familien mit dem Diagnosejahr 2011. Nach Angaben des KJPDs konnten in beiden Erhebungswellen wegen Umzügen ca. 8–10% der Briefe nicht zugestellt werden. Diese wurden an den KJPD returniert.

¹¹ Konkret bot das Forschungsteam u.a. an, frankierte Briefumschläge mit einem Informationsschreiben und Anschreiben an die Eltern zur Verfügung zu stellen, damit für die SPDs keine Porto- und Druckkosten entstehen.

¹² Das Forschungsteam erhielt so keine persönlichen Informationen über die Eltern, da die Kontaktierung über die SPDs lief. Auch bei den teilnehmenden Eltern war i.d.R. nur eine E-Mail-Adresse oder eine Post-Adresse vorhanden.

Rekrutierung durch den ELPOS Zürich, Glarus, Schaffhausen

Um die angestrebte Stichprobengrösse von N=300 zu erreichen wurde beschlossen, auch den ELPOS Zürich, Glarus, Schaffhausen wegen der Rekrutierung anzufragen. Es wurde ein Inserat auf dessen Webseite aufgeschaltet, um Eltern für die schriftliche Befragung zu gewinnen. Die Teilnahmebedingungen waren, dass das Kind mit ADHS diagnostiziert wurde, bei der Abklärung im Alter von 6-16 Jahren war und aktuell die Schule besucht oder die Schule besucht hat. Das Diagnosejahr wurde nicht spezifiziert. Deshalb haben einige wenige Eltern (N=5) von jungen Erwachsenen, welche zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 18 und 21 Jahre alt waren, an der schriftlichen Befragung teilgenommen.

Auch die Eltern, welche durch ELPOS für ein qualitatives Interview gewonnen werden konnten und aktuell im Kanton Zürich wohnhaft waren, wurden via E-Mail für eine Teilnahme an der schriftlichen Elternbefragung angefragt. Interessierte Eltern konnten sich für eine Teilnahme direkt beim Forschungsteam anmelden und erhielten nach der Anmeldung auf Wunsch entweder den anonymisierten Link zur Online-Befragung per E-Mail oder eine Papierversion des Fragebogens.

Rücklauf

Insgesamt haben sich 120 Eltern bis Ende Juni 2014 für eine Teilnahme an der schriftlichen Elternbefragung *angemeldet*. Davon haben 114 Eltern den Fragebogen *beendet* bzw. die Papierversion ausgefüllt zurückgesendet.

Die quantitative Befragung lief *anonym*, deshalb können die Eltern mit den drei Rekrutierungsstellen nicht verknüpft werden. Die Ermittlung einer genauen Rücklaufquote ist demnach nicht möglich. Es kann aber doch festgehalten werden, dass die Netto-Rücklaufquote bei ca. 7% liegt. Die Rücklaufquote wurde wie folgt geschätzt: zunächst wurde die Gesamtanzahl der bis Ende Juni 2014 kontaktierten Eltern geschätzt. Dabei waren die obengenannten Rekrutierungskanäle (die SPDs, der KJPD und der ELPOS) relevant. Durch den SPD der Stadt Zürich wurden insgesamt 891 Eltern, deren Kinder im Zeitraum 1.1.2010-30.6.2013 aufgrund von Konzentrationsproblemen, Hyperaktivität oder Impulsivität oder ADHS in einer Abklärung waren, kontaktiert. Wir gehen davon aus, dass ca. 15-30 betroffene Eltern durch den SPD der Oberstufe Regensdorf/Buchs/Dällikon und durch den SPD des Bezirks Affoltern kontaktiert worden sind. Die genauen Zahlen liegen nicht vor. Durch den KJPD wurden ca. 1025 Eltern, deren Kinder in den Jahren 2010 oder 2011 eine ADHS-Diagnose (bzw. die ICD-Codes F90.0, F90.1 oder F98.8) erhalten hat, angeschrieben. Da ca. 8–10% dieser Briefe nicht zugestellt werden konnte, liegt die tatsächliche Anzahl kontaktierter Eltern zwischen ca. 923 und 943. Weiterhin wurden acht betroffene Mütter, welche die qualitativen Interviews im Rahmen der Studie durchgeführt haben, zu einer Teilnahme an der quantitativen Befragung eingeladen. Die Anzahl der Eltern, welche durch das Inserat bei ELPOS informiert wurden, kann nicht festgelegt werden.

Die Anzahl der betroffenen Eltern, welche bis Ende Juni 2014 direkt kontaktiert worden sind, beträgt damit ca. 1837¹³. Wir können deshalb von einer Brutto-Rücklaufquote von höchstens 7% $[(120/1837)*100=6.5]$ und von einer Netto-Rücklaufquote von höchstens 6% $[(114/1837)*100=6.2]$ ausgehen. Die tiefe Rücklaufquote ist problematisch und schränkt die Aussagekräftigkeit der Ergebnisse ein. Für diese tiefe Rücklaufquote sind folgende Gründe denkbar: Erstens, die Gewinnung von Eltern (mit ADHS-betroffenen Kindern) für eine Studienteilnahme scheint allgemein schwierig zu sein, wie Forschende des KJPDs bestätigten. Möglicherweise hängt die Zurückhaltung der Eltern auch mit der Belastung durch die ADHS-Problematik zusammen. Bereits die Rekrutierung von Eltern für Einzelinterviews sowie für die Fokusgruppen erwies sich als schwierig. Zweitens, aus Kostengründen konnte den Eltern keine finanzielle Entschädigung/Belohnung für die Studienteilnahme angeboten werden.

¹³ $1837=(891+15+923+8)$

2.5.3 Stichprobe

Insgesamt haben sich 120 Eltern bis Ende Juni 2014 für eine Teilnahme an der schriftlichen Elternbefragung angemeldet. Von den 120 Eltern haben 114 Eltern die Online-Befragung *beendet* bzw. die Papierversion ausgefüllt zurückgesendet. Sechs Eltern haben die Online-Befragung *abgebrochen*.

Für die Stichprobe wurden Kinder und Jugendliche, welche eine etablierte ADHS-Diagnose hatten, selektiert, um Aussagen über die Behandlungen von ADHS zu ermöglichen. Dabei wurden zwei Gruppen ausgeschlossen: Erstens die Kinder (N=4), welche noch keine ADHS-Diagnose erhalten hatten und zweitens diejenigen (N=5), bei welchen eine Diagnose nicht zugeordnet werden konnte. Damit bilden N=105 Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose die Stichprobe für die Auswertung¹⁴.

Die Tabelle 21 im Anhang B stellt einige Angaben zu den betroffenen Kindern dar (Block 2 des Fragebogens)¹⁵. Die Stichprobe enthält überwiegend Schweizer Kinder (91%), Jungen (69%), Kinder mit Geschwistern (82%), Kinder, welche bei beiden leiblichen Eltern wohnen (61%), Kinder, welche im Bezirk Zürich oder Winterthur wohnhaft sind (54%) und Kinder, welche aktuell eine Regelklasse besuchen (69%). Die Mehrzahl der Kinder (87%) leidet oder litt an mindestens einem Problem zusätzlich zu ADHS, wobei Probleme mit der Motorik (50%) und Schlafstörungen (45%) am häufigsten vorkommen.

Die befragte (erziehungsberechtigte) Person ist fast immer die Mutter (89%) und bei den restlichen 11% der Fälle der Vater¹⁶. Im Fragebogen wurden auch einige Angaben zu den Eltern erhoben (Block 13), welche in der Tabelle 22 im Anhang B dargestellt sind. Rund die Hälfte der Eltern hat als höchste Schulbildung die Sekundarstufe II abgeschlossen (u.a. Berufslehre, Berufsmittelschule, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität) und rund ein Drittel der Eltern verfügt über einen Tertiärabschluss (inkl. Universität, ETH, Fachhochschule, pädagogische Hochschule). Die Mehrzahl (64%) der befragten Mütter ist teilzeitbeschäftigt, während die Mehrzahl (72%) der Väter vollzeitbeschäftigt ist.

2.5.4 Datenauswertung

Die Daten zu 105 Kindern (N=33 Mädchen und N=72 Jungen) und Jugendlichen wurden im Statistikprogramm STATA aufbereitet und ausgewertet. Die Auswertung erfolgte auf deskriptiver Ebene mit einfachen deskriptiv-statistischen Methoden und statistischen Tests. Komplexere statistische Auswertungen bzw. die Identifikation von kausalen Zusammenhängen sind bei dieser Stichprobengrösse leider nicht möglich.

Die Datenauswertung für *die betroffenen Kinder* wurde immer auch nach Geschlecht vorgenommen, wobei hier eine Ausnahme zu machen ist: bei gewissen Variablen (wie z.B. abgebrochenen Behandlungen und Gründe gegen und für eine medikamentöse Behandlung) reichten die Fallzahlen für eine geschlechtsspezifische Analyse nicht aus. In der Diskussion der Ergebnisse werden nur die statistisch signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede explizit erwähnt. Es muss allerdings betont werden, dass bei dieser kleinen Stichprobengrösse statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede nur bei relativ grossen Effekten erreicht werden. In den Auswertungen, welche sich auf die *Eltern* – wie z.B. genutzte Interventionen oder Behandlungen – oder auf die *Klassenlehrpersonen* beziehen, wurde nicht nach dem Geschlecht des betroffenen Kindes differenziert.

Es muss betont werden, dass sich alle Aussagen bzgl. der Auswertung ausschliesslich auf die Stichprobe beziehen. Die Generalisierbarkeit der Befunde auf die Grundgesamtheit von Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Kanton Zürich ist nur unter Vorbehalten möglich aufgrund der geringen Rücklaufquote.

¹⁴ Die Daten der vier Kinder, für welche noch keine ADHS-Diagnose vorliegt, wurden nicht ausgewertet. Der Grund dafür ist die kleine Fallzahl der Kinder.

¹⁵ Bei gewissen Variablen, wie z.B. Anzahl Geschwister, aktueller Wohnort, wurden die Kategorien mit wenigen oder keinen Fallzahlen entsprechend aggregiert.

¹⁶ Mutter: leibliche Mutter oder Adoptivmutter; Vater: leiblicher Vater, Stiefvater oder Adoptivvater.

3 Medikamentöse Behandlung: Häufigkeit von Methylphenidat-Verschreibungen¹⁷

3.1 Übersicht der Inanspruchnahme 2006-2012

3.1.1 Prävalenz MPH-Beziehende

Im Zeitraum 2006-2012 nahm im Kanton Zürich der Anteil von Kindern im Schulalter (7-15 Jahre), welche innerhalb eines Jahres ein MPH-Präparat bezogen haben, von rund 1.5% auf 2.6% zu (Abbildung 2, blaue Linie)¹⁸, in der Gesamtschweiz stieg die MPH-Prävalenz bei dieser Gruppe von 1.5 auf 2.4% (graue Linie).

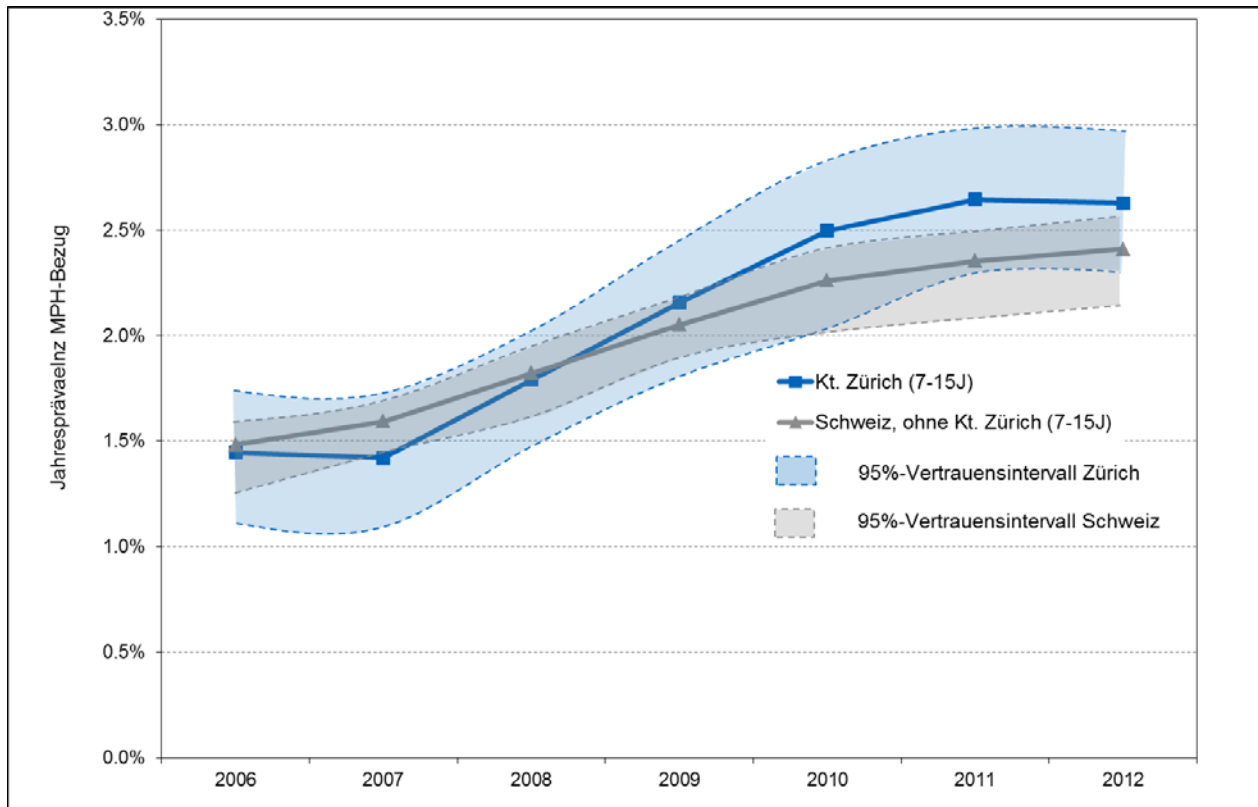


Abbildung 2: Jahresprävalenz des MPH-Bezugs bei Schulkindern (7-15 Jahre) von 2006-2012, Kanton Zürich und Schweiz (ohne Kt. Zürich) (Daten: Helsana)

Untersucht man diese Entwicklung nach Geschlecht (Abbildung 3), so zeigt sich für den Kanton Zürich, dass sowohl bei den Knaben als auch den Mädchen im Schulalter eine deutliche Zunahme der Prävalenz der MPH-Bezüger/innen in den Jahren 2007-2010 zu verzeichnen war, danach kam es zu einer Stabilisierung. Deutlich wird, dass die Verschreibungsrate bei den Knaben etwas mehr als doppelt so hoch wie bei den Mädchen liegt. Das Wachstum des MPH-Bezuges fiel jedoch bei beiden Geschlechtern ähnlich hoch aus (Knaben: Zunahme um Faktor 1.8; Mädchen: 2.0).

¹⁷ Dieses Kapitel basiert auf einem Auswertungsbericht der Abteilung Gesundheitswissenschaften der Helsana. Tabellen und Grafiken sowie der begleitende Text wurden von der ZHAW gestaltet und verfasst.

¹⁸ Die 2.6% des Jahres 2012 entsprechen in absoluten Zahlen 3'088 Kindern im Kanton Zürich.

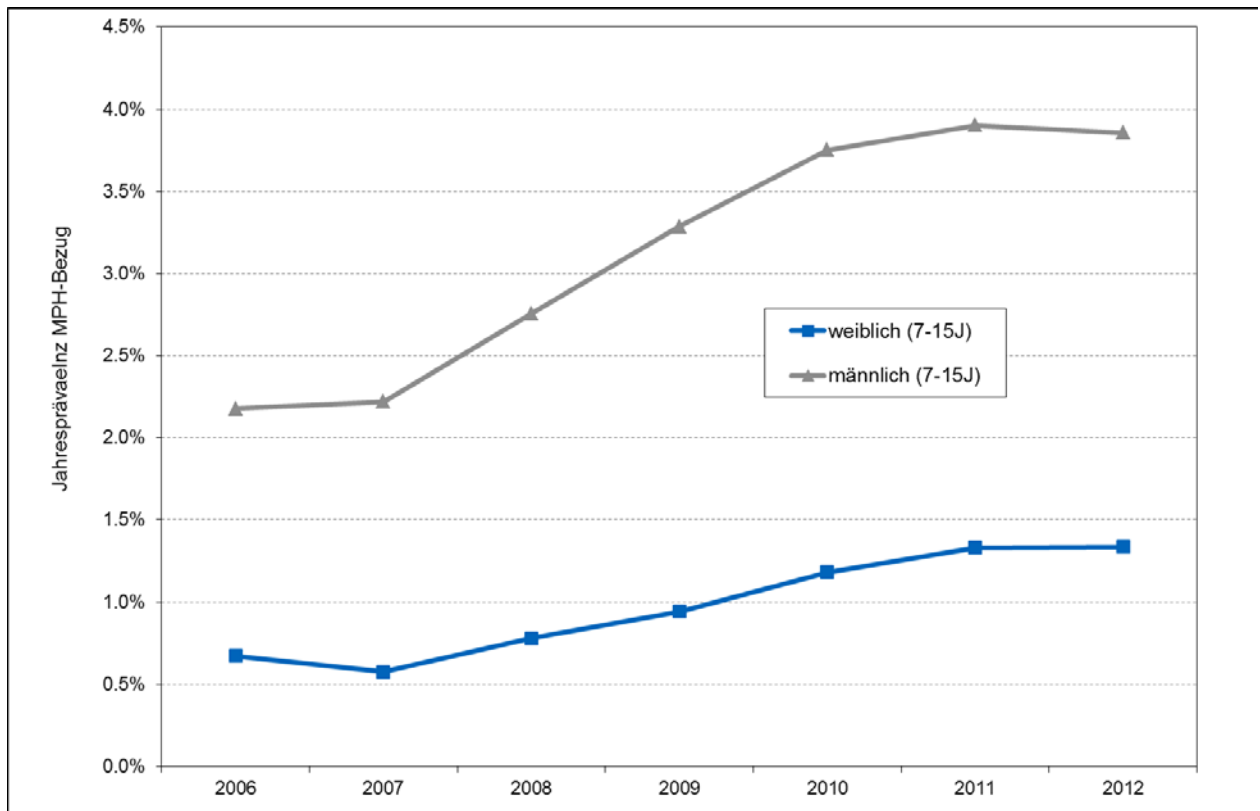


Abbildung 3: Jahresprävalenz des MPH-Bezugs bei Schulkindern (7-15 Jahre) von 2006-2012 nach Geschlecht, Kanton Zürich (Daten: Helsana)

Berücksichtigt man sowohl Alter als auch Geschlecht (Abbildung 4), so zeigt sich, dass sich bei beiden Geschlechtern die MPH-Prävalenzen (mit Schwankungen) in der Altersgruppe der 7-9-Jährigen relativ stabil verhielten. Stärkere Zunahmen sind bei den 10-12- und besonders bei den 13-15-Jährigen zu verzeichnen, wobei sich dieses Phänomen bei den Knaben dieser Altersgruppe am stärksten manifestiert.

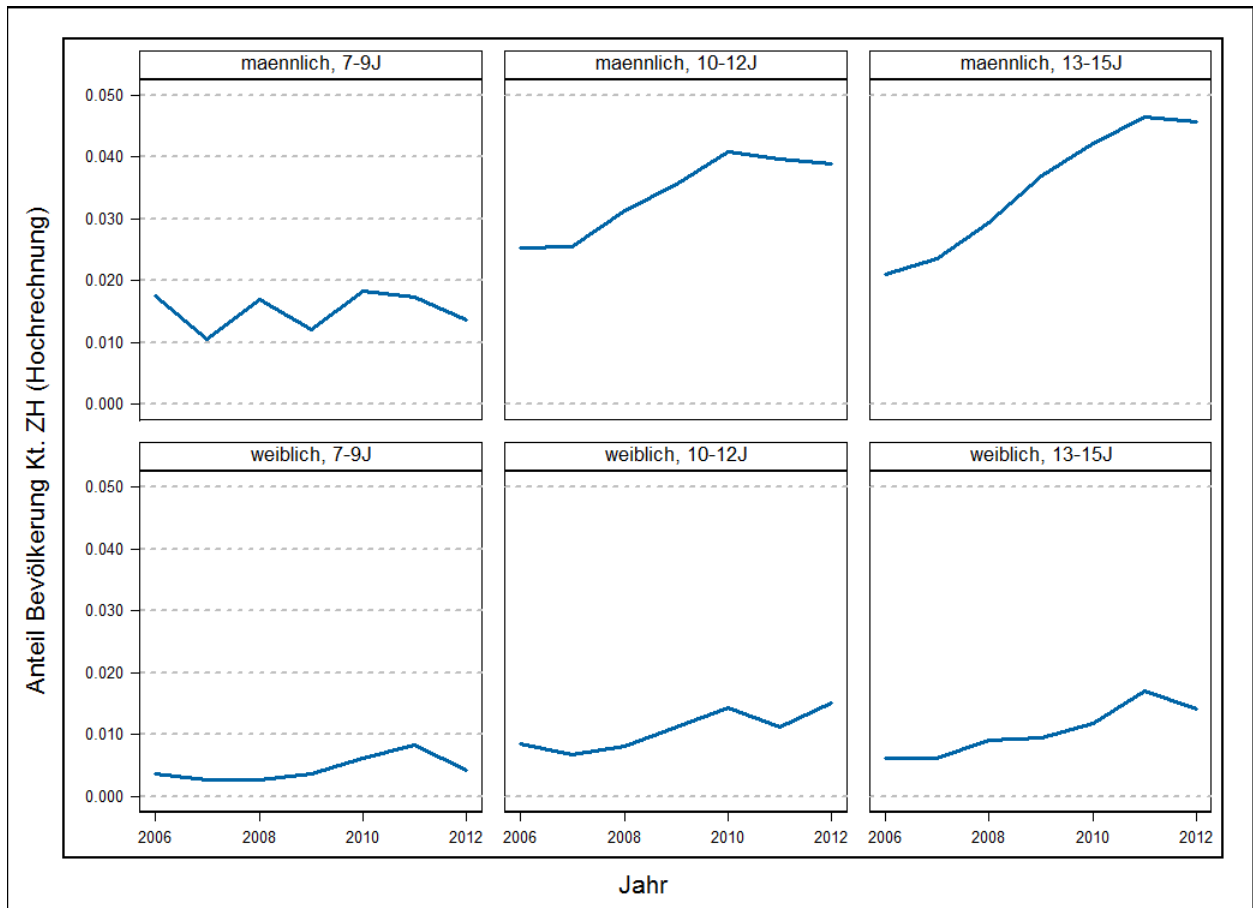


Abbildung 4: Jahresprävalenz des MPH-Bezugs bei Schulkindern (7-15 Jahre) von 2006-2012 nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich (Daten: Helsana)

3.1.2 Vergleich Prävalenz und Inzidenz

In Abbildung 5 ist für den Zeitraum 2007-2012 die Entwicklung der MPH-Jahres-Prävalenzen¹⁹ und -Inzidenzen²⁰ dargestellt für die Gesamtpopulation der Versicherten. Dabei wird deutlich, dass Prävalenz und Inzidenz sich in Bezug auf die Wachstumsraten zunächst sehr ähnlich entwickelt haben (stetiges Wachstum 2007-10); nach 2010 nahm dann die Zahl der Neu-Verschreibungen (Inzidenz) deutlich ab, während sich die Prävalenz stabilisierte.

Basierend auf den Zahlen zu Prävalenz und Inzidenz lässt sich auch die durchschnittliche MPH-Bezugsdauer berechnen²¹: Diese betrug in den Jahren 2007-10 rund 2½ Jahre für alle Versicherten, stieg dann aber auf 3 (2011) bzw. 4 Jahre (2012) aufgrund der sinkenden Inzidenz bei gleichbleibender Prävalenz.

¹⁹ D.h. die Anzahl der Versicherten, welche innerhalb eines bestimmten Jahres MPH bezogen haben (=alle Fälle).

²⁰ D.h. die Anzahl der Versicherten, welche innerhalb eines bestimmten Jahres neu MPH bezogen haben (=neue Fälle).

²¹ $P/I=D$ (P: Prävalenz; I: Inzidenz; D: Bezugsdauer)

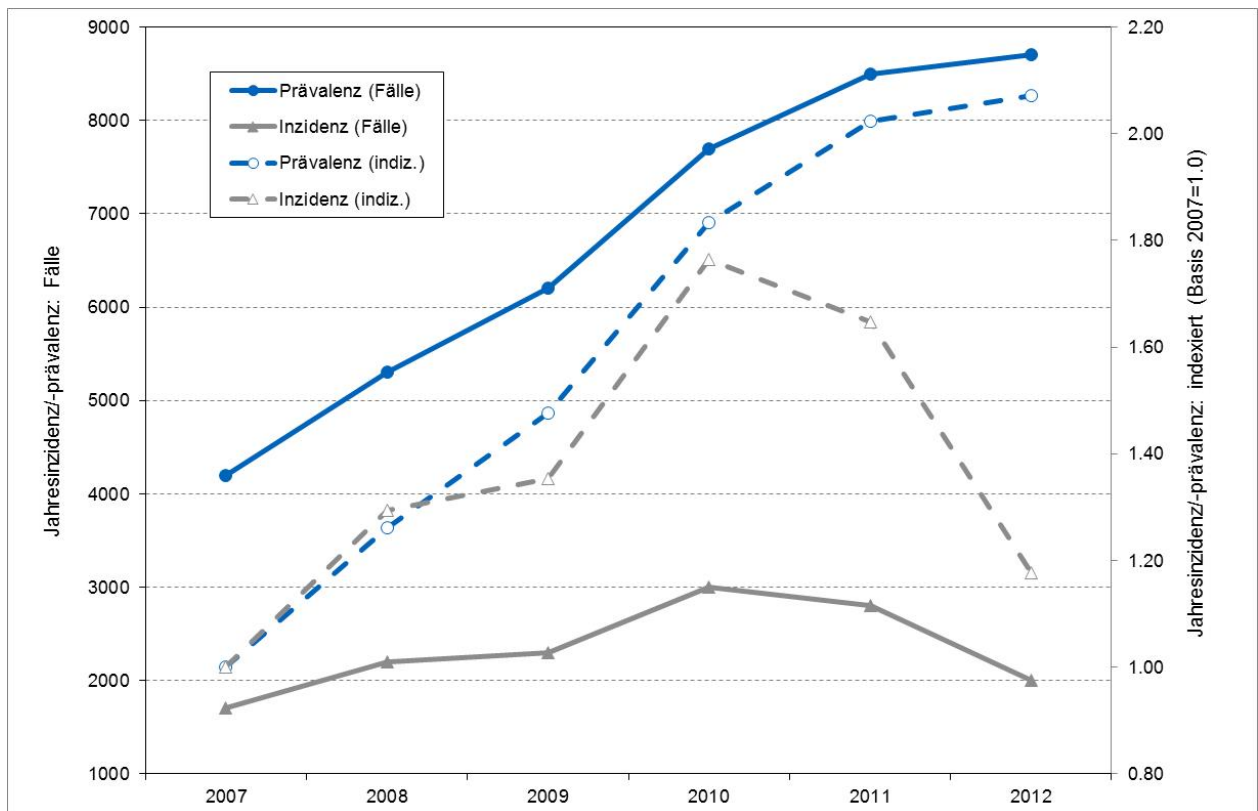


Abbildung 5: Inzidenz und Prävalenz der MPH-Beziehenden, Kt. Zürich, alle Altersgruppen (Daten: Helsana)

Betrachtet man für die Einnahmedauer die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (7-18 Jahre), so ergibt sich eine durchschnittliche (Median-) Einnahmedauer von 562 Tagen: D.h., nach dieser Dauer hat die Hälfte der Versicherten den MPH-Bezug wieder beendet. Die Tabelle 1 zeigt für vier Altersgruppen und das Gesamt die Verteilung der Einnahmedauer. Diese erstreckt sich über das Minimum einer Einnahme von 13 Tagen zum Maximum von 2637 Tagen; rund ein Viertel der Versicherten im Schulalter bezog MPH während maximal 250 Tagen, ein weiteres Viertel dagegen für mindestens 1192 Tage bzw. 3¼ Jahren.

Tabelle 1: Verteilung (Perzentile) der MPH-Einnahmedauer in Tagen nach Altersgruppen, Kanton Zürich

Altersgruppen	Pz5	Pz25	Pz50	Pz75	Pz95	Min	Max
7-9J	66	223	554.5	1237	2162	22	2596
10-12J	76	303	716	1324	2211	13	2567
13-15J	78	252	532	1115	2080	24	2631
16-18J	52	183	497	1073	2243	21	2637
Gesamt	66	250	562	1192	2202	13	2637

Pz: Perzentil; „rohe“ Werte (d.h. ohne Korrektur von Zensierungen); Daten: Helsana

Diese Zahlen sind aber bis zu einem gewissen Grad aufgrund von sog. Zensierungen²² leicht verzerrt. Mittels einer Kaplan-Meyer-Analyse wurden diese Verzerrungen korrigiert; die Ergebnisse dieser Analy-

²² Der Begriff Zensierung bezieht sich auf Personen für die nicht der gesamte Einnahmezeitraum beobachtet werden konnte – z.B. bei Fällen die schon vor dem Beobachtungszeitraum (vor 2006) MPH bezogen oder aber den Bezug im Beobachtungszeitraum (2006-12) noch nicht beendet haben.

sen sind in Abbildung 6 wiedergegeben. Es zeigen sich keine grossen Unterschiede zwischen den untersuchten Altersgruppen, einzig die Gruppe der 10-12 Jährigen weist einen etwas längeren (statistisch aber nicht signifikanten) MPH-Konsum auf. Auch in Bezug auf das Geschlecht der Versicherten ergeben sich kaum Unterschiede bei der Einnahmedauer.

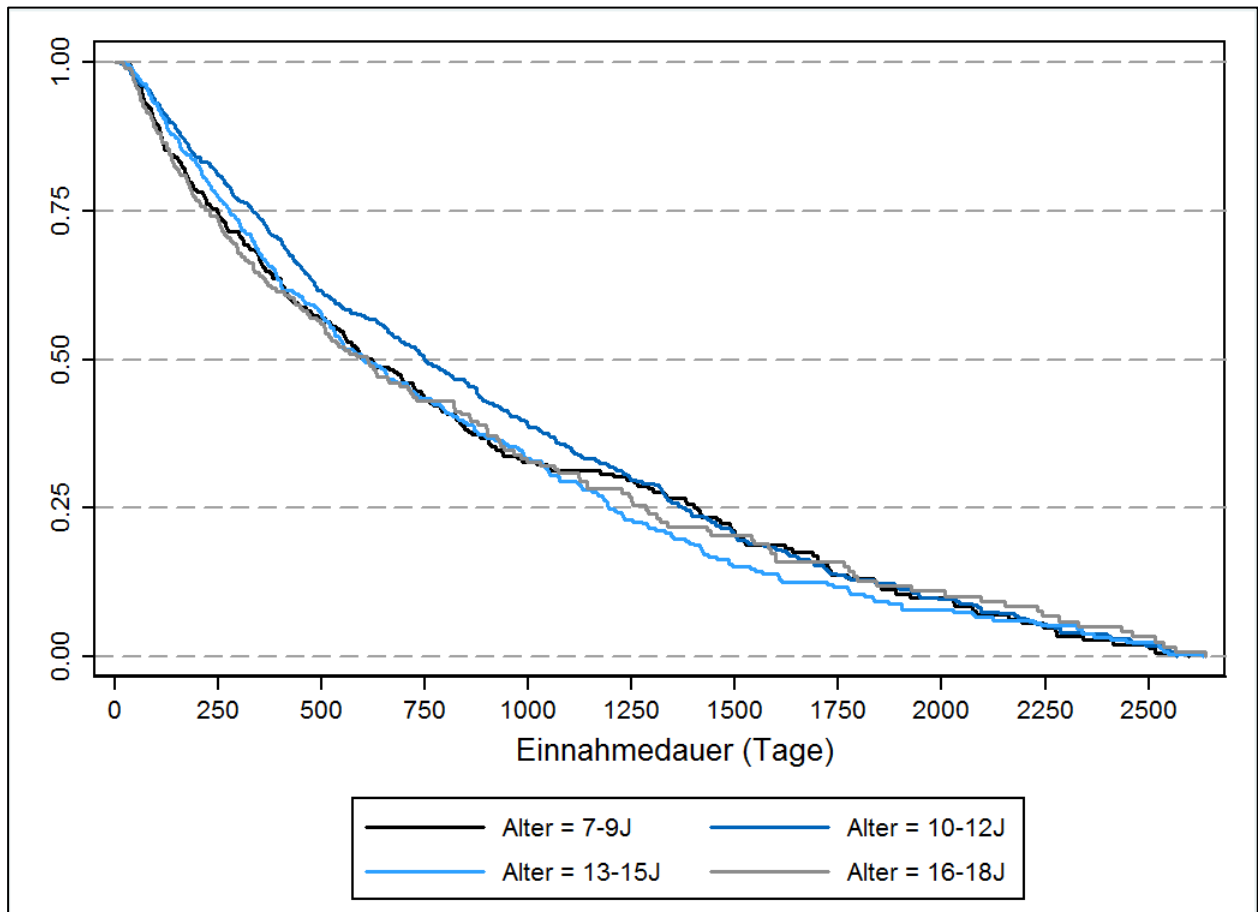


Abbildung 6: MPH-Einnahmedauern in Tagen nach Altersklassen (7-18 Jährige), Kanton Zürich (Kaplan-Meier-Analyse; Daten: Helsana)

3.2 Leistungsarten von MPH-Beziehenden

Betrachtet man die medizinischen Leistungen, die Versicherte mit MPH-Bezug in den Jahren 2006-2012 in Anspruch genommen haben (Abbildung 7), so sind im Wesentlichen vier Gruppen zentral; diese machen mindestens 15% aller in Anspruch genommen Leistungen aus:

- der Bezug von Medikamenten,
- ambulante ärztliche Behandlung,
- Laboranalysen und
- Therapien durch Fachärzte/innen.

Unterschiede nach dem Geschlecht der Versicherten fallen dabei gering aus.

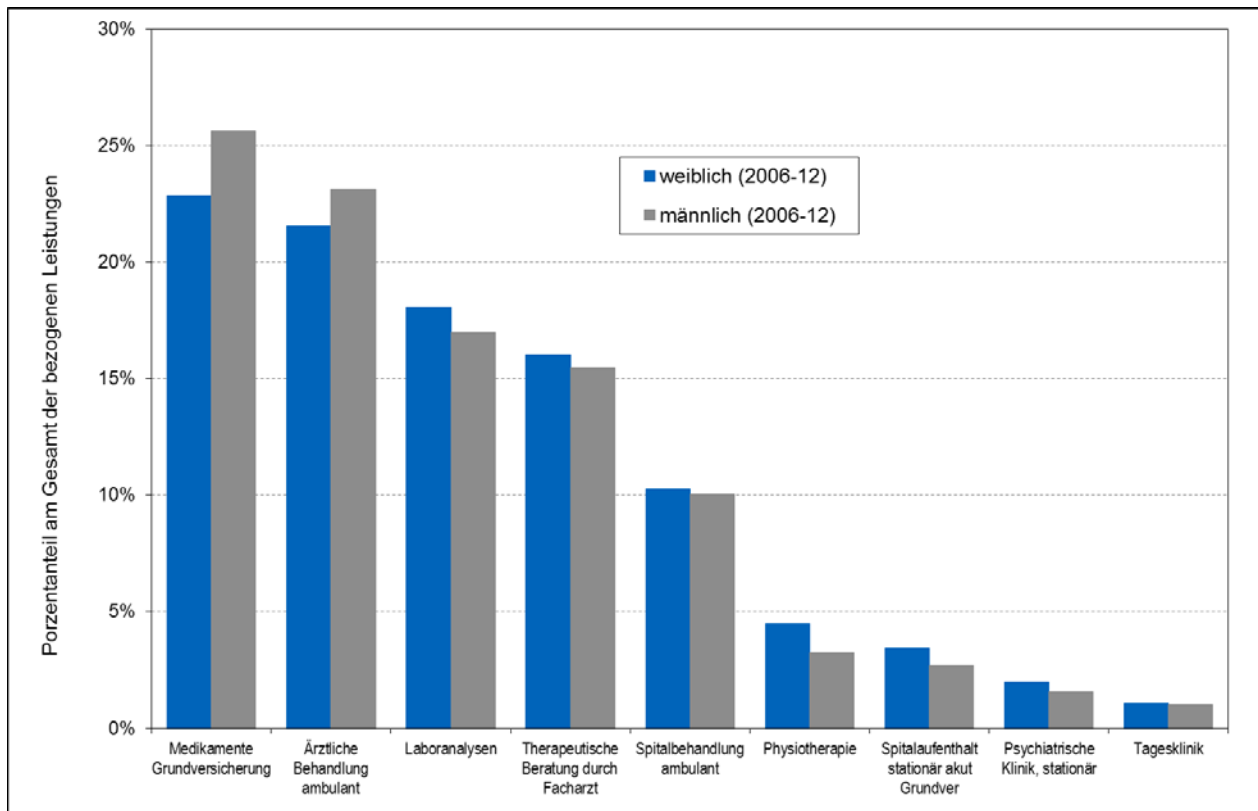


Abbildung 7: Inanspruchnahme von medizinischen Leistungsarten von MPH-Bezügern nach Geschlecht, Jahre 2006-12 (alle Altersklassen, Kanton Zürich) (Daten: Helsana)

Insgesamt nahm das Volumen von in Anspruch genommenen Leistungen der MPH-Bezüger/innen von rund 15'000 (Jahr 2006) auf rund 34'000 (2012) zu; dies entspricht einer Zunahme um den Faktor 2.3. Diese Veränderung liegt nur leicht über dem Wachstum der Fallzahlen der MPH-Beziehenden im untersuchten Zeitraum (s.o. Abbildung 5).

Bezieht man das Leistungsvolumen auf die Zahl der Versicherten mit MPH-Bezug, so wurden rund vier Leistungsarten pro Versicherten und Jahr bezogen; dieses Verhältnis hat sich über die Jahre nur geringfügig verändert (2006: $15'000/4'000=3.75$; 2012: $34'000/8'700=3.90$).

Weiter kann untersucht werden, wie sich das Leistungsvolumen nach Leistungsart entwickelt hat (Abbildung 8): Ein im Vergleich zum Gesamtvolumen leicht überdurchschnittliches Wachstum zeigte sich bei den Laboranalysen und den Therapien, leicht unterdurchschnittlich fiel es bei den Medikamenten und bei der ambulanten ärztlichen Behandlung aus. Deutlich wird auch, dass es bei den meisten Leistungsarten – wie bei den Fallzahlen der MPH-Bezüger – zu einer Abflachung des Wachstums ab 2010 gekommen ist; Ausnahmen stellen die Therapien und die Laboranalysen dar.

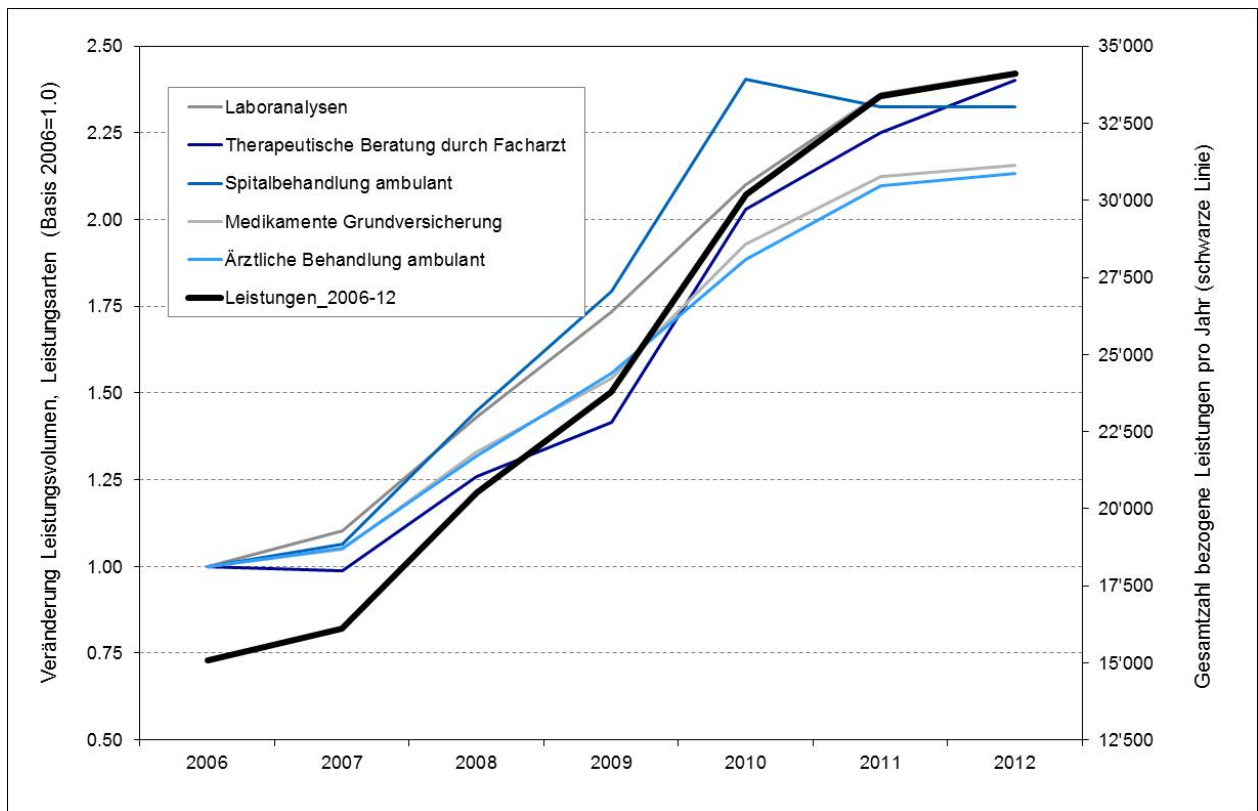


Abbildung 8: Inanspruchnahme von Leistungen durch MPH-Bezüger 2006-12, relative Veränderung und absolute Zahl, Kanton Zürich (nur häufigste Leistungsarten; Daten: Helsana)

Betrachtet man die in Anspruch genommenen Leistungen nach Alter (bei den 7–18 Jährigen), so zeigen sich nur geringfügige Unterschiede im Leistungsmuster; einzig Therapien durch Fachärzte gewinnen ab dem Alter von 10 Jahren an Bedeutung (Tabelle 2).

Tabelle 2: Leistungsarten von MPH-Bezügern nach Alter (Kanton Zürich)

Leistungsart	7-9J (N=1182)	10-12J (N=3632)	13-15J (N=4237)	16-18J (N=2685)	Gesamt, 7-18J (N=11736)
Medikamente Grundversicherung	30%	29%	28%	30%	29%
Ärztliche Behandlung ambulant	26%	27%	26%	27%	27%
Laboranalysen	19%	17%	16%	16%	17%
Therapeutische Beratung durch Facharzt	11%	16%	15%	15%	15%
Spitalbehandlung ambulant	12%	9%	10%	7%	9%
Anderes	2%	2%	4%	4%	3%

Untersuchungseinheit (N): Behandlungen; Daten: Helsana; „Anderes“: Physiotherapie, Spitalaufenthalt stationär, psychiatrische Klinik stationär, Tagesklinik

3.3 Verschreibende Ärzte/innen und Gesundheitsfachpersonen

In Abbildung 9 ist der fachliche Hintergrund der Ärzte/innen dargestellt, welche MPH jeweils *erstmalig* verschrieben haben. Es handelt sich im Wesentlichen um vier Facharztgruppen, welche MPH verschreiben: Psychiater/innen (2012: 30% der Fälle), Kinder- und Jugendpsychiater/innen (25%), Pädiater/innen

(20%) und Hausärzte/innen (20%). Die Verteilung der MPH-Beziehenden nach dem fachlichen Hintergrund der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte ist zwischen 2006-12 relativ stabil; es lassen sich kein spezifischer Trend sondern eher Schwankungen erkennen. Am ehesten gab es Veränderungen bei zwei Gruppen von Medizinern: 1) Der Anteil erstverschreibender Hausärzte/innen (dunkelgrauer Bereich) nahm von 25% (Jahr 2006) auf 20% (2012) ab; 2) dagegen nahm der Anteil erstverschreibender Fachärzte in Kinder- und Jugendpsychiatrie (hellgrauer Bereich) im gleichen Zeitraum zu von 19% auf 25% zu.

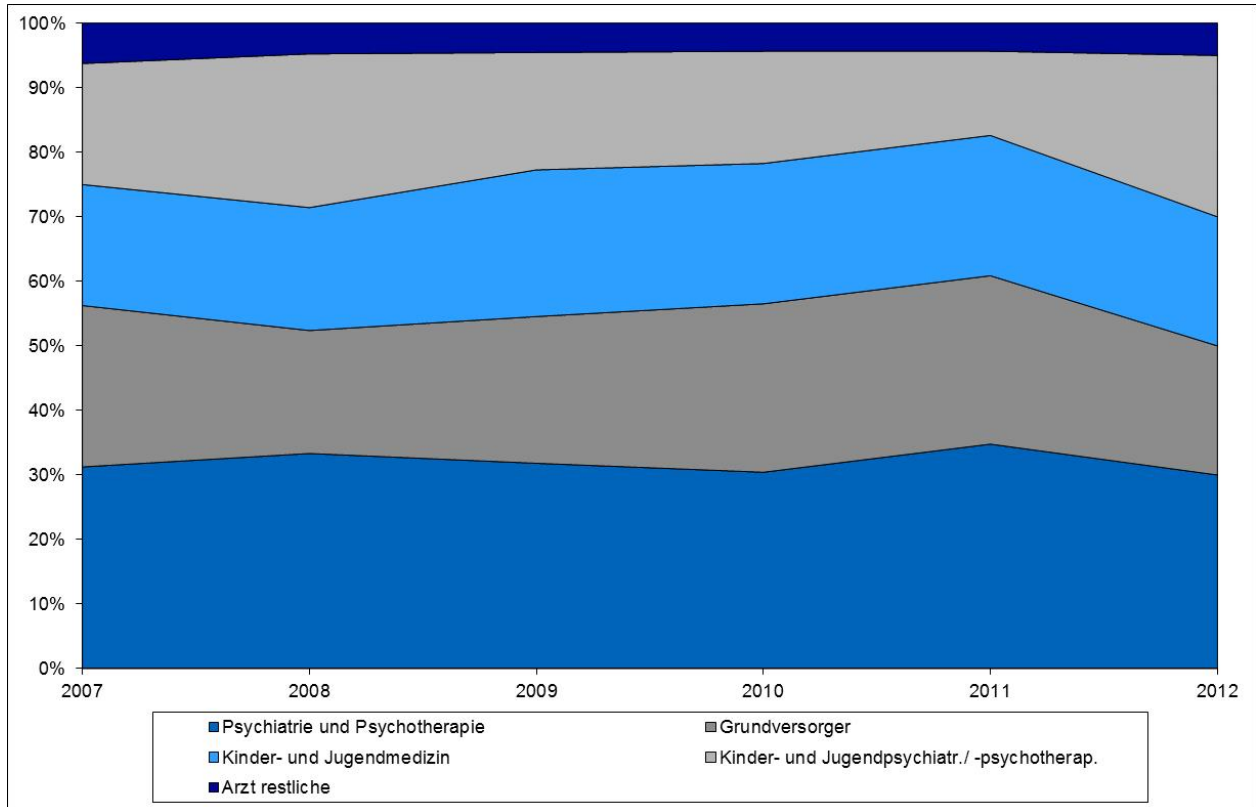


Abbildung 9: Anteil MPH-Beziehende nach Spezialisierung des erstverschreibenden Arztes, Jahre 2006-12, alle Altersgruppen (Kanton Zürich, Daten: Helsana)KtZH

3.4 Begleitende Medikation

Im Untersuchungszeitraum (2006-2012) nahmen zwischen einem Viertel (23%, Männer) und einem Drittel (31%, Frauen) der MPH-Beziehenden im Alter von 7-18 Jahren weitere Medikamente ein (Tabelle 3). Bei den Frauen nimmt der Anteil der Versicherten mit Begleitmedikation ab 13 Jahren deutlich zu, während dieser bei den Männern praktisch gleich bleibt.

Tabelle 3: Anteil MPH-Beziehende mit Begleitmedikation nach Alter und Geschlecht (Kt. Zürich, Jahre 2006-12)

Begleitmedikamente nach Geschlecht Bezüger/in	7-9	10-12	13-15	16-18	Gesamt (7-18 Jährige)
weiblich	27%	23%	32%	43%	31%
männlich	27%	21%	22%	27%	23%

Daten: Helsana; Begleitmedikation: Bezüge von Begleitmedikamenten, die im gleichen Jahr wie der Methylphenidat-Bezug stattgefunden haben

Es sind primär drei Gruppen von Begleitmedikamenten, die bezogen werden (Abbildung 10): Analgetika²³ bzw. „Schmerzmittel“, Psycholeptika²⁴ bzw. „Beruhigungsmittel“ und Antidepressiva. Deutlich am häufigsten werden bei allen untersuchten Altersgruppen Analgetika verschrieben, Antidepressiva und Psycholeptika gewinnen in der Altersgruppe der 16-18-Jährigen an Bedeutung.

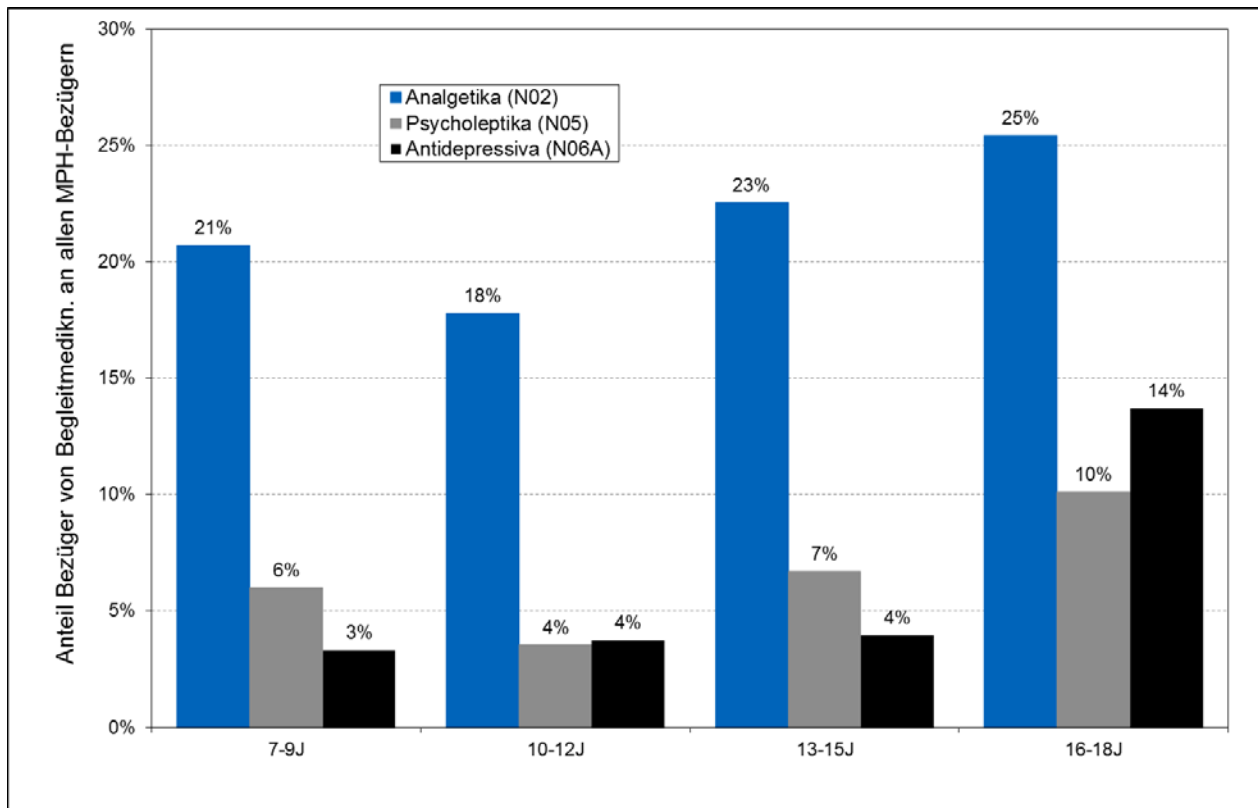


Abbildung 10: Drei häufigste Gruppen von Begleitmedikamenten von MPH-Beziehenden nach Alter (Kt. Zürich, 2006-12; Daten Helsana)

²³ Analgetika unterdrücken die Schmerzempfindung und werden zur Behandlung akuter und chronischer Schmerzen eingesetzt. Zu den häufigsten Wirkstoffen gehören die nicht-steroidalen Entzündungshemmer (NSAID), Paracetamol und die Opiode.

²⁴ Bezeichnung für Substanzen mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem. Dazu gehören die Tranquilizer, Neuroleptika, Hypnotika und Sedativa.

4 Behandlungsoptionen bei ADHS: Perspektive der Familien

4.1 Auftreten der ADHS-Symptome

Die ersten Auffälligkeiten, welche nach der Meinung der Eltern im Zusammenhang mit ADHS standen, treten bei den Jungen früher auf als bei den Mädchen: Das Durchschnittsalter (Median) beträgt 4 Jahre bei den Jungen und 5 Jahre bei den Mädchen (vgl. Abbildung 11) und dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p \leq 0.05$)²⁵. Zu beachten ist allerdings, dass v.a. bei den älteren Kindern die retrospektive Erfassung der ersten Auffälligkeiten anspruchsvoll sein dürfte.

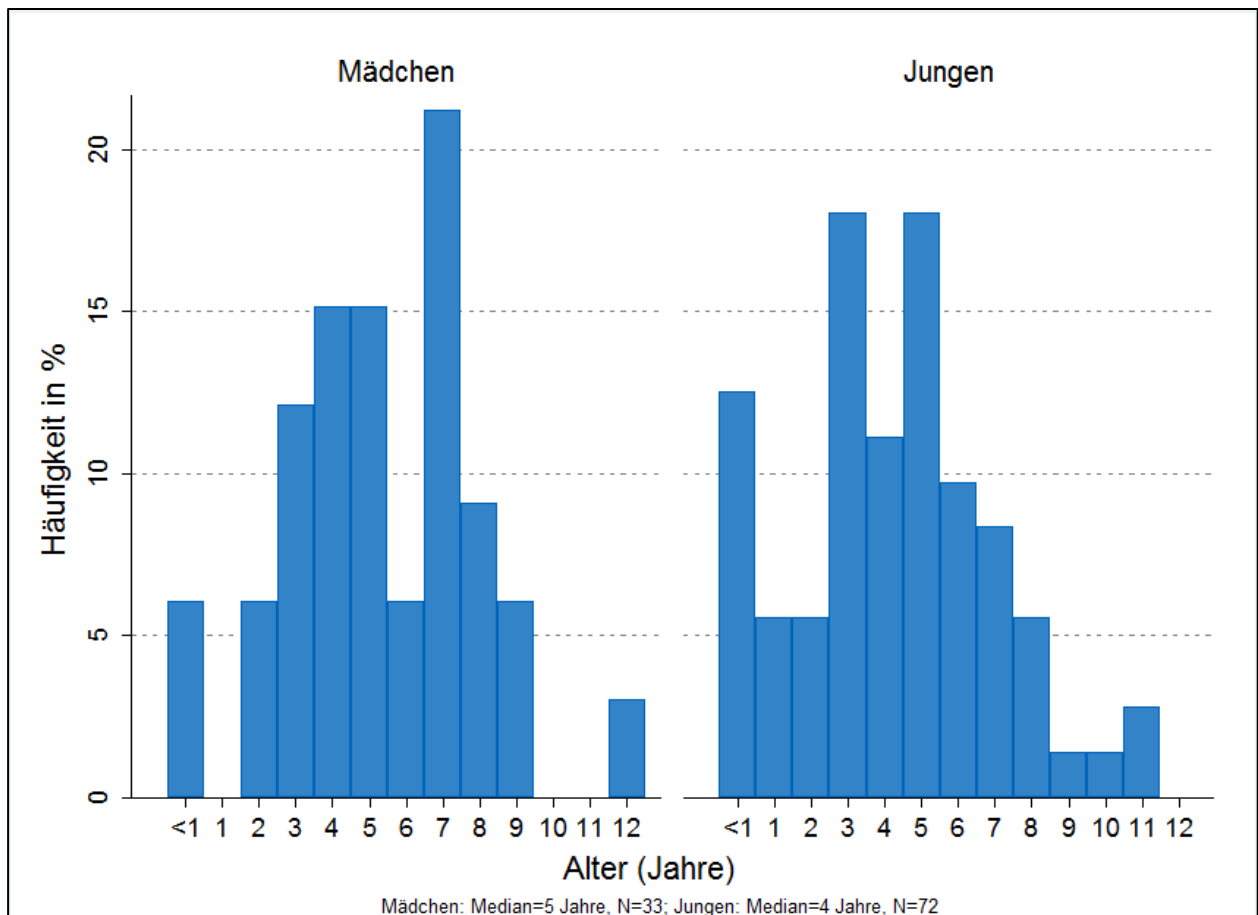


Abbildung 11: Alter bei den ersten Auffälligkeiten nach Geschlecht (Daten: Elternbefragung ZHAW)

Das Ausmass der Beeinträchtigung des Kindes aufgrund der ersten Auffälligkeiten in bestimmten Lebensbereichen wurde fünfstufig erfasst: 1= „überhaupt nicht“, 2= „wenig“, 3= „mässig“, 4= „stark“, 5= „sehr stark“. Die einzuschätzenden Lebensbereiche umfassen den Schulbereich (den Kindergarten, den Schulunterricht, den Schulalltag, den Hort, das Erledigen von Hausaufgaben), den Sozialbereich (die Beziehung zu Gleichaltrigen und zu Freunden/Freundinnen), das Zuhause (die Beziehung zu den Eltern, zu den Geschwistern und zu anderen Verwandten) und die Freizeit. Falls eine Beeinträchtigung aufgrund der ersten Auffälligkeiten nicht möglich war, weil der Lebensbereich nie von den Auffälligkeiten betroffen war (z.B. das Kind hat nie den Hort besucht) oder falls es im Lebensbereich nie Auffälligkeiten gab, konnten die Eltern die Option „Trifft nicht zu“ wählen. Ziel der untenstehenden Auswertung ist, das Ausmass der Beeinträchtigung zu erfassen. Deshalb bezieht sich die untenstehende Auswertung lediglich auf die

²⁵ Für den Median-Vergleich wurde in STATA der *two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test* verwendet.

Kinder, bei denen eine Beeinträchtigung möglich war (bzw. bei denen die Option „Trifft nicht zu“ nicht angekreuzt wurde).

Die Ergebnisse können der Tabelle 4 entnommen werden. Im Durchschnitt (=Median) waren die Kinder von den ersten Auffälligkeiten am stärksten in den schulischen Bereichen beeinträchtigt: Aus Elternsicht waren die Jungen und die Mädchen während des Schulunterrichts, im Schulalltag (z.B. Organisation) und beim Erledigen von Hausaufgaben im Durchschnitt (=Median) „stark“ beeinträchtigt. Dagegen waren die Kinder im Sozialbereich, zu Hause sowie in der Freizeit höchstens „mässig“ beeinträchtigt. Im Kindergarten zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Die durchschnittliche Beeinträchtigung wurde für die Jungen als „mässig“, bei den Mädchen dagegen nur als „wenig“ eingeschätzt.

Tabelle 4: Erste mit ADHS assoziierte Beeinträchtigungen nach Lebensbereichen und Geschlecht

Lebensbereiche	Jungen			Mädchen			Gesamt			Sig.
	N	Md	%>3	N	Md	%>3	N	Md	%>3	
• Erledigen von Hausaufgaben	68	4	76%	32	4	75%	100	4	76%	
• Schulunterricht	67	4	76%	31	4	52%	98	4	68%	
• Schulalltag	69	4	59%	33	4	52%	102	4	57%	
• Beziehung zu Gleichaltrigen	72	3	40%	31	3	42%	103	3	41%	
• Beziehung zu den Eltern	72	3	36%	32	3	38%	104	3	37%	
• Kindergarten	72	3	46%	31	2	10%	103	3	35%	***
• Beziehung zu Freunden/Freundinnen	68	3	35%	32	3	34%	100	3	35%	
• Hort	30	3	30%	16	2	25%	46	3	28%	
• Beziehung zu den Geschwister	62	3	29%	27	3	26%	89	3	28%	
• Freizeitaktivitäten (z.B. Sport, Musik)	70	3	27%	32	2	22%	102	3	25%	
• Beziehung zu den anderen Verwandten	69	3	14%	32	2	16%	101	2	15%	

Md: Median; %>3: Anteil Fälle mit starken bis sehr starken Beeinträchtigungen; Sig.: statistische Signifikanz, Vergleich Median Jungen/Mädchen (Mann-Whitney-U-Test); ***: $p \leq 0.001$; Die Fallzahlen variieren wegen der unterschiedlichen Anzahl *Missings* bzw. „Trifft nicht zu“ in den verschiedenen Schulbereichen.

4.2 Abklärungsprozess und Etablierung der ADHS-Diagnose

4.2.1 Anstoss zu Abklärung

Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen kam der Anstoss, eine Fachperson aufzusuchen, am häufigsten ausschliesslich von den Eltern (siehe Tabelle 5). Allerdings kam der Anstoss zu Abklärung bei den Mädchen häufiger von den Eltern als bei den Jungen (64% vs. 43%). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Tabelle 5: Durch wen wurde die ADHS-Abklärung initiiert?

Variablen	Mädchen	Jungen	Gesamt	Sig.
Anstoss: Nur Eltern	64%	43%	50%	**
Anstoss: Nur Lehrperson	27%	39%	35%	
Anstoss: Lehrperson und Eltern	6%	14%	11%	
Anstoss: Andere	3%	4%	4%	
N	33	72	105	

Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Jungen/Mädchen (Two-sample Test of Proportions), ** p≤.01.

4.2.2 Beigezogene Fachpersonen durch Eltern

Rund ein Drittel der Eltern (34%) wandte sich nach den ersten Auffälligkeiten als erstes an einen/eine Hausarzt/Hausärztin oder einen/eine Kinderarzt/Kinderärztin (vgl. Tabelle 23 im Anhang C). Ein weiteres Drittel (30%) wandte sich als erstes an einen/eine Kinder- oder Jugendpsychiater/in. Ein weiteres Drittel (29%) hat als erstes einen/eine Psychologe/Psychologin (z.B. SPD) aufgesucht. Nur bei wenigen Eltern (7%) war eine andere Fachperson (u.a. „Schulsozialarbeit“, „Logopädin“, „Elpos“) der erste professionelle Kontakt.

Die Diagnose wurde bei der Mehrheit der Fälle von einem/einer Kinder- oder Jugendpsychiater/in gestellt (vgl. Tabelle 23 im Anhang C). Im Abklärungsprozess waren allerdings bei fast allen Fällen (91%) mehrere Fachpersonen – inkl. Lehrpersonen, Kinderärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Logopädinnen, Schulsozialarbeitende – involviert. Durchschnittlich (=Median) waren neben der diagnosestellenden Gesundheitsfachperson zwei weitere Fachpersonen im Abklärungsprozess involviert – und in einigen Fällen sogar vier bis fünf Fachpersonen (vgl. Abbildung 21 im Anhang C)²⁶.

4.2.3 Diagnosestellung

Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen vergingen im Durchschnitt (=Median) rund drei Jahre von den ersten Auffälligkeiten bis zur Diagnosestellung (vgl. Abbildung 12). Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vergingen weniger als fünf Jahre zwischen den ersten Auffälligkeiten und der Diagnosestellung. Nur in einzelnen Fällen betrug dieser Zeitraum mehr als 10 Jahre (und maximal 13 Jahre bei den Mädchen).

²⁶ Es gab keinen statistisch signifikanten Geschlechtsunterschied.

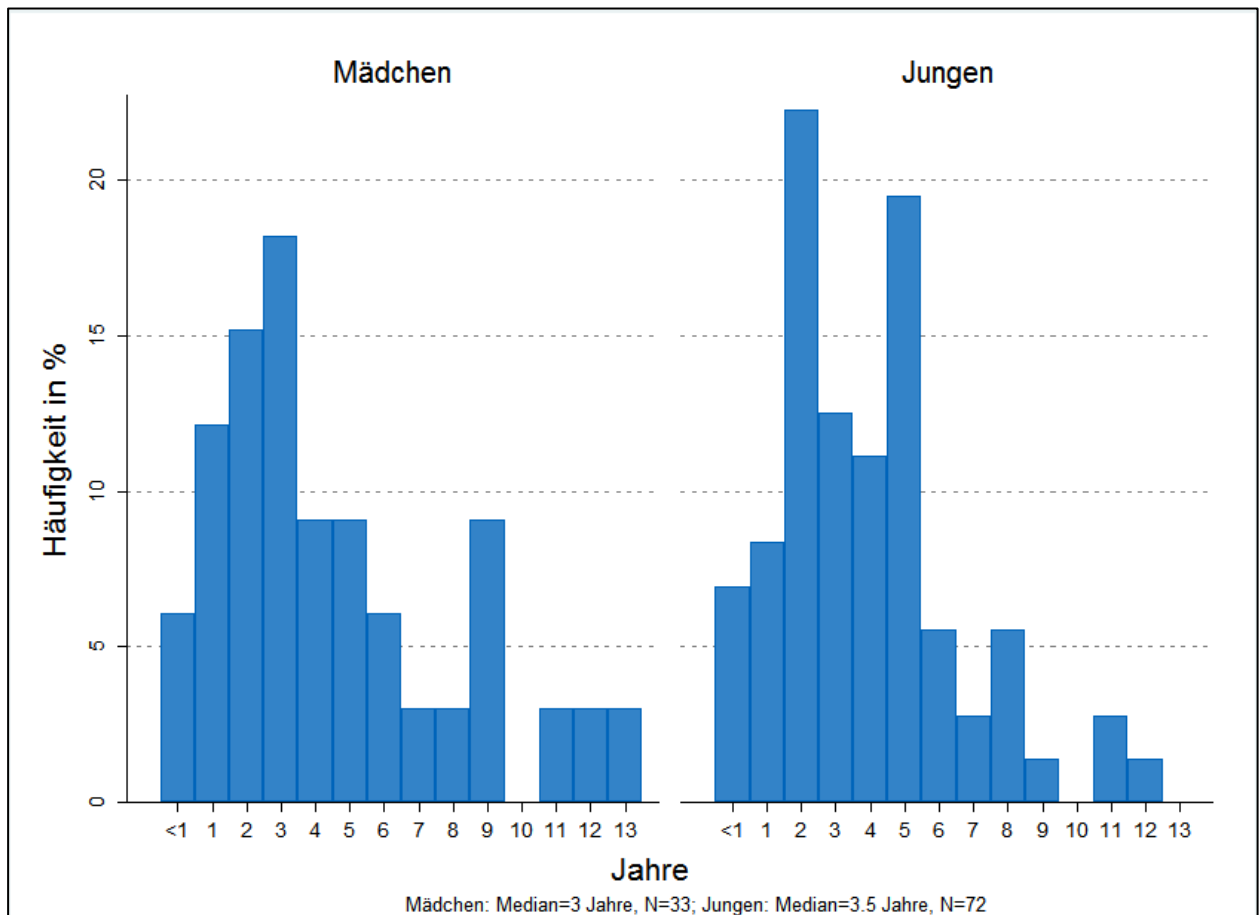


Abbildung 12: Zeit (in Jahren) zwischen den ersten Auffälligkeiten und der Diagnosestellung

Konkret haben, gemäss den Angaben der befragten Eltern, etwas mehr als die Hälfte (58%) der Kinder (Mädchen: 45%; Knaben: 64%) eine ADHS-, ein Drittel (Mädchen: 52%; Knaben: 25%) eine ADS- und weitere 9% (Mädchen: 3%; Knaben: 11%) eine POS-Diagnose erhalten (Tabelle 23 im Anhang C).

Die Diagnosestellung erfolgte im Durchschnitt (=Median) bei den Mädchen später als bei den Jungen (9 Jahre vs. 8 Jahre) (vgl. Abbildung 13).). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

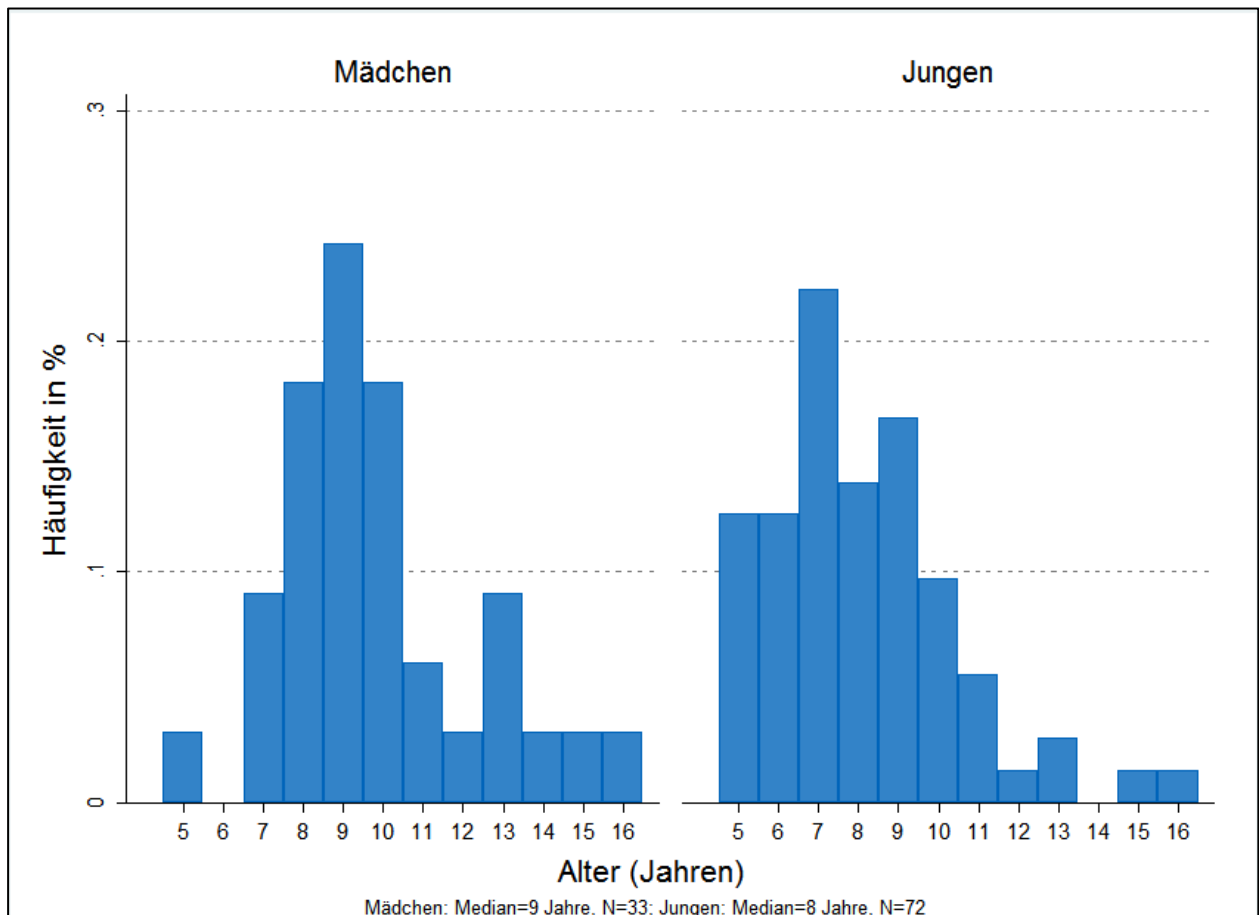


Abbildung 13: Alter bei der Diagnosestellung

4.2.4 Information über ADHS und ADHS-Behandlungsoptionen bei der Diagnosestellung

Informationen über ADHS: Die Eltern haben die Frage, ob sie bei der Diagnoseeröffnung über *ADHS* informiert worden sind, anhand einer fünfstufigen Skala bewertet: 1=„Nein, gar nicht“, 2=„Ja, ein wenig“, 3=„Ja, ausreichend“ 4=„Ja, gut“, 5=„Ja, sehr gut“. Insgesamt scheinen die Eltern mit den erhaltenen Informationen zu *ADHS* bei der Diagnoseeröffnung zufrieden zu sein: Rund die Hälfte der Befragten haben die erhaltenen Informationen zu *ADHS* als gut oder sogar sehr gut bewertet. Lediglich 4% der Befragten gaben an, bei der Diagnosestellung nicht über *ADHS* informiert worden zu sein.

Tabelle 6: Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen zu *ADHS* bei der Diagnoseeröffnung

Wurden Sie bei der Diagnoseeröffnung Ihres Kindes über <i>ADHS</i> informiert?	Gesamt
Nein, gar nicht	44%
Ja, ein wenig	22%
Ja, ausreichend	24%
Ja, gut	29%
Ja, sehr gut	20%
Missing	2%
N	105

Informationen über *ADHS*-Behandlungsoptionen: Fast alle (92%) Eltern wurden über eine Pharmakotherapie (für das Kind) informiert, rund die Hälfte (58%) der Eltern über eine Psychotherapie für das Kind, 40% der Eltern über eine Erziehungsberatung und 30% über eine Familientherapie (vgl. Tabelle 7). Le-

diglich 4% der Befragten haben angegeben, keine Informationen über ADHS-Behandlungsmöglichkeiten erhalten zu haben. Über weitere Behandlungsmöglichkeiten wurden 20% der Befragten informiert. Diese erfassen „Alternativtherapien“, „Coaching für das Kind“, „Ergotherapie“, „Sport“, „Neurofeedback“, „Psychomotorik“ sowie Massnahmen im schulischen Bereich („IF-Unterricht“, „Lerncoaching bzw. Lernberatung“, „Zusammenarbeit mit der Lehrperson“, „Schulalltag organisieren“) und weitere elternbezogene Interventionen (bzw. „ADHS-Elternkurs“).

Tabelle 7: Erhaltene Informationen über Behandlungsmöglichkeiten bei der Diagnoseeröffnung (Mehrfachantworten)

Informationen bei Diagnoseeröffnung erhalten	Gesamt
Medikamentöse Behandlung für das Kind	92%
Psychotherapie für das Kind	58%
Erziehungsberatung	40%
Familientherapie	30%
Andere	20%
Keine	4%
N	105

Mehrere Antworten konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.

4.3 Informationsquellen

Die Eltern haben die *genutzten* Informationsquellen über ADHS anhand einer vierstufigen Skala bewertet: 1=„gar nicht hilfreich“, 2=„ein wenig hilfreich“, 3=„hilfreich“, 4=„sehr hilfreich“. Einen Spitzenplatz nehmen gedruckte Informationen (87%), Informationen von Kinder- oder Jugendpsychiater/innen (78%) und das Internet (74%) (vgl. Tabelle 8). Über die Hälfte der Befragten nutzten Hausärzte/Hausärztinnen oder Kinderärzte/Kinderärztinnen (63%) und Psychologen/Psychologinnen (55%) für Informationen. Lehrpersonen (54%) und andere Eltern (53%) wurden ebenfalls von über die Hälfte der Befragten für Informationen über ADHS beigezogen TV- oder Radiosendungen und Informationen von ADHS-Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen wurden von 43% bzw. 35% der Eltern genutzt, Erziehungsberater/innen (17%) sowie Neurologen/Neurologinnen (10%) wurden nur selten beigezogen. Obwohl nur selten in Anspruch genommen, werden die Informationen von den Neurologen bei fast allen Fällen (90%) als mindestens hilfreich bewertet. Die gedruckten Informationen sowie die Informationen von den ADHS-Selbsthilfeorganisationen werden ebenfalls in den meisten Fällen (rund 90%) als hilfreich bewertet. Auch die weiteren genutzten Informationsquellen bewerteten die Mehrzahl (51% bis 77%) der Befragten als mindestens hilfreich (vgl. Spalte 2 in Tabelle 8), wobei eine Ausnahme zu machen ist: Die Informationen der Lehrpersonen wurden weniger oft (21%) als hilfreich oder sehr hilfreich bewertet.

Neben den abgefragten Informationsquellen haben die Befragten am häufigsten den „ADHS Elternkurs am KJPD (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst)“ und „Ergotherapie“ angegeben. Diese wurden *immer* als mindestens hilfreich bewertet.

Tabelle 8: Genutzte Informationsquellen zur ADHS und deren Nutzen (Mehrfachantworten)

Informationsquelle	In Anspruch genommen*	Mindestens hilfreich**
Gedruckte Informationen (z.B. Bücher, Informationsbroschüren)	87%	90%
Kinder- oder Jugendpsychiater/in	78%	74%
Internet	74%	77%
Hausarzt/Hausärztin oder Kinderarzt/Kinderärztin	63%	52%
Psychologe/in	55%	79%
Lehrperson	54%	21%
Andere betroffene Eltern	53%	73%
TV- und Radiosendungen	43%	51%
ADHS-Selbsthilfeorganisation oder –gruppe (z.B. ELPOS)	35%	89%
Erziehungsberater/in	17%	56%
Neurologe/in	10%	90%
N	105	

*Mehrere Informationsquellen konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.

**Die Auswertungen beziehen sich lediglich auf die Befragten, welche die verschiedenen Informationsquellen benutzt haben (bzw. bei denen eine Bewertung möglich war).

4.4 Kinderbezogene Interventionen und deren Nutzen aus Elternsicht

4.4.1 Medikamentöse Behandlungen und deren Nutzen aus Elternsicht

Die Mehrheit der Kinder (80%; N=84) hat seit ihrer Diagnosestellung irgendwann eine medikamentöse Therapie in Anspruch genommen. Die Präparate Ritalin, Ritalin SR und Ritalin LR sowie Concerta zählen zu den am häufigsten genutzten Medikamenten. Im Durchschnitt (=Median) bekamen die Kinder eine medikamentöse Behandlung, und es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Mädchen und den Jungen (siehe Abbildung 14).

In Tabelle 24 im Anhang C sind die Einnahmepausen sowie die Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlungen erfasst. Bei rund zwei Drittel (69%) der Kinder, welche bereits eine medikamentöse Behandlung erhalten haben, sind Einnahmepausen zu verzeichnen (z.B. in den Ferien oder am Wochenende). Bei der überwiegenden Mehrheit (88%) der Kinder, welche bereits eine medikamentöse Behandlung erhalten haben, sind Nebenwirkungen aufgetreten. Die am häufigsten aufgetretenen Nebenwirkungen waren Appetitrückgang (81%) und Schlafbeschwerden (48%). Die Befragten hatten die Möglichkeit weitere Nebenwirkungen zu nennen und gaben häufig „Kopfschmerzen“ und „depressive Stimmungen“ als Nebenwirkungen an. Es gab in diesen Bereichen keine statistisch signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede.

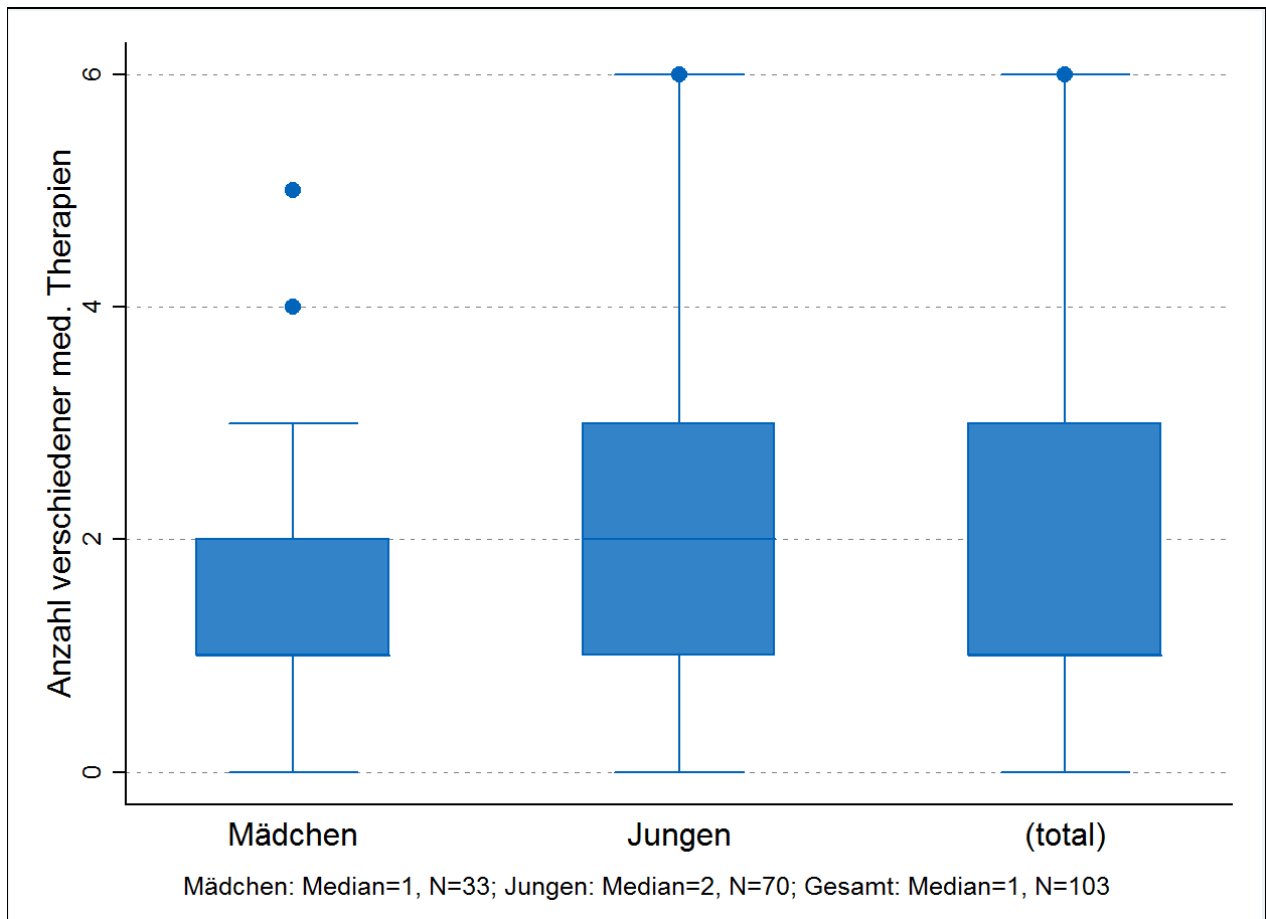


Abbildung 14: Anzahl verschiedener medikamentöser Therapien

Die Wirksamkeit der durchgeführten medikamentösen Behandlungen in Bezug auf die ADHS-Symptomatik wurde anhand einer fünfstufigen Skala erfasst: 1=„stark negative Wirkungen“, 2=„negative Wirkungen“, 3=„wirkunglos“, 4=„positive Wirkungen“, 5=„sehr positive Wirkungen“. Sowohl die Eltern der Mädchen als auch die Eltern der Jungen bewerteten die medikamentöse(n) Behandlung(en) im Durchschnitt (=Median) als wirksam bzw. „positive Wirkung“ (siehe Abbildung 15).

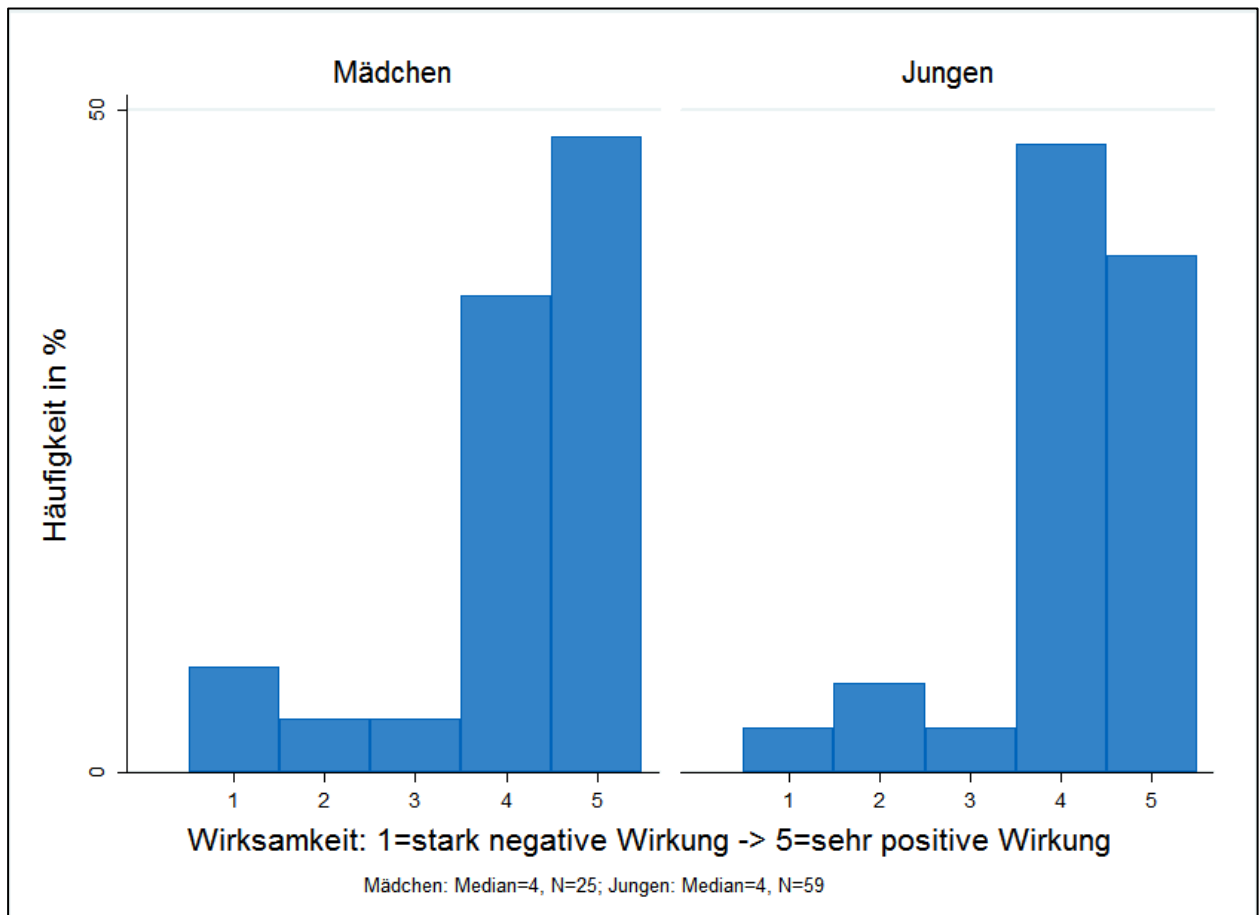


Abbildung 15: Nutzen der medikamentösen Behandlungen aus Elternsicht

4.4.2 Weitere Behandlungen und deren Nutzen aus Elternsicht

Unter den *weiteren* Behandlungen verstehen wir medizinische, psychologische und psychotherapeutische Therapien, bzw. die Behandlungen abgesehen von Pharmakotherapie. Im Durchschnitt (=Median) haben die Kinder drei verschiedene weitere Behandlungen seit der Diagnosestellung in Anspruch genommen (siehe Abbildung 16).

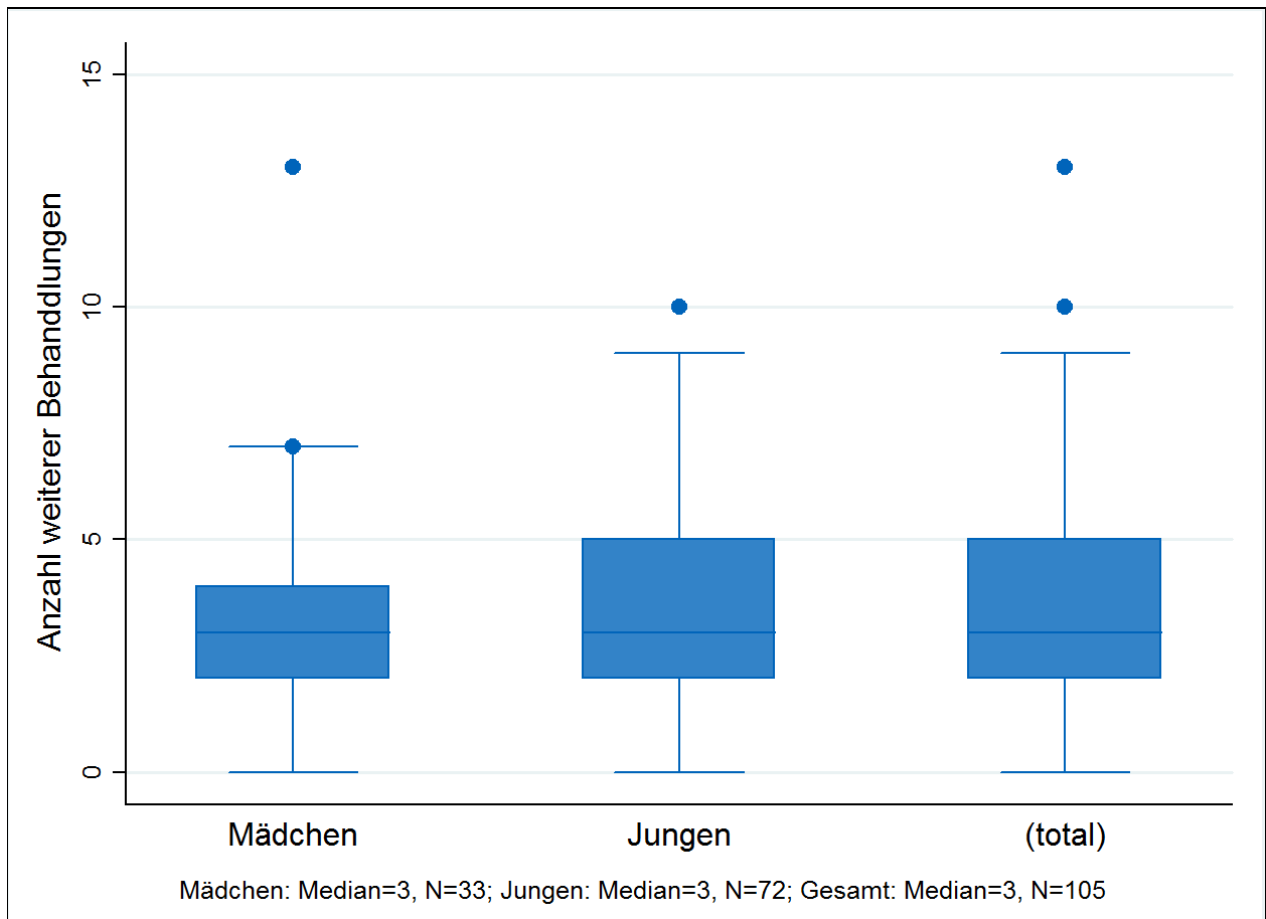


Abbildung 16: Anzahl weiterer Behandlungen seit der Diagnosestellung

In Tabelle 9 sind die genutzten Behandlungen einzeln aufgeführt. Psychotherapien wurde am häufigsten bzw. bei rund der Hälfte der Kinder seit der Diagnosestellung durchgeführt. Am zweithäufigsten werden homöopathische Mittel eingesetzt (42%). Logopädie und Psychomotorik werden am dritthäufigsten, bei rund einem Drittel der Kinder, durchgeführt. Rund ein Viertel der Kinder nehmen eine Ergotherapie und/oder ein Neurofeedback in Anspruch, und rund ein Fünftel der Kinder nehmen Kinesiologie, ein Entspannungstraining, eine Spiel- und/oder eine Lerntherapie in Anspruch. Die restlichen genannten Behandlungsformen kommen relativ selten vor (4% bis 7%). Lediglich bei diätischen Behandlungen kommen statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede vor: Bei Jungen werden diese häufiger durchgeführt als bei Mädchen (38% versus 18%).

Der Nutzen der durchgeführten Behandlungen in Bezug auf die ADHS-Symptomatik wurde ebenfalls erhoben mit einer fünfstufigen Skala: 1=„stark negative Wirkungen“, 2=„negative Wirkungen“, 3=„wirkungslos“, 4=„positive Wirkungen“, 5=„sehr positive Wirkungen“. Für die Auswertung wurden diese Kategorien in einer dreistufigen Skala wie folgt aggregiert: 1=„negativ“, 2=„wirkungslos“, 3=„positiv“. Es muss betont werden, dass die Fallzahlen bei mehreren Behandlungsformen sehr klein ($N \leq 7$) ausfallen. Deshalb wird bei der Darstellung des Nutzens (vgl. Abbildung 17) *nicht* nach Geschlecht differenziert. Ein weiterer Grund ist, dass es zwischen Mädchen und Jungen im durchschnittlichen (=Median) Nutzen keine statistisch signifikanten Unterschiede gab.

Tabelle 9: Durchgeführte Behandlungen in Bezug auf ADHS (Mehrfachantworten)

Behandlungen	Mädchen	Jungen	Gesamt	Sig.
Psychotherapie	58%	53%	54%	
Homöopathische Mittel	39%	43%	42%	
Logopädie	30%	33%	32%	
Diätische Behandlungen (z.B. Omega-3 Supplementierung)	18%	38%	31%	**
Psychomotorik oder Mototherapie	21%	36%	31%	
Ergotherapie	18%	29%	26%	
Neurofeedback	21%	24%	23%	
Kinesiologie	30%	18%	22%	
Spieltherapie	15%	22%	20%	
Lerntherapie	24%	18%	20%	
Entspannungstraining	18%	17%	17%	
Klinikaufenthalte (in Bezug auf ADHS)	6%	7%	7%	
Tomatistherapie	9%	4%	6%	
Physiotherapie	6%	6%	6%	
Kunsttherapie	9%	4%	6%	
Festhaltetherapie	3%	4%	4%	
N	33	72	105	

Mehrere Behandlungen konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%. Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Jungen/Mädchen (Two-sample Test of Proportions), ** $p \leq 0.01$.

Die durchgeführten Behandlungen scheinen aus Elternsicht wirksam (gewesen) zu sein, diese zeitigten bei rund 70% der Fälle positive Wirkungen. Es zeigen sich aber auch Ausnahmen: obwohl homöopathische Mittel am zweithäufigsten eingesetzt werden, ist der Nutzen aus Elternsicht relativ gering. Diätische Behandlungen sowie Kunsttherapie und Festhaltetherapie, welche bei den Jungen häufig in Anspruch genommen werden, erzielen aus Elternsicht ebenfalls einen geringen Nutzen.

Wichtig ist, dass gemäss den Leitlinien des KJPD Psychotherapie und Pharmakotherapie im Rahmen einer multimodalen Behandlung empfohlen sind. Diese zwei Behandlungsformen werden in der Stichprobe am häufigsten in Anspruch genommen *und* von der überwiegenden Mehrheit der Eltern als wirksam (positive oder sehr positive Wirkung) bewertet. Zu diesen zwei Behandlungsformen hat die Mehrheit der Eltern auch bereits bei der Diagnoseeröffnung Informationen erhalten (siehe Abschnitt 4.2.4).

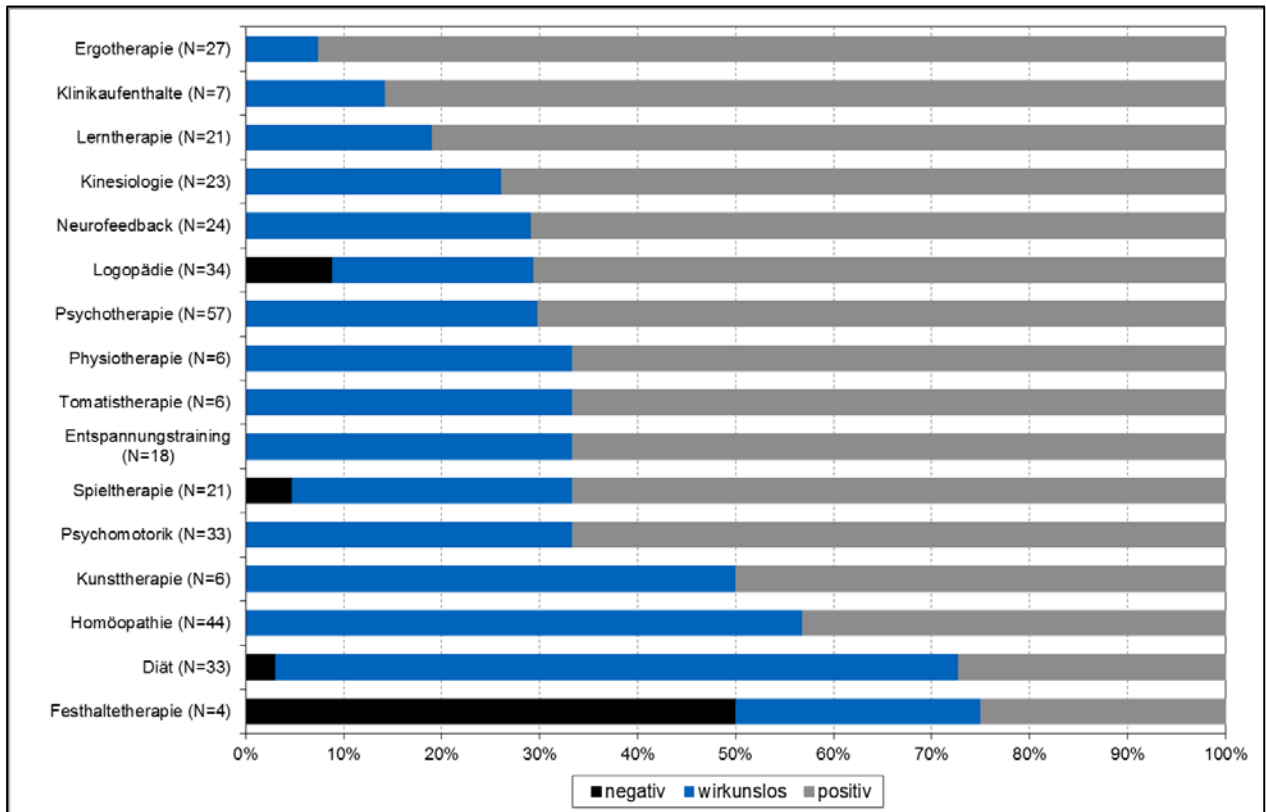


Abbildung 17: Wirksamkeit gewählter Behandlungen aus Elternsicht

4.4.3 Pädagogische Massnahmen und deren Nutzen aus Elternsicht

Im Durchschnitt (=Median) haben sowohl die Mädchen als auch die Jungen nur eine pädagogische oder schulische Massnahme (z.B. Schulwechsel, integrative Förderung) seit der Diagnosestellung in Anspruch genommen (siehe Abbildung 18).

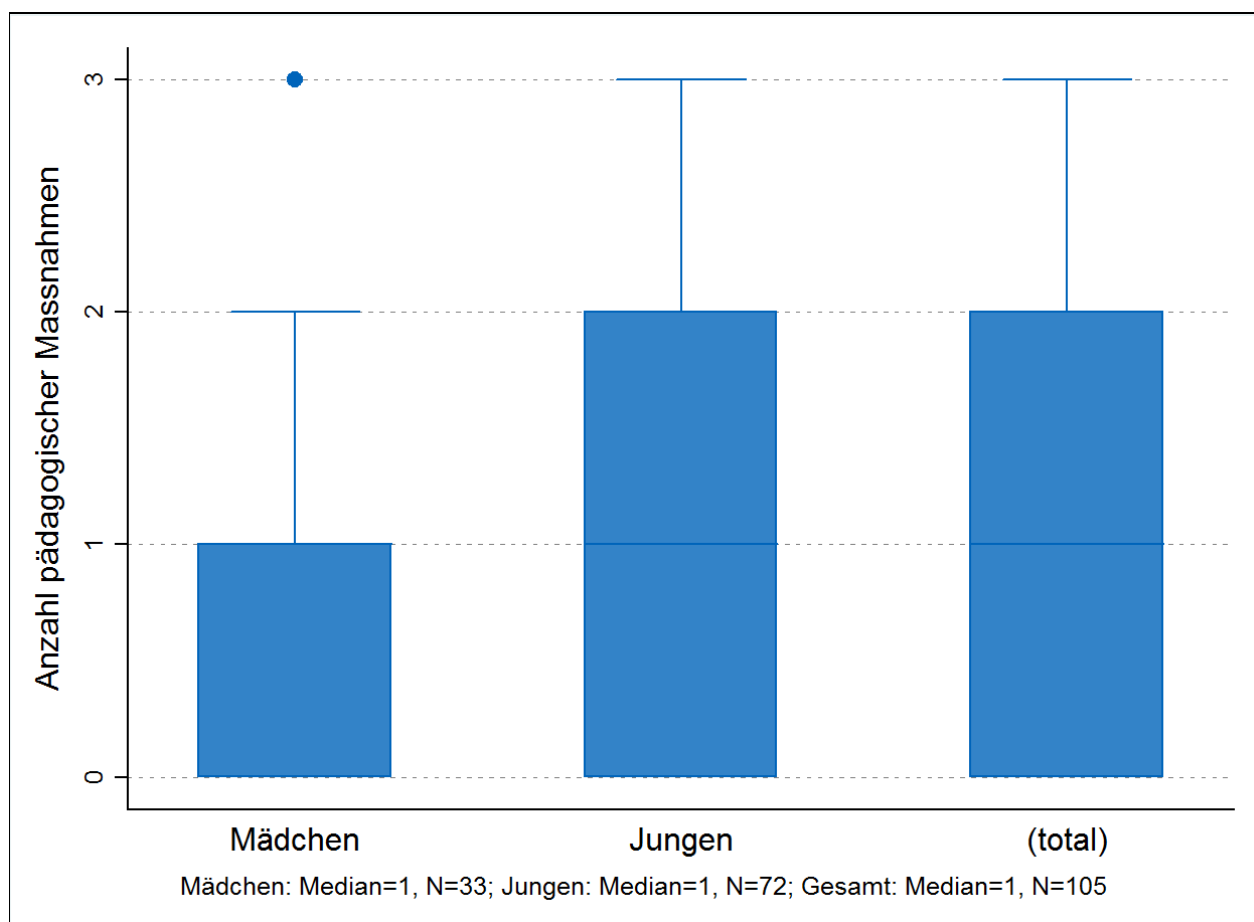


Abbildung 18: Anzahl genutzter pädagogischer Massnahmen

Die durchgeführten pädagogischen und schulischen Massnahmen sind in Tabelle 10 detailliert aufgeführt. Die häufigste Massnahme stellt die integrative Förderung dar, welche rund die Hälfte der Kinder erhalten. Ein Schulwechsel aufgrund der ADHS ist die zweithäufigste schulische Massnahme, welche einen Viertel der Kinder betrifft.

Tabelle 10: Durchgeführte schulische oder pädagogische Massnahmen in Bezug auf ADHS (Mehrfachantworten)

Massnahmen	Mäd- chen	Jungen	Gesamt	Sig.
Integrative Förderung (IF) durch schulische Heilpädagogin	48%	43%	45%	–
Schulwechsel (Aufgrund der ADHS)	18%	28%	25%	–
Andere Massnahmen	18%	22%	21%	–
Professionelle Hausaufgabenbetreuung	9%	13%	11%	–
Klassenwechsel	3%	3%	3%	–
N	33	72	105	

Mehrere Massnahmen konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%. Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Jungen/Mädchen (Two-sample Test of Proportions); –: keine statistisch signifikante Ergebnisse.

Die *Gesamtverbesserung aus Elternsicht* (d.h. die Verbesserung aufgrund aller genutzten pädagogischen Massnahmen) in verschiedenen schulischen Bereichen wurde mit einer fünfstufigen Skala bewertet: 1=„überhaupt nicht“, 2=„wenig“, 3=„mässig“, 4=„stark“, 5=„sehr stark“. Für die weitere Analyse wurden diese Kategorien zu einer dreistufigen Skala zusammengezogen: 1=„keine bis geringe“, 2=„mässige“;

3=„starke bis sehr starke (Verbesserung)“. Falls eine Verbesserung aufgrund der Behandlungen nicht möglich war, weil der Schulbereich nie von der Problematik betroffen war, oder falls es im schulischen Bereich nie Probleme gab, konnten die Eltern die Option „war nie ein Problem“ wählen. Die untenstehende Auswertung bezieht sich lediglich auf die Kinder, bei denen eine Verbesserung möglich war.

Im Schulunterricht, im Schullalltag sowie in der Beziehung zu den Lehrpersonen gab es bei rund der Hälfte der Kinder eine stark bis sehr starke Verbesserung (vgl. Abbildung 19). Ebenfalls bei der Hälfte der Kinder hat sich das Selbstwertgefühl in der Schule aufgrund der genutzten pädagogischen Massnahmen stark bis sehr stark verbessert. In der Schulleistung, beim Erledigen von Hausaufgaben und in der Beziehung zu den Mitschülern/Mitschülerinnen fiel dieser Anteil kleiner (rund ein Drittel) aus. Zwischen Jungen und Mädchen gab es in der durchschnittlichen (=Median) Verbesserung keine statistisch signifikanten Unterschied.

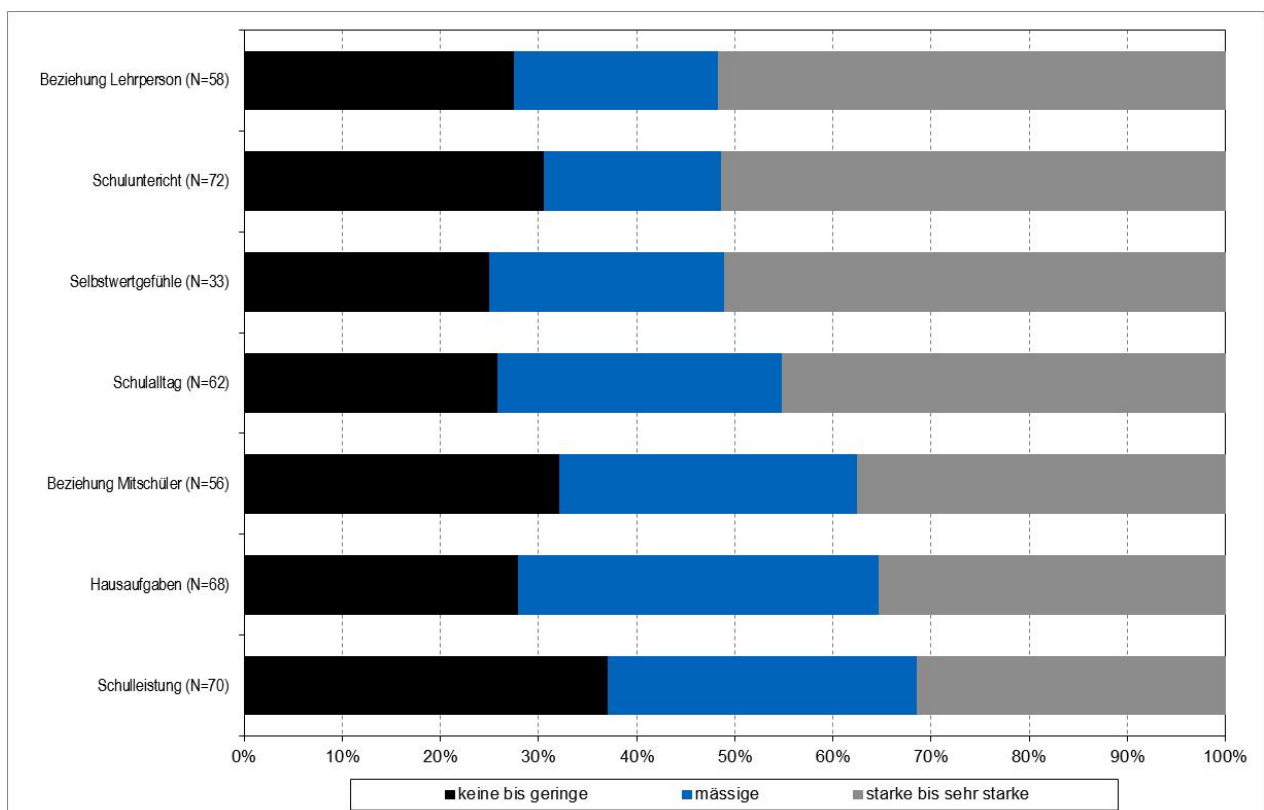


Abbildung 19: Nutzen pädagogischer Massnahmen aus Elternsicht

4.5 Entscheidungsprozesse der Eltern

4.5.1 Wahl der ersten Behandlung nach der Diagnosestellung

Bei fast allen betroffenen Kindern wurde mindestens eine Behandlung nach der Diagnosestellung durchgeführt (vgl. Tabelle 25). Rund zwei Drittel (63%) der Kinder hat mit einer Behandlung nach der Diagnosestellung angefangen, 22% mit zwei Behandlungen gleichzeitig, 10% mit drei Behandlungen gleichzeitig und 4% mit vier oder sechs Behandlungen gleichzeitig. Die Kinder scheinen rasch nach der Diagnosestellung behandelt zu werden: Bei rund der Hälfte der Kinder (46%) vergeht weniger als ein Monat zwischen der ADHS-Diagnose und der ersten Behandlung. Bei rund 36% bzw. 9% der Kinder vergehen nur zwischen 1-6 Monaten bzw. 7-12 Monaten bis zur ersten Behandlung. Nur bei 17% der Kinder werden erst nach einem Jahr nach der Diagnosestellung Behandlungen in Bezug auf ADHS durchgeführt.

Die Tabelle 11 stellt die Wahl der ersten Behandlung detailliert dar. Bei rund einem Drittel (39%) der betroffenen Kinder wird nach der Diagnosestellung eine medikamentöse Therapie in Anspruch genommen – als einzige Therapie oder als Teil einer multimodalen Therapie. Dieser Anteil liegt unter dem Anteil der Kinder (80%), welche im Laufe der Zeit eine Pharmakotherapie in Anspruch nehmen (vgl. Abschnitt 4.4.1). Dies bedeutet wiederum, dass viele Eltern eher andere Therapieformen „ausprobieren“, bevor Ihre Kinder eine medikamentöse Therapie erhalten. Die folgenden Aussagen der Eltern in den Ergänzungen zum Fragebogen deuten darauf hin, dass die medikamentöse Therapie teilweise als eine „letzte Option“ gesehen wird:

- „Ich habe mich Jahre lang gegen Ritalin ausgesprochen, aber nun demnächst wird meine Tochter mit der medikamentöse Therapie anfangen. Ich habe leider keine andere Alternative. Darum bin [ich] in der letzten Zeit sehr traurig.“
- „Momentan wird mein Kind durch die Schule sehr gut unterstützt. Wir schliessen eine medikamentöse Behandlung in der Zukunft nicht aus. Mit jedem Schuljahr steigt der Druck.“

Ebenfalls rund ein Drittel (29%) der betroffenen Kinder werden im Rahmen einer Psychotherapie behandelt. Ergotherapie stellt die dritthäufigste Wahl (14%) dar. Weitere rund 10% der Kinder beginnen nach der Diagnosestellung mit einer Psychomotorik-Therapie, mit homöopathischen Mitteln oder mit einer Logopädie. Die anderen Behandlungen werden als erste Intervention nur in einzelnen Fällen ($\leq 7\%$) in Anspruch genommen. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Mädchen und den Jungen bei der Wahl der ersten Behandlung.

Tabelle 11: Art der ersten Behandlung nach Diagnosestellung (Mehrfachantworten)

Art der ersten Behandlung	Mädchen	Jungen	Gesamt
Medikamentöse Behandlung	36%	40%	39%
Psychotherapie	27%	29%	29%
Ergotherapie	6%	18%	14%
Psychomotorik oder Mototherapie	6%	14%	11%
Homöopathische Mittel	3%	15%	11%
Logopädie	3%	14%	10%
Andere Behandlung*	12%	1%	9%
Kinesiologie	9%	6%	7%
Diätische Behandlungen (z.B. Omega-3 Supplementierung)	6%	6%	6%
Neurofeedback	3%	6%	5%
Lerntherapie	3%	4%	5%
Spieltherapie	0%	0%	4%
Entspannungstraining	0%	4%	3%
Tomatistherapie	6%	0%	2%
Kunsttherapie	3%	0%	1%
N	33	72	105

*Andere Behandlung: Akupunktur, Energie Substitution, traditionelle chinesische Medizin und pädagogische Massnahmen. Mehrere Antworten konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.

4.5.2 Gründe für und gegen eine medikamentöse Behandlung

Die Eltern wurden nach ihren Gründen für bzw. gegen eine medikamentöse Behandlung gefragt, welche in Tabelle 12 bzw. in Tabelle 13 dargestellt werden²⁷. Bei den Gründen für eine medikamentöse Behandlung werden am häufigsten (69% der Eltern) die schulischen Leistungsanforderungen sowie der Leidensdruck des Kindes durch ADHS genannt. Der am zweithäufigsten genannte Grund (44%) ist der Mangel

²⁷ Wegen der kleinen Fallzahlen wird in der Analyse nicht nach Geschlecht differenziert.

an Unterstützung im Umgang mit ADHS in der Schule. Rund ein Drittel der Befragten (31%) nennt die Unwirksamkeit anderer Behandlungen und Massnahmen in Bezug auf ADHS als Grund für die medikamentöse Behandlung. Gute Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung von ADHS bei anderen Personen der Familie spielten bei 12% der Befragten eine Rolle bei der Entscheidung für eine Pharmakotherapie. Einige Eltern nannten auch andere Gründe für eine Pharmakotherapie: „Druck von der Psychiaterin“, „Weil er das erste Mal mit neun Jahren ruhig sass und die Hausaufgaben machte, nach eigenen Angaben hat ist es ihm leicht gefallen und hat Spass gemacht“, „Verbesserung der Impulskontrolle, besonders bei Reizüberflutung“, „Empfehlung von Lehrperson“, „zahlreiche Verletzungen, hohe emotionale Instabilität“, „damit er das Erfolgserlebnis hat, sich auch fokussieren und konzentrieren zu können“, „Beziehung zu Freunden, Stärkung des Selbstvertrauens“, „Gute Erfahrungen bei anderen Familien“, „Leiden aller Beteiligten durch das Nicht-Wissen“.

Tabelle 12: Gründe für eine medikamentöse Behandlung bei Kindern, welche seit der ADHS-Diagnose eine medikamentöse Behandlung in Anspruch genommen haben (Mehrfachantworten)

Gründe für eine medikamentöse Behandlung	Anteil
• Die schulischen Leistungsanforderungen waren durch die ADHS-Symptome nicht mehr zu bewältigen.	69%
• Leidensdruck des Kindes durch ADHS	69%
• Mangel an Unterstützung im Umgang mit ADHS von der Schule	44%
• Die familiäre Belastung durch ADHS	39%
• Die anderen Behandlungen und Massnahmen in Bezug auf ADHS waren nicht wirksam.	31%
• Gute Erfahrungen mit der med. Behandlung von ADHS in der Familie (z.B. Geschwister)	12%
N	84
Mehrere Gründe konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.	

Der am häufigsten (55%) genannte Grund gegen eine medikamentöse Therapie ist die Ablehnung durch die Eltern oder die Familie und die leichte Ausprägung der ADHS (45%). Es folgen die Besorgnis über Nebenwirkungen (35%), über negative Folgen (25%) und über Abhängigkeit (20%) sowie die Wirksamkeit anderer Behandlungen oder Massnahmen in Bezug auf ADHS (20%) und die Ablehnung durch das betroffene Kind (15%). Die stigmatisierende Wirkung, andere Gesundheitsprobleme, welche medikamentös behandelt werden, und schlechte Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung von ADHS in der Familie spielten jeweils lediglich in einem Fall eine Rolle in der Entscheidung gegen eine Pharmakotherapie. Zu den anderen, von den Befragten angegebenen Gründen gegen eine medikamentöse Therapie gehören: „Spirituell absolutes no go! Kind soll bleiben wie es ist“, „Empfehlung durch Hausarzt“, „ein Elternteil nicht einverstanden“, „Eltern können damit umgehen, Kind soll lernen damit umzugehen (Handlungsplanung, Impulskontrolle)“, „Vielleicht braucht man einfach eine andere Lern- und Schulform — zuerst probieren wir das aus, das Medikament haben wir dann immer noch zu Hand, so quasi als letzte Möglichkeit“.

Tabelle 13: Gründe gegen eine medikamentöse Behandlung bei Kindern, welche seit der ADHS-Diagnose auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet haben (Mehrfachantworten)

Gründe gegen eine medikamentöse Behandlung	Anteil
• Ablehnung durch die Eltern oder die Familie	55%
• Leichte Ausprägung der ADHS	45%
• Besorgnis über Nebenwirkungen (z.B. Schlafstörungen, Appetitreduktion)	35%
• Besorgnis über negative Folgen (z.B. Wachstumsverzögerung)	25%
• Besorgnis über Abhängigkeit	20%
• Die andere Behandlungen oder Massnahmen in Bezug auf ADHS sind oder waren wirksam.	20%
• Ablehnung durch das Kind	15%
• Stigmatisierende Wirkung (z.B. Besorgnis über Vorurteile)	5%
• Andere Gesundheitsprobleme, die medikamentös behandelt werden/wurden (z.B. Allergien)	5%
• Schlechte Erfahrungen mit der med. Behandlung von ADHS in der Familie (z.B. Geschwister)	5%
• Unverträglichkeit	0%
N	20
Mehrere Gründe konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.	

4.5.3 Abgebrochene Behandlungen und Abbruchsgründe

Rund die Hälfte (49%) der Kinder hat noch nie eine Behandlung früher als geplant beendet²⁸. Hier muss betont werden, dass die Anzahl der abgebrochenen Behandlungen mit der Zeit nach der Diagnosestellung steigen dürfte und damit bei den Fallzahlen Vorsicht geboten ist. In Tabelle 14 sind die Behandlungen, welche früher als geplant beendet worden sind, aufgeführt. Am häufigsten (19%) wird die Pharmakotherapie früher als geplant beendet. Es folgen homöopathische (12%) und diätische Behandlungen (11%), Psychotherapie (8%) und Logopädie (6%). Die anderen Behandlungen wurden lediglich in einzelnen Fällen ($\leq 5\%$) frühzeitig beendet.

²⁸ Wegen der kleinen Fallzahlen (bzw. abgebrochenen Behandlungen) wird in der Analyse nicht nach Geschlecht differenziert.

Tabelle 14: Behandlungen, welche früher als geplant beendet wurden (Mehrfachantworten)

Behandlung	Anteil
Medikamentöse Behandlung	19%
Homöopathische Mittel	12%
Diätische Behandlungen (z.B. Omega-3 Supplementierung)	11%
Psychotherapie	8%
Logopädie	6%
Neurofeedback	5%
Psychomotorik oder Mototherapie	5%
Kinesiologie	4%
Entspannungstraining	3%
Kunsttherapie	2%
Spieltherapie	2%
Lerntherapie	2%
Andere Behandlung (=Bioresonanz und traditionelle chinesische Medizin [TCM])	2%
Ergotherapie	1%
Festhaltetherapie	1%
N	105

Mehrere Behandlungen konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.

Die Abbruchgründe wurden pro Behandlung erfragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 26 im Anhang C dargestellt. Die Ergebnisse sind jedoch nur begrenzt aussagekräftig, weil die Fallzahlen bei der Mehrzahl der abgebrochenen Behandlungen sehr klein ($N \leq 5$) ausfallen. Der am häufigsten genannte Abbruchgrund bei Pharmakotherapie ist die Ablehnung durch das betroffene Kind (45%). Bei 35% der behandelten Kinder war die Pharmakotherapie nicht erfolversprechend. Als Abbruchgrund wurden noch die Nebenwirkungen (40%), die Ablehnung durch die Eltern oder die Familie (20%), die Besorgnis über Abhängigkeit (15%) und negative Folgen (20%), sowie andere Gesundheitsprobleme, welche medikamentös behandelt werden (10%). Weiter waren mit jeweils 5% die Verbesserung der ADHS-Symptomatik und Unverträglichkeit Abbruchgründe. Bei den anderen Gründen werden Selbstverletzungen, Depression und sogar Suizidgedanken genannt.

Eine Psychotherapie wird am häufigsten wegen der Ablehnung durch das betroffene Kind (75%) abgebrochen, oder weil die Psychotherapie nicht erfolversprechend war (38%). Andere Gründe sind die Verbesserung der ADHS-Symptomatik (25%), die Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson (25%) und die stigmatisierende Wirkung einer Psychotherapie (13%).

Die Kinder beenden eine diätische Behandlung am häufigsten, weil diese nicht erfolversprechend erscheint (67%) oder weil sie selber diese ablehnen (42%). Weitere angegebene Gründe sind die Nichtumsetzbarkeit im Alltag (17%), die stigmatisierende Wirkung (8%) und die Unverträglichkeit (8%). Die Eltern haben noch „Abmagerung durch Zuckerkonsum“ und „Weiterführen mit Ritalin“ als Grund angegeben.

Bei Neurofeedback spielen Kostengründe eine wichtige Rolle (40%) sowie die Ablehnung durch das betroffene Kind (20%) und der Mangel an Erfolg (20%). Als weitere Gründe gaben die Eltern noch den Beginn der Pharmakotherapie sowie „Nicht stillsitzen können“ an.

Entspannungstraining wurde bei allen Fällen ($N=3$) abgebrochen, weil die Behandlung nicht erfolversprechend war. Weitere Gründe waren die Ablehnung durch das betroffene Kind, Kostengründe und die Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson.

Auch bei Psychomotorik waren die Abbruchgründe die Ablehnung durch das betroffene Kind (40%), der Mangel an Erfolg (20%), Kostengründe (20%), die Verbesserung der ADHS-Symptomatik (40%) und die Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson (40%).

Ergotherapie wurde nur in einem Fall früher als geplant beendet wegen der Ablehnung durch das betroffene Kind, des Mangels an Erfolg und Kostengründen.

Ebenfalls bei einer Logopädie waren die Hauptgründe die Ablehnung durch das betroffene Kind (38%) und der Mangel an Erfolg (38%). Die Verbesserung der ADHS-Symptomatik (25%), die Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson (25%), die Ablehnung durch die Eltern oder die Familie (13%), die Umsetzbarkeit im Alltag (13%) sowie Kostengründe (13%) spielten auch eine Rolle beim frühzeitigen Beenden.

Homöopathische Mittel werden fast immer (85%) abgesetzt, weil sie nicht Erfolg versprechend sind. Unverträglichkeit (15%), die Umsetzung im Alltag (8%), Kostengründe (8%) sowie die Verbesserung der ADHS-Symptomatik (8%) sind weitere Absetzgründe.

Kinesiologie wird ebenfalls wegen der Ablehnung durch das betroffene Kind (50%), des Mangels an Erfolg (50%), der Umsetzbarkeit im Alltag (25%) sowie aus Kostengründen (25%) abgesetzt.

Einer der zwei Befragten, dessen Kind Kunsttherapie früher als geplant beendet hat, hatte den Mangel an Erfolg als Grund angegeben. Kostengründe spielten bei dem zweiten Befragten eine Rolle.

Beide Befragte haben den Mangel an sichtbarer Symptomverbesserung als Abbruchgrund für eine Spieltherapie angegeben. Ein weiterer Grund war die Ablehnung durch das betroffene Kind sowie die Umsetzbarkeit im Alltag.

Obwohl eine Lerntherapie nur zweimal abgebrochen wurde, gibt es mehrere Abbruchgründe: Ablehnung durch das betroffene Kind (100%), Ablehnung durch die Eltern oder die Familie (50%), nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung (100%), nicht umsetzbar im Alltag (50%) und Kostengründe (50%).

Nur bei einem Fall wurde die Festhaltetherapie abgebrochen wegen der Ablehnung des betroffenen Kindes.

4.6 Elternbezogene Interventionen und deren Nutzen

Bei den Behandlungen und Unterstützungsmassnahmen, welche *die Mutter oder der Vater* (d.h. mindestens ein Elternteil) seit der ADHS-Diagnosestellung in Anspruch genommen haben, ging es nicht nur um medizinische Behandlungen sondern auch um Unterstützungen informeller Art, wie z.B. der Austausch mit anderen Betroffenen. Bei den Fallzahlen ist Vorsicht geboten, weil die Anzahl elternbezogener Interventionen ebenfalls eine Funktion der Zeit nach der Diagnosestellung sein dürfte. Die Befragten haben den Gesamtnutzen dieser „Interventionen“ auf der Grundlage einer vierstufigen Skala bewertet: 1=„gar nicht hilfreich“, 2=„ein wenig hilfreich“, 3=„hilfreich“, 4=„sehr hilfreich“. Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 dargestellt.

Am häufigsten (N=72) findet/fand ein Austausch mit anderen Betroffenen in informeller Art statt. Rund ein Drittel (N=35) der betroffenen Familien ist/war Mitglied einer ADHS-Selbsthilfegruppe (z.B. ELPOS) oder nehmen/nahmen an Gesprächsgruppen oder Veranstaltungen in Bezug auf ADHS teil. Ebenfalls rund ein Drittel (N=32) der Familien hat seit der Diagnosestellung eine Erziehungsberatung in Anspruch genommen. Eine Familientherapie wird wiederum weniger häufig (N=14) in Anspruch genommen. Die überwiegende Mehrheit der Eltern hat den Austausch mit anderen betroffenen Familien sowie die Mitgliedschaft in einer ADHS-Selbsthilfegruppe als hilfreich oder sogar als sehr hilfreich bewertet. Erziehungsberatung und Familientherapie generieren aus Elternsicht weniger Nutzen.

Tabelle 15: Elternbezogene Interventionen und deren Nutzen

Nutzen	Erziehungsberatung	Familientherapie	Mitgliedschaft in einer ADHS-Selbsthilfegruppe*	Austausch mit anderen Betroffenen in nicht organisierter Form
Gar nicht hilfreich	6%	21%	3%	1%
Wenig hilfreich	25%	43%	6%	13%
Hilfreich	25%	14%	37%	43%
Sehr hilfreich	43%	21%	54%	43%
N	32	14	35	72
* oder aktive Teilnahme an Gesprächsgruppen oder Veranstaltungen in Bezug auf ADHS				

Mehrere Eltern haben in einer offenen Fragestellung als hilfreiche oder sehr hilfreiche Massnahme ein „Elterncoaching“ einen „Elternkurs des KJPD“, ein „Selbststudium“ sowie eine „Weiterbildung“ in Bezug auf ADHS genannt.

4.7 Lebensqualität und Belastungen

4.7.1 Lebensqualität des Kindes

Die Zufriedenheit in sechs verschiedenen Lebensbereiche sowie die Gesamtlebensqualität wurde anhand einer fünfstufigen Skala bewertet: 1=„sehr gut“, 2=„gut“, 3=„teils-teils“, 4=„schlecht“, 5=„sehr schlecht“ und für die Auswertung in eine dreistufige Skala wie folgt aggregiert: 1=„gut bis sehr gut“, 2=„teils-teils“, 3=„schlecht bis sehr schlecht“. Die Mehrzahl der Befragten hat die Lebensqualität des Kindes in vier Lebensbereichen als „gut bis sehr gut“ beurteilt (vgl. Abbildung 20). Diese umfassen die Beziehung des Kindes zur Familie, soziale Kontakte, die Fähigkeit des Kindes, sich selbst zu beschäftigen und die körperliche Gesundheit des Kindes.

Die weiteren zwei Aspekte bzw. das Zurechtkommen mit den Leistungsanforderungen in der Schule und die psychische Gesundheit (bzw. die seelische Verfassung) des Kindes wurden durchschnittlich (=Median) mit „teils-teils“ bewertet. Diese Bereiche können auf der Basis von (Mattejat & Remschmid) als potentiell problematische Bereiche gewertet werden. Die Ergebnisse beim Schulbereich spiegeln die Ergebnisse der Beeinträchtigung (vgl. Kapitel 4.1) wider: Die Kinder werden von den ersten Auffälligkeiten am stärksten in den schulischen Bereichen beeinträchtigt, v.a. beim Erledigen von Hausaufgaben, im Schulalltag (z.B. Organisation) und während des Schulunterrichts. Die *Gesamtbeurteilung* aller genannten Aspekte und Lebensbereiche fiel als „gut bis sehr gut“ aus.

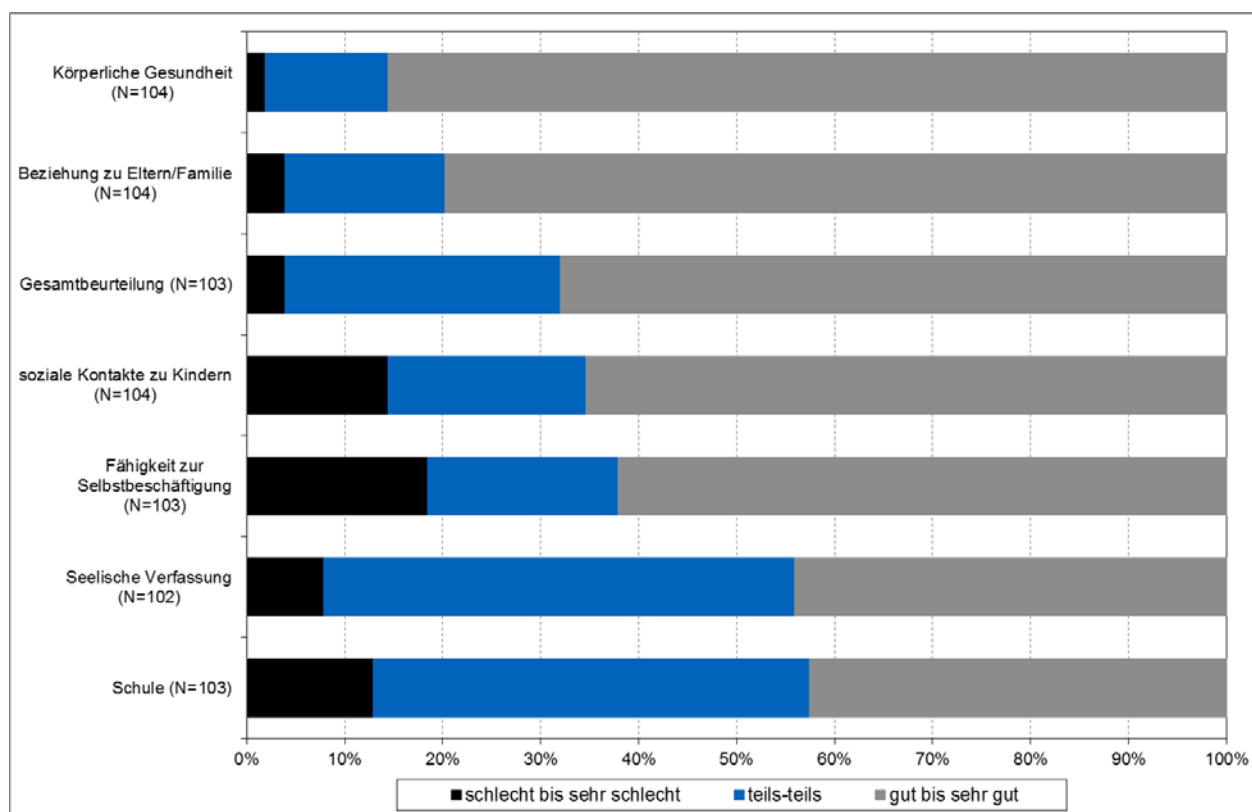


Abbildung 20: Lebensqualität nach Lebensbereichen

4.7.2 Belastungen der Kinder und der Eltern

Die Belastungen des *Kindes* und der *Eltern* durch ADHS und die ADHS-Interventionen (bzw. diagnostische und therapeutische Massnahmen) für das Kind wurden durch die eine fünfstufige Skala bewertet: 1=„überhaupt nicht“, 2=„wenig“, 3=„mässig“, 4=„stark“, 5=„sehr stark“. Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 dargestellt. Im Durchschnitt (=Median) sind die Eltern von der ADHS-Problematik des Kindes innerlich (seelisch) und/oder äusserlich (z.B. organisatorisch) mässig belastet, und rund die Hälfte der Eltern erlebt die ADHS-Probleme des Kindes als stark bis sehr stark belastend. Die Interventionen erleben die Eltern durchschnittlich (=Median) ebenfalls als mässig belastend, aber nur rund ein Drittel der Eltern erlebt diese als stark bis sehr stark belastend.

Nach Angaben der Befragten sind im Durchschnitt (=Median) die Jungen durch die ADHS-Problematik stärker beeinträchtigt oder belastet als die Mädchen und dieser Unterschied fällt statistisch signifikant aus. Eine starke bis sehr starke Belastung betraf rund die Hälfte der Jungen und nur ein Drittel der Mädchen. Von den Behandlungen sind die Kinder nur „wenig“ belastet.

Tabelle 16: Belastungen nach Zielperson

Belastung durch:	Belastung Eltern			Belastung Mäd- chen			Belastung Jungen			Belastung Gesamt (Kinder)			Sig.
	N	Md	%>3	N	Md	%>3	N	Md	%>3	N	Md	%>3	
• ADHS-Probleme	104	3	49%	33	3	30%	71	4	55%	104	3	47%	*
• Interventionen	103	3	30%	33	2	6%	71	2	23%	104	2	17%	

Md: Median; %>3: Anteil Fälle mit starken bis sehr starken Belastungen. Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Median Jungen/Mädchen (Mann-Whitney-U-Test), * $p \leq 0.05$. Die Fallzahlen bei den Eltern variieren wegen der unterschiedlichen Anzahl der *Missings* bei den zwei Fragestellungen.

4.8 Umfeld Schule

Die Mehrheit der Eltern haben die *aktuelle(n)* Klassenperson(en) über die ADHS-Diagnose ihres Kindes informiert (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Informieren der aktuellen Klassenperson(en)

	Anteil
<i>Nur eine Klassenperson (N=46)</i>	
• Falls nur eine Klassenperson: informiert	93%
• Falls nur eine Klassenperson: nicht informiert	7%
<i>Zwei Klassenpersonen (N=56)</i>	
• Falls zwei Klassenpersonen: beide Klassenpersonen informiert	80%
• Falls zwei Klassenpersonen: nur eine Klassenperson informiert	4%
• Falls zwei Klassenpersonen: keine der beiden Klassenpersonen informiert	16%
Drei Kinder gingen zur Zeitpunkt der Befragung nicht in die Schule bzw. hatten keine Klassenperson.	

Die Eltern haben die *informierten* Klassenpersonen in verschiedenen Bereichen (wie z.B. hinsichtlich des Wissensstands über ADHS) anhand einer fünfstufigen Skala: 1= „sehr gut“, 2= „gut“, 3= „teils-teils“, 4= „schlecht“, 5= „sehr schlecht“ bewertet. Die Auswertung zur Beurteilung der einzelnen Klassenlehrpersonen erfolgt auf der Ebene der Klassenlehrpersonen (statt auf der Elternebene). Die Ergebnisse zur Einschätzung der *informierten Klassenlehrpersonen* sind in Tabelle 18 dargestellt.

Generell wurden die informierten Klassenlehrpersonen positiv beurteilt, v.a. im Bereich Verhalten gegenüber dem Kind. Nur wenige der informierten Klassenlehrpersonen (7-11%) werden in den verschiedenen Bereichen als sehr schlecht beurteilt. Konkret zeigt aus Elternsicht *über die Hälfte* der Klassenpersonen ein gutes oder sehr gutes Verständnis für die ADHS-Problematik und verhält sich dem betroffenen Kind gegenüber gut oder sehr gut. *Rund die Hälfte* der beurteilten Klassenpersonen verfügt aus Elternsicht über einen guten oder sogar sehr guten Wissensstand über ADHS, hat einen guten bis sehr guten Austausch mit den Eltern bzgl. des Schulalltags des Kindes und gestaltet den Schullalltag (z.B. zusätzliche Bewegungschancen, Stundenfahrplan) aus Sicht der Eltern gut oder sehr gut. Allerdings gestalten aus Elternsicht 28% der Klassenlehrpersonen den Schulalltag unbefriedigend. Die Eltern scheinen mit dem Austausch über die Behandlung des Kindes etwas weniger zufrieden zu sein: Obwohl 45% der beurteilten Klassenlehrpersonen eine gute bis sehr gute Bewertung erhält, bietet aus Sicht der Eltern ein Viertel einen schlechten bis sehr schlechten Austausch an.

Die *Gesamtbeurteilung* der Klassenlehrpersonen fällt positiv aus: Rund die Hälfte der Klassenlehrpersonen erhielt die Bewertung gut bis sehr gut, und lediglich 17% die Bewertung schlecht bis sehr schlecht.

Tabelle 18: Einschätzung der informierten Klassenpersonen

Bereiche	Gut bis sehr gut	Teils-teils	Schlecht bis sehr schlecht
• Verhalten gegenüber dem Kind (N=133)	68%	20%	11%
• Verständnis für die ADHS-Problematik (N=133)	60%	20%	20%
• Wissenstand über ADHS (N=134)	53%	28%	18%
• Austausch mit den Eltern über den Schulalltag (z.B. Leistung, Verhalten) (N=134)	53%	28%	18%
• Gesamtbeurteilung (N=132)	53%	30%	17%
• Gestaltung des Schulalltags (z.B. Stundenfahrplan) für das Kind (N=133)	51%	21%	28%
• Austausch mit den Eltern über die Behandlung des Kindes (N=132)	45%	30%	25%

In der Stichproben gibt es insgesamt 135 (=43+45+45+2) *informierte* Klassenlehrpersonen. Allerdings wurden nicht alle Klassenlehrpersonen bzw. nicht alle Bereiche beurteilt. Damit ergeben sich unterschiedliche Fallzahlen.

Die positive Beurteilung ist nicht überraschend. Die Tatsache, dass die Eltern die Klassenlehrpersonen über die ADHS-Diagnose informiert haben, setzt einerseits ein gewisses Vertrauen bzw. eine eher positive Einstellung gegenüber der Klassenlehrperson voraus.

Andererseits dürfte in einigen Fällen die Beurteilung nach einem ADHS-bedingten Schulwechsel bzw. nach einer nicht zufriedenstellenden Zusammenarbeit mit der ehemaligen Klassenlehrperson erfolgt sein, wie einige Kommentare der Eltern zeigen:

- „3 Monate nach der Diagnose wechselte unsere Tochter die Klasse (kein Umzug, Wechsel bedingt durch Schulsystem) neues Schulhaus, neue Lehrperson. Und von einem Tag auf den anderen hatte unsere Tochter fast keine Anzeichen mehr von ADS.“
- „Die Schule hat uns in die ganze ADS Abklärung geschickt. Nach der Diagnose wurden wir fast nicht unterstützt. Die Schule/Lehrerin hatte keine Zeit sich um uns zu kümmern. Nach dem Schulhauswechsel scheint das besser zu sein.“
- „Unser Sohn ist unterdessen auf einer Kleinschule und fühlt sich sehr wohl. Er ist notenbefreit.“
- „(...) Dass die Lehrpersonen vor allem in der Primarschule nicht wissen, wie man mit so einem Kind umgeht. Genau da müsste man mehr machen, denn wenn das Kind in dieser Phase nur Negatives erfährt, ist der tägliche Gang zur Schule eine Qual!“
- „Grosse schulische Probleme beim Eintritt in Schule X. Unkooperatives Verhalten mehrerer Lehrpersonen. Deswegen Abbruch im 2.Jahr. Besucht momentan eine Privatschule.“

Bei *nichtinformierten* Klassenlehrpersonen wurden die Eltern nach den Gründen für das Nichtinformieren gefragt. Als am häufigsten genannten Grund für das Nichtinformieren haben die Befragten die Besorgnis über die Kompetenzen der Lehrperson in Bezug auf ADHS sowie die Besorgnis über Vorurteile genannt. Es folgte die Besorgnis über Vorwürfe, über Verständnislosigkeit und über die Überforderung der Lehrperson sowie die schlechten Erfahrungen mit anderen Lehrpersonen. Weitere Gründe für das Nichtinformieren waren: das betroffene Kind wollte die Lehrperson nicht selber informieren, die Eltern sahen keinen Bedarf für das Informieren.

5 ADHS als gesellschaftliches Phänomen: Perspektiven zentraler Akteure

5.1 Vorbemerkungen

Die beiden qualitativen Studienteile (Elterninterviews, Fokusgruppen) befassen sich mit dem breiteren sozialen Kontext von ADHS. Das Phänomen ADHS wird im Spannungsfeld von Kind, Eltern, Schule und Fachpersonen untersucht. Um das Phänomen ADHS genauer zu erforschen, ist es deshalb wichtig, sowohl individuelle Erfahrungen als auch gesellschaftliche Prozesse zu analysieren. Ziel ist es deshalb, anhand der Datenlage zu zeigen, inwiefern ADHS als Krankheitsbild, als Diagnose und als Alltagsbegriff von Diskursen in der Gesellschaft mitgeformt wird. Kenntnisse aus der Literatur deuten zum Beispiel darauf hin, dass Pathologisierungsdiskurse zu unsauberer Evaluationen und Diagnosen sowie teilweise zu Überdosierungen bei der Einstellung der Medikamente führen können (Bailey, 2009).

5.2 Perspektive der Eltern und Familien

5.2.1 Bedeutung der ADHS im Alltag der Familien

Aus der Perspektive der Eltern bedeutet die ADHS ihrer Kinder, mit verschiedenen Herausforderungen im Alltag konfrontiert zu sein. Die Eltern berichten, dass ihre Kinder bis ins Jugendlichenalter grosser Aufmerksamkeit bedürfen, weswegen die Eltern den Kindern einfache Abläufe und klare Strukturen im Alltag bieten müssen: *„Ich habe bei ihr immer das Gefühl, ich muss wirklich da sein“* (MUTTER_FG_3). Trotz dem Versuch, klare Strukturen zu schaffen, berichten die betroffenen Eltern bei der ADHS ihrer Kinder von einer *„Gratwanderung“* (MUTTER_FG_1, MUTTER_FG_2, MUTTER_INT_10) oder von einer *„Wellenbewegung“* (MUTTER_FG_2):

„Für mich ist es vor allem die Wanderung. Man weiss am Morgen nicht, man hat das Gefühl juhui heute ist gut und am Mittag dreht es und am Abend ist das Kübelchen ganz unten. Oder am Morgen knackt er ab, bis er in die Schule geht und am Mittag kommt er nach Hause und ist tiptop zu Wege. Also ich finde es eine Gratwanderung. Man weiss nie, auf was dass man sich einlässt am Abend oder am Morgen“ (MUTTER_FG_1).

Aus Eltern-Sicht bedeutet die ADHS der Kinder auch, mit Schwierigkeiten in der Schule konfrontiert zu sein. Zum einen würden die Kinder von den Mitschüler/innen teilweise *„gemobbt“* (MUTTER_FG_2) und *„beleidigt“* (MUTTER_FG_1). Eines der Kinder gerät vor allem mit neuen Mitschüler/innen in Konflikte, die mit der Problematik der ADHS (noch) nicht vertraut sind. Zum anderen sei die Frage, ob es dem Kind in der Schule gut geht, stark von der Lehrperson abhängig. In einem Fall führt die Mutter Schwierigkeiten in der Schule konkret auf die Lehrperson zurück, weil diese die ADHS des Kindes nicht akzeptiere und dieses jeweils bei Unaufmerksamkeiten bestrafe. Auch die Eltern eines Mädchens im Jugendalter stiessen von der Lehrperson im Gymnasium auf wenig Verständnis. Es hiess, man habe nicht viele ADHS-Kinder im Gymnasium, die Situation sei neu. Die Schule war deshalb nicht bereit, der Jugendlichen wegen des ADHS besondere Bedingungen anzubieten, ihr z.B. mehr Zeit bei Prüfungen zu geben. In beiden Fällen entschieden sich die Eltern für einen Wechsel von der öffentlichen zur privaten Schule: Zu stark hätten ihre Kinder darunter gelitten, in der Schule nicht nachzukommen und *„anders“* (MUTTER_FG_3) zu sein.

Die Eltern und die Kinder sind aber nicht nur in der Schule, sondern auch in ihrer Alltagswelt mit besonderen Herausforderungen konfrontiert: *„Ich finde es, für mich es ist ein Thema, welches allgegenwärtig ist“* (VATER_FG_4). Die ADHS heisst aus Eltern-Sicht nämlich auch, dass die Kinder sowie auch die Eltern mit Stigmatisierungen und Vorurteilen aus dem Umfeld (Nachbarn, Bekannte, Angehörige, etc.) konfrontiert sind. Einige Mütter mussten sich z.B. anhören, dass ihr Kind schlecht erzogen sei oder durch Medikamente *„ruhig gestellt“* (MUTTER_FG_2) werde. Ein Kind wurde von seinen Kollegen/innen als *„Tabletten-Junkie“* (MUTTER_INT_09) bezeichnet. Aus der Perspektive der Eltern wäre es zentral und wünschenswert, von ihrem Umfeld mehr Akzeptanz zu erhalten, wenn es um das Verhalten des Kindes geht oder um die Frage, ob das Kind Medikamente einnimmt oder nicht. Das fehlende Verständnis des

Umfeldes führte bei einer Familie dazu, dass sie Besuche bei der Verwandtschaft oder in der Nachbarschaft vermeiden.

Die ADHS des Kindes bedeutet gemäss den Beschreibungen in den Interviews aber auch, mit Druck und hohen Anforderungen umgehen zu müssen, die heutzutage in der Schule, in der Lehre und in der Gesellschaft an die Kinder gestellt werden. Mehrere Eltern äussern sich dahingehend, dass ihre Kinder in der heutigen, schnelllebigen Gesellschaft gar keinen Platz mehr hätten: *„Ich habe wie das Gefühl, es hat keinen Platz ja. Hat man allgemein, dass kranke Leute keinen Platz in der Gesellschaft haben. Egal was ja“* (MUTTER_FG_3). Die Eltern wünschen sich mehr Solidarität, Akzeptanz und Aufklärung bezüglich des ADHS in den Schulen, in den Medien und in den Köpfen der Menschen. Für viele Eltern sind die gesellschaftlichen Entwicklungen nicht förderlich für die ADHS: Die *„Gesellschaft hat ein Problem“* (MUTTER_FG_3), sagt eine Mutter, weil die Kinder, sobald sie aus der *„Reihe tanzen würden“* (MUTTER_FG_2) abgeschoben werden, automatisch weniger Chancen im Leben hätten. Eine Mutter sagt, sie habe das Gefühl, dass der Grund darin liegen könnte, dass ADHS keine sichtbare Krankheit wie z.B. das Down-Syndrom sei. Sie meint, es sei deshalb für Aussenstehende schwieriger nachzuvollziehen, dass ein betreffendes Kind sich nicht absichtlich unaufmerksam oder störend verhalte.

Die Eltern haben geäussert, sich in Zukunft zu wünschen, dass die Schulen vermehrt nach dem Prinzip eines Belohnungssystems arbeiten würden, und es weniger darum ginge, die Leistungen der Kinder zu vergleichen und an einem vorgegebenen Massstab festzulegen. Die Eltern sind ausserdem der Meinung, dass die Früherkennung in den Schulen oder schon im Kindergarten verbessert werden müsste und sowohl die Kinder als auch deren Eltern über ADHS informiert werden sollten. Die Eltern berichten von zu vielen *„Halbwahrheiten“* (MUTTER_FG_2), zu vielen falschen Vorurteilen, die über ADHS kursieren.

„(...)dass man das wirklich als Thema bringt in der Schule, wie das Thema AIDS, wie das Thema Sexualität oder (...) Einfach dass es wirklich, wir sind verschieden und jedes Kind, es kann jeden treffen. Also jeden von uns kann das treffen oder“ (MUTTER_FG_3).

5.2.2 Auffälligkeiten im Verhalten der Kinder

Die Mütter wurden in den qualitativen Interviews gefragt, welche Auffälligkeiten sie bei ihren Kindern bereits vor der ADHS-Diagnose wahrgenommen haben. Mittels eines inhaltsanalytischen Verfahrens wurden die Aussagen der Befragten in Kategorien und im Folgenden in den einzelnen Unterkapiteln dargestellt.

Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit

Einige Mütter beschreiben bei ihren Kindern Konzentrationsschwierigkeiten als auffälliges Verhaltensmerkmal. Die Kinder haben Mühe, sich bei spezifischen Aufgaben (z.B. Rechenaufgaben) zu fokussieren und lassen sich schnell ablenken. Die betroffenen Jungen und Mädchen würden gemäss Aussagen der Befragten *„abtauchen“* (MUTTER_INT_10), seien in ihrer *„eigenen Welt“* (MUTTER_INT_10) und können bei den Aufgaben nicht *„dranbleiben“* (MUTTER_INT_06). Einige Mütter sprechen von Begabungen und Talenten ihrer Kinder, die sie aber oftmals nicht abrufen können, da sie unter einer inneren Unruhe und unter Konzentrationsschwäche leiden. Ein anderes Phänomen sei ausserdem die einseitige Fixierung auf Dinge, die für die Kinder von Interesse sind. Wenn Sie von einer Lehrperson gezwungen werden, ihren Fokus auf eine bestimmte Aufgabe zu richten, könne dies zu einer Arbeitsverweigerung oder einer Blockade führen. Bereits im frühen Kindesalter stellen viele der Mütter zudem eine auffällige Vergesslichkeit fest: Die Kinder haben Probleme, einfachen Aufgaben nachzukommen, die andere routinemässig erledigen; sie können sich nach kurzer Dauer nicht mehr an Arbeitsaufträge erinnern oder lassen Gegenstände liegen. Aus der Sicht zweier Eltern hat sich die Situation hinsichtlich der Vergesslichkeit durch die Einnahme von Medikamenten verbessert.

Impulsivität und starker Gerechtigkeitssinn

Die von ADHS betroffenen Kinder werden von den Befragten teilweise als „*impulsiv*“ (MUTTER_INT_02), „*zappelig*“ (MUTTER_INT_01) oder „*hyperaktiv*“ (MUTTER_INT_07)“ wahrgenommen. Zwei der zehn Kinder werden ausserdem als „*fröhlich, aktiv und lebendig*“ (MUTTER_INT_02), bezeichnet. Das impulsive Verhalten äussere sich durch einen angestiegenen Redefluss oder einen Drang, Handlungen möglichst schnell und ohne Berücksichtigung möglicher Konsequenzen umzusetzen. Ein auffallend ausgeprägter Gerechtigkeitssinn wurde von drei Gesprächspartnerinnen erwähnt: Ihre Kinder reagieren impulsiv, wenn sie das Gefühl haben, ungerecht behandelt zu werden. Eine falsche Zurechtweisung oder Bestrafung führt in diesen Situationen zu wütenden Überreaktionen wie Beschimpfungen, Türe-zu-schlagen oder Wegrennen. Eine Mutter spricht mit Blick auf das impulsive Kommunizieren und Handeln ihres Kindes von Sport und Bewegung als hilfreiche Entlastung. In anderen Fällen wiederum hat sich die Situation erst durch eine medikamentöse Behandlung verbessert.

Sozialverhalten: Geselligkeit und Introvertiertheit

Einige Mütter beschreiben ihre Kinder als sozial kompetent. Die Befragten definieren dies durch die Abwesenheit aggressiven Verhaltens, die gute Integration in der Klasse oder das Vorhandensein von Freunden/innen. Die Kinder werden z.B. als „*sozial stark*“ (MUTTER_INT_09), „*kommunikativ und gesellig*“ (MUTTER_INT_08) oder als hilfsbereite Personen beschrieben, die sich um andere kümmern, wenn es ihnen schlecht geht. Ein negatives Sozialverhalten wird direkt nur von einer Befragten beschrieben. Ihr Kind habe Mühe im Umgang mit anderen Personen, sei sich unsicher, wie es sich verhalten muss. Seit dem Kindergarten hat es zudem Schwierigkeiten, Freundschaften zu schliessen²⁹.

Aber einige Kinder werden auch als „*introvertiert*“ (MUTTER_INT_01), „*scheu*“ (MUTTER_INT_01, 10), „*verträumt*“ (MUTTER_INT_07, 10) oder „*zurückhaltend*“ (MUTTER_INT_10) beschrieben. Sie ziehen sich in ihre eigene Welt zurück und meiden den sozialen Kontakt zu anderen, wie das folgende Zitat einer Mutter zeigt:

„(...)dass sie da sitzt und einfach in die Welt hinaus schaut (...) es kommt mir vor, wie wenn sie von einem anderen Planeten wäre“ (MUTTER_INT_01).

Mangelndes Selbstwertgefühl und Suizidalität

Nahezu alle Mütter beschreiben ein auffällig niedriges Selbstwertgefühl der Kinder, weil sie sich im Vergleich zu anderen Kindern nutz- oder wertlos, langsam oder dumm fühlen. Ein mangelndes Selbstwertgefühl tritt z.B. auf, wenn sie sich in der Schule auf eine Aufgabe konzentrieren und dann feststellen, dass ihnen die vorgegebene Zeit nicht ausreicht, um die Aufgabe zu bewältigen. Die Kinder würden sich teilweise zurückziehen, litten unter einer extremen Traurigkeit oder depressiven Gefühlen:

„Aber er ist dann einfach immer trauriger geworden, weil er gemerkt hat, ich ‚tigge‘ nicht wie die andern. Hat sich dann auch ein bisschen mehr angefangen abzugrenzen, hat dann nicht mehr so Kollegen gehabt, nicht mehr so ‚Gschpändli‘ gehabt und dieser Leidensdruck ist echt gross geworden“ (MUTTER_INT_06).

In 2 von 10 Fällen äusserten die Kinder gegenüber ihren Eltern Selbstmordgedanken ohne dabei aktive Selbstmordversuche unternommen zu haben.

²⁹ Aus der Sicht der Forschenden drängt sich hier folgende Interpretation auf: Das Kind hat Mühe, auf seinen Wissensvorrat alltäglicher, bewährter Handlungsmuster zurückzugreifen. Durch die Beschreibungen der Mutter im Interview wurde klar, dass das Kind nicht in der Lage ist, einfache Routinen bzw. Interaktionen (wie beispielsweise jemanden zu Grüßen) zu verstehen. Im wissenssoziologischen Sinn lässt dies auf einen pathologischen Befund oder eine mangelnde Internalisierung gewisser Alltagsinteraktionen schliessen (Berger & Luckmann, 1977).

Vergleiche zur Literatur

In den Klassifizierungssystemen der ICD³⁰ und des DSM³¹ werden Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität als Kernsymptome genannt, um ADHS zu diagnostizieren. Ein ausgeprägter Gerechtigkeits-sinn wird jedoch weder bei den Klassifizierungssystemen noch in der Literatur (Brida, Daseking, Petermann, & Goldbeck, 2010; Döpfner, 2010; Rowland et al., 2002; Skrodzki, 2005; Wülker, 2009) beschrieben.

5.2.3 Familiäre Belastungen

Mehrere Eltern haben erwähnt, dass die ADHS-Symptomatik ihres Kindes belastend sei, besonders für sie als Eltern, für die Eltern-Kind Beziehung, aber auch für die ganze Familie. Akute Leidensphasen der Tochter oder des Sohns sowie ständige Wiederholungen von Aufforderungen (an die Kinder) kosten Nerven und sind anstrengend:

„Aber wirklich immer zu merken, wir stossen immer wieder an. Es hört nie, es hört nicht auf, sondern es begleitet“ (MUTTER_INT_09).

„Es hat mich, es ist, ich sage, ich bin zehn Jahre älter geworden. Einfach ein Kind, das immer weinend in die Schule geht“ (MUTTER_INT_04).

„Es ist sehr anstrengend, weil D. muss man alles sagen, was er machen muss“ (MUTTER_INT_03).

Zwei Eltern bemerken zudem, dass die Beziehung des ADHS-Kindes zu seinen Geschwistern durch die Symptome belastet ist. In einem Fall, weil das andere Geschwister zu kurz kommt und im anderen durch ständige Konflikte des ADHS-Kindes mit seinen Geschwistern.

5.2.4 Behandlungen und Wirkungen

Die meisten der betroffenen Jungen und Mädchen (8 von 10) werden bzw. wurden mit Medikamenten aus dem Kreis der Methylphenidate (Ritalin, Focalin, Concerta) oder der Amphetamine behandelt. Bei zwei Kindern wurde die Behandlung wegen Nebenwirkungen wieder abgebrochen. Die Mehrheit der behandelten Kinder (6 von 8) befindet sich gleichzeitig in (unregelmässiger) psychologischer oder psychiatrischer Behandlung, etwa als ergänzende Hilfestellung oder um die Medikamentendosierung zu überwachen und einzustellen. Bei denjenigen Kindern, die nicht mit Medikamenten behandelt werden, ergreifen die Eltern alternativmedizinische Behandlungsmethoden wie bspw. Kinesiologie oder eine Musiktherapie. Nicht aus allen Interviews geht hervor, durch welche Fachperson das MPH verschrieben wurde. Die Entscheidung gegen eine medikamentöse Behandlung wurde dabei von den Eltern bewusst oder aus Prinzip gefällt.

Medikamentöse Behandlungen

Die Behandlung von ADHS mit Medikamenten hat aus der subjektiven Perspektive der Befragten in fast allen Fällen positive Auswirkungen auf das Sozialverhalten und das Selbstwertgefühl der Kinder. Die Betroffenen seien ruhiger, könnten sich bei den Hausaufgaben besser konzentrieren und arbeiteten schneller im Ausführen von Aufgaben. Dies führe zu einer gesteigerten Selbstakzeptanz, besseren Schulnoten und einer fröhlicheren Stimmung. Indirekt beruhigen sich dadurch auch die angespannten innerfamiliären Verhältnisse. Die folgenden Zitate zweier Mütter zeigen eine deutliche Verbesserung der gesamten Alltagssituation durch die Einnahme von Medikamenten:

„Und das ist eigentlich für ihn, dann ist die Welt aufgegangen. Also dann hat er Noten heimgebracht, ist glücklich heim: ‚Mami, ich bin besser gewesen wie der, und einfach für sein Selbstvertrauen auch zu sehen, hey, ich kann ja das auch‘ (MUTTER_INT_05).

³⁰ International Classification of Diseases (ICD) der WHO; Zugriff auf <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (Stand 03.07.2014)

³¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Klassifikationssystem der „American Psychiatric Association“; Zugriff auf http://allpsych.com/disorders/disorders_dsmIVcodes.html (Stand 03.07.2014).

„Das ist wirklich unglaublich gewesen, das ist wie wenn man wirklich jemanden wach geküsst hätte, so, ja (...) das ist eben das Frappante (...). Es ist genau noch M., aber einfach die zufriedene M., wie wir sie vorhin auch schon kannten, aber einfach ja weniger schnell also. Wir haben auch ja also, ich meine, es ist wie in den Ferien, da ist man doch auch irgendwie friedlicher“ (MUTTER_INT_06).

Die meisten Eltern berichten aber auch über unangenehme Nebenwirkungen der Medikamente. Die Befragten berichten von Appetitlosigkeit, von Problemen beim Essen, weil ihre Kinder am Morgen und am Mittag keinen Hunger empfinden. Das Hungergefühl käme erst am Nachmittag oder am Abend und bilde eine Einschränkung des alltäglichen Lebens von Familie und Kind:

„Ja und einfach diese Nachtesser. Oder, den Tag durch sozusagen nichts und am Abend schaufeln sie rein. Wenn man ja ein bisschen etwas von Ernährung versteht, weiss man, dass das nicht gesund ist, aber er kann sonst nicht essen, er muss erbrechen, wenn er sonst isst. Ja“ (MUTTER_INT_06).

Auch Schlafprobleme und -Störungen als Effekte der Behandlung mit Medikamenten werden von zwei Müttern erwähnt, wobei die Kinder oftmals bis spät am Abend wach sind und partiell in traurige Stimmungen verfallen. Zwei weitere Elternteile haben das Gefühl, bei ihrem Kind eine Veränderung des Charakters durch die Einnahme eines Medikaments feststellen zu können. In einem Fall wurde das Kind gemäss den Eltern depressiv, es hat sehr oft geweint:

„Und mein Mann hat gesagt, jetzt ist sie verändert, das ist nicht mehr unser Kind, so wie wir sie kennen. Und dann haben wir das, also wirklich, Frau X [Psychiaterin] angerufen, habe gesagt, ich kann ihr das [Medikament] nicht mehr geben, es bricht mir das Herz, sie ist nur noch am Weinen“ (MUTTER_INT_07).

Die Mütter beschreiben die Auswahl und Dosierung des jeweiligen Medikaments als komplex. Aufgrund der auftretenden Nebenwirkungen (Schlafprobleme, Appetitlosigkeit), den Rebounds, wenn das Medikament nachlässt (am Abend) bzw. nicht mehr eingenommen wird (z.B. in den Ferienzeiten) sowie der Sorge hinsichtlich einer möglichen negativen körperlichen Entwicklung aufgrund der Einnahme, gestaltet sich der Prozess der Medikamentenfindung und -Dosierung als schwierig. So wird die Dosis eines Medikaments beispielsweise oftmals erhöht oder das Medikament geändert. In einem Fall wurde die Behandlung durch Medikamente, zuerst Ritalin, dann Amphetamin, aufgrund zu starker Nebenwirkungen abgebrochen.

Alternative Heilpraktiken und andere Interventionen

Fast alle der befragten Mütter (9 von 10) haben vor oder nach der Diagnose weitere Angebote zur Verbesserung der ADHS-Situation genutzt. In vielen Fällen werden die alternativen Heilpraktiken oder andere Interventionen gezielt für einzelne Problembereiche eingesetzt, z.B. um die Konzentration des Kindes zu verbessern. Viele der Befragten sammelten Erfahrungen mit alternativmedizinischen Behandlungsmethoden wie Musiktherapie, Homöopathie, Kinesiologie oder Bioresonanz. Einige Eltern nehmen auch für sich selbst Hilfe in Anspruch und besuchen Selbsthilfegruppen oder Elterngesprächsrunden. Die meisten Mütter nutzen alternativmedizinischen Behandlungsmethoden für ihre Kinder ergänzend zu einer medikamentösen Behandlung, manchmal auf regelmässiger Basis, manchmal sporadisch. Direkte negative Wirkungen der alternativen Heilpraktiken werden zwar nicht beschrieben, es kommt jedoch vor, dass eine alternativmedizinische Behandlung in die Wege geleitet wurde, die ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr ausgereicht oder zu wenig positive Effekte gezeigt hat, um sie weiterzuführen:

„Eben mit der Homöopathie haben wir es lange probiert, aber das hat einfach nicht ‚verhebt‘, also, ob es etwas gebracht hat, wissen wir nicht, einfach, es hätte nicht mehr gereicht“ (MUTTER_INT_10).

Da die alternativmedizinischen Behandlungsmethoden insbesondere als ergänzende Hilfestellungen genutzt werden, wirken sie durchaus unterstützend bei gewissen Teilaspekten der Problematik. Für eine Mutter ist eine Selbsthilfegruppe für den besseren Umgang mit der ganzen Situation eine grosse Hilfe:

„Und diese Elterngesprächsgruppe, wo ich da teilgenommen habe, hat mir auch geholfen zu sehen, die anderen haben die gleichen Probleme und so und so könnte man es vielleicht noch anpacken. Das hat mir sehr viel gebracht“ (MUTTER_INT_06).

Positive Effekte von alternativen Heilpraktiken oder Sport wurden vorwiegend von den Müttern erwähnt, die klar gegen eine medikamentöse Einnahme sind. Eine Mutter erzählt von positiven Erfahrungen durch eine Behandlung durch Kinesiologie:

„Ja das hat es eben. Also er hat wirklich dann auch in der Schule vorne, das mit dem Sozialen hat sich ziemlich beruhigt. Also er konnte sich wirklich auch aus Situationen herausnehmen und eben ja, wo er halt vorher einfach auch reinschoss und dachte, ja das ist jetzt eben, mache ich jetzt. Also ich finde, es hat sich sehr viel geändert“ (MUTTER_INT_02).

Auch in einem anderen Fall hat sich die Situation durch eine alternative Therapie, eine Musiktherapie, erheblich verbessert:

„Die erste Woche, eine Stunde, zwei Stunden. Jeden Tag muss man sich auf einen Stuhl setzen und muss gregorianische Musik hören. Und das hat so Intervalle, dann kommt die Musik, drrr und so. Und das bewirkt, dass das Kind sich konzentriert. Anscheinend, im Gehirn, dass die Zellen sich regelmässig zuhören. Und N. hat es gutgetan, also seitdem ist sie wirklich sehr gut. Also, sie spricht auf diese Therapie gut an“ (MUTTER_INT_08).

5.2.5 Entscheidungsprozesse für oder gegen eine medikamentöse Behandlung

Der Leidensdruck der Kinder und der Familie zu Hause und in der Schule ist einer der Hauptgründe, warum Eltern sich für eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Viele der Interviewpartner/innen erklären, dass ihre anfänglich skeptische oder negative Einstellung zur medikamentösen Behandlung sich mit dem zunehmenden Leidensdruck der Kinder verändert hat. Dieser tritt meistens bei wichtigen Übergängen im Leben der Kinder auf, z.B. beim Wechsel vom Kindergarten in die Schule oder beim Eintritt in die Lehre bei Jugendlichen. Häufig kamen die Leidenssituationen durch die schulischen Leistungsanforderungen zustande, die für die Kinder nicht mehr zu bewältigen waren und so zu Frustration, mangelndem Selbstvertrauen, Stress, Gefühlen des Dumm-seins, depressiven Stimmungen und sozialem Rückzug führten. Die Eltern möchten mit der Medikamenteneinnahme verhindern, dass solche Situationen wiederholt auftreten. Die Eltern haben sich unentschieden, als der Leidensdruck für die Kinder zu gross wurde:

„Wir haben immer das Gefühl gehabt, das geht doch auch ohne und er kann doch wirklich (...) und dieser Leidensdruck ist echt gross geworden. Und dann haben wir wirklich auch angefangen uns zu überlegen, ja vielleicht müssen wir es halt trotzdem probieren mit diesem Medikament“ (AHDS 06).

„(...) und dann ist eigentlich der Leidensdruck ist ja dann eben, 4./5. Klasse gekommen (...). Weil vorher ist irgendwie ganz klar gewesen, okay, er hat ein ADS, aber wir werden ihm nie irgendein Medi geben“ (MUTTER_INT_10).

Eine medikamentöse Behandlung hilft in diesen Fällen als Entlastung für Kind und Familie: Die Leistungen der Kinder verbessern sich, und das Kind fühlt sich dadurch weniger ausgeschlossen und kann seine Selbstzweifel reduzieren. Aus der Sicht einer befragten Mutter werden Medikamente nicht aus reiner Überzeugung als Behandlungsmethode gewählt, sondern aus Angst vor einer falschen Entscheidung, welche die schulische Laufbahn des Kindes negativ beeinflussen könnte. Das Bewusstsein für eine MPH-Behandlung rückt teilweise auch auf Grund sozialen Drucks in den Fokus. Einige Eltern befürchten einen sozialen Ausschluss des Kindes in der Schule und möchten vermeiden, dass ihr Kind durch seine Konzentrationsschwächen, seine Vergesslichkeit oder seine „Andersheit“ auffällt und darunter leidet. Diejenigen Eltern, die ihre Kinder mit Medikamenten behandeln lassen, haben alle vor oder nach Erhalt der Diagnose ergänzend weitere Interventionen und Behandlungsmethoden in Anspruch genommen, um gezielte Problembereiche, z.B. die Konzentration des Kindes, zu verbessern. Eine Mutter war erst nicht für eine medikamentöse Behandlung, hat noch zugewartet, bis andere Behandlungsoptionen ausgeschöpft waren. Es zeigte sich allerdings, dass die einzelnen Behandlungsmethoden in diesem Fall nicht ausreichend waren, um den Leidensdruck des Kindes zu senken:

„Wir haben gefunden, wir geben es ihm ganz sicher bis in die Oberstufe, jetzt einfach mal durch, mit den Ferienpausen, geben wir es ihm sicher, weil wir nicht wollen, dass er wieder in diese Frustration reinkommt. Wir machen uns eher Vorwürfe, dass wir es nicht schon früher gegeben haben. Das ist vielleicht eine Nebenwirkung von den Heilpädagogen, weil wir eben gefunden haben, die machen das so gut“ (MUTTER_INT_04).

Eine Mutter berichtet, dass sie sich für eine Medikamenteneinnahme entschieden haben, um die Sicherheit zu haben, dass ihr Kind in einer erneuten Situation des Leidens „ein Hilfsmittel“ (MUTTER_INT_01) zur Verfügung hat.

Insgesamt drei von zehn Befragten können als Gegnerinnen von Medikamenten bezeichnet werden. Über eine medikamentöse Behandlung wollen sie nicht (mehr) nachdenken, das ist für sie nicht verhandelbar. Gründe für diese Abwehrhaltung liegen bei Bedenken vor Nebenwirkungen, insbesondere negativen Veränderungen des Charakters des Kindes. Diese Bedenken äussern sowohl Eltern, die ihrem Kind bereits ein Medikament verabreicht haben als auch Eltern, die noch keine medikamentöse Behandlung genutzt haben. Die Eltern sind auch unsicher bezüglich der Entwicklung der MPH-Präparate, weil die Langzeiteffekte der Medikamente noch nicht genügend erforscht seien, was später bspw. zu einem gestörten Wachstum oder Problemen bei einer Schwangerschaft führen könne.

Die Eltern befürchten zudem mentale Konsequenzen der Medikamenteneinnahme. Sie möchten den Kindern und Jugendlichen kein „falsches Signal“ (MUTTER_INT_10) vermitteln, zumal die Einnahme des Medikamentes mit einer gesteigerten Leistungsfähigkeit verknüpft werden könnte und so als eine Art Einstiegsdroge fungieren würde. Eine Mutter, die Ihrem Kind bisher kein Medikament verabreicht hat, sagt, so eine Medizin jeden Tag um die gleiche Uhrzeit zu nehmen, sei wie eine „Droge“ (MUTTER_INT_08). Medikamenten-Gegnerinnen sind aber auch allgemein äusserst kritisch gegenüber gesellschaftlichen Entwicklungen eingestellt: häufig erwähnen sie den zunehmenden Leistungsdruck, der in der Schule auf die Kinder ausgeübt wird. Sie sind auch der Ansicht, dass ADHS nicht als Krankheit zu betrachten sei und infolgedessen das Kind auch nicht mit Medikamenten behandelt werden sollte.

Auch die Mütter, die sich gegen eine medikamentöse Behandlung stellen, reflektieren über Situationen, in denen das Kind leidet. Sie kommen aber dennoch zum Schluss, die ADHS ohne Medikamente zu behandeln. Im Vordergrund stehen bei ihnen alternative Heilpraktiken (Musiktherapie, Kinesiologie etc.) oder Sport und Bewegung, welche helfen können, die Symptome zu verringern:

„Also ich wollte das nicht [die Behandlung mit Ritalin]. Von Anfang an, obwohl im Nachhinein habe ich mich schon öfters gefragt, ich will ihr nicht mehr zumuten, als was sie eigentlich mehr kann“ (MUTTER_INT_08).

„Und ich sagte immer, wissen sie, solange es bei mir zu Hause so gut geht und es nur das Problem in der Schule ist, kommt das für mich sowieso nicht in Frage. Also wenn es jetzt hier zu Hause auch total eskalieren würde und es wirklich nirgends mehr rund laufen würde und ich wirklich merken würde, he er leidet der Junge, er hat keine Sozialkontakte mehr, ich weiss es nicht, was ich dann machen würde. Ich kann es nicht sagen“ (MUTTER_INT_02)

5.2.6 Typologie von betroffenen Eltern

Durch die Methodik der Typenbildung und Dimensionalisierung nach Kelle und Kluge (1999) können anhand der Analyse der Interviews zwei Typen ermittelt werden. Dabei ist jedes der geführten Interviews entweder zu Typ A (n=7) oder Typ B (n=3) zuzuordnen. Die zwei Typen unterscheiden sich bezüglich der Wahrnehmung der ADHS aus der Perspektive der Mütter und den Umgang mit den schulischen und gesellschaftlichen Anforderungen. Es stellt sich zum Beispiel die Frage, wie die Typen mit einem Druck von aussen (z.B. von einer Lehrperson, von der Gesellschaft) umgehen oder wie sie auf Belastungssituationen der Kinder in der Schule reagieren. Die Entscheidung für oder gegen eine medikamentöse Behandlung beziehungsweise eine alternative Behandlungsmethode bildet die dritte Unterscheidungsdimension. Die zwei Typen sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Unterscheidungsdimensionen und Typenbildung des elterlichen Umgangs mit ADHS

Unterscheidungsdimensionen	Typ A <i>Die unter Druck stehenden Angepassten</i>	Typ B <i>Die anders Funktionierenden</i>
Wahrnehmung ADHS	Stehen unter Druck. Wunsch nach Anpassung bzw. „normal“ zu funktionieren	ADHS wird nicht als Krankheit betrachtet. Probleme können in der Familie gelöst werden. ADHS-Symptomatik ist weniger schlimm.
Belastungs- und Druck-situationen	Leidensdruck des Kindes, Belastungssituationen in Schule (und Umfeld). Leistungsanpassung erwünscht. Reduzierung des Leidens nötig.	Von Anfang an gegen medikamentöse Behandlungen, Miteinbezug des Kindes bei Entscheidungen. Förderung des anders-Seins steht im Vordergrund
Behandlung	Entscheidung für Medikamente aufgrund des Leidensdrucks	Alternativmedizinische Behandlungsmethoden oder Sport/Bewegung. Medikamente nur bei Komorbiditäten

Aufgrund des Leidensdrucks des Kindes oder aufgrund von Druck- bzw. Belastungssituationen oder Empfehlungen/Ratschlägen von aussenstehenden Personen, entscheidet sich Typ A für eine Behandlung mit Medikamenten, nachdem zunächst andere Interventionen ausprobiert wurden, aber sich nicht als ausreichend hilfreich erwiesen haben und nachdem die Situation in der Schule, zu Hause und im Alltag nicht mehr bewältigbar war. Durch die Einnahme eines MPHs gelingt es den Kindern, als „normale“ Mitglieder in der Schule und in der Gesellschaft zu funktionieren und den Leistungsanforderungen, die an sie gestellt werden, nachzukommen.

„Aber klar, mit dem Medi ist er nicht auffällig in der Schule, also ich denke, viele Mitschüler wissen das nicht. Also dort funktioniert er normal“ (MUTTER_INT_10).

Beim Typ B wird das Kind über Zuschreibungen wahrgenommen, die es in Bezug auf ADHS als anders funktionierend wie seine Mitschülerinnen und Mitschüler beschreibt. Es ist „einfach anders“ (MUTTER_INT_03), es ist ein „spezielles Kind“ (MUTTER_INT_02), wobei ADHS nicht als Krankheit betrachtet wird. Zentral ist die Förderung des Anders-Seins des Kindes:

„Und ich habe halt einfach von dem her halt ein bisschen eine andere Ansicht was das anbelangt, weil für mich ist ADHS ist keine Krankheit (...) also ich weiss nicht, ob sie schon einmal etwas gehört haben über so ein wenig Regenbogenkinder, Delfinkinder, alle diese Indigokinder, also alles das. Das ist eigentlich für mich, ja ich habe eigentlich ziemlich früh gewusst, dass er ja so ein, so ein, so ein Kind ist. Und dementsprechend halt auch ja ein bisschen anderst gefördert werden müsste oder“ (MUTTER_INT_02).

Typ A: Die unter Druck stehenden Angepassten

Der Typus A bevorzugt eine medikamentöse Behandlung ab dem Zeitpunkt des Auftretens eines Leidensdrucks für das Kind und die Familie. Der Leidensdruck manifestiert sich besonders beim Übergang vom Kindergarten in die Schule. Durch die Einnahme eines MPHs kann sich das Mädchen oder der Junge besser konzentrieren und den Unterrichtsstoff in einem regulär geforderten Tempo absolvieren. In der Schule fällt es dadurch nicht (mehr) sonderlich auf und vermag sich gut zu integrieren. Typ A befürchtet den zunehmenden Stress, der in der Schule auf das Kind zukommt und möchte zu dessen Reduktion beitragen. Eine medikamentöse Behandlung wird positiv wahrgenommen, wenn dadurch eine Anpassung an die Leistungen der anderen in der Schule vorgenommen werden kann. Typ A gibt damit indirekt dem Schulsystem und der Entwicklungen einer leistungsorientierten Gesellschaft nach, um das Kind vom Leidensdruck zu befreien. Das Kind soll ausserdem in seiner Laufbahn nicht benachteiligt sein (z.B. durch einen Wechsel der Schule oder des Lehrbetriebs).

„Und dass man es [MPHs] mehr nimmt, hat ganz klar mit diesem riesigen, schnellen Leben, das wir jetzt haben, zu tun, dieser hohe Druck (...) ich finde es auch ganz wichtig, dass diese Kinder und die jungen Leute und auch die Erwachsenen Chancen haben an diesem Erwerbsleben teilzunehmen und den Platz zu finden. Die einen brauchen eine Brille und die anderen brauchen jetzt halt etwas, dass der Hirnstoffwechsel so funktioniert, dass es unserer Gesellschaft dient“ (MUTTER_INT_06).

Eine medikamentöse Behandlung hilft als Druckentlastung: Wenn sich die Leistungen verbessern, fühlen sich die Kinder weniger ausgeschlossen und leiden viel weniger unter ADHS:

„Also sie macht zwei Noten unterschied mit und ohne Ritalin (...) Also dort ist eigentlich der Druck indirekt“ (MUTTER_INT_01).

„Ich denke mir, die Hilfe, die das Medikament immer noch bietet, ist einfach zu gross, als dass wir – wir schauen es an, als wie eine Gehhilfe, es ist wirklich eine Unterstützung. Und es ist ganz klar, es hilft, wenn, es ist unterstützend wenn G. positive Gefühle hat, dass er lernen kann. Das heisst er wird akzeptiert als Person, man geht ohne Druck mit ihm um und es herrscht kein Stress“ (MUTTER_INT_09).

Medikamente werden aber nicht aus reiner Überzeugung als Behandlungsmethode gewählt, sondern auch aus Angst vor einer falschen Entscheidung, welche die (schulische) Laufbahn des Kindes negativ beeinflussen könnte. Trotzdem bleibt aber auch unter MPH die Angst vor einer Stigmatisierung als „ADHS‘ler“ bestehen:

„Da ist dann wirklich, haben wir gemerkt, ist es ihm so schlecht gegangen, einfach jetzt durch den Druck von der Lehrstellensuche (...) die Bewerbungen sind draussen bei vielen Kollegen, die, ja, ich habe jetzt meine Lehrstelle und bei ihm ist jetzt so Standby, also wir hoffen, dass irgendwie jemand sich meldet, er hat auch noch zehn Bewerbungen draussen, aber er merkt einfach, es reicht nicht, und zum Beispiel (...) haben sie so einen Aufsatz müssen schreiben und dann hab ich auch gesehen: das ist voll Schreibfehler und er muss das jeder Bewerbung beilegen und wir schreiben ja in diesen Unterlagen eigentlich bei den meisten nicht rein, er hat eine Legasthenie und das ADHS schon gar nicht, weil für uns natürlich schon auch klar ist, bei dieser ersten Aussortierung, oh der ist, der hat irgendetwas, also dann ist er gerade auf der Beige [Stapel]“ (MUTTER_INT_10).

Das Bewusstsein für eine MPH-Behandlung kann auch auf Grund eines gesellschaftlichen Drucks in den Fokus rücken.

„Also das ist er sich ja bewusst, also ich muss irgendwie Drogen oder ein Medikament einnehmen, damit ich dem Standard der heutigen Gesellschaft entspreche, also dass ich da kann mithalten“ (MUTTER_INT_10).

Typ B: Die anders Funktionierenden

Personen des Typ's B sind gegenüber der zunehmenden Verschreibung von MPH bei ADHS oder den zunehmenden Leistungsdruck, der in der Schule auf die Kinder ausgeübt wird, von Anfang an kritisch eingestellt. Für die Behandlungsstrategie sowie die Laufbahn der Söhne und Töchter bevorzugen sie alternative Lösungen. Im Vordergrund stehen die Förderung des Sozialen, der besonderen Begabungen, der eigene Wunsch des Kindes sowie Sport oder alternativmedizinische Behandlungsmethoden (zum Beispiel Kinesiologie oder Homöopathie) zur Verbesserungen der Situation. Falltypus B befindet sich hinsichtlich des Schweregrads des ADHS – medizinische und alltägliche Probleme in der Schule und zu Hause – in einer günstigeren Lage. Die ADHS-Symptomatik erscheint partiell weniger schlimm und die Eltern haben eher die Möglichkeit, die Probleme im familiären Rahmen ohne professionelle Unterstützung zu lösen.

Personen des Typs B sind grundsätzlich gegen medikamentöse Behandlungen. Sie lassen sich auch nicht auf eine derartige Behandlung hin drängen. Medikamente geben sie höchstens im Extremfall, wenn Komorbiditäten (z.B. starke Depressionen) auftauchen. Grundsätzlich bevorzugt Typ B alternativmedizinische Behandlungsmethoden wie Musiktherapien, Kinesiologie oder Sport und Bewegung. Das Kind kann dabei wesentlich mitbestimmen. Die gewählten Methoden helfen, die AH(D)S-Symptome in grossem Ausmass zu reduzieren, so dass sich die allgemeine Situation von Kind und Familie dadurch verbessert und beruhigt:

„Jetzt kommt so ein Junge (...) ich setze mich hin mit ihm und er bringt einfach nichts rein und so. Und dann habe ich gedacht, nein also das irgendwie, das ist ein armer Kerl. Wie will der einmal durchs Leben gehen und so und dann hat man auch so Gedanken oder. Und dann denkt man so, nein wir müssen uns hinsetzen, müssen lernen und so. Und ich habe dann zum Teil habe ich dann (...) gesagt, so

lange du da nicht irgendwie ein bisschen mitkommst oder so, kannst du eben nicht irgendwie noch Sport machen gehen, weil wir hatten ja drei oder vier Stunden an diesen Scheissaufgaben. Also eben und irgendwann musste ich sagen, nein also das funktioniert auch nicht so. Das kann es einfach nicht sein, ein solcher, solcher Druck. Eben ich bin dann schlussendlich gestresst, er ist gestresst, scheisst ihn alles an und so und dann musste ich sagen, nein jetzt tun wir das einfach, jetzt tun wir das einfach weg. Jetzt geh ja und er spielt eben sehr gerne Basketball (...) und dann musste ich sagen (...) es ist mein Kind also er soll sich an einem anderen Ort privilegieren können. Also wirklich (...)er ist ein ganz, ein spezielles, wirklich ein ein liebes Kind und ich finde, es müssen nicht alle Kinder da in der ja, wie soll ich sagen irgendwie Sek oder Gymi oder weiss ich nicht was, ja auf das hingeschult werden. Ich bin da total dagegen, weil er hat andere Qualitäten“ (MUTTER_INT_02).

Das Anders-Sein ihres Kindes wird anerkannt. Die ADHS des Kindes wird akzeptiert, aber nicht in jedem Fall als eigentliche Krankheit wahrgenommen:

„Oder ich habe das auch nicht gross kommuniziert und mit ihm gesagt, du bist halt ADS, du hast halt ADS und wegen ADS kannst du das nicht , oder bist zu langsam, sondern ich dachte, ich will ihn einfach so lassen, wie er ist oder. Für mich ist es keine Krankheit, sondern er ist einfach so. Das ist er als Mensch“ (MUTTER_INT_03).

Die beiden Typen im Vergleich

Der Unterschied der beiden Typen liegt u.a. darin begründet, wie stark die Anpassung der Kinder an ihr Umfeld und an die Leistungen in der Schule gewichtet wird. Typ A ist bemüht, Anpassungen vorzunehmen. Sowohl beim Kind als auch bei der Mutter kommt es zu einer belastenden Situation und dem Wunsch, in der Schule oder in der Lehre normal funktionieren zu können und damit den Leidensdruck zu senken. Für Typ B steht indes eher die Förderung der Individualität des Kindes, dessen „Anderssein“ im Vordergrund. Falltypus B befindet sich hinsichtlich der Stärke des ADHS in einer günstigeren Situation. Um die ADHS-Situation zu verbessern, sind alternative Heilpraktiken oder Bewegung und Sport (z.B. Kampfsport, Spaziergänge mit dem Hund) ausreichend bzw. tragen dazu bei, den Leidensdruck der Kinder zu senken, das Selbstwertgefühl zu verbessern und sich auf eine Aufgabe zu fokussieren. Typ B beschreibt seine Kinder ausserdem als sozial im Umgang mit anderen Kindern und als fähig, Konflikte mit dem Lehrer oder anderen Kinder direkt zu lösen und sich auch durchzusetzen. Die Hemmschwelle von Typ B, seine Kinder z.B. zur Nachbarschaft einzuladen, ist dadurch geringer, wodurch den Kindern ein „nachhaltiges“ soziales Umfeld geboten werden kann. Typ A entscheidet sich aufgrund des Leidensdrucks für eine medikamentöse Behandlung, während Typ B zu alternativen Heilpraktiken oder Sport greift und sich entscheidet, das Problem innerhalb der Familie (z.B. durch Bewegung) in Angriff zu nehmen. Typ B spricht sich von Anfang an und strikt gegen die Einnahme von Medikamenten aus. Er reflektiert noch grundlegender, welchen Platz sein Kinder in einem leistungsorientierten Gefüge hat und konkludiert, dass sein Kind nun eben „anders funktioniert“. Er betrachtet die ADHS nicht als eine Erkrankung.

5.2.7 Unterstützung auf dem Weg zur Behandlung³²

Aus den Interviews und aus der Fokusgruppe mit den betroffenen Eltern lässt sich ableiten, dass die Initiative, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, in den meisten Fällen von den Eltern selbst ausging. In einzelnen Fällen wurden die Eltern von der Lehrperson angeregt, Hilfe zu beanspruchen.

Aus der Perspektive der Mehrheit der Eltern ist die Unterstützung von Seiten der Schulen und Fachpersonen allerdings mangelhaft. Die Eltern haben den Eindruck, dass die Lehrpersonen, Schulpsychologen/innen oder die Schulpflege oftmals ungenügend über ADHS informiert sind. Viele Befragte beschreiben, dass sie sich mit der ADHS-Problematik vor allem von den Lehrpersonen im Stich gelassen fühlten. Lehrpersonen hätten zu wenig Wissen über ADHS, würden die Symptome teilweise verharmlosen oder nicht ernst nehmen und hätten kein Verständnis für das auffällige Verhalten der Kinder in der Schule. Im

³² Als Datengrundlage für dieses Kapitel dienen sowohl die qualitativen Eltern-Interviews als auch die Fokusgruppe mit den Betroffenen.

Umgang mit den Kindern wären die Lehrpersonen zu wenig offen und „*extrem unfair*“ (MUTTER_FG_1.). Diese mangelhafte Unterstützung von Seiten der Lehrpersonen führt bei manchen Eltern zu Frustration:

„Ich musste, ich habe das Gefühl, ich musste alles selber herausfinden und mich durchboxen und und und die Schule hat Vieles nicht gewusst, was sie für Möglichkeiten haben“ (MUTTER_INT_03).

„Weil einfach, ja, drei Viertel der Lehrer kein Verständnis haben für so etwas, und sie das auch nicht interessiert, dass er da nebenbei Medikamente nimmt oder dass wir da am Einstellen gewesen sind“ (MUTTER_INT_10).

Der Weg zur Behandlung wird gemäss den Eltern oftmals auch nach dem Erhalt einer ADHS-Diagnose nicht leichter. Das Problem läge nämlich darin, dass oft unklar sei, wer die Fallführung habe. Die Eltern würden sich wünschen, dass die Lehrpersonen und die Fachpersonen direkter miteinander in Kontakt treten würden. Oftmals ist es so, dass die Eltern für das Kind zwar eine Diagnose erhalten, sich danach aber alleine gelassen fühlen und nicht wissen, an wen sie sich weiter wenden müssen oder von wo sie weitere Informationen beziehen können. Stattdessen sind die Eltern gezwungen, die Fallführung selber vorzunehmen, sich selbstständig über die nächsten Schritte zu informieren, Entscheidungen zu treffen und allenfalls eine Behandlung einzuleiten:

„Also ich musste immer sagen, ich habe einfach festgestellt, man muss wie immer selber kämpfen, für dass man den nächsten Schritt erreicht, sonst geht gar nichts, absolut gar nichts ja“ (MUTTER_FG_2).

Druck zur Behandlung

Es gibt auf der anderen Seite auch zwei Eltern, bei denen die Lehrpersonen im Gegenteil sehr gut über ADHS informiert waren, wobei die Eltern sich durch die Lehrpersonen unter Druck gesetzt fühlten, ihrem Kind Medikamente zu verabreichen bzw. die Dosis zu erhöhen. Im Folgenden Beispiel gibt eine Mutter diesem Druck allerdings nicht nach:

„Aber dann sagte der Lehrer also schon, ja aber kann man das [Behandlung mit Ritalin] nicht jetzt einmal versuchen und weiss ich nicht was. Und eben ja, dass es allen einfacher, also ja eben halt einfacher geht und es wäre das Einfachste gewesen eben. Quasi abgehackt. Ja“ (MUTTER_INT_02).

In einem anderen Fall wollte die Lehrperson, dass das Kind die Dosis des Medikaments erhöht, weil es sich in der Schule nicht genügend konzentrieren konnte. Auch in diesem Fall gaben die Eltern diesem Druck nicht nach, weil die Nebenwirkungen einer erhöhten Dosis für sie nicht akzeptabel waren. In anderen Fällen äussern die Eltern Situationen, in denen sie indirekte Belastungen und Drucksituationen durch das Schulsystem verspürten, die ihre Entscheidung, Medikamente zu geben, beeinflussten:

„Also für mich ist es ganz klar, das Schulsystem, aufgrund der Schule hat sie das Ritalin. Das ist der einzige Grund für mich“ (MUTTER_INT_01).

„In vielen Prüfungen oder eben auch in der Schule, wo sie sagen, wir können auf das jetzt nicht Rücksicht nehmen, er muss halt eben, muss halt mal ein bisschen Gas geben“ (MUTTER_INT_10).

5.3 Perspektive der Fachpersonen

5.3.1 Popularität der ADHS

Aus Sicht der Fachpersonen hat die ADHS in den letzten 15-20 Jahren an Bedeutung gewonnen, weil sie vermehrt im Fokus der Gesellschaft und in den Köpfen der Menschen stehe. Zum einen sei das Label ADHS populärer geworden, andererseits würde sich der Fokus heute vermehrt auf das Pathologische richten. Fachpersonen haben zudem den Eindruck, dass die Diskussionen über ADHS in den Medien unsorgfältig geführt werden, sei es durch Laien, sei es durch Fachpersonen selber. Der Begriff ADHS werde „überstrapaziert“ (Kinderarzt/Ärztin). Vieles, was unter dem Label ADHS laufe, habe damit eigentlich nichts zu tun.

Aus der Perspektive der Fachpersonen besteht aufgrund der Popularität des Begriffs die Gefahr, dass verhaltensauffällige, nervöse oder zappelige Kinder vorschnell und ohne differenzierte Betrachtung, mit ADHS in Verbindung gebracht werden. ADHS „ist ja so eine populäre Diagnose, eine Modediagnose, wo viel auch subsumiert wird darunter, ohne dass man ganz klar dann schaut und differenziert, was das Kind wirklich hat“ (Kinderarzt/Ärztin). Die Fachpersonen bringen aber auch Verständnis für diese voreiligen

Schlüsse der Eltern auf, weil eine konkrete Diagnose auch als Erleichterung wahrgenommen werden kann, beispielsweise indem das Verhalten der Kinder teilweise legitimiert werden kann.

5.3.2 Gesellschaftliche Entwicklungen

Die Fachpersonen waren sich darüber einig, dass gesellschaftliche Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten die Entstehungsbedingungen für ADHS grundlegend verändert haben. Die Ursachen für ADHS müssten deshalb vermehrt in der Umwelt der Kinder und Familien gesucht werden. Die Kinder müssten mit einem zunehmenden Druck in der Schule umgehen, oder die Erwartungen, eine passende Lehrstelle zu finden, erfüllen. Die Eltern hätten wenig Zeit und könnten den Kindern nicht die Strukturen bieten, die sie brauchen. Der Druck, erfolgreich zu sein oder funktionieren zu müssen, definiere ADHS als Krankheitsbild bis zu einem gewissen Grad mit. Strategien und Wünsche der Eltern zur Anpassung des Kindes an geforderte schulische Leistungen würden eine zentrale Rolle spielen bei der Wahl einer (insbesondere medikamentösen) Behandlung. Manche Fachpersonen haben dadurch den Eindruck, dass die Diskussion über ADHS einseitig geführt wird und dass die Talente der Kinder zu kurz kommen, eben weil der Wunsch nach Anpassung im Vordergrund steht.

Ausserdem hätten sich in den letzten Jahrzehnten die Schulsysteme verändert. Der Unterricht, so eine Lehrperson, war früher strukturierter und frontaler. Heute spielten Gruppenarbeiten eine viel wichtigere Rolle und es würde viel mehr selbständiges Arbeiten gefordert. Gerade für ADHS-Betroffene seien solche selbstorganisierten Arbeiten aber anspruchsvoll. In den Schulen stehe heute nicht mehr eine Uniformität, sondern die Diversität der Förderung im Vordergrund. Man überlege sich häufiger und mehr, wie jedes einzelne Kind am besten gefördert werden könne. Dadurch könne es einerseits jedoch zu vor-schnellen Diagnosen kommen, andererseits biete sich hier aber auch die Möglichkeit, ADHS früh zu erkennen und lange Leidenswege zu verhindern, so ein/eine Psychologe/in.

Die praktizierenden Kinderärzte/Ärztinnen berichten davon, dass diese gesellschaftlichen und schulischen Entwicklungen Auswirkungen auf ihre Berufspraxis haben:

„Also in der kinderärztlichen Praxis hat es sich insofern verändert, dass die Frage viel früher gestellt wird. Bei ganz ganz jungen Kindern, die manchmal sehr temperamentvoll sind oder sehr bewegungsaktiv, kommt sofort die Frage, könnte das nicht ein ADHS sein? Von den Eltern. Und das sage ich mehr als auch, auch als Ausdruck des sozialen Drucks, der herrscht und von der Verunsicherung, also das ist schon richtig, was Sie gesagt haben, dass wenn die Diagnose steht, führt das primär zu ein bisschen Beruhigung, aber unten dran, wo keine Diagnose da ist, wo man auch oft muss sagen, nein, das ist eben im Rahmen der normalen Entwicklung des Kindes“ (Kinderarzt/Ärztin).

Im Verlauf der Gruppendiskussionen entwickelten die Beteiligten die Perspektive, dass sich die gesellschaftlichen Entwicklungen in Bezug auf ADHS in den städtischen und ländlichen Regionen unterschiedlich vollzogen haben. Zum Beispiel sei in der Innerschweiz die Toleranz gegenüber auffälligem Verhalten bei Kindern grösser: da sei dann jemand ein „Zappelphillip“ (Kinesiologe/In), aber nicht gleich ein „ADHS-ler“. Man sei auf dem Land nicht in erster Linie für Medikamente, sondern warte mal ab, suche vielleicht andere Lösungen. Gemäss einem Teilnehmenden begünstigen die Bedingungen auf dem Land diese Entwicklung. In städtischen Gebieten seien die Leute gestresster und das Wort ADHS läge schneller im Mund. Kleinere Wohnungen, weniger Raum für Bewegungen oder die Planung und Organisation des Alltags haben einen negativen Einfluss. Der Griff zu Medikamenten liege deshalb nahe, wobei der Wunsch des Funktionieren-müssens im Vordergrund stehe:

„Ich meine, das meiste, das ich in der Praxis, jetzt rein in der Pädiatrie-Praxis sehe, das muss man nicht behandeln. Aber da gibt es halt Leute (...) die Innerschweizer kämen nie für so Fürze zu mir in die Praxis, aber halt Städter, die kommen halt, und dann muss man halt dort ein ‚Sirüpli‘ und dort ein ‚Paracetamöli‘ und dort etwas geben. Und das hilft, dass die ihr Leben besser gestalten, aber rein medizinisch als Therapie wäre das Meiste nicht nötig“ (Kinderarzt/Ärztin).

5.3.3 Herausforderungen für die Fachpersonen

Einige Fachpersonen berichten davon, dass es nicht einfach sei, ADHS zu diagnostizieren. Für die Diagnosestellung sei es zentral, sich genau mit der betroffenen Person und ihrem Umfeld auseinanderzusetzen.

zen und sich zu überlegen, wo die Schwierigkeiten liegen. Das Risiko einer Fehldiagnose sei relativ hoch und stelle insbesondere im Vorschulalter eine Herausforderung dar. Aus Ärzte/innen-Sicht sei es hilfreich, abzuklären, wer mit dem Auftrag einer Abklärung zu ihnen gelangt.

Ein Problem, das in diesem Zusammenhang beschrieben wird, ist der vermehrte Fokus auf die Fälle mit einem ADHS, also mit einer Hyperaktivität. Gerade in den Schulen müsse man aber vermehrt auch ADS-Betroffene beachten. Mädchen würden oftmals unter ADS leiden, seien weniger impulsiv und fielen weniger schnell auf. Zu schnell würden sie in der Schule vergessen gehen, was zu tragischen Entwicklungen und langen Leidenswegen bis ins Teenageralter führen könne.

Aus Sicht eines/r Arztes/Ärztin sind nicht die Hyperaktivität und die Impulsivität das primäre Problem, sondern das Aufmerksamkeitsdefizit. Die Diagnose würde bei Mädchen oft „verschleift“ (Heilpädagoge/In) oder komme zu spät. Ein Gruppenteilnehmer verweist auf Ergebnisse aus der Forschung, die nahe legen, dass das Geschlechterverhältnis bei ADHS-Diagnosen im Erwachsenenalter ungefähr 1 zu 1 ist. Bei Buben und Mädchen läge das Verhältnis jedoch klar zu Gunsten der Buben, ca. 4 oder 7 zu 1. Diese Hypothese deute darauf hin, dass die Diagnose bei Mädchen oft übersehen wird.³³

Als weitere Herausforderung wird die Zusammenarbeit mit den Eltern wahrgenommen. Ein/e Kinderarzt/Ärztin meint, dass es wichtig ist, keine gegenseitigen Schuldzuweisungen auszusprechen, sondern gemeinsam Lösungen zu finden und eine „vertrauensvolle Begegnung“ zu fördern. Die Fachpersonen schlagen deshalb kurze Wege sowie eine klare, fortlaufende Kommunikation mit den Eltern vor:

„Und als Arzt kann kein Problem an den Eltern, an dem Patient vorbei gelöst werden“ (Kinderarzt/Ärztin)

„Ich meine, der Angelpunkt zwischen der Zusammenarbeit von den Fachleuten sind die Eltern, wir stehen unter Amtsgeheimnis, die Ärzte stehen unter dem Arztgeheimnis, also wir können nicht einfach auf den Arzt zugehen und fragen. Also insofern müssen die Eltern auf uns zukommen“ (Heilpädagoge/In).

Die Zusammenarbeit mit den Eltern sei insbesondere gefährdet, wenn es Diskrepanzen in der Wahrnehmung der ADHS des Kindes gebe, die Eltern bspw. an der Einschätzung der Lehrperson zweifeln oder umgekehrt. Aber auch die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachpersonen und Lehrperson könnte gemäss einiger der Fokusgruppenteilnehmenden verbessert werden. Aus Sicht zweier Teilnehmenden (Psychologe/In, Lehrperson) ist es problematisch, wenn Ärzte/Ärztinnen zu schnell zu Medikamenten greifen und in ihrer Behandlung nicht transparent sind. Aus der Perspektive eines/r Arztes/Ärztin ist es wiederum herausfordernd, wenn Lehrpersonen standardisierte Fragebögen (vorschnell) so ausfüllen, dass eine ADHS-Diagnose nahe liegt. Kommt der Arzt/die Ärztin dann zu einem anderen Ergebnis nach einer Untersuchung, kann dies zu Spannungen führen und eine zukünftige Zusammenarbeit erschweren.

5.3.4 Behandlungen

Pharmakotherapie

Aus der Sicht der Fachpersonen ist bei der Behandlung eines ADHS-Kindes mit Medikamenten nicht nur die Akzeptanz des Kindes, sondern auch die der Eltern wichtig. Genannt werden die richtige Dosierung des Medikaments, ein transparentes Monitoringsystem sowie eine „saubere Evaluation und Auslotung der Fragestellung“ (Kinderarzt/Ärztin). Weiter seien „massgeschneiderte Lösungen“ mit „allen Involvierten“ nötig. Betroffene Familien sollen auch bei der Dosierung des Medikaments mitreden dürfen. Vor der Behandlung sollte darauf geachtet werden, welche Behandlungen und Interventionen bisher gemacht wurden und was dem Kind bisher geholfen hat.

„Und ich glaube eben, dort ist wirklich die saubere Evaluation und die Auslotung der Fragestellung zentral wichtig, oder und schauen, woher kommt dann überhaupt der Leidensdruck, was ist alles schon

³³ Studien belegen diese Feststellung. Retz-Junginger et al (2008) schreiben von einer weitgehenden Angleichung der Verbreitung der ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter. Bei den Kindern sind Jungen aber deutlich häufiger diagnostiziert wie Mädchen. Diverse Studien berichten von geschlechtsspezifischen – teilweise statistisch signifikanten – Unterschieden. F (für einen Überblick siehe: Ruesch & Mäder, 2010).

probiert worden, was hat geholfen, was hat nicht geholfen, und dann nachher eben eine massgeschneiderte Lösung mit allen involvierten Leuten zu machen, das dünkt mich wichtig. Es kann nicht sein, dass Ritalin einfach abgegeben wird auf Wunsch, dass das Wunschkonzert ist, weil das eben schnell geht und man denkt, es könnte dann ein Problem lösen. Weil das ist für gewisse Kinder überhaupt nicht nötig und da braucht es andere Strategien. Aber für Jugendliche oder für Kinder, die in der Schule unter so einem Druck leiden, ihre Leistungen nicht abrufen können, wissen oder spüren, dass sie eigentlich mehr könnten und besser könnten, ich denke, denen darf man nicht vor dem Ritalin stehen (...) Dass die wirklich den Zugang haben, schauen können, bringt mir das etwas. Und dann macht man wieder eine Re-Evaluation, aber es ist eingebettet in ein Ganzes. Und es ist nicht einfach wie ein Nasenspray, den Sie bekommen, wenn die Nase ein bisschen läuft, sondern das ist (...) ein potentes Mittel mit einer klaren Indikation, das in die Hände eines Fachmannes oder einer Fachfrau gehört“ (Kinderarzt/Ärztin).

Zwei andere Kinderärzte/Ärztinnen bestätigen die Wichtigkeit der richtigen Einstellung des Medikaments. Diese sollte so sein, dass das Kind selber aktiv noch mithelfen muss, ansonsten sei die Dosis zu hoch:

Kinderarzt/Ärztin A: „Also, Medikation ist wie ein...ein Hilfsmotor, wenn man selber tritt. Und da gibt es verschiedene Stufen, die man einstellen kann und dann gibt es die Elektrofahrräder, die fahren selbst“

Antwort Kinderarzt/Ärztin B: „Ja und dass sie überhaupt merken, dass sie so ein gutes Velo haben. Also das Wollen und das Ritalin gibt kein neues Velo, aber es macht, dass man nicht noch mit zwei angezogenen Handbremsen und drei verklemmten Gängen den Berg hinauffahrt, aber man merkt, oh, ich habe eigentlich ein paar Gänge mehr, aber treten muss ich trotzdem, oh, ich habe vielleicht sogar einen Motor, aber den brauche ich nicht, wenn ich runterfahre, aber wenn ich rauffahre. Und darum versuche ich die möglichst tiefe Dosierung rauszufinden und fange auch mit der tiefen an. Leider jetzt in Amerika und das schwappt zu uns rüber, gibt man von Anfang an Langwirksame und dann findet man das gar nicht mehr so raus und dann sind sehr viele Kinder überdosiert (...) Gewisse vertragen es einfach nicht“

In der Mehrheit der Voten dominieren aus der Perspektive der Fachpersonen die Vorteile einer medikamentösen Behandlung. Ein Grund der dabei genannt wird, ist die Verbesserung des Selbstwertgefühls. Der Mangel an Selbstwert sei gemäss einiger Fachpersonen eine der schlimmsten Folgen von ADHS. Durch Medikamente könnten ausserdem Talente und Möglichkeiten des Kindes erst richtig genutzt werden, die ohne die Behandlung von Medikamenten überhaupt nicht sichtbar wären: *„Erst als er das Ritalin eine Zeitlang eben genommen hat (...) konnte er sich konzentrieren und konnte plötzlich den Fuss auf's Gaspedal tun und lernen, lernen, lernen“* (Heilpädagogin/In). Aus Fachpersonensicht gibt es zudem (schwere) Fälle, bei denen man ohne den Einsatz eines MPH nicht zurecht kommt, und bei denen alternative Therapien oder Unterstützungen in Form von Gesprächen nicht ausreichend sind:

„Und wenn man dort an die Grenze kommt, dann bin ich sicher, da rettet man mit Medikamenten am Schluss auch sehr vielen das Leben, indem sie eben ein Leben finden, das für sie lebbar und lebenswert ist“ (Kinderarzt/Ärztin).

Zwei Fachpersonen (Heilpädagogik, Alternativmedizin) nennen Nebenwirkungen wie Schlafprobleme oder Erbrechen hingegen als Gründe, die gegen eine medikamentöse Behandlung sprechen. Sanftere Behandlungen, ohne den Eingriff von Substanzen auf den Körper, wären aus ihrer Sicht wünschenswert. Sie sind davon überzeugt, dass der Aufbau des Selbstwertgefühls nicht unbedingt über die Einnahme von Medikamenten erfolgen muss, denn es bestünde die Gefahr, dass gute Leistungen vom Kind am Ritalin festgemacht werden und es auf das Medikament und nicht die Persönlichkeit reduziert wird. Zentraler wäre die Betrachtung des Umfeldes und, wenn nötig, auch eine Behandlung der Eltern.

Multimodale Therapie

Den Teilnehmenden wurde in der Fokusgruppe das Konzept der Multimodalen Therapie von Schulkindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen aus den „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie“ vorgestellt. Dabei handelt es sich um nationale und internationale Behandlungsleitlinien, wobei ein Vorgehen zur Behandlung von ADHS unter Einbeziehung mehrere Behandlungsmethoden vorgeschlagen wird (u.a. Pharmaedukation, Psychotherapie, psychosoziale Interventionen). Es lassen sich dabei *„patienten-, kindergarten- und schulzentrierte oder eltern- oder familienzentrierte Interventionen unterscheiden, die sich in unterschiedlichem Masse empirisch bewährt haben“* (Döpfner, 2010).

Die Praktikabilität der multimodalen Therapie wurde in der Gruppe eher kritisch betrachtet, weil sie „Zeit braucht und manchmal nicht ganz einfach ist in der Umsetzung“ (Kinderarzt/Ärztin). Mit der multimodalen Therapie können allerdings nachhaltige Ziele erreicht werden, z.B. kann der Selbstwert längerfristig verbessert werden oder es können die Symptome der Aufmerksamkeitsstörung reduziert werden. Wichtig bei einer multimodalen Therapie sei die Selbstwirksamkeit. Die Kinder sollen selbstständig Strategien entwickeln, die ihnen helfen. Durch Medikamente werden z.B. förderliche Prozesse angekurbelt, die Kinder müssen aber immer noch selber aktiv mithelfen.

5.3.5 Netzwerke und Systeme

Für eine erfolgreiche Behandlung des ADHS und eine nachhaltige Verbesserung der Alltagssituation der Familien und Kinder sei die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Lehrpersonen und Fachpersonen zentral. Die Fachpersonen berichten allerdings von Lücken im System, die verbessert werden müssen. Systemlücken ergeben sich aus Sicht einer Lehrperson, wenn die Eltern nach dem Erhalt einer Diagnose „im Regen stehen bleiben“, nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen und wie sie an weitere Informationen gelangen können.

„Die Erfahrung hab ich halt auch gemacht, dass die Eltern (...) auch wenn sie die Diagnose haben, im Regen stehen bleiben. Also jetzt haben sie die Diagnose und was machen wir jetzt damit. Und dann kommen sie zu mir als Heilpädagogin oder zur Lehrperson, ‚ja ich hab jetzt, das Kind hat ADHS, jetzt machen Sie etwas draus‘. Und wir stehen auch immer dann so ein bisschen, ja gut, dann probieren wir rum und dann reden wir mit den Eltern und probieren da wieder, aber schlussendlich wär da wirklich so dieses Dreieck nachher super. Oder mit dem Psychologen zusammen (...) Bei uns hat sich jetzt eine ganz wunderbare Lösung für das Kind ergeben: die Mutter wird jetzt therapiert [lacht]. Sie kriegt die Therapie und das funktioniert wunderbar, sie wird stark gemacht für das Kind und das funktioniert eigentlich sehr gut“ (Lehrperson).

Für Lehrpersonen selber sei es manchmal ebenso schwierig, an Informationen zu gelangen, z.B. aufgrund der Schweigepflicht der Fachpersonen oder der fehlenden Transparenz von Institutionen oder Vereinen. Eine heilpraktizierende Person fühlt sich ausserdem vom System „abgeschnitten“, es sei für sie „schwierig, an Informationen zu kommen“.

Ein weiteres Problem aus der Sicht mehrerer Fokusgruppenteilnehmenden ist, dass oft nicht ersichtlich ist, wer die Fallführung hat. Die Bildung von Netzwerken wäre deshalb essentiell. Um dieses Ziel zu erreichen, ist deshalb zum einen die Zusammenarbeit der Beteiligten zu verbessern. ADHS ist ein Phänomen, das in die Umwelt oder Alltagswelt der Betroffenen eingebettet ist. Es muss deshalb auch auf mehreren Ebenen angegangen werden. Um die einzelnen (Problem-)Bereiche des Kindes zu kontrollieren und zu verbessern, müssen deshalb auch Personen aus dem Sozialbereich, der Schule, aus Vereinen etc. beigezogen werden. Die beteiligten Ärzte/innen betrachten es deshalb als ihre Aufgabe, alle Beteiligten an einen runden Tisch zu bringen, denn für die Eltern sei es wichtig, einen Ansprechpartner und eine Begleitung zu haben. Gelingt die Stärkung dieser Zusammenarbeit, kann dem Kind geholfen werden:

„Weil einfach, nachher, wenn man einfach dann sieht, wie sich das Kind im Alltag und in der Schule verhält und dann sieht man, wie ist es im Hort und wie ist es zu Hause, dann sehe ich, das Wichtige ist das Netzwerk, Kommunikation mit den andern, hinhören, und meine Rolle als Kinderarzt/Ärztin ist, jetzt noch ein bisschen speziell, halt durch das Abklären, versuche ich, alle an einen Tisch zu bringen und zu schauen, was kann der nächste Schritt sein, um etwas an dieser Situation zu verändern. Das sehe ich häufig als meine Hauptaufgabe und häufig bringt das sehr viel“ (Kinderarzt/Ärztin).

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

6.1 Zentrale Befunde

6.1.1 Bedeutung der Pharmakotherapie (MPH-Verschreibungen) im Zeitverlauf aufgrund von Krankenkassendaten

Im Jahre 2012 bezogen im Kanton Zürich 2.6% der Kinder im Schulalter ein MPH-Präparat; in der Schweiz (ohne Kanton. Zürich) lag die MPH-Jahresprävalenz leicht tiefer bei 2.4%. Es zeigen sich (im Einklang mit der Fachliteratur zur ADHS-Epidemiologie) deutlich Geschlechtsunterschiede, indem 3.9% der Knaben im Schulalter, aber nur 1.3% der Mädchen im Kanton Zürich MPH erhielten

Es sind weder für den Kanton Zürich noch für die Gesamtschweiz aktuelle Daten zur Verbreitung (Epidemiologie) von ADHS unter Schulkindern verfügbar. Dementsprechend ist nicht feststellbar, wie hoch die ADHS-Prävalenz liegt und ausgehend davon, wie gross der Anteil von Kindern mit einer ADHS-Diagnose ist, die innerhalb eines Jahres eine MPH-Behandlung in Anspruch genommen haben. Es können deshalb nur grobe Schätzungen angestellt werden. Ein Zugang bieten Befunde aus wissenschaftlichen Studien: diese geben eine ADHS-Prävalenzspanne von rund 2-7% an (Rüesch & Mäder, 2010). Die Zürcher Studie von Steinhausen et al. aus dem Jahre 1998 ergab eine Prävalenz von 5.2% bei Zürcher Schulkindern im Alter von 7-16 Jahren. Eine aktuellere niederländische Studie (Zwirs et al., 2007) aus dem Jahre 2007 liefert eine ADHS-Prävalenz von 7% bei Kindern im Alter von 6-10 Jahren. Wendet man die Zahlen der Steinhausen-Studie an, so würden rund 48% ($2.6/5.4=0.48$) der Kinder mit einer ADHS-Diagnose innerhalb eines Jahres MPH beziehen. Wendet man die holländischen Daten an, so läge der MPH-Bezüger-Anteil aufgrund der höheren ADHS-Prävalenz etwas tiefer bei 37% ($2.6/7.0$). Beide Werte liegen relativ nahe beim Befund der vorliegenden Studie, wonach 40% der Kinder mit ADHS-Diagnose als erste Behandlung eine MPH-Behandlung erhalten. Insofern kann vorsichtig festgestellt werden, dass im Kanton Zürich ca. 40-50% der Kinder mit einer etablierten ADHS-Diagnose innerhalb eines Jahres mit MPH behandelt werden dürften.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der MPH-Verschreibungen im Kanton Zürich so zeigt sich, dass sich die Verschreibungsprävalenzen im Zeitraum der Jahre 2006-2012 für beide Geschlechter nahezu verdoppelt haben. Allerdings fand dieses Wachstum primär zwischen 2006-2010 statt, danach haben sich die Fallzahlen in dieser Altersgruppe stabilisiert und die Zahl der Neu-Bezüger/innen von MPH (=Inzidenz) hat ab 2010 sogar deutlich abgenommen. Der Hintergrund für die Zunahme in den Jahren 2006-10 kann aufgrund der schmalen epidemiologischen Datenlage nicht genau eruiert werden. Theoretisch sind folgende Sachverhalte denkbar:

- a) die Prävalenz von belasteten Kindern insgesamt, welche die Kriterien für ein ADHS erfüllen, hat zugenommen;
- b) die Prävalenz von erkannten bzw. diagnostizierten Fällen (der unter a) genannten Kinder) hat zugenommen;
- c) die Prävalenz von Kindern, welche MPH verschrieben erhalten, hat zugenommen, wobei weiter unterschieden werden kann zwischen (c1) Bezüger mit einer etablierten ADHS-Diagnose und (c2) Bezüger ohne Diagnose.

Der Erklärungsansatz a) scheint wenig wahrscheinlich, da eine Verdoppelung belasteter Kinder innerhalb von vier Jahren aufgrund epidemiologischer Daten aus anderen Ländern kaum zu erwarten ist. Plausibler sind v.a. die Erklärungen b) und c): D.h., es erhielten in den letzten Jahren mehr Schulkinder (z.B. durch häufigere Abklärungen) eine ADHS-Diagnose (b) und/oder ein zunehmender Anteil von diagnostizierten Kindern (c1) wurde medikamentös behandelt. Die Variante c2, wonach vermehrt nicht-diagnostizierte Kinder MPH erhielten, scheint dagegen wieder eher wenig wahrscheinlich, da die Erstverschreibung in

der Mehrheit der Fälle durch einen/e Facharzt/ärztin erfolgte. Inwieweit die Erklärungsansätze b oder c1 oder deren Kombination zutreffen, kann aufgrund der verfügbaren Datenlage nicht entschieden werden. Es ist jedoch wichtig, darauf hin zu weisen, dass die Zunahme der MPH-Behandlungen nicht zwingend durch eine Veränderung der Behandlungspräferenzen in Richtung „mehr Medikamente“ bedingt (Ansatz c1), sondern auch allein durch vermehrte Abklärungen bzw. mehr diagnostizierte Fälle erklärbar ist.

MPH wird im Durchschnitt etwas weniger als zwei Jahre bezogen, ein Viertel der Fälle nimmt das Medikament höchstens ein $\frac{3}{4}$ Jahr und ein weiteres Viertel dagegen mindestens $3\frac{1}{4}$ Jahre oder länger ein. Das Volumen der insgesamt bezogenen Leistungen hat sich zwischen 2006-2012 in sehr ähnlicher Größenordnung wie die Fallzahlen entwickelt; mit anderen Worten hat das Leistungsvolumen pro Patient/in im untersuchten Zeitraum somit nicht überproportional zugenommen. Die vier häufigsten Arten von Leistungen, die Personen mit MPH-Bezug in Anspruch nehmen, umfassen (erwartungsgemäss) den Medikamentenbezug, die ambulante ärztliche Behandlung, Laboranalysen und die spezifische Beratung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin. Das Inanspruchnahmestrukturmuster ist somit wesentlich definiert durch den MPH-Bezug (Medikation, Laboranalysen), nur ein kleinerer Teil (ca. 15%) der in Anspruch genommenen Leistungen entfallen auf eine spezifische Therapie bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin.

Bei den Fachpersonen, welche MPH den Patienten/innen *erstmalig verschreiben*, handelt es sich bei etwas mehr als der Hälfte um Fachärzte/innen der Erwachsenen- oder Kinder- und Jugend-Psychiatrie. Je rund ein Fünftel der Erstverschreibenden sind Allgemeinpraktiker/innen oder Pädiater/innen. MPH wird somit in einer Mehrheit der Fälle durch Ärzte/innen verschrieben, die einen fachspezifischen Bezug zur Behandlung von ADHS aufweisen. Über die Jahre (2006-2012) hat sich diese Verteilung nur wenig verändert.

Rund ein Viertel der MPH-Bezüger/innen im Schulalter erhielt weitere (Begleit-)Medikamente verschrieben. Dabei nimmt der Anteil von Kindern mit Begleitmedikamenten bei den jungen Frauen im Alter von 16-18 Jahren deutlich zu auf über 40%. Die verschriebenen Begleitmedikamente zählen am häufigsten zur Gruppe der Analgetika bzw. schmerzlindernden Präparate. Eine gewisse Rolle spielen darüber hinaus Psycholeptika und Antidepressiva; diese Medikamente gewinnen an Bedeutung bei den über 15-Jährigen.

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden:

- In einem relativ kurzen Zeitraum von vier Jahren bzw. zwischen 2006-2010 war im Kanton Zürich eine Zunahme der Häufigkeit von MPH-Verschreibungen bei Kindern im Schulalter von 1.5% auf 2.5% zu verzeichnen, in den darauf folgenden Jahren (2011-12) haben sich die Fallzahlen jedoch stabilisiert und die Neuverschreibungen haben abgenommen.
- Über die Hintergründe dieser Entwicklung können aufgrund der verfügbaren Datenlage nur Vermutungen angestellt werden: Am wahrscheinlichsten scheint eine Zunahme der diagnostizierten und (als Folge davon) behandelten Fälle. Allerdings ist die untersuchte Zeitreihe von sechs Jahren relativ kurz, um valide einen Trend ableiten zu können.
- Die Verschreibung der MPH-Medikamente sowie die begleitende Behandlung scheint in der Regel „seriös“ bzw. einigermaßen unter Berücksichtigung fachlicher Richtlinien zu erfolgen, indem sowohl in die Medikamentenverschreibung als auch in die begleitende Behandlung mehrheitlich Fachleute aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Pädiatrie involviert sind.

6.1.2 Perspektive der Eltern und Kinder (schriftliche Befragung)

Die Kinder der befragten Eltern (N=105) erhielten im Durchschnitt im Alter von acht (Knaben) bis neun Jahren (Mädchen) die Diagnose ADHS eröffnet. Erste Auffälligkeiten im Verhalten der Kinder, die aus Sicht der Eltern mit ADHS assoziiert waren, zeigten sich aber bei beiden Geschlechtern bereits rund vier

Jahre zuvor, d.h. meistens im Kindergartenalter. Bei der Mehrheit der Kinder wurden also Verhaltensprobleme ab dem Eintritt in die Volksschule (inkl. Kindergarten) manifest und mündeten dann in der Primarschule in eine explizite ADHS-Diagnose.

Allgemein zeigte sich, dass bei den Knaben die Probleme früher manifest wurden als bei den Mädchen, wobei sich auch die diagnostische Bezeichnung nach dem Geschlecht der Kinder unterscheidet. Rund die Hälfte der Mädchen erhielt gemäss ihrer Eltern eine ADS-Diagnose, aber nur ein Viertel der Knaben. Über 80% der Eltern berichteten bei ihrem Kind darüber hinaus von weiteren Störungen neben der Kernsymptomatik von ADHS, wobei am häufigsten Probleme der Motorik (50%) und Schlafstörungen (45%) genannt wurden.

Die frühen Auffälligkeiten, die also vor der Diagnoseeröffnung auftraten, führten insbesondere in drei Bereichen (>50% der Fälle) zu starken Beeinträchtigungen: bei der Bewältigung von Hausaufgaben, dem Verhalten im Schulunterricht sowie dem Verhalten allgemein in der Schule (d.h. auch ausserhalb des Unterrichts). Aber auch in zwei weiteren Feldern traten häufig (40-50% der Fälle) Probleme auf: in den sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen und im Kindergartenunterricht (nur Knaben).

Rund die Hälfte der befragten Eltern beurteilte die ADHS-Symptomatik sowohl für sich selber als auch für ihre Kinder als stark belastend. Allerdings bewerteten die Eltern die Symptombelastung für die Jungen als wesentlich stärker (55%) als für die Mädchen (30%). Auch die mit ADHS verbundenen Interventionen stellen für einen Teil der Eltern (30%) eine Belastungsquelle dar, weniger hingegen für die Kinder. Die Lebensqualität der Kinder wird von ihren Eltern insgesamt als überwiegend (68%) positiv beurteilt, in zwei Bereichen fallen jedoch Einschränkungen auf: bei der Befindlichkeit des Kindes in der Schule (58% mittel bis geringe Zufriedenheit) und beim psychischen Wohlbefinden (56%).

Der Anstoss zu einer Abklärung der Auffälligkeiten kam am häufigsten von den Eltern selbst, teilweise aber auch von der Lehrperson. Die Lehrperson wurde häufiger alleine aktiv bei den Knaben, während bei den Mädchen die Initiative überwiegend von den Eltern ausging. Die Eltern wandten sich dabei an unterschiedliche Fachpersonen, am häufigsten an Haus- oder Kinderarzt/ärztin, Kinderpsychiater/innen oder an Psychologen/innen. Der Abklärungsprozess erfolgte meistens multidisziplinär, indem mehrere Fachpersonen involviert waren. Die eigentliche Diagnosestellung wurde in der Regel von einem/einer Kinder- und Jugendpsychiater/in vorgenommen.

Die Eltern bewerteten die Informationen über ADHS und dessen Behandlung im Allgemeinen als gut oder sogar sehr gut. Sie nutzten meistens verschiedene Informationsquellen. Am häufigsten genannt wurden dabei Broschüren, das Internet, Arzt oder Ärztin, Psychologe oder Psychologin, andere betroffene Eltern oder die Klassenlehrperson. Diese Informationsquellen wurden mehrheitlich als hilfreich (50-90% positive Bewertungen) erachtet mit Ausnahme der Lehrperson (21%).

Insgesamt bezogen 80% der Kinder irgendwann im Befragungszeitraum ein MPH-Präparat, aber nur rund 40% erhielten bereits als erste Intervention nach der Diagnosestellung eine Behandlung durch Medikamente. In vielen Fällen wurden somit zunächst andere Therapien gewählt, bevor sich die Familie für eine medikamentöse Behandlung entschied. Diese verlief offenbar nicht immer problemlos, denn eine Mehrheit der Eltern berichtete über Nebenwirkungen bei ihren Kindern, wobei vor allem Appetitrückgang (81%) und Schlafstörungen (48%) als Symptome genannt wurden. Bei den Schlafbeschwerden stellt sich allerdings die Frage, ob es sich um eine Nebenwirkung oder aber eher um eine Wirkungslosigkeit der Behandlung in diesem Bereich handelt, da viele Eltern schon vor der Behandlung über Schlafstörungen bei den Kindern berichten (s.o.).

Die Behandlung wurde in vielen Fällen (69%) nicht kontinuierlich angewendet, sondern über die Ferien oder an Wochenenden unterbrochen. Von einer Mehrheit der Eltern wurden zwei Gründe für die Wahl einer medikamentösen Behandlung genannt: die Nicht-Bewältigbarkeit der schulischen Leistungsanforderungen und der Leidensdruck des Kindes (je 69%). Eine Rolle spielten aber auch andere Probleme wie

die Belastung des Familienlebens (39%) und die fehlende Unterstützung seitens der Schule (44%); ein Drittel der Eltern mit MPH-Bezug gaben schliesslich explizit an, dass andere Behandlungen nicht ausreichend wirksam waren. Eltern, deren Kinder keine Pharmakotherapie erhielten, nannten als Gründe gegen diese Intervention insbesondere die eigene Ablehnung (54%), eine als gering bewertete Symptombelastung (45%) sowie die Sorge über negative Nebenwirkungen (35%).

Die betroffenen Eltern haben häufig eine Vielzahl von Therapien (im Durchschnitt vier unterschiedliche Therapien) für ihre Kinder gewählt, wobei an der Spitze neben der Pharmakotherapie (80%) die Psychotherapie (54%) steht. Prominent vertreten waren aber auch die Anwendung homöopathischer Präparate (42%) und Diäten (31%). Viele Kinder erhielten auch Therapien aus dem Angebot der schulgebundenen Stütz- und Fördermassnahmen (Logopädie: 32%; Psychomotorik: 31%; Ergotherapie: 26%). Betrachtet man dieses Behandlungsmuster, so entspricht es einigermaßen passgenau den ADHS-Behandlungsleitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche einen multimodalen Behandlungsansatz empfehlen (z.B. (Remschmidt et al., 2008)).

Die Eltern schätzten den Nutzen bzw. die Wirksamkeit der gewählten Therapien für ihr Kind mehrheitlich positiv ein, z.B.: Pharmakotherapie (>80% positive Wirkung), Psychotherapie (70%); einige häufig gewählte Behandlungen wurden aber vergleichsweise kritischer bewertet, so die Diätbehandlung (27% positiv) und die Homöopathie (43%). Negative Wirkungen wurden selten geschildert, aber bei vielen Interventionen fiel doch auch ein substantieller Anteil von Befragten auf, welcher diese als wirkungslos beurteilten. Zu beachten ist auch, dass rund die Hälfte der Befragten über mindestens eine Therapie berichtete, welche früher als geplant abgebrochen wurde. Am häufigsten wurden Abbrüche bei der Pharmakotherapie (19%), der Homöopathie (12%) und der Diät (11%) angegeben, wobei als Abbruchgründe meistens die Ablehnung durch das Kind sowie Wirkungslosigkeit genannt wurden. Darüber hinaus standen bei der Pharmakotherapie die Nebenwirkungen als Abbruchgrund an prominenter Stelle.

Neben den in engerem Sinne medizinischen und gesundheitsbezogenen Interventionen wurde bei rund der Hälfte der Kinder mindestens eine, bei einem weiteren Viertel zwei oder mehr pädagogische Massnahmen vorgenommen. Am häufigsten erhielten die Kinder integrative Förderung (IF) im Klassenzimmer durch eine schulische Heilpädagogin bzw. einen schulischen Heilpädagogen. Bei einem Viertel der Kinder wurde von einem Schulwechsel im Zusammenhang mit ADHS berichtet.

Nur eine Minderheit der befragten Eltern hat für sich selber professionelle Unterstützung in Anspruch genommen, wobei rund ein Drittel Erziehungsberatung und ein knappes Sechstel eine Familientherapie wählte. Die Erziehungsberatung wurde mehrheitlich (rund 70%) als hilfreich, während die Familientherapie nur von einer Minderheit (35%) als hilfreich bewertet wurde. Häufiger nutzen Eltern nicht-professionelle Unterstützungsangebote wie den informellen Austausch mit anderen Betroffenen (68%) oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe (33%). Diese Angebote werden als sehr hilfreich wahrgenommen (rund 90%).

6.1.3 ADHS als soziales Phänomen

Die Perspektive der Eltern

In Einzelinterviews mit betroffenen Eltern (N=10) zeigte sich, dass ADHS für diese eine grosse Herausforderung und „Gratwanderung“ im Alltag darstellt. Obwohl die Eltern bemüht waren, „Strukturen“ für ihre Kinder zu schaffen, wussten sie nie genau, was auf sie zukam: „Es hört nicht auf, sondern es begleitet“, meinte etwa eine Mutter. Manche der im Rahmen von Interviews befragten Eltern empfanden die Unterstützung in Bezug auf die ADHS von Seiten der Schule (Lehrpersonen, Schulpsychologische Dienste) als wenig hilfreich. Wie bereits in der schriftlichen Befragung zeigte sich auch hier, dass der Entscheid, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, in den meisten Fällen von den Eltern selbst ausging. Die Eltern hatten das Gefühl, sich alleine „durchboxen“ (MUTTER_INT_03) zu müssen. Einige berichteten über negative

Erfahrungen hinsichtlich der Akzeptanz der ADHS durch die Lehrpersonen. Dies mündete bei einigen Kindern in einen Schulwechsel. Der Weg zur Behandlung war für die Eltern auch nach dem Erhalt einer Diagnose nicht leicht.

Wie in der schriftlichen Befragung, berichteten die Eltern in den Interviews von Auffälligkeiten im Verhalten, die bei ihren Kindern bereits einige Zeit vor der ADHS-Diagnose auftauchten. Genannt wurden dabei folgende Phänomene: Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit, Impulsivität und ausgeprägter Gerechtigkeitssinn, Introvertiertheit sowie mangelndes Selbstwertgefühl.

Die meisten der interviewten Eltern berichteten, dass ihre Kinder mit Medikamenten („Ritalin“) behandelt wurden, wobei die Pharmakotherapie meistens positive Auswirkungen auf das Sozialverhalten, den Leidensdruck und das Selbstwertgefühl der Kinder erzielte. Der Leidensdruck der Kinder, der besonders durch schulische Schwierigkeiten ausgelöst wurde, war einer der Hauptgründe für eine medikamentöse Behandlung. Die schulischen Schwierigkeiten manifestierten sich u.a. bei der Konzentration auf Aufgaben oder beim Arbeiten unter Zeitdruck im Rahmen von Prüfungen. Die Kinder fühlten sich im Vergleich zu den Mitschüler/innen dumm, benachteiligt und ungerecht behandelt. Die Pharmakotherapie vermochte die Konzentration bei in einigen Fällen zu verbessern, zeigte aber auch unangenehme Nebenwirkungen wie: Schlaf- und Essstörungen, „Rebounds“ (bzw. Traurigkeit/Depressivität, wenn die Wirkung des Medikamentes am Abend nachliess) sowie aus Elternsicht unerwünschte mentale Charakterveränderungen ihres Kindes. Trotzdem können lediglich drei der befragten Eltern als eigentliche „Medikamentengegnerinnen“ bezeichnet werden; diese behandelten ihre Kinder bevorzugt mit alternativen Heilpraktiken wie beispielsweise Kinesiologie oder Homöopathie.

Anhand der Interviews konnten zwei Typen von betroffenen Eltern erkannt werden: Sie wurden bezeichnet als „*die unter Druck stehenden Angepassten*“ (Typ A) und „*die anders Funktionierenden*“ (Typ B). Der Unterschied der beiden Typen liegt in der Gewichtung der Anpassung des Kindes an sein Umfeld und insbesondere an die Leistungsanforderungen der Schule. Typ A ist stark um Anpassungen bemüht: Sowohl beim Kind als auch bei der Mutter kommt es wiederholt zu belastenden Konfrontationen mit den Anforderung des Umfeldes; der Wunsch nach einem normalen Funktionieren in der Schule oder in der Berufslehre ist gross, indem dadurch eine Minderung des persönlichen Leidensdrucks erhofft wird. Für Typ B dagegen steht eher die Förderung der Individualität des Kindes, sein Anderssein im Fokus, das positiv bewertet wird. Diese Eltern nutzen eher nicht-medizinische Interventionen wie alternative Heilpraktiken, Bewegung oder Sport und erachten diese als hilfreich und oft ausreichend. Allerdings ist nicht klar, ob die Wirksamkeit dieser Interventionen auch dank einer leichteren Ausprägung der ADHS-Symptomatik ermöglicht wird. Der Falltypus A entscheidet sich aufgrund des ausgeprägten Leidensdrucks von Eltern und Kind oft für eine medikamentöse Behandlung. Eltern des Typ's B setzten sich in den Interviews auch expliziter mit der Frage auseinander, welchen Platz ihr Kind in einer leistungsorientierten Gesellschaft einnehmen soll und kommen zum Schluss, dass ihre Kinder „anders funktionieren“ aber nicht unbedingt krank seien.

Die Sichtweise der Fachpersonen

Fachpersonen (N=8) befassten sich in einer strukturierten Gruppendiskussion mit dem Phänomen ADHS, wie sie es in ihrer beruflichen Tätigkeit wahrnehmen. Zu der Gruppe zählten Kinder- und Jugendärzte/innen, ein/eine Jugendpsychologe/in, zwei Heilpädagogen/innen, eine Lehrperson und ein/e Alternativmediziner/in. Aus der Sicht dieser Professionellen hat die Bedeutung von ADHS in den letzten Jahren zugenommen. Die Gesellschaft habe ein „*Label*“, eine Etikette geschaffen, die zunehmend populärer werde. Diese Entwicklung wurde eher kritisch beurteilt, da der Begriff ADHS längst „*überstrapaziert*“ sei. Aus Sicht der Kinderärzten/innen kann dies dazu führen, dass ADHS-Diagnosen unsauber ermittelt werden: Sowohl Laien als auch Fachpersonen hätten heutzutage das Gefühl, auch bei geringer Erfahrung

über ADHS Bescheid zu wissen; dabei würden jedoch die Auffälligkeiten und Verhaltensmuster der Kinder zu wenig differenziert untersucht.

Die Fachpersonen waren der Meinung, dass gesellschaftliche Entwicklungen die Entstehungsbedingungen für ADHS grundlegend verändert haben. Die auslösenden Faktoren von ADHS müssten vermehrt in den Lebenswelten der Kinder und ihrer Familien gesucht werden. Deshalb muss für die Etablierung einer Diagnose oder die Planung einer Intervention immer auch die Umwelt der Kinder berücksichtigt und untersucht werden (z.B. die Situationen zu Hause, in der Schule oder in Vereinen). Die Zusammenarbeit mit den Eltern, aber auch mit Lehrpersonen verläuft aus Sicht der Fachpersonen nicht immer problemlos. Zentral ist es, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen und die Probleme gemeinsam anzugehen. Die Fachpersonen berichteten, dass Eltern (insbesondere in den städtischen Gebieten) oft mit hohen Erwartungen an sie als professionelle Helfende gelangten und rasche Lösungen erhofften. Die Eltern erwarteten, dass die Kinder in der Schule mitkommen und funktionieren, damit längerfristig keine Nachteile und Chancenungleichheiten für sie entstehen würden (z.B. bei der Lehrstellensuche).

Dies erschwere eine umfassende ärztliche Abklärung, da es für die Diagnostizierung von ADHS einer detaillierten Evaluation bedarf, die idealerweise verteilt über mehrere Etappen erfolgt. Medikamentesollten nur dann eingesetzt werden, wenn vorher alle notwendigen Abklärungen vorgenommen wurden. Medikamentöse Behandlungen wurden aus Fachpersonen-Sicht im Allgemein positiv bewertet, sofern eine saubere Evaluation und eine richtige Dosierung vorgenommen wurde. In Bezug auf die Dosierung der Pharmakotherapie betonten einige Fachpersonen, dass diese nicht zu hoch sein sollte, sodass die Kinder selber noch aktiv an sich arbeiten müssen, aber auch nicht zu tief, weil die Therapie sonst keine Wirkung zeige.

Diskutiert wurde auch der multimodale Behandlungsansatz von ADHS, der in den aktuellen Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlen wird. Dieser wird zwar im Grundsatz als richtig beurteilt, aber er sei (zu) teuer und im Alltag für die Eltern oft wenig praktikabel.

Fazit: der gesellschaftliche Kontext von ADHS

Sowohl in der Wahrnehmung der befragten Eltern und als auch aus Sicht der Fachpersonen stellt sich ADHS nicht nur als eine neurobiologisch fundierte Krankheit dar. ADHS äussert sich vielmehr auch als soziales Phänomen im Spannungsfeld gesellschaftlicher, schulischer und familialer Anforderungen, Lebensumstände und der Interessen der verschiedenen involvierten Akteure (Kinder, Eltern, Fachpersonen, Lehrpersonen, Nachbarn etc.).

Die Fachpersonen verstehen ADHS auch als Folge eines bestimmten Lebensstils oder als gesellschaftlich konstruiertes Phänomen: Genannt wurden dabei Popularisierungs-, Pathologisierung- und Genderdiskurse, die ADHS als Alltagsbegriff, Krankheitsbild und Diagnose mitprägen. Die Popularität des Begriffs ADHS würde dazu führen, dass es zu vorschnellen und teilweise falschen Einschätzungen und Diagnosen kommt. Genderdiskurse tragen dazu bei, dass ein ADHS-typisches Verhalten vermehrt den Knaben attestiert wird, und die Mädchen in den Förderungs- und Behandlungsprogrammen eher zu kurz kommen.

Trotz dieser Kritik an den vorherrschenden Diskursen wurde jedoch die Behandlungsbedürftigkeit von sorgfältig diagnostizierten ADHS-Fällen von den Fachpersonen nicht in Frage gestellt. Es wurde betont, dass Medikamente ein wichtiger – wenn auch nicht der einzige – Bestandteil einer ADHS-Behandlung seien.

Für viele der befragten Eltern ist indessen die Frage, inwieweit ADHS auch ein gesellschaftlich konstruiertes Phänomen darstellt, nebensächlich. Im Zentrum steht für sie der persönliche Leidensdruck und die Suche nach Hilfen. Auf diesem Hintergrund wird ein gewisser Rechtfertigungsdruck seitens der Öffentlichkeit, dem eigenen Kind Medikamente zu verabreichen, beschrieben.

Die gesellschaftlichen Diskurse über ADHS führten bei Fachleuten und Eltern somit teilweise zu gegensätzlichen Positionen. Die Eltern befinden sich im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Erwartungen und dem Leidensdruck ihrer Kinder: Einerseits müssen schulische Leistungen erfüllt werden, andererseits wird die medikamentöse Behandlung des Kindes oft auch negativ bewertet. Die Fachpersonen (insbesondere Kinderärzten/-innen) dagegen nehmen bei den Eltern und auch bei den Lehrpersonen teilweise eine Überbesorgtheit gegenüber den Kindern wahr, die zu vorschnellen Verdachtsdiagnosen führen kann. Eine weitere, von den Eltern erwähnte Problemstellung, wurde ausserdem darin gesehen, dass das Schulsystem nicht adäquat auf Kinder mit „Normabweichungen“ im Aufmerksamkeitsvermögen reagiert.

6.2 Methodische Grenzen

Die vorliegende Studie weist folgende methodische Einschränkungen auf:

- Die *Repräsentativität der schriftlichen Elternbefragung* ist eingeschränkt. Der Hauptgrund liegt in der geringen Rücklaufquote (7%) bei den beantworteten Fragebogen. Die Rekrutierung von Eltern mit ADHS-betroffenen Kindern im Schulalter erwies sich als sehr schwierig. Die Übereinstimmung in Bezug auf verschiedene Befunde zwischen schriftlicher Befragung und den Eltern-Einzelinterviews scheint den Vorbehalt gegenüber der Repräsentativität ein wenig zu entkräften. Allerdings ist zu beachten, dass es sich auch beim den interviewten Eltern um eine hoch-selektive Stichprobe handelt.
- Der *Untersuchungszeitraum der MPH-Verschreibungen* (Jahre 2006-12) ist relativ kurz, weshalb die Ableitung von Trends nur begrenzt möglich ist. Vertiefendere Analysen waren aufgrund der verfügbaren Daten nur sehr eingeschränkt möglich.
- Es sind *keine aktuellen Daten zur Epidemiologie von ADHS-Störungen* für den Kanton Zürich oder andere Regionen der Schweiz verfügbar³⁴. Es kann deshalb nicht empirisch-gestützt untersucht werden, inwieweit die Zunahme von der MPH-Bezüger-Prävalenz durch eine wachsende Zahl diagnostizierter Fälle, durch ein grössere Gewichtung der Pharmakotherapie in der ADHS-Behandlung, eine zunehmende Inanspruchnahme medikamentöser Leistungen durch die Patienten (bzw. deren Eltern) oder durch eine Kombination dieser Möglichkeiten erklärt werden kann.
- Mit den Elterninterviews konnten Daten aus der Perspektive der Mütter erhoben werden. Ob die Kinder tatsächlich so fühlen, leiden und denken, wie die Mütter dies beschrieben, ist nicht nachweisbar. Die *Interviews bilden die Meinung der Befragten* zu einem bestimmten Zeitpunkt und unter Berücksichtigung eines bestimmten Kontextes (Interviewsituation).

6.3 Schlussfolgerungen

Eine annähernde Verdoppelung der Zahl von Methylphenidat-Bezügerinnen und -Bezügern unter Kindern in einem Zeitraum von vier Jahren erscheint spektakulär. Die angesichts dieser Zahlen verständliche Frage drängt sich auf, ob diese Entwicklung Ausdruck einer forcierten Medikalisierung von störendem Verhalten bei Kindern darstellt und in vielen Fällen unangemessen und vorschnell in die Medikamentenkiste gegriffen wird. Mit der vorliegenden Studie lässt sich diese Frage nicht abschliessend beantworten. Unseres Erachtens ist aber gegenüber der These der forcierten Medikalisierung Zurückhaltung angebracht. Zunächst einmal ist es nur begrenzt möglich, aufgrund einer Zeitreihe von nur sechs Jahren wissenschaftlich valide einen umfassenden Trend abzuleiten. Hinzu kommt, dass das Wachstum der MPH-Verschreibungen im Untersuchungszeitraum (2006-2012) nicht linear verlief und in den letzten beiden Jahren (2011/2012) sich die Zahl der MPH-beziehenden Kinder stabilisiert und die Neu-Verschreibungen

³⁴ Die Durchführung einer entsprechenden Studie wäre sehr aufwändig und teuer.

gar abgenommen haben. Möglicherweise handelte es sich bei den steigenden MPH-Verschreibungen nur um ein vorübergehendes Phänomen.

Es scheint allerdings plausibel, dass die MPH-Fallzahlen schon länger (d.h. bereits vor 2006) stetig zugenommen haben, sofern man die Ergebnisse aus anderen Regionen der Schweiz auch als zumindest teilweise repräsentativ für den Kanton Zürich erachtet. So zeigt eine Studie aus dem Kanton Waadt (Gumy, Huissoud, & Dubois-Arber, 2010) für den Zeitraum 2002-2005 eine Zunahme der MPH-Prävalenzen um 38% bei Kindern im Schulalter, wobei die MPH-Prävalenz im Jahre 2005 bei den 10-15-Jährigen leicht tiefer als bei den gleichaltrigen Zürchern im Jahre 2006 lag.

Trotz der Zunahme der MPH-Verschreibungsprävalenz kann aufgrund der vorliegenden Studie angenommen werden, dass auch heute mindestens die Hälfte der Kinder im Schulalter mit einer ADHS-Diagnose kein MPH-Präparat einnehmen. Eine ADHS-Diagnose ist also nicht zwangsläufig mit einer Pharmakotherapie gekoppelt. Und die Befragung betroffener Eltern (schriftliche Befragung und Interviews) zeigt eher deren Zurückhaltung gegenüber einer medikamentösen Behandlung ihrer Kinder. Viele wählen zunächst andere Interventionen und gelangen erst nach einer längeren Leidensgeschichte zur Pharmakotherapie, in einzelnen Fällen, waren auch andere, alternative Heilpraktiken oder Sport als Massnahmen ausreichend.

Die Fokussierung auf die alleinige medikamentöse Behandlung von ADHS kann zu einer verkürzten Beurteilung des Phänomens führen. Aufgrund der Schilderungen von Eltern wie Fachleuten wird deutlich, dass ADHS nicht einfach als ein medizinisches Phänomen, als eine Krankheit begriffen werden kann. Die befragten Fachleute sind sich darin einig, dass der Begriff ADHS auch eine gesellschaftliche Karriere zu verzeichnen hat, die nicht alleine medizinisch erklärbar ist. Es scheint, dass damit auch eine Etikette für eine bestimmte Art eines unangepassten Verhaltens von Kindern gegenüber schulischen Leistungsanforderungen gefunden wurde, das – im Trend der Zeit – mit medizinischen oder psychologischen Mitteln zu korrigieren versucht wird.

Die Schule stellt dabei das zentrale Handlungsfeld dar, wo das Verhalten der ADHS-betroffenen Kinder zu manifesten Problemen führt. Die Volksschule bekundet offensichtlich häufig ihre Mühe im Umgang mit diesen Kindern. Trotz dem Credo der Individualisierung des Unterrichts gelingt es in manchen Fällen nur begrenzt oder gar nicht, ADHS-betroffenen Kindern ein förderliches und unterstützendes Lernarrangement anzubieten, das den besonderen Bedürfnissen dieser Schülerinnen und Schüler gerecht wird. Beachtenswert ist darüber hinaus, dass offenbar gerade die Individualisierung des Unterrichts die ADHS-Kinder mit besonderen Hürden konfrontiert.

Insofern scheint es naheliegend, dass insbesondere im Kontext der Schule darüber nachgedacht werden sollte, wie der (schulische) Leidensdruck von ADHS-Kindern (und ihrer Eltern) reduziert oder vermieden werden könnte. Einige kritische Problemfelder, bei denen angesetzt werden kann, sind relativ offensichtlich: Sie betreffen insbesondere die Hausaufgaben (Umfang), das Zeitmanagement im Unterricht (insbesondere bei Prüfungen) und die Lernziele.

Schliesslich bedarf besonderer Aufmerksamkeit auch die Tendenz zur Stigmatisierung von ADHS-Kindern und ihrer Eltern. So werden etwa manche Eltern wiederholt – implizit oder explizit – mit dem Vorwurf mangelnder Erziehungskompetenz konfrontiert.

7 Literatur

- Bailey, S. (2009). *Producing ADHD: An ethnographic study of behavioural discourses of early childhood*. (Thesis), University of Nottingham, Nottingham.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1977). *Die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Brida, S. H., Daseking, M., Petermann, F., & Goldbeck, L. (2010). Intelligenz- und Aufmerksamkeitsleistungen von Jungen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 4(58), 299-308.
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M., Noguchi, K., Mason, D., & Mayerson, G. (2012). Willingness to use ADHD treatments: A mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Social Science & Medicine*(74), 92-100.
- Chen, C. Y., Gerhard, T., & Winterstein, A. G. (2009). Determinants of initial pharmacological treatment for youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 19(2), 187-195.
- Dhuey, E., & Lipscomb, S. (2010). Disabled or Young? Relative Age and Special Education Diagnoses in Schools. *Economics of Education Review*, 29(857-872).
- Döpfner, M. (2010). ADHS bei Schulkindern. *Pädiatrie*, 2, 2-10.
- Eberle, T. S. (1999). Die methodologische Grundlegung der interpretativen Sozialforschung durch die phänomenologische Lebensweltanalyse von Alfred Schütz. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 24(4), 65-90.
- Garbe, E., Mikolajczyk, R. T., Banaschewski, T., Petermann, U., Petermann, F., Kraut, A. A., & Langner, I. (2012). Drug treatment patterns of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents in Germany: results from a large population-based cohort study. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 22(6), 452-458.
- Gebhardt, B., Finne, E., von Rahden, O., Kolip, P., Glaeske, G., & Würdemann, E. (2008). *ADHS bei Kindern und Jugendlichen: Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK Sankt Augustin*: Asgard-Verl. .
- Gläser, J., & Laudel, G. (2004). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gumy, C., Huissoud, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Prevalence of methylphenidate prescription among school-aged children in a Swiss population: increase in the number of prescriptions in the Swiss Canton of Vaud, from 2002 to 2005, and changes in patient demographics. *J Atten Disord*, 14(3), 267-272. doi: 10.1177/1087054709356386
- Kelle, U., & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Klößner, L., & Lüdemann, D. (2013). Ein Krankenkassen-Bericht ist keine valide ADHS-Studie, *ZEIT ONLINE*. Retrieved from <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2013-01/Barmer-Bericht-ADHS-Diagnosen-Kinder>
- Knopf, H., Hölling, H., Huss, M., & Schlack, R. (2012). Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *British Medical Journal Open*, 2. doi:10.1136/bmjopen-2011-000477
- Kowal, S., & C., O. C. D. (2004). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 437-447). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kühne, K., & Rapold, R. (2011). Der Bezug von Methylphenidat in d er Schweiz. Nicht alarmierend – Fragen stellen sich dennoch. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(34), 1295-1299.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S., Buitelaar, J., Daalen, E. v., & Fegert, J. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (dbds): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11-28.
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-525.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2006). *ILK, Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Parker, I. (2004). Die diskursanalytische Methode. In U. Flick, E. Von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 546-556). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Rabbani, A., & Alexander, G. C. (2009). Impact of Family Structure on Stimulant Use among Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Health Services Research*, 44(6), 2060–2078.
- Remschmidt, H., Mattejat, F., & Warnke, A. (2008). *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Rösler, M., & Retz, W. (2008). Diagnose, Differentialdiagnose und komorbide Leiden der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psychotherapie*, 13(2), 175-182.
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 162-170.

- Rüesch, P., & Mäder, N. (2010). Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Systematischer Review zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen, Psychotherapie und Pharmakotherapie. Winterthur: ZHAW Fachstelle Gesundheitswissenschaften.
- Schmeck, K., Albermann, K., Bader, M., Hänggeli, C. A., Ryffele, M., Zollinger, M., & Steinhausen, H.-C. (2008). Behandlung von Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen. *Schweiz Med Forum*, 8(23), 436-439.
- Skrodzki, K. (2005). Kinder mit dem vorwiegend unaufmerksamen Subtyp. *Pädiatrie Hautnah*, 3.
- Stelzer, T. (2009). Ich will doch nur spielen, *Die Zeit, Magazin*. Retrieved from <http://www.zeit.de/2009/32/Das-therapierte-Kind-32>
- Wülker, A. (2009). *ADHS: Diagnose und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Paper presented at the 15th Wonca Europe Conference, Basel
http://www.rosenfluh.ch/rosenfluh/articles/download/858/ADHS_Diagnose_und_Therapie.pdf
- Zwirs, B. W., Burger, H., Schulpen, T., Wiznitzer, M., Fedder, M., & Buitelaar, K. (2007). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Children of Different Ethnic Origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 556-566.

Anhang A: Struktur des Eltern-Fragebogens (Online-Befragung)

Tabelle 20: Struktur des Fragebogens (Forts. nächste Seite)

Thematische Blöcke des Fragebogens	U
<p><i>Block 1: Anfang</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Begrüssungstext; – Instruktionen; – Einverständniserklärung. 	0
<p><i>Block 2: Angaben zum betroffenen Kind</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Geburtsdatum; – Geburtsort; – Ankunft in der Schweiz; – Geschlecht – Anzahl Geschwister; – Wohnverhältnisse; – Wohnort (Bezirk); – aktueller Schultyp/Klassentyp; – Schullaufbahn; – Komorbidität. 	0
<p><i>Block 3: Auftreten der ADHS-Symptome</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Alter bei ersten Auffälligkeiten; – Beeinträchtigung durch die ersten Auffälligkeiten. 	0
<p><i>Block 4: Abklärungsprozess</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Anstoss, nach den ersten Auffälligkeiten eine Fachperson aufzusuchen; – erster professioneller Ansprechpartner; – Diagnosetyp. 	0
<p><i>Block 5: Diagnoseeröffnung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnosestellende Fachperson; – in den Abklärungsprozess einbezogene Fachpersonen; – Diagnosealter; – Bewertung der Informationen zu ADHS und dessen Behandlung bei <i>Diagnoseeröffnung</i>. 	1
<p><i>Block 6: Informationsquellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Bewertung der genutzten Informationsquellen zu ADHS und dessen Behandlung. 	0
<p><i>Block 7: Kinderbezogene Behandlungen & Wirkungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – durchgeführte Behandlungen und deren Wirkungen (bzw. Nutzen aus Elternsicht); – Gründe gegen bzw. für eine medikamentöse Behandlung; – Falls medikamentöse Behandlung: Art; Einnahmepausen; Wirkungen und Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung; – Absetzgründe für Behandlungen; – Dauer zwischen der ADHS-Diagnosestellung und der ersten Behandlung nach der Diagnosestellung; – erste Behandlung nach der Diagnosestellung. 	1
<p><i>Block 8: Kinderbezogene Massnahmen im schulischen oder pädagogischen Bereich & Wirkungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – durchgeführte schulische Massnahmen und deren Wirkungen in verschiedenen schulischen Bereichen 	1
<p>U= Unterschiede in den Fragestellungen zwischen Kindern mit einer ADHS-Diagnose und Kinder ohne eine offizielle ADHS-Diagnose; U=1 unterschiedlich; U=0 identisch</p>	

Tabelle 21: Struktur des Fragebogens (Forts.)

Thematische Blöcke des Fragebogens	U
<i>Block 9: Elternbezogene Interventionen</i> – Bewertung der genutzten elternbezogene Behandlungen und Unterstützungsmassnahmen (z.B. Erziehungsberatung)	1
<i>Block 10: Lebensqualität bzw. aktuelle Situation</i> – Bewertung der aktuellen schulischen Situation, familiären Situation, Freizeit, Selbstbeschäftigung und Gesundheit des betroffenen Kindes	1
<i>Block 11: Belastung</i> – Bewertung der Belastung durch ADHS und ADHS-Interventionen	1
<i>Block 12: Schule</i> – Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit mit der Schule und Beurteilung der aktuellen Klassenperson / die aktuellen Klassenpersonen bzgl. Wissenstand & Umgang mit ADHS	1
<i>Block 13: Angaben zu den Eltern</i> – Geburtsjahr der Eltern – Höchster Bildungsabschluss der Eltern – Erwerbstätigkeit der Eltern	0
<i>Block 14: Ergänzungen</i> – Freitext	0
U= Unterschiede in den Fragestellungen zwischen Kindern mit einer ADHS-Diagnose und Kinder ohne eine offizielle ADHS-Diagnose; U=1 unterschiedlich; U=0 identisch	

Anhang B: Quantitative-Befragung: Stichprobenbeschreibung

Tabelle 21: Stichprobenbeschreibung: Angaben zum betroffenen Kind

Variablen (Auswahl)	Mäd- chen	Jun- gen	Ge- samt	Sig.
Geburtsjahr (Median)	2001	2002	2002	
Aktuelle Wohnort: Winterthur	0.33	0.21	0.25	
Aktuelle Wohnort: Zürich	0.24	0.31	0.29	
Aktuelle Wohnort: Anderer Bezirk	0.39	0.46	0.44	
Aktuelle Wohnort: Missing	0.03	0.03	0.03	
Geburtsort: Schweiz	0.91	0.92	0.91	
Geburtsort: Ausland	0.06	0.08	0.08	
Geburtsort: Missing	0.03	0.00	0.01	
Anzahl Geschwister: 0	0.21	0.13	0.15	
Anzahl Geschwister: 1	0.36	0.57	0.50	*
Anzahl Geschwister: 2 oder mehr	0.36	0.31	0.32	
Anzahl Geschwister: Missing	0.06	0.00	0.02	
Wohnverhältnisse: Wohnt bei beiden leiblichen Eltern	0.61	0.61	0.61	
Wohnverhältnisse: Wohnt bei der leiblichen Mutter	0.24	0.31	0.29	
Wohnverhältnisse: Wohnt beim leiblichen Vater	0.00	0.03	0.02	
Wohnverhältnisse: Bei Adoptiveltern	0.06	0.01	0.03	
Wohnverhältnisse: in einer Wohneinrichtung bzw. Heim	0.06	0.04	0.05	
Wohnverhältnisse: Andere Wohnverhältnisse	0.03	0.00	0.01	
Aktuelle Schultyp: Regelschule-Regelklasse	0.73	0.67	0.69	
Aktuelle Schultyp: Regelschule-Kleinklasse	0.09	0.04	0.06	
Aktuelle Schultyp: Integrierte Sonderschulung	0.00	0.03	0.02	
Aktuelle Schultyp: Sonderschulung in einer Tagesschule oder in einem Schulheim	0.06	0.10	0.09	
Aktuelle Schultyp: Anderer Schultyp	0.12	0.17	0.15	
Zusätzliche Störungen: Ja	0.88	0.86	0.87	
Zusätzliche Störungen: Nein	0.12	0.14	0.13	
Zusätzliche Störung*: (Ein-)schlafprobleme	0.42	0.46	0.45	
Zusätzliche Störung*: Probleme mit der Motorik	0.39	0.56	0.50	
Zusätzliche Störung*: Legastenie	0.15	0.22	0.20	
Zusätzliche Störung*: Dyskalkulie	0.21	0.15	0.17	
Zusätzliche Störung*: Starke Ängste	0.21	0.25	0.24	
Zusätzliche Störung*: Depression	0.15	0.17	0.16	
Zusätzliche Störung*: Andere Störungen	0.33	0.28	0.30	
N	33	72	105	

*Mehrere Störungen zusätzlich zu ADHS konnten angegeben werden. Die Anteile bei den verschiedenen zusätzlichen Störungen addieren sich deshalb nicht zu 1 bzw. zu 100%. Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Jungen/Mädchen (Two-sample Test of Proportions), * $p \leq 0.05$.

Tabelle 22: Stichprobenbeschreibung: Angaben zu den Eltern

Variablen (Auswahl)	Mütter	Väter
Höchster Bildungsabschluss: ICSED2 (Sekundarstufe I)	0.01	0.03
Höchster Bildungsabschluss: ICSED3 (Sekundarstufe II)	0.49	0.41
Höchster Bildungsabschluss: ICSED4 (Höhere Fachschule)	0.09	0.13
Höchster Bildungsabschluss: ICSED5 (FH/PH/Universität inkl. ETH)	0.38	0.36
Höchster Bildungsabschluss: Anderer Bildungsabschluss	0.04	0.03
Höchster Bildungsabschluss: Missing	0.00	0.04
Erwerbsstatus: Voll erwerbstätig	0.12	0.72
Erwerbsstatus: Teilzeit erwerbstätig	0.64	0.14
Erwerbsstatus: Arbeitslos oder Nichterwerbstätig (z.B. Hausfrau/Hausmann)	0.21	0.10
Erwerbsstatus: Missing	0.01	0.04
N	105	105

ISCED: *International Standard Classification of Education*; Mutter: die leibliche Mutter oder die Adoptivmutter; Vater: der leibliche Vater, der Stiefvater oder der Adoptivvater

Anhang C: Ergänzende Befunde der quantitativen Elternbefragung

Abklärungsprozess und Etablierung der ADHS-Diagnose

Tabelle 23: Abklärungsprozesses und Etablierung der ADHS-Diagnose

Variablen	Mäd- chen	Jun- gen	Ge- samt	Sig.
Erste professionelle Ansprechperson: Hausarzt/Hausärztin oder Kinder- arzt/Kinderärztin	0.33	0.35	0.34	
Erste professionelle Ansprechperson: Kinder- oder Jugendpsychiater/in	0.36	0.28	0.30	
Erste professionelle Ansprechperson: Psychologe/Psychologin (z.B. SPD)	0.30	0.28	0.29	
Erste professionelle Ansprechperson: Andere Fachperson	0.00	0.10	0.07	
Diagnosestellende Gesundheitsfachperson: Hausarzt/Hausärztin oder Kinder- arzt/Kinderärztin	0.03	0.15	0.11	
Diagnosestellende Gesundheitsfachperson: Kinder- oder Jugendpsychiater/in	0.61	0.54	0.56	
Diagnosestellende Gesundheitsfachperson: Psychologe/Psychologin (z.B. SPD)	0.33	0.28	0.30	
Diagnosestellende Gesundheitsfachperson: Andere	0.03	0.03	0.03	
Diagnosetyp: ADHS	0.45	0.64	0.58	
Diagnosetyp: ADS	0.52	0.25	0.33	***
Diagnosetyp: POS	0.03	0.11	0.09	
Weitere Fachpersonen involviert in Abklärungsprozess	0.88	0.93	0.91	
N	33	72	105	

Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Jungen/Mädchen (Two-sample Test of Proportions), ***: $p \leq 0.001$.

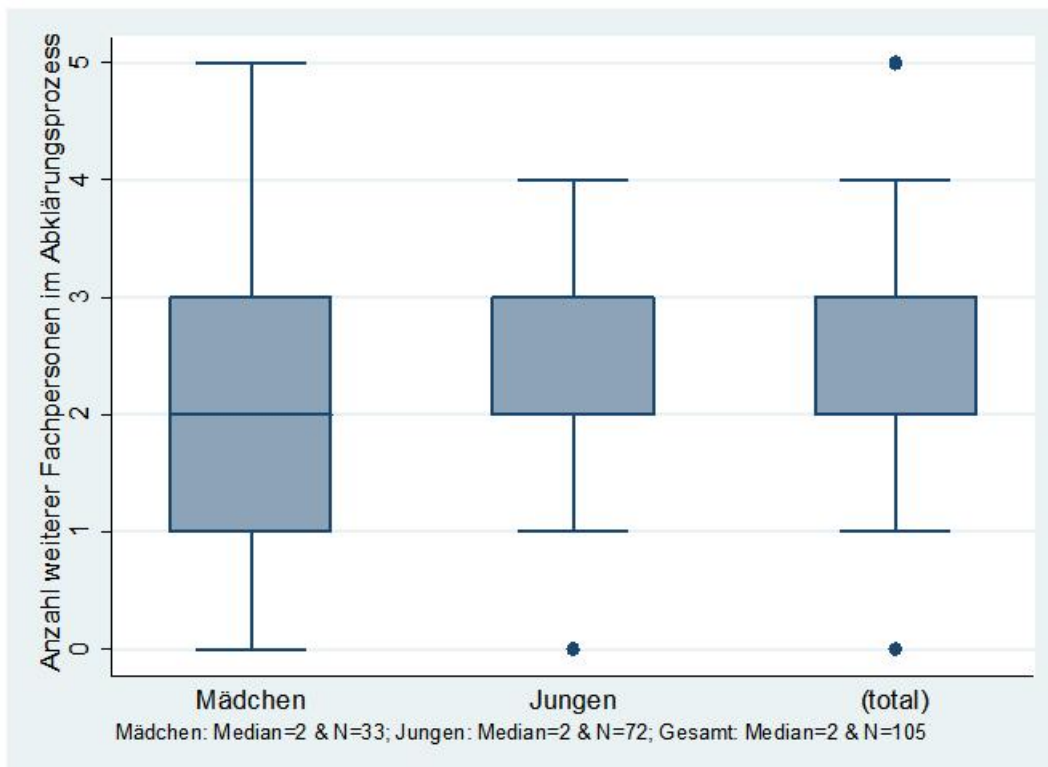


Abbildung 21: Anzahl weiterer (bzw. zusätzlich zur diagnosestellenden Gesundheitsfachperson) Fachpersonen involviert im Abklärungsprozess

Kinderbezogene Behandlungen

Tabelle 24: Einnahmepausen und Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlungen (Mehrfachantworten bei der Art der Nebenwirkungen)

Variable	Mädchen	Jungen	Gesamt	Sig.
Einnahmepause (z.B. am Wochenende oder in den Ferien)	0.80	0.64	0.69	
Nebenwirkungen während der med. Behandlungen	0.88	0.88	0.88	
Art der Nebenwirkung: Appetitrückgang	0.84	0.80	0.81	
Art der Nebenwirkung: Schlafbeschwerden	0.48	0.47	0.48	
Art der Nebenwirkung: Übelkeit	0.04	0.14	0.11	
Art der Nebenwirkung: Müdigkeit	0.08	0.12	0.11	
Art der Nebenwirkung: Andere	0.28	0.36	0.33	
N	25	59	84	

Mehrere Nebenwirkungen konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 1 bzw. zu 100%. Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Jungen/Mädchen (Two-sample Test of Proportions); Keine statistisch signifikante Ergebnisse.

Tabelle 25: Anzahl der ersten Behandlungen und Zeit bis zur ersten Behandlung nach Diagnosestellung

	Mäd- chen	Jun- gen	Ge- samt	Sig.
Anzahl erster Behandlung nach der Diagnosestellung: 0	0.03	0.00	0.01	
Anzahl erster Behandlung nach der Diagnosestellung: 1	0.70	0.60	0.63	
Anzahl erster Behandlung nach der Diagnosestellung: 2	0.24	0.21	0.22	
Anzahl erster Behandlung nach der Diagnosestellung: 3	0.00	0.15	0.10	
Anzahl erster Behandlung nach der Diagnosestellung: 4	0.03	0.03	0.03	
Anzahl erster Behandlung nach der Diagnosestellung: 6	0.00	0.01	0.01	
Zeit bis erster Behandlung nach der Diagnosestellung: Weniger als 1 Monat	0.48	0.44	0.46	
Zeit bis erster Behandlung nach der Diagnosestellung: Zwischen 1 und 6 Monaten	0.33	0.38	0.36	
Zeit bis erster Behandlung nach der Diagnosestellung: Mehr als 7 Monaten	0.15	0.18	0.17	
Zeit bis erster Behandlung nach der Diagnosestellung: Missing	0.03	0.00	0.01	
N	33	72	105	

Mehrere Nebenwirkungen konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 1 bzw. zu 100%. Sig.: statistische Signifikanz Vergleich Jungen/Mädchen (Two-sample Test of Proportions); Keine statistisch signifikante Ergebnisse.

Entscheidungsprozesse der Eltern

Tabelle 26: Gründe, eine Behandlung früher als geplant zu beenden (Mehrfachantworten)

Behandlung & Abbruchsgründe	Anteil
Medikamentöse Behandlung (N=20)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.45
Nebenwirkungen	0.40
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.35
Andere Gründe	0.30
Ablehnung durch die Eltern oder die Familie	0.20
Besorgnis über negative Folgen	0.20
Besorgnis über Abhängigkeit	0.15
Andere Gesundheitsprobleme, die medikamentös behandelt werden oder wurden (z.B. Allergien)	0.10
Verbesserung der ADHS-Symptomatik (d.h. Behandlung nicht mehr nötig)	0.05
Unverträglichkeit	0.05
Psychotherapie (N=8)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.75
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.38
Verbesserung der ADHS-Symptomatik	0.25
Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson	0.25
Stigmatisierende Wirkung	0.13
Diätische Behandlungen (z.B. Omega-3 Supplementierung) (N=12)	
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.67
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.42
Nicht umsetzbar im Alltag	0.17
Andere Gründe	0.17
Stigmatisierende Wirkung	0.08
Unverträglichkeit	0.08
Neurofeedback (N=5)	
Kostengründe	0.40
Andere Gründe	0.40
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.20
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.20
Entspannungstraining (N=3)	
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	1.00
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.33
Kostengründe	0.33
Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson	0.33
Psychomotorik oder Mototherapie (N=5)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.40
Verbesserung der ADHS-Symptomatik	0.40
Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson	0.40
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.20
Kostengründe	0.20
Ergotherapie (N=1)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	1.00
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	1.00
Kostengründe	1.00

Fortsetzung Tabelle 26: Gründe, eine Behandlung früher als geplant zu beenden (Mehrfachantworten)

Behandlung & Abbruchsgründe	Anteil
Logopädie (N=8)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.38
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.38
Verbesserung der ADHS-Symptomatik	0.25
Person der behandelnden Fachperson bzw. die Beziehung zur behandelnden Fachperson	0.25
Ablehnung durch die Eltern oder die Familie	0.13
Nicht umsetzbar im Alltag	0.13
Kostengründe	0.13
Homöopathische Mittel (N=13)	
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.85
Unverträglichkeit	0.15
Nicht umsetzbar im Alltag	0.08
Kostengründe	0.08
Verbesserung der ADHS-Symptomatik	0.08
Kinesiologie (N=4)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.50
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.50
Nicht umsetzbar im Alltag	0.25
Kostengründe	0.25
Kunsttherapie (N=2)	
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	0.50
Kostengründe	0.50
Spieltherapie (N=2)	
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	1.00
Ablehnung durch das betroffene Kind	0.50
Nicht umsetzbar im Alltag	0.50
Lerntherapie (N=2)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	1.00
Nicht Erfolg versprechend bzw. keine sichtbare Symptomverbesserung infolge spezifischer Beh.	1.00
Ablehnung durch die Eltern oder die Familie	0.50
Nicht umsetzbar im Alltag	0.50
Kostengründe	0.50
Festhaltetherapie (N=1)	
Ablehnung durch das betroffene Kind	1.00
Mehrere Antworten konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 1 bzw. zu 100%.	