

Kinder mit AD(H)S-Symptomen haben besondere

Bedürfnisse: Sie sind oft un aufmerksam, können sich schlecht konzentrieren und ihre Gefühle nur schwer kontrollieren – auch wenn sie es sehr gerne anders wollten. Sie fallen auf und ecken in der Familie und in der Schule bei Kolleginnen und Kollegen sowie bei Lehrpersonen an. Meist leiden auch ihre Schulleistungen darunter. Der Leidensdruck dieser Kinder und die Belastung ihrer Eltern sind teils erheblich.

Wie können wir diesem Kind am besten helfen, ohne dass wir eine Handlungsoption zugunsten dieses Kindes ausser Acht lassen?

Diese Handlungsempfehlungen setzen im Umgang mit AD(H)S an, und zwar in Form eines strukturierten Ablaufs, bei dem die Kindesbedürfnisse und –rechte im Mittelpunkt stehen und die verschiedenen Perspektiven und Ressourcen der Akteure berücksichtigt werden. Es soll verhindert werden, dass ein Kind mit AD(H)S zu rasch oder falsch behandelt wird oder unbeachtet bleibt.



Kinder fördern.

Handlungsempfehlungen zum Umgang mit AD(H)S
im Entscheidungsprozess

Geleitwort

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) ist die am häufigsten diagnostizierte Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter. Viele Fachpersonen im Kinder- und Jugendbereich sehen in ihrem Alltag Kinder, bei welchen der Verdacht auf AD(H)S geäußert wird, die Störung bereits bestätigt ist oder die medikamentös behandelt werden. Die Diagnose AD(H)S wird durch Angaben von Eltern und Umfeld und nach einer umfassenden spezialärztlichen Untersuchung des Kindes gestellt. Dieses Vorgehen mag auf den ersten Blick klar erscheinen, allerdings ist der diagnostische Prozess im Alltag sehr anspruchsvoll und bietet viel Interpretationsspielraum. Zudem halten sich nur wenige Fachpersonen an die offiziellen Versorgungsleitlinien oder wenden genau definierte Kriterien an. Umso wichtiger sind deshalb Handlungsempfehlungen für den Umgang mit AD(H)S im Entscheidungsprozess. Diese stehen in der Schweiz nun erstmals zur Verfügung.

Ich kann den Autoren dieses Werks nur gratulieren. Es ist ihnen gelungen, eine Haltung zu vermitteln, die das Kind in den Mittelpunkt stellt und ihm Selbstbestimmung und Mitwirkung ermöglicht. Der von den Empfehlungen vorgeschlagene Perspektivenwechsel zielt darauf ab, das Umfeld des Kindes zu verändern, damit es gefördert und unterstützt werden kann. Tatsächlich sollen in einem ersten Schritt immer Massnahmen eingeleitet werden, die das Umfeld bestmöglich an die individuellen Eigenheiten und Bedürfnisse eines Kindes heranführen und die nicht nur darauf abzielen, die störenden Symptome des Kindes zu eliminieren. Der Einsatz von Medikamenten soll nicht die erste Massnahme sein, sondern der letzte Schritt einer multimodalen Therapie. Die vorliegenden Empfehlungen unterstützen diesen Entscheidungsprozess ganz wesentlich.

Was braucht es, damit ein Kind mit AD(H)S-Symptomen bestmöglich begleitet werden kann? Die Autoren betonen den Stellenwert umfassender Informationen zum Kind, einer guten Kommunikation zwischen den Akteuren und der Aufteilung von Verantwortlichkeiten zwischen den Fachpersonen. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure verbessert nachweislich die Versorgung der betroffenen Kinder. Die Handlungsempfehlungen sehen dabei die «Runden Tische» als zentrale Strukturelemente vor und machen dazu konkrete Empfehlungen zu den entsprechenden Prozessen. Es ist ausserdem sehr wichtig, dass alle Akteure über umfassende Kenntnisse der normalen Entwicklung und über Kompetenzen im Umgang mit entwicklungsauffälligen Kindern und Jugendlichen verfügen. Denn je kompetenter und informierter die Fachpersonen sind, desto besser werden die Bedürfnisse des einzelnen Kindes erkannt.

Prof. Dr. med. Oskar Jenni, Zürich, im September 2018

Impressum

Alle Rechte an dieser Broschüre sind Sandra Hotz und dem Institut für Familienforschung und Beratung, Universität Fribourg vorbehalten, auch die des Nachdrucks.

Kontakt:
Institut für Familienforschung und -beratung, Universität Fribourg,
Rue Faucigny 2, 1700 Fribourg

hotz@med-fam-law.ch

Unterstützung: Stiftung Mercator Schweiz
Gestaltung: Sevenfold Creative, California
Druck: Schellenberg Druck AG, Pfäffikon ZH

Inhalt

Geleitwort	3		
Einleitung	6		
Aufbau der Handlungsempfehlungen	11		
1. Ziele und Zweck	14		
1.1 Was sind Handlungsempfehlungen?	14		
1.2 Ziele	14		
1.3 Zweck	14		
2. Anwendungsbereich	15		
2.1 Persönlicher Anwendungsbereich	15		
2.2 Sachlicher Anwendungsbereich	16		
2.3 Grenzen des Anwendungsbereichs	16		
3. Grundsätze	17		
3.1 Das Kind steht im Mittelpunkt	17		
3.2 Selbstbestimmung und Mitwirkung des Kindes sind zu ermöglichen	18		
3.3 Kinder fördern	18		
3.4 Orientierung an den Ressourcen/Empowerment aller Akteure	19		
<hr/>			
4. Handlungsempfehlungen	22		
4.1 Strukturierter Entscheidungsprozess mit Rückkopplungsschleufe	22		
4.2 Runde Tische als zentrale Strukturelemente	26		
4.3 Schritte 1 bis 4	28		
<hr/>			
5. Wissenschaftliche Studien und Belege	40		
5.1 »Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit AD(H)S« 2015-2017 – wichtige Erkenntnisse zusammengefasst	40		
5.1.1 Komplexität der AD(H)S Problematik (an)erkennen	40		
5.1.2 Kommunikation zwischen den Akteuren kann verbessert werden	41		
5.1.3 Kein Aktivismus von Seiten aller Akteure erkennbar	42		
5.1.4 Herausforderungen für Fachpersonen	43		
5.1.5 Multimodaler Therapieansatz ist noch nicht überall umgesetzt – Medikation ist dominant	43		
5.1.6 Leidensdruck des Kindes als Grund für die medikamentöse Behandlung	44		
5.1.7 Einstellung zur medikamentösen Behandlung	44		
5.1.8 Wie geht es dem Kind?	45		
5.1.9 Wie ist das Kind in den Entscheidungsprozess eingebunden?	46		
5.1.10 Kein Regionenvergleich	47		
5.2 Warum die Zusammenarbeit aller Akteure wichtig ist	47		
5.2.1 AD(H)S-Symptome sind belastend	47		
5.2.2 Häufigkeit von AD(H)S und Verschreibungspraxis	48		
5.2.3 Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ist vorgesehen.	50		
5.2.4 Es braucht Erziehungs-, Gesundheitshilfen und weitere Hilfen	51		
5.2.5 Wer tätigt die AD(H)S-Diagnose und wie erfolgt sie?	53		
5.2.6 Braucht es eine Therapie? Wenn ja, welche?	54		
5.2.7 Die (kinder-)rechtliche Sichtweise	56		
5.3 Abgrenzungen und Qualifizierung der Handlungsempfehlungen	61		
5.3.1 Was wollen Handlungsempfehlungen?	61		
5.3.2 Abgrenzung zu den medizinischen Leitlinien zu AD(H)S	62		
5.3.3 Abgrenzung zu den Empfehlungen im Kinderschutz und der Zusammenarbeit einzelner Akteure	68		
5.3.4 Abgrenzung zu den Leitlinien zur Mitwirkung von Kindern	74		
5.3.5 Interdisziplinäre prozedurale Handlungsempfehlungen für Kind-Eltern-Lehrperson-medizinische Fachperson im Umgang mit AD(H)S	75		
Anhang	77		
Hilfreiche Links	77		
Buchempfehlungen	78		
Bibliographie	80		
Fussnoten	82		

Einleitung

Nico: «An Freunde kann ich mich nicht erinnern. Kollegen hatte ich schon, aber das ging immer hin und her. Fünf Minuten Freundschaft. Fünf Minuten Kampf.» Wie Nico die Aufmerksamkeit wiederfand. Matthias Meili, Sonntagszeitung vom 1. Juli 2018.

Mutter: «Selten wurde ich als Expertin der Kinder wahrgenommen... So wurde ich ungefragt mit Tipps überhäuft: Schon zuckerfreie Diät, Schüssler-Salz, Globuli oder Stromstösse probiert? Wir, wie viele andere Eltern, setzen uns sehr differenziert mit unseren Kindern, Erziehungsfragen und allfälligen Behandlungsmöglichkeiten auseinander. Vom Umfeld wird ungeniert Druck aufgesetzt, in die eine oder andere Richtung zu geben, je nach persönlicher Überzeugung bei diesem Thema.» Mein Kind hat ADHS, Fritz & Fränzi, ADHS Serie Teil 2, 20. Oktober 2015.

Lehrperson: « Obwohl ich selbst noch nicht Mutter bin, stelle ich es mir unglaublich schwierig vor, mich zu informieren in dem Moment, wo ich die Diagnose meines Kindes erfahre. Ich wäre nicht fähig, die Informationen zu speichern oder zu verarbeiten. Ich glaube, aus diesem Grund bin ich dann als schulische Heilpädagogin die erste Person, die mit den Eltern noch einmal richtig über die Diagnose, die Formen und Ausprägungen spreche. Häufig bin ich dann auch die Person, die ihnen ihre Rechte erklärt.» E-Mail einer Heilpädagogin, 9. Juli 2018.

Med. Fachperson: «Die Individualität des Kindes kann sich in ADHS-Symptomen zeigen. Das Kind möchte aus dem Kreislauf des ständigen Leistungsdrucks ausbrechen, sich nicht mehr anpassen, es braucht Bewegung und Eigenzeit – so legitimiert eine medizinische Diagnose die Eigenheit bzw. die Individualität des Kindes.» Elisabeth Höwler, Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2016, Springer Verlag, S. 218.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen betreffen den Umgang mit Kindern, die aufgrund von AD(H)S-Symptomen «auffallen», wobei die Entscheidungsprozesse im Vordergrund stehen.

Die vier Stimmen zu Beginn dieser Broschüre illustrieren dabei die Vielfalt der individuellen, familiären, schulischen und gesellschaftlichen Anforderungen, mit denen die Akteure in solchen Entscheidungsprozessen konfrontiert sind. Mit diesen Handlungsempfehlungen soll der Entscheidungsprozess so strukturiert werden, dass eine verbesserte Kommunikation und Koordination zwischen den Beteiligten erreicht wird, die sich in vielfältiger Hinsicht positiv auf das Kind auswirken (siehe Ziff. 5.3.5):

Wie können wir dem Kind am besten helfen, ohne dass wir eine Handlungsoption zugunsten dieses Kindes ausser Acht lassen? Es soll verhindert werden, dass Kinder, die aufgrund von AD(H)S-Symptomen «auffallen», vorschnell medizinisch versorgt oder stigmatisiert werden. Es soll aber auch gleichermaßen verhindert werden, dass Kinder unbeachtet und untertherapiert oder -versorgt bleiben, sodass ihnen «zu spät» oder gar nicht geholfen wird. Wie müssen die Ressourcen aller Beteiligten eingeteilt und geleitet sein, damit diese Kinder gefördert werden können und zu der Betreuung, Beschulung und gesundheitlichen Versorgung kommen, die ihnen zustehen?

Kinder mit AD(H)S-Symptomen haben besondere Bedürfnisse: Sie sind oft unaufmerksam, können sich schlecht konzentrieren und ihre Gefühle nur schwer kontrollieren – auch wenn sie es sehr gerne anders wollen. Sie fallen auf und ecken in der Familie und in der Schule bei Kolleginnen und Kollegen sowie bei Lehrpersonen an. Meist leiden auch ihre Schulleistungen darunter. Der *Leidensdruck dieser Kinder* und die Belastung ihrer Eltern sind teilweise erheblich.

Hinzu kommen einige *Unsicherheiten*, mit denen Betroffene konfrontiert sind: *Erstens* sind die Ursachen von AD(H)S divers: Fachpersonen gehen sowohl von genetischen als auch neurobiologischen und psychologischen Ursachen aus. Bei einer Gruppe der an AD(H)S betroffenen Patienten kann man von einer kindlichen Reifverzögerung im Gehirn ausgehen, wobei bei einem Teil der Patienten auch spezifische Befunde vorliegen, die sich sozusagen nicht auswachsen. Zudem spielen Umwelteinflüsse wie die Erwartungen von Familie, Schule und Gesellschaft eine grosse Rolle. Die Fähigkeit, sich einen ganzen Schultag lang (zumeist auf einen Frontalunterricht) konzentrieren und fokussieren zu können, ist eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Teilnahme am Unterricht. *Zweitens* braucht die Diagnose von AD(H)S besondere Fachkunde und praktische Erfahrung, damit somatische Erkrankungen, andere psychische Störungen oder auch psychosoziale Faktoren als Ursachen ausgeschlossen werden können. *Drittens*, bleibt die Beobachtung von Symptomen – trotz erprobter standardisierter, diagnostischer Mittel – offen für Interpretationen. Dies vor allem auch, weil es bis heute keinen «Biomarker», keinen medizinischen Test (Blutentnahme, bildgebendes Verfahren) gibt, mit dem man die Diagnose stellen könnte. Es verbleibt ein *Deutungsspielraum* zwischen einer «üblichen», das heisst gesunden Entwicklung des jugendlichen Gehirns, und einer «unüblichen» im Sinne eines pathologischen Befundes.

Schliesslich muss im Entscheidungsprozess zum Umgang mit den AD(H)S-Symptomen des Kindes aus einer Vielzahl von Handlungsoptionen aus den Bereichen der Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialhilfe eine Auswahl getroffen werden. Und selbst dann, wenn wir uns für gar keine Hilfe, keine Massnahme oder Therapie, also ein *«Laissez-faire»*, das heisst das Abwarten, entscheiden, so wird niemand von uns bestreiten wollen, dass das Einhalten von minimalen Verhaltensnormen für das Funktionieren einer Familienstruktur oder einer Schulklasse notwendig ist.

Diese Handlungsempfehlungen setzen im *Umgang mit AD(H)S* an, und zwar in der Form einer *strukturierten Prozedur*, bei denen verschiedene Perspektiven der Akteure sowie die Kindesbedürfnisse und -rechte im Mittelpunkt stehen. Es soll verhindert werden, dass ein Kind mit AD(H)S zu rasch oder falsch behandelt wird oder unbeachtet bleibt.

Diese Handlungsempfehlungen gehen auf das interdisziplinäre und multizentrische Forschungsprojekt *«Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit AD(H)S»* der Universität Fribourg, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und des Collegium Helveticum (ETH/UZH/ZHdK) 2015-2017 zurück, co-geleitet von PD Dr. iur. Sandra Hotz. Dieses Projekt wurde massgeblich von der Mercator Stiftung Schweiz finanziert. Die wichtigsten Fragestellungen lauteten: Wie laufen Entscheidungsprozesse im Umgang mit AD(H)S-Symptomen von Kindern in der Schweiz ab? Welche Rollen spielen die beteiligten Kinder, Eltern, Lehr- und medizinischen Fachpersonen? Wie fühlen sich Kinder mit AD(H)S dabei? Werden die Kinderrechte in diesem Prozess wahrgenommen und eingehalten?

Diese Handlungsempfehlungen sind ein unmittelbares interdisziplinäres Nachfolgeprojekt. Geleitet wurde es von PD Dr. iur. *Sandra Hotz*, Institut für Familienforschung und -beratung, Universität Fribourg.

Mitgewirkt haben folgende Expertinnen und Experten (in alphabetischer Reihenfolge):

- Prof. Dr. phil. *Sascha Neumann*, Leiter der Research Group «Early Childhood Education and Childhood Studies», Universität Luxembourg.
- Lic. phil. *Dominik Robin*, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung Gesundheitswissenschaften, ZHAW.
- Prof. FH *Dieter Rüttimann*, Gründer und Leiter der Gesamtschule Unterstrasse.
- Prof. Dr. phil. *Dominik Schöbi*, Direktor des Instituts für Familienforschung und -beratung, Universität Fribourg.
- PD Dr. med. *Michael von Rhein*, Leitender Arzt der Entwicklungspädiatrie, Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ am Kantonsspital Winterthur.
- Prof. Dr. med. et Dipl. Psych. *Susanne Walitza*, Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.
- Prof. Dr. phil. *Frank Wieber*, Dozent, Abteilung Gesundheitswissenschaften, ZHAW.
- Frau *Karin Wimberger* als betroffene Mutter.

Für die finanzielle Unterstützung ist abermals der Stiftung Mercator Schweiz zu danken. Herzlich gedankt für ihre Anregungen zu je einer früheren Fassung der Handlungsempfehlungen sei ferner: PD Dr. med. Renate Drechsler, Dr. iur. Gisela Kilde. Für die Lektüre in sprachlicher Hinsicht sei Rita Mayr und Fabian Naumer gedankt.

Sandra Hotz
Institut für Familienforschung und -beratung
Universität Fribourg
Oktober 2018

Aufbau der Handlungsempfehlungen

Diese Broschüre ist in drei voneinander grösstenteils unabhängige, farblich unterscheidbare Teile gegliedert:

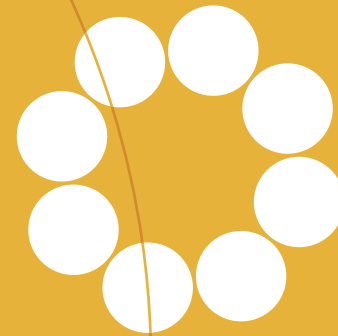
Sie beginnt mit einem *Allgemeinen Teil 1*, der die Ziele, die Umschreibung des Anwendungsbereichs und die allgemeinen Grundsätze der Handlungsempfehlungen bildet. Dieser Rahmen ist nötig, um die Handlungsempfehlungen einzuordnen und verständlicher zu machen.

In der Mitte dieser Broschüre finden Sie *Teil 2*, das Kernstück, in dem die konkreten *Handlungsempfehlungen* zum Entscheidungsprozess im Umgang mit von AD(H)S betroffenen Kindern stehen.

Wünschen Sie mehr Informationen zu den Handlungsempfehlungen, so finden Sie in *Teil 3* die zugrundeliegenden Fragestellungen, Projektergebnisse und Überlegungen, die zu diesen Handlungsempfehlungen geführt haben sowie die Forschungsliteratur. Dieser Teil ist dem Allgemeinen Teil (Teil 1) und den Handlungsempfehlungen (Teil 2) logisch vorgelagert; zur Anwendbarkeit der Handlungsempfehlungen ist er jedoch bewusst hintenangestellt.

Am Schluss folgen als *Anhang* einige Buchempfehlungen und Links, über welche Sie regelmässig aktuelle Informationen zur Thematik AD(H)S erhalten werden sowie die Bibliographie und die Fussnoten.

Allgemeines



Teil I: Allgemeines

1. Ziele und Zweck

1.1 Was sind Handlungsempfehlungen?

Handlungsempfehlungen beinhalten Ratschläge von Expertinnen und Experten. Prinzipiell können also die Begriffe Leitlinien, Leitfaden und Handlungsempfehlungen als gleichbedeutend verstanden werden. Da in der Medizin mit «Leitlinie» in der Regel aber etwas Spezifisches assoziiert wird und eine «Leitlinie» im medizinischen oder rechtlichen Sprachgebrauch auch nicht das Gleiche ist, wird vorliegend die Bezeichnung «Kinder fördern. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit AD(H)S im Entscheidungsprozess» gewählt.

1.2 Ziele

Die übergeordneten Ziele, an denen sich die Praxis orientieren kann, sind:

- > die Kinderrechte und das Kindeswohl zu sichern,
- > durch koordinierte Anstrengungen die Chancengerechtigkeit von Kindern zu erhöhen,
- > alle Massnahmen auf die spezifischen persönlichen, familiären und schulischen Bedürfnisse des Kindes »masszuschneiden« und
- > den interdisziplinären Umgang mit AD(H)S in Sachen Symptome, Diagnose, Therapie und Prävention zu fördern sowie
- > die Empfehlung einer multimodalen AD(H)S-Therapie in der Schweiz besser umzusetzen.

1.3 Zweck

Der primäre Zweck dieser Handlungsempfehlungen ist es, die Kommunikation und Zusammenarbeit aller Akteure in der Praxis zugunsten des Kindes zu verbessern. Das bedeutet, dass die bilateralen Gesprächskonstellationen (Lehrpersonen-Eltern, Kind-Eltern, med. Fachperson-Eltern oder gar Schule-med. Fachpersonen) möglichst ergänzt werden sollten, indem alle Beteiligten früh an einem »Runden Tisch« zusammengeführt werden, sodass man die Ressourcenorientierung und die Kompetenz steigern kann. Aus der Perspektive des Kindes folgt daraus zweierlei:

- Das Kind wird jederzeit als Individuum und Rechtssubjekt mit eigenen Bedürfnissen anerkannt und seine Mitwirkung ist im Entscheidungsprozess um Förderung, Beschulung, Diagnose und Therapie sichergestellt.
- Steht das Kind tatsächlich im Zentrum, so lautet die leitende Frage in diesem Entscheidungsprozess:

«Was können alle tun, um dem Kind zu helfen?» oder anders formuliert:
«Wie muss das Umfeld verändert werden, damit das Kind gefördert und ihm geholfen werden kann?»

Diese Handlungsempfehlungen dienen dazu, Situationen zu vermeiden, in denen dem Kind *nicht* geholfen wird und das Kind etwa stigmatisiert, bestraft, unangemessen beschult, eine falsche Diagnose erhält oder unnötig therapiert beziehungsweise «unterversorgt» wird.

Der *sekundäre und längerfristige Zweck* der Handlungsempfehlungen liegt in der Förderung von Kindern mit AD(H)S-Symptomen zu Gunsten ihres kognitiven Potenzials und ihrer Persönlichkeitsentfaltung: Stärkung alternativer Fördermassnahmen, Erhöhung der Akzeptanz und Stärkung des rechtlichen Schutzes. Kinder mit AD(H)S-Symptomen benötigen Strukturierungshilfen in ihrem Familien- und Schulalltag, Überschaubarkeit der Abläufe und verlässliche Ansprechpersonen.

Das bedeutet dann auch, dass die AD(H)S-Problematik bei Kindern grundsätzlich als eine Querschnittsthematik zwischen Familien-, Gesundheits- und Schulthema erkannt und verstanden wird, der weder mit Gesundheitshilfe noch mit sonderpädagogischen Massnahmen allein gerecht werden kann.

2. Anwendungsbereich

2.1 Persönlicher Anwendungsbereich

Diese Handlungsempfehlungen richten sich an *alle Akteure, die mit einem Kind mit sog. AD(H)S-Symptomen konfrontiert sind* und sich überlegen, wie mit diesem Kind umzugehen ist. In erster Linie sind die Vertreterinnen und Vertreter der drei zentralen betroffenen Lebensbereiche des Kindes, nämlich Familie, Schule und Gesundheit, angesprochen.

Akteure im Sinne dieser Handlungsempfehlungen sind:

- Kind (v.a. Grundschule)¹;
- Eltern;
- Lehrpersonen/Heilpädagogen und Heilpädagoginnen sowie
- Medizinische Fachpersonen und/oder
- Schulpsychologische Fachpersonen oder Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter (weitere Behördenmitglieder wie bspw. KESB).

Unter «Lehrperson» werden im Folgenden, sofern nicht anders präzisiert, auch die *Kindergartenkräfte* sowie alle an einer Primarschule lehrenden Personen, wie etwa die Schulleiterinnen und Schulleiter oder die im Schulhaus tätigen *Heilpädagoginnen und Heilpädagogen*, verstanden. Die Verwendung des Singulars schliesst zudem nicht aus, dass mehrere Lehrpersonen für das betroffene Kind zuständig sind.

Unter «medizinischer Fachperson» werden im Folgenden, sofern nicht anders ausgeführt, die Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen verstanden.

Eine wichtige Funktion haben auch die Fachpersonen des Schulpsychologischen Dienstes und, wo vorhanden, die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter.

Es können aber auch weitere Behördenmitglieder (bspw. Personen der Schulbehörden Gemeinde/Bezirk oder der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden KESB) in ein allfälliges Verfahren involviert sein.

Unter dem Begriff *Umfeld oder Umwelt* des Kindes sprechen die vorliegenden Handlungsempfehlungen alle diese Akteure an, mit den ihnen je möglichen Handlungen zur Förderung und zur Änderung des Verhaltens (z.B. durch Konzentrationstraining) sowie zur Änderung der Verhältnisse (z.B. Umsetzen in die erste Reihe, räumliche Umgestaltung des Kinderzimmers).

2.2 Sachlicher Anwendungsbereich

Die folgenden Handlungsempfehlungen betreffen den strukturierten Ablauf des Entscheidungsprozesses zwischen den Akteuren im Umgang mit den AD(H)S-Symptomen eines Kindes. AD(H)S beschreibt eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung des Kindes. Selbiges fällt durch die klassisch zugeordneten Symptome «*übermässige Unaufmerksamkeit und Impulsstörungen*» auf.² Dabei können entsprechende Verdachte ab der Kindergartenstufe den Prozess in Gang setzen.

2.3 Grenzen des Anwendungsbereichs

Diese Handlungsempfehlungen sind keine medizinischen Leitlinien für die Diagnose und die Therapie von AD(H)S. Wer die Diagnose wie am besten durchführen soll und welche Therapieformen in welchem Fall am besten anzuwenden sind, bilden nicht Gegenstand dieser Handlungsempfehlungen. Die Handlungsempfehlungen stellen auch keine Vorgaben zur Erziehung und Beschulung dar. Sie enthalten darüber hinaus keine Übersicht über die bereits vorhandenen inhaltlichen Hilfsmittel, beteiligten Personen und Institutionen. Diese Handlungsempfehlungen betreffen nicht die Erkennung oder Verhinderung möglicher Kindeswohlgefährdungen (weiterführend unter Ziff. 5.3).

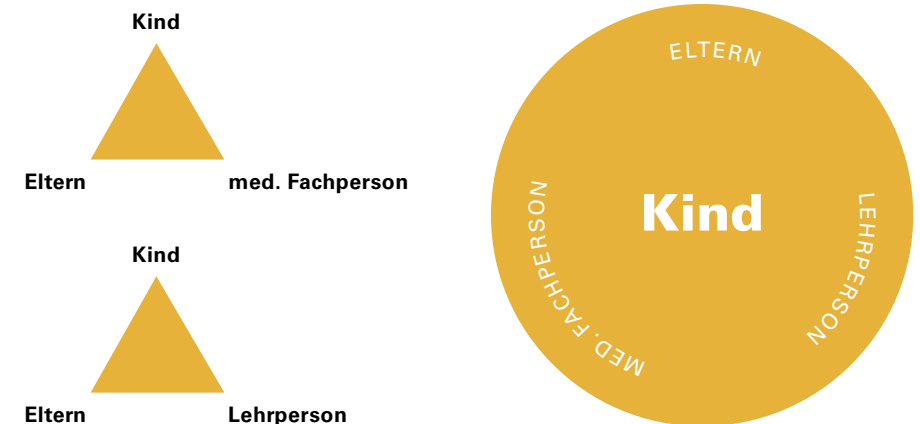
3. Grundsätze

3.1 Das Kind steht im Mittelpunkt

Wird das Kind in den Mittelpunkt gestellt und der Prozess zum Umgang mit AD(H)S von dessen Bedürfnissen, Interessen und Rechten aus strukturiert, so bedeutet dies einen *Perspektivenwechsel*: Es wird dann überlegt, wie das Umfeld an die besonderen Bedürfnisse des Kindes angepasst werden könnte und was jeder Akteur dazu beitragen kann. Es geht dann weniger darum, zu erreichen, dass ein Kind «nicht mehr auffällt» oder dass es gesund wird. Vielmehr geht es darum, dem Kind zu helfen.

Um zu wissen, wie dem Kind am besten geholfen werden kann, müssen *alle Akteure zusammenwirken*.

Statt von traditionell bilateralen Gesprächskonstellationen zwischen zwei Erwachsenen über bzw. mit dem Kind, das heisst zwei Dreiecksverhältnissen, 1.) «Lehrperson-Eltern-Kind» und 2.) «med. Fachperson-Eltern-Kind», ist neu von *einem Kreis von Akteuren im Umfeld des Kindes auszugehen*:



3.2 Selbstbestimmung und Mitwirkung des Kindes sind zu ermöglichen

Jedes Kind ist in seiner Selbstbestimmung ernst zu nehmen und zu unterstützen.

Die Selbstbestimmung in den persönlichen Angelegenheiten seines Lebens, wie hier an einem Schnittpunkt von Familien-, Bildungs- und Gesundheitsbelangen, ist besonders stark zu beachten. – Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinderrechte grundsätzlich keine Überforderung für das Kind darstellen, denn ein Ansatz, der zu Verstärkung ihrer Eigenständigkeit führt, funktioniert in der kinderpsychologischen und -psychiatrischen Praxis gut.³ Für die Selbstbestimmung und Mitwirkung gibt es keine festen Altersvoraussetzungen. Ein Recht ist *keine Pflicht*; das Kind bestimmt selbstständig, ob es eine aktive oder passive Rolle im Entscheidungsprozess einnimmt.

Das Selbstbestimmungsrecht des Kindes hängt von seinem individuellen Reifegrad (kognitiv und emotional) und den sozialen Rahmenbedingungen ab. Mitwirken kann das Kind auch, wenn es noch nicht alleine entscheiden kann, es also *urteilsunfähig* ist.

Das Mitwirkungsrecht des Kindes in diesem Entscheidungsprozess umfasst viele Aspekte:

- Das Kind ist ab Beginn des Entscheidungsprozesses zu informieren über das, was besprochen und entschieden werden soll und welches die möglichen Konsequenzen des Prozesses für das Kind sind.
- Das Kind ist nach seiner Meinung zu fragen und diese ist anzuhören. zur Mitwirkung zählen sowohl verbale als auch nonverbale Äusserungen des Kindes.
- Das Kind ist durch diesen Prozess hindurch aufmerksam zu begleiten und/oder zu vertreten.
- Die Akteure haben sich mit dem, was das Kind ausdrückt, ernsthaft auseinanderzusetzen und das Erfahrene, wenn möglich, in ihre Entscheidung einfließen zu lassen.

Mitwirkung geht etwa über die blosse Anwesenheit des Kindes in der Arztpraxis (beispielsweise zu Diagnosezwecken) oder im Schulzimmer hinaus.⁴

3.3 Kinder fördern

«Kinder fördern» im Umgang mit AD(H)S bedeutet, dass jeder Entscheid, der im Umgang getroffen wird, der Verbesserung der Lebensqualität des Kindes dienen soll, wobei die Lebensqualität im Umgang mit AD(H)S von den individuellen gesundheitlichen, familiären und schulischen Lebensbedingungen sowie dem subjektiven Wohlbefinden des Kindes abhängt.

Massstab für die Eignung eines getroffenen Entscheides und einer Massnahme ist also, ob er/sie dem Kind hilft.

Jede Massnahme, die zugunsten des Kindes getroffen wird, sei es eine rechtliche, erzieherische oder medizinische, die das Persönlichkeitsrecht des Kindes tangiert (und das tun letztlich alle), muss ferner das *Verhältnismässigkeitsprinzip* wahren. Das bedeutet, dass stets die *«mildeste Massnahme»* zu wählen ist, um das gewünschte Ziel zu erreichen.

3.4 Orientierung an den Ressourcen/Empowerment aller Akteure

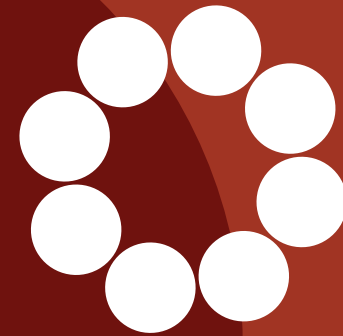
Die individuellen Lebensbedingungen des Kindes und sein subjektives Wohlbefinden hängen von den Ressourcen aller involvierten Akteure ab. Ein strukturierter Entscheidungsprozess dient der Erfragung, Feststellung, Koordination, Nutzung und Stärkung der Ressourcen aller Beteiligten.

Es ist deshalb auch stets zu fragen:

- Welche Unterstützung braucht die Lehrperson?
- Welche Hilfe brauchen die Eltern?

Ohne Empowerment aller beteiligten Akteure kann dem betroffenen Kind nicht ganzheitlich geholfen werden.

Handlungsempfehlungen



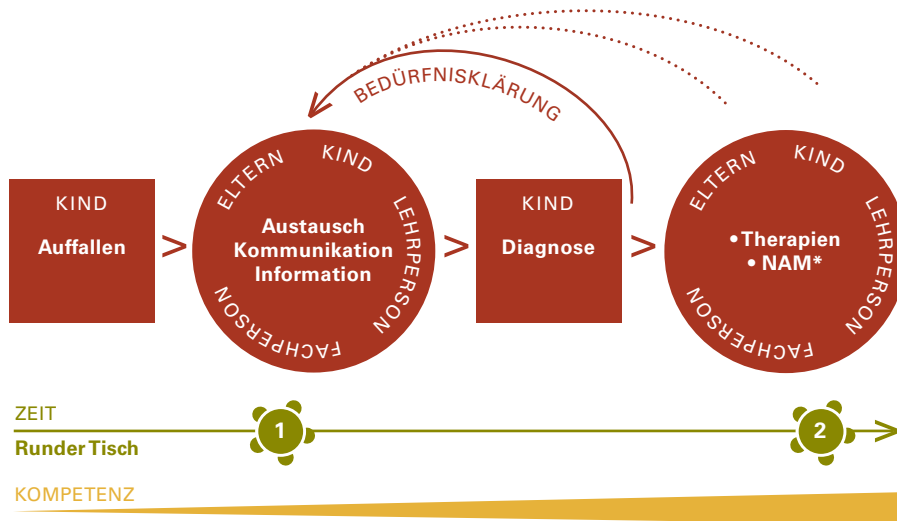
Teil II: Handlungsempfehlungen

4. Handlungsempfehlungen

4.1 Strukturierter Entscheidungsprozess mit Rückkopplungsschleife

Die Einführung eines strukturierten Entscheidungsprozesses «ab Auffallen/Verdacht von AD(H)S-Symptomen bis Behandlung» mit Rückkopplungsschleifen (vgl. roter Pfeil) soll alle Akteure ein bis zwei Mal an einem Runden Tisch zusammenführen, wobei die Förderung des betroffenen Kindes im Zentrum steht.

Die Einführung einer Entscheidungsstruktur im Umgang mit AD(H)S dient der Voraussehbarkeit der Handlungsoptionen und damit der individuellen Entlastung. Eine Entscheidungsstruktur bewirkt die Wiederholbarkeit dieser Abläufe. Wird die Entscheidungsstruktur zum Standard, dient sie auch der Chancengerechtigkeit aller Kinder im Umgang mit AD(H)S und ferner der Rechtssicherheit.



*NAM = Nachteilsausgleich

Rückkopplungsschleife (roter Pfeil)

Es handelt sich bewusst nicht um ein lineares Ablaufschema mit Wenn-dann-Entscheiden, sondern um ein Verfahren, das die Akteure der drei betroffenen Lebensbereiche des Kindes (Familie, Schule, Gesundheit). 1.) möglichst früh zusammenführt, nämlich nach dem Zeitpunkt des «Auffallens», um sicherzustellen, dass alle Beteiligten alle notwendigen Informationen besitzen und dann 2.) noch einmal bewusst zusammenbringen soll, wenn die Diagnose erfolgt oder beendet ist, um zu erfahren, welche Handlungs- und Behandlungsoptionen in allen drei Lebensbereichen zu Gunsten des Kindes denkbar (und machbar) sind und wie eine individuelle Lösung für das Kind ausfallen kann.

Zeitfaktor (grüner Pfeil)

Eine zeitliche Strukturierung hilft den Beteiligten, sich auf den Entscheidungsprozess zu konzentrieren und sich zügig, aber nicht übereilt, zu überlegen, wie das Umfeld an die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden könnte. Das Abwarten von rund sechs Monaten zwischen dem ersten und dem zweiten Runden Tisch empfiehlt sich allgemein, um allen Beteiligten genügend Zeit zu geben, verschiedene Optionen auszuprobieren.

Zudem entsprechen die sechs Monate auch der minimalen Dauer, in der die Symptome vorliegen müssen, um überhaupt die Diagnosekriterien gemäss DSM-5 zu erfüllen. Ein Kind soll nicht aufgrund eines ein- oder zweimaligen Auffallens diagnostiziert werden.

Umgekehrt sollte aber ein Kind, das Hilfe braucht, auch nicht noch einmal sechs Monate warten müssen, bis es diese erhält. Die sechs Monate dienen dann dazu, abzuwarten und zu beurteilen, ob vereinbarte Hilfeleistungen wirken oder nicht.

Nach sechs Monaten oder einer anderen dem Kind und seinen Bedürfnissen entsprechend vereinbarten Dauer erkundigt sich die Person, die den Prozess leitet (dazu mehr unter Ziff. 4.3) bei allen Beteiligten, ob das Kind immer noch auffällt und/oder die Informationen und die ggf. vereinbarten Massnahmen Wirkung zeigen, und/oder, ob sich das Kind besser fühlt und/oder, ob ein Lernfortschritt besteht und/oder, ob schon eine Diagnose möglich ist. Falls keine positive Wirkung ersichtlich ist, sollte es zu weiteren Klärungen der Umstände kommen. Das Kind ist nun zu diagnostizieren, sofern nicht schon nach dem ersten Runden Tisch damit begonnen wurde.

Der Prozess *kann auch abgekürzt werden, wenn die Bedürfnisse des Kindes dies verlangen*, weil das Kind bspw. stark leidet oder verweigert in die Schule zu gehen. – Die vorliegenden Handlungsempfehlungen gehen – ihrem Zweck entsprechend – von einem «Idealverlauf» aus, denn der Entscheidungsprozess sollte so früh als möglich aufgenommen werden.

Der Zeitfaktor ist in verschiedener Hinsicht wichtig:

1.) Es sollte **möglichst früh untersucht** werden, warum ein Kind «auffällt», damit ihm bereits in der Grundschule geholfen werden kann. Das heisst, dass die Lehrpersonen in der Früherkennung auch eine gewisse Verantwortung haben, denn es sollte nicht so sein, dass ein Kind, das aus einer schlecht strukturierten Familie kommt, erst viel später gefördert wird (bspw. erst in der fünften Klasse, wo es bereits zu spät ist, um den Übertritt in die Mittelschule zu beeinflussen). Wird zu spät reagiert, kann es sein, dass der «Leidensdruck» so gross geworden ist, dass eine mildere Handlungsoption gar nicht mehr geprüft wird.

2.) Der **Entscheidungsprozess braucht Zeit und soll nicht übereilt stattfinden**: Nach einer ersten umfassenden gegenseitigen Informations- und Aufklärungsrunde und der Beachtung der unterschiedlichen Ressourcen und Bedürfnisse von Kind, Eltern und Lehrperson braucht es etwas Zeit, so dass sich Akteure orientieren können (z.B. sechs Monate).

Eine vertiefte Untersuchung soll nicht überstürzt, aber auch nicht verzögert werden. Zudem ist eine seriöse Diagnose generell zeitaufwändig.

Die Aufklärung über die Handlungs- und Behandlungsoptionen und die Wahl der individuellen Lösung braucht ebenfalls Zeit. Dies gilt umso mehr, wenn ein «etappenweises Vorgehen» bei der Wahl der Therapien befolgt wird.

3.) Eine «Rückkopplungsschleufe» mit einem zweiten Runden Tisch beansprucht mehr Zeit und Ressourcen als ein lineares Verfahren mit nur einem Runden Tisch.

Die Rückkopplungsschleufe sollte dennoch nicht ausgelassen werden, denn gerade *nach* einer Diagnose müssen die Handlungs- und Behandlungsoptionen aller Beteiligten (nochmals) diskutiert werden.

- Es sollte erstens gemeinsam über die *Notwendigkeit* einer Therapie reflektiert werden.
- Zweitens muss intensiv über *die Art und die Intensität der unterschiedlichen Therapien* diskutiert werden: Beispielsweise sollten einseitige oder «zu intensive» Therapien vermieden respektive diskutiert werden. Wurde beispielsweise eine Komorbidität mit Legasthenie diagnostiziert, wird eine besondere Förderung notwendig sein.
- Aus Zeitmangel ist denkbar, dass eine physische Teilnahme eines Akteurs (bspw. der med. Fachpersonen) an einem Runden Tisch ausfallen muss und es stattdessen zu einer schriftlichen oder mündlichen elektronischen Konferenz kommen kann, an der aber alle teilnehmen sollen.

Beispiel 1

a) *«früh und umsichtig»:*

Damian, 5 Jahre alt, fällt der Kindergartenkraft auf, weil es in den letzten Monaten schon drei bis vier Mal zu Handgreiflichkeiten im Sandkasten gekommen ist und er jüngst einen Kollegen fest in die Wange gebissen hat. Damian entschuldigt sich danach sehr und ist selbst betroffen; trotzdem kann er sich in schwierigen Situationen nicht bremsen. Die Kindergartenkraft spricht mit den Eltern, die nicht erstaunt sind, denn Ähnliches erleben sie auch. Gemeinsam entscheiden sie, jeweils ernsthaft mit Damian zu sprechen und sich in ein bis zwei Wochen wieder auszutauschen und gegebenenfalls die Schulpsychologin beizuziehen.

b) *«zu spät»:*

Schule X droht Damian, 11 Jahre alt, mit einem «Schulverweis». Damian hat trotz vieler Gespräche mit der Lehrperson und den Eltern nicht aufgehört, ab und zu aggressiv zu reagieren, wenn die Klassenkameraden ihn generiert haben, auch wenn es ihm danach selbst leid tat.

Kompetenzfaktor (gelb)

Eine solche Struktur fördert auch den Kompetenzfaktor, der in verschiedener Hinsicht zentral ist: Je kompetenter alle Akteure, umso höher sind die Chancen, dass die Bedürfnisse des Kindes beachtet werden und ihm geholfen wird.

Strukturen im Ablauf vermitteln ein Gefühl von Sicherheit und setzen Ressourcen frei: Je besser die Lehrpersonen informiert ist und sich durch eine vorgegebene Struktur unterstützt fühlt, desto mehr Ressourcen hat sie für das einzelne Kind. Je früher die Eltern und das Kind informiert sind, umso besser fällt erfahrungsgemäss die «Compliance» aus. Das heisst, dass die gegenseitige Information und Aufklärung aller Akteure während des ganzen Prozesses besonders zentral sind und letztlich auch einen positiven Einfluss auf den Zeitfaktor haben.

Unter den Kompetenzfaktor fallen neben einer Struktur auch die Überlegungen, wie das Kind begleitet, unterstützt oder vertreten werden kann und die Bereitstellung eines «Fact-Sheet AD(H)S» und einer einfachen Checkliste mit den zu klärenden Punkten.

4.2 Runde Tische als zentrale Strukturelemente (grün)

«Runde Tische» sind die zentralen Strukturelemente dieses Entscheidungsprozesses. Ein Runder Tisch ist ein Ort der Information und Kommunikation aller Beteiligten auf Augenhöhe. Ein Runder Tisch ist ein Ort der Unterstützung, der individuellen Entlastung, nicht der Machtinszenierung und Schuldzuweisung.

Es ist grundsätzlich davon auszugehen:

- > dass Kind und Eltern belastet sind, teils leiden sie, teils sind sie überfordert oder verzweifelt;
- > dass die Beziehung zwischen Kind und Lehrperson belastet ist;
- > dass nicht alle Akteure gut über AD(H)S, insbesondere über den Umgang mit AD(H)S, informiert sind (z.B. geeignete Lerntechniken) und dass ein Bedürfnis nach fachlicher Information besteht;
- > dass die Kommunikation zwischen Eltern und Lehrpersonen verbessert werden kann;
- > dass die Kommunikation zwischen Lehrpersonen und med. Fachpersonen verbessert werden kann;
- > dass die Kommunikation familienintern belastet sein kann (zwischen Kind und Eltern/Elternteil);
- > dass bei allen die Bereitschaft besteht, dem Kind zu helfen;
- > dass ein Bedürfnis besteht, die bestehende Belastung zu teilen.

Praktische Organisation

- Je früher dieser Runde Tisch stattfindet, umso weniger Raum besteht für eine sog. «negative Spirale», bspw. die Verhärtung falscher Informationen.
- Es ist ein freundlicher Ort für den ersten Runden Tisch auszuwählen. Die Anzahl der Anwesenden und die Sitzordnung sind ausgewogen und vertrauensbildend zu wählen, damit das Kind und die Eltern nicht eingeschüchtert sind.
- Es ist darauf zu achten, dass alle Anwesenden am Gespräch beteiligt sind.
- Eine Person sollte das Gespräch moderieren.
- Eine Person sollte ein Gesprächsprotokoll verfassen, das allen Teilnehmenden im Anschluss zugesendet wird.

Inhalte des ersten Runden Tisches

- Welche Symptome von AD(H)S zeigt das Kind in der Schule und zu Hause?
- Wie gross ist der Leidensdruck des Kindes?
- Welches sind die schulischen Beeinträchtigungen? Diese sind für Kind, Lehrpersonen und Eltern in der Regel wichtig.

- Was kann das Kind besonders gut?
 - Welche begünstigenden Massnahmen haben alle Beteiligten schon erprobt?
 - Welches sind die Fragen, Zweifel und Ängste aller Beteiligten?
Es geht um Entlastung und Entstigmatisierung.
 - Welche weiteren Informationsquellen bestehen für die Beteiligten?
 - Welche Fragen können gleich am Runden Tisch befriedigt werden?
- Schliesslich:
- Wie soll es weitergehen?
 - Welche Massnahmen können die Beteiligten je nach ihren Ressourcen beitragen?
 - Es ist eine Abmachung zu treffen, bis wann jeder was unternimmt und wie dann ggf. weiter zu verfahren ist. Ziel: Alle unterzeichnen diese Vereinbarung.
 - Wie kann in der Zwischenzeit die Kommunikation aufrecht erhalten werden?
Z.B. Anlegen eines Kontakt-/Aufgabenhefts.

Der unmittelbare Zweck ist die gegenseitige Information zu Beobachtungen und Empfindungen bezüglich des Verhaltens des Kindes und ggf. eine erste fachliche Beratung zu den Symptomen von AD(H)S, Möglichkeiten der Diagnose und Therapien. Der mittelbare Zweck ist die individuelle Entlastung.

Inhalte des zweiten Runden Tisches

- Wie haben sich die Symptome von AD(H)S des Kindes in der Schule und zu Hause entwickelt?
- Wie hat sich der Leidensdruck des Kindes entwickelt?
- Wie haben sich die schulischen Beeinträchtigungen entwickelt?
- Welche begünstigenden Massnahmen waren erfolgreich, welche weniger, welche gar nicht?
- Hat in der Zwischenzeit eine Diagnose begonnen oder stattgefunden? Wer stellt/e die Diagnose und mit welchem Resultat? Sollte eine Zweitmeinung eingeholt werden?
- Welches sind die konkreten Therapie-Optionen? (Vor-/Nachteile)
- Welche vertieften Massnahmen/Therapien werden nun diskutiert und/oder ausgewählt bzw. ausprobiert?
 - Es ist wiederum eine Abmachung zu treffen, bis wann jeder was unternimmt und wie dann ggf. weiter zu verfahren ist.
 - Alle unterzeichnen diese Vereinbarung.
 - Sie klären, ob allenfalls ein weiterer Austausch vereinbart werden soll, beispielsweise ein dritter Runder Tisch.

4.3 Schritte 1 bis 4

Erster Schritt:

Kind «fällt durch übermässige Unaufmerksamkeit, hyperaktives Verhalten und Impulsstörungen auf»

Wenn ein Kind durch «übermässige Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsstörungen auffällt», sollten sich alle Akteure fragen, wie ihm zu helfen ist. «Auffallen» bedeutet nach diesen Handlungsempfehlungen, dass ein Kind wiederholt und über eine gewisse Dauer die Beachtung/Aufmerksamkeit der Lehrperson/Eltern auf sich zieht, weil es sich beispielsweise häufiger bewegt als stillzusitzen und unruhiges Verhalten zeigt, wie häufiges Essen und Trinken, Nägelkauen, Schwatzen, Unterbrechen einer gerade redenden Person, ständiges Abgelenktsein, häufiges Vergessen von Unterlagen und Hausaufgaben oder häufiges «Träumen» (das Kind ist oft mit den Gedanken «woanders»). Das Kind kann auch aggressiv sein und mit Gegenständen wie Schulmaterial destruktiv umgehen (zerstören/zerreißen).

Bei jedem Kind äussern sich die Symptome anders, aber bei allen zeigt sich wegen der Symptome eine gewisse Mühe in der Schule; sie sind in Sachen Sozialkompetenz schneller überfordert.

Generell sollte möglichst früh geklärt werden, wie dem Kind geholfen werden kann, wenn möglich bereits in den ersten Jahren der Grundschule oder sogar schon im Kindergarten. Viele Eltern von AD(H)S-Kindern berichten denn auch, dass sie Verhaltensauffälligkeiten in der Entwicklung ihrer Kinder schon in sehr frühem Alter beobachtet haben.

Das impliziert, dass auch die Lehrperson in der Früherkennung eine gewisse Pflicht zur Zusammenarbeit und Verantwortung hat, denn es sollte bspw. nicht so sein, dass ein Kind, das aus einer schlecht strukturierten Familie kommt, erst viel später gefördert wird (bspw. erst in der fünften Klasse, wenn der Übertritt in die Mittelschule ansteht).

Dies steht *nicht* im Widerspruch dazu, das Kind und die Situationen zu beobachten und abwarten zu wollen. Es geht nicht darum, in voreiligen Aktivismus zu verfallen, sondern darum, früh und umsichtig zu reagieren.

Zweiter Schritt:

Wer kann wie helfen? Erster Runder Tisch mit allen Akteuren, die Verantwortung für das «auffallende» Kind tragen

Fällt ein Kind auf, soll ein Runder Tisch einberufen werden, sei es durch die Initiative der Eltern oder der Lehrperson, wobei die Lehrperson aktiv werden soll, falls es die Eltern nicht werden.

Es findet ein erster Runder Tisch statt mit allen beteiligten Akteuren (Kind, Eltern, Lehrperson, med./psych. Fachperson), die bereits Verantwortung tragen, um ihre Beobachtungen auszutauschen, sich gegenseitig erste Informationen zu erteilen, über die spezifischen Bedürfnisse zu reden und sich gegenseitig aufzuklären, welches die nunmehr existierenden Handlungsoptionen sind. Es ist möglichst eine medizinische bzw. psychologische Fachperson beizuziehen, die über das nötige Sachwissen verfügt, um die nunmehr gegenseitig nötigen Informationen zu erteilen.

Die Informationen und die Aufklärung dienen allen Anwesenden, namentlich aber dem Kind und den Eltern: Die Informationen an die Eltern reichen dabei von Allgemeinwissen wie der Bedeutung von genügend Schlaf, viel Bewegung, massvollem Konsum elektronischer Medien bis hin zu Spezialwissen zu AD(H)S (z.B. Symptome, Diagnosemöglichkeiten, Psychoedukation usw.). Es sollen an diesem ersten Runden Tisch auch Stigmata betreffend AD(H)S und anderer möglicher Probleme angesprochen und möglichst abgebaut werden.

- > Ein **Fact-Sheet** o.ä. mit den ersten Informationen und eine
- > einfache **Checkliste** mit den zu klärenden Punkten können dabei helfen.

(Siehe nächste Seite, Beispiel 2 - Checkliste)

Beispiel 2 Zur Verdeutlichung einer «Einfachen Checkliste mit den zu klärenden Punkten»

Eine solche Checkliste sollte knapp über die folgenden Punkte Auskunft geben

1.) Wem fällt was auf? Wodurch ist das Kind (warum) belastet?

Wer beobachtet (wann) was?

2.) Welche Punkte werden/sollen geprüft werden?

1.) Wem fällt was auf?

	Kopfschmerzen	Hausaufgaben vergessen	Wird beim Spielen ausgeschlossen	Hilfsbereit	Malt gerne	Unterbricht	Kippelt	Streit mit Geschwistern
Kind fühlt sich belastet	X	X	X					
Elternteil 1	X	X	X	X	X		X	X
Elternteil 2	X			X			X	X
Lehrperson 1			X	X	X		X	
Lehrperson 2			X	X		X	X	

2.) Wer prüft welche Punkte und hat bspw. welche Handlungsoptionen?

Med. Fachperson	• Seh-/Hörvermögen prüfen							
Lehrperson 1	• Loben, wenn es hilfsbereit ist • Sitzplatz ändern • Banknachbar/in wählen, die Kind ermahnt, still zu sein, wenn es reinredet			• Hausaufgaben online stellen • 2. Schulbuchsatz im Schulzimmer bzw. zu Hause deponieren				
Elternteil 1	• Loben, wenn es hilfsbereit ist • Vorlesen, Interesse zeigen • Augen-/Körperkontakt (z.B. Hand auf die Schulter), um zu fokussieren			• Hausaufgabenheft/Tafel anlegen/Lehrperson um Unterstützung fragen (z.B. Heft zeigen) • Anmeldung in einen Sportverein prüfen				
Elternteil 2	• Auf Einschlafrituale und Ernährung achten (abends) • Weiter über AD(H)S informieren, praktischen Ratgeber kaufen • Mitgliedschaft in einer Betroffenenorganisation prüfen							

Die Lehrpersonen, und damit sind sowohl die Haupt-/Klassenlehrperson als auch allfällig zur Verfügung stehende oder bereits eingesetzte Heilpädagoginnen gemeint, klären ihrerseits darüber auf, welches ihre Möglichkeiten im Rahmen der Schule und der Klasse sind.

Wer soll die Leitung des Prozesses übernehmen?

Die *Akteure am Tisch entscheiden gemeinsam* «wer im Prozess die Regie führt» und halten dies schriftlich fest:

1.) *In erster Linie sind das die Eltern.* Denn sie bestimmen letztlich stellvertretend für das Kind (Art. 304 ZGB), aber unter Mitwirkung des Kindes (ggf. entscheidet dieses selbst, falls es urteilsfähig ist nach Art. 19c ZGB), wer welche Schritte unternimmt und welche Massnahmen trifft.

Falls die Eltern diese Rolle aber *nicht oder nicht alleine übernehmen möchten*, können sie eine andere Person *dazu bestimmen oder sich von einer Person ihrer Wahl unterstützen lassen*, bspw. durch eine med. Fachperson, Psychologin, Lehrperson oder auch durch eine weitere bekannte/befreundete Person, die ihnen den «Rücken stärkt».

2.) Falls die Eltern nicht in der Lage sind, «die Regie zu führen», weil sie sich bspw. uneinig sind oder gar nicht einsehen, dass ihr Kind Unterstützung braucht, soll in *zweiter Linie die Lehrperson den Prozess anstossen und moderieren*, denn sie sieht das Kind täglich und hat den nächstbesten Kontakt. – Den Eltern steht freilich ein Veto-Recht zu. Die Entscheide in der Sache, d. h. welche Massnahmen, Diagnose ja/nein, Art der Therapie zu treffen sind, fällen die Eltern letztlich immer noch selbst mit dem Kind.

Es ist für jedes Schulhaus grundsätzlich zu klären, welche Lehrperson das sein soll:

- In der Regel soll/wird es die Klassenlehrperson sein,
- im Falle von Team-Teaching ist im Voraus jeweils eine verantwortliche Person zu bestimmen.

Sieht sich eine Lehrperson dazu nicht in der Lage, soll sie dies klar kommunizieren.

In Schulen, die eine besondere Schulleitung haben, bestimmt dann die Schulleiterin/der Schulleiter, wer die Regie führen soll. In Kantonen/Schulen, die keine Schulleitung kennen, ist die direkt vorgesetzte Person, z.B. die Schulinspektorin/der Schulinspektor zu benachrichtigen und zu involvieren.

Die Schulleiterin/der Schulleiter (bzw. andere Personen) kann neben der Lehrperson auch entscheiden, ob

> Schulsozialarbeiterin⁵,

> eine psychologische (Schulpsychologischer Dienst) oder

> eine medizinische Fachperson oder die Schulärztin/der Schularzt)

die Leitung des Prozesses innehaben soll.

3.) Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) hat in diesem Prozess in der Regel nichts verloren. Sie soll nur *in allerletzter Linie* eingeschaltet werden, dann, wenn eine Kindeswohlgefährdung besteht. Die KESB kann etwa Weisungen erteilen oder *subsidiär* eine Beistandschaft errichten⁶ und damit entscheiden, wer diesen Prozess begleiten soll.

Wer begleitet das Kind?

Unabhängig von der Klärung der Frage, wer den Entscheidungsprozess moderiert, ist es sinnvoll, dass das Kind, das im Mittelpunkt des Prozesses steht, der sein Familienleben, seine Gesundheit und seine Bildung betrifft, sich durch *eine unabhängige Drittperson seiner Wahl* begleiten lassen kann.

Es ist also von einer sog. *Vertrauensperson* zu begleiten, wenn es das wünscht.

Das ist eine Person,

> die das Vertrauen des Kindes genießt und

> v.a. «seine Sprache spricht».

Eine Vertrauensperson ist in der Regel eine Person aus dem Freundeskreis oder der Familie, bspw. ein Geschwisterkind oder die «Gotte», welche das Kind begleitet. Es kann eine Person sein, die sich in schulischen und/oder medizinischen Belangen auskennt. Das muss aber nicht sein. Eine Vertrauensperson ist nicht gleichbedeutend mit einer Rechtsvertreterin oder einem Rechtsvertreter, also einer Fachperson, die für das Kind im juristischen Sinne entscheiden könnte (z.B. Kinderanwältin, Kindesvertretung). Eine Vertrauensperson ist auch kein Beistand, denn dieser wird von der Behörde (KESB) ernannt.⁷

Es werden nun gemeinsam die nächsten Schritte, z.B. für die nächsten sechs Monate, festgelegt. Unmittelbare Ziele sind das Wohlbefinden des Kindes und/oder der Lernfortschritt.

Ist bereits klar, dass eine vertiefte Untersuchung stattfinden soll, so ist mit einer anwesenden med./psych. Fachperson zu klären, was die Untersuchung für Kind und Eltern bedeuten kann, wer diese durchführen soll und wann etwa eine Zweitkonsultation sinnvoll wäre.

Resultate festhalten

Die Resultate des ersten Runden Tisches sind:

- Information aller Akteure,
- Entlastung und Entstigmatisierung sowie
- ein «Beschlussprotokoll», das Handlungsoptionen, Mitwirkung und Verantwortlichkeiten in persönlicher, sachlicher und zeitlicher Hinsicht festhält.

Beispiel 3 Zur Verdeutlichung von «Vertrauensperson»

Yves, 8 Jahre alt, ist in einem städtischen Wohnbaus mit vielen Familien aufgewachsen. Seine Eltern haben sich damals mit der alleinerziehenden Nachbarin Lea und deren Sohn beim Mittagstisch und Übernachten usw. abgewechselt und sind noch heute befreundet. Yves fühlt sich bei Lea wohl. Gerne liesse er sich von ihr begleiten.

Dritter Schritt:**Abwarten, Überprüfen und Entscheid, ob weitere Hilfsmassnahmen oder Klärungen der Umstände nötig sind.**

Nach z.B. sechs Monaten fragt die Person, welche die Leitung innehat, nach, ob das Kind immer noch auffällt und/oder kein Lernfortschritt besteht und/oder ob sich das Kind nicht besser fühlt. Ist das der Fall, so sollte es zu weiteren Klärungen der Umstände kommen und es ist ggf. eine medizinische oder psychologische Untersuchung in Betracht zu ziehen.

Es kommt ggf. zu einer med./psych. fachlichen Untersuchung und je nachdem zu einer Diagnose/zu mehreren Diagnosen oder keiner. Wer die Diagnose durchführen bzw. wie sie stattfinden soll, ist grundsätzlich nicht Gegenstand dieser Leitlinie zu einem strukturierten Entscheidungsprozess.

Gewisse Eckpunkte sollten indes festgelegt werden, wie etwa die sorgfältige Abgrenzung zu psychosozialen Problemen und das Erfassen von Komorbiditäten.

Vierter Schritt:**Wie geht es weiter? Was bleibt zu prüfen?****Zweiter Runder Tisch mit allen Verantwortung tragenden Akteuren**

In einem nächsten Schritt treffen sich alle verantwortlichen Akteure der drei Lebensbereiche (Familie, Schule und Gesundheit) noch einmal zu einem zweiten Runden Tisch und beraten, wie am besten weiter vorzugehen ist.

Das ist die für den sinnvollen Ablauf zentrale «Rückkopplungsschleufe», denn erst, wenn genau abgeklärt ist, worin die Ursachen liegen, können die zweckmässigen Schritte ergriffen werden. Dieser Schritt erfolgt sinnvollerweise mit *allen Akteuren gemeinsam*, denn es braucht ein interdisziplinäres Wissen.

Aufgrund allgemeiner «Ressourcenproblematik» ist eventuell mit schriftlichen oder mündlichen Rücksprachen zu operieren, namentlich bei Fachpersonen, die beispielsweise auch ein Gutachten erstellen können: Dazu, ob eine Therapie ergriffen werden muss und wenn ja, welche Therapie und welche schulischen und psychologischen Interventionen sowie Eltern- bzw. Gruppentrainings für das Kind sinnvoll erscheinen.

Die Mitwirkung des Kindes ist essentiell, um diese nächsten Schritte zu besprechen.

Beispiel 4 Zur Verdeutlichung von «Mitwirkung»

Ein 11-jähriges Kind, das Lernunterstützung in der Schule bekommt, fragt die Lehrperson, was eigentlich mit ihm los sei. Das Kind hat eine diagnostizierte AD(H)S sowie ein Autismus-Spektrum. In diesem Fall möchten aber die Eltern ihrem Kind weder die Diagnose erklären noch wünschen sie, dass die Klasse über diese informiert wird, da sie befürchten, ihr Kind werde dann stigmatisiert.

Ein Kind hat einen rechtlichen Anspruch darauf, dass es über seine höchstpersönlichen Lebensbelange (Gesundheit) in einer verständlichen Sprache informiert wird, wenn es danach fragt. Ob dabei auch die medizinischen Fachbegriffe verwendet werden, ist sekundär. Dieses Recht besteht gegenüber den erziehungsberechtigten Personen wie auch gegenüber der medizinischen Fachperson. Dieses Mitwirkungsrecht ist grundsätzlich unabhängig von der rechtlichen Urteilsfähigkeit des Kindes.

Ob die Klasse über eine Diagnose informiert wird, hängt vom Willen des Kindes ab, sofern das Kind beurteilen kann, was dieser Entscheid bewirken kann. Anderenfalls braucht es die Einwilligung der Eltern. – Soll etwa die Zuspreehung eines Nachteilsausgleichs (NAM) von dieser Information an die Klasse abhängen, so ist dies aus kinderrechtlicher Sicht problematisch.

Es ist jedoch aus medizinisch-psychologischen Gründen zu bedenken, dass eine Diagnose oft auch eine Erleichterung für das Kind bedeutet: Es weiss dann, was mit ihm los ist.⁸

Für die Massnahmen sind ein Zeitraum und «Etappen» (wie z.B. in der Europäischen Leitlinie, vgl. Ziff. 5.3) festzulegen. Es ist mit anderen Worten ein gemeinsamer Massnahmenplan auszuformulieren, dem alle Akteure zustimmen können.

Da zugunsten des Kindes das *Verhältnismässigkeitsprinzip* zu beachten ist, sind nur so viele Hilfestellungen, Massnahmen und Therapien zu ergreifen, wie im Einzelfall nötig sind (wie z.B. deutsche Leitlinien 2018, vgl. Ziff. 5.3). Als Grundsatz ist mit möglichst nicht-invasiven Interventionen und Therapien zu beginnen:

In **erster Linie** sind *psychoedukative Massnahmen für Kind und Eltern* sowie *schulische Massnahmen* für das Kind von sämtlichen einfachen organisatorischen Änderungen wie längere Pausen, andere Sitzordnung, mehr Sport usw. bis hin zu Nachteilsausgleichsmassnahmen (NAM) und *psychoedukativen Massnahmen für Lehrpersonen* zu besprechen, die dem Kind helfen, sich selbst in seinem Verhalten zu helfen und sich das Lernen zu vereinfachen. Dazu zählen auch das *Selbstregulationstraining des Kindes und das Elterntaining*.

In **zweiter Linie**, das heisst, falls die *allseitige Psychoedukationen der beteiligten Akteure und dem Kind letzterem* nach einer bestimmten Zeit noch nicht die nötige Entlastung und Wirkung gebracht haben, sind nicht-medikamentöse Therapien (z.B. gesunder Lebensstil, Verhaltenstherapien oder Neurofeedbacktherapien) und medikamentöse Therapien zu diskutieren.

Eine *medikamentöse Therapie* allein wird in der Regel aber nicht ausreichend sein für einen durchschlagenden und nachhaltigen Behandlungserfolg, der den Bedürfnissen des Kindes gerecht wird. Entsprechend sollte sie, wie von allen medizinischen Leitlinien empfohlen (s. Ziff. 5.3), falls aufgrund des Schweregrades indiziert, in die hier beschriebenen Massnahmen eingebettet sein, in den *sog. multimodalen Therapieansatz*.⁹

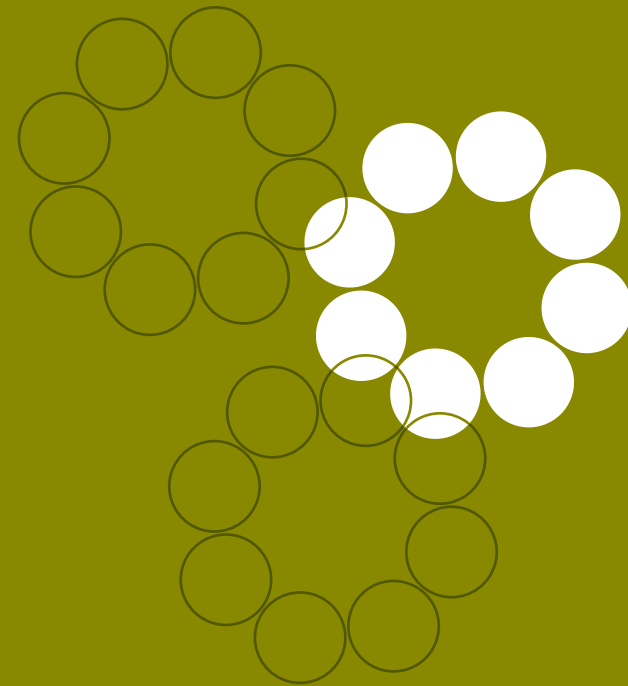
Die medikamentöse Therapie ist von Anfang an kontinuierlich *engmaschig* von der medizinischen Fachperson zu überprüfen. Es sind dabei auch regelmässige Phasen ohne Medikation einzuräumen, damit die Indikation für die medizinische Behandlung überprüft werden kann. Gerade bei einer AD(H)S ist aber auch die Kontinuität im Behandlungsverlauf wichtig. Insgesamt ist die medikamentöse Behandlung von Kindern und Jugendlichen immer besonders anspruchsvoll, denn Kinder und Jugendliche reagieren anders als Erwachsene auf eine Medikation.

Beispiel 5 Zur Verdeutlichung einer «mangelhaften Kontrolle»

Die Mutter des Zweitklässlers Tom erhält das «Rezept» für das Methylphenidat immer wieder vom Kinderarzt, der die Diagnose getätigt hat, ungefragt per Post zugestellt. Sie freut sich über diese Dienstleistung, da sie Vollzeit arbeitet und viel zu wenig Zeit hat. Tom nimmt das Medikament seit über eineinhalb Jahren.

Wir raten der Mutter, den Arzt um regelmässige Vorstellungstermine zu bitten, damit Wirkung und Nebenwirkung der Behandlung beobachtet werden kann.

Hintergrund



Teil III: Hintergrund der Handlungsempfehlungen

5. Wissenschaftliche Studien und Belege

Hintergrund dieser Handlungsempfehlungen bilden die Resultate des interdisziplinären multizentrischen Projekts «Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit AD(H)S» von 2015-2017, durchgeführt durch Universität Fribourg/ ZHAW/Collegium Helveticum (Ziff. 5.1). Das Projekt widmete sich der Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen, indem es den aktuellen Umgang mit AD(H)S in Familie, Schule und Gesellschaft empirisch und theoretisch überprüfte. Diese Erkenntnisse werden durch allgemeine Überlegungen zur Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ergänzt (Ziff. 5.2). Abschliessend wird gezeigt, warum diese Handlungsempfehlungen im gegenwärtigen Feld von medizinischen, rechtlichen und pädagogischen Leitlinien eine Anwendungslücke füllen (Ziff. 5.3).

5.1 «Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit AD(H)S» 2015-2017¹⁰ – wichtige Erkenntnisse zusammengefasst

5.1.1 Komplexität der AD(H)S Problematik (an)erkennen

Nach *Aussagen der Eltern* fallen ihre Kinder (Durchschnittsalter 11 Jahre, 74 % Knaben) mehrheitlich bereits im Vorschulalter (3-6 Jahre) auf. Die qualitativen Interviews mit den Eltern zeigen teils, dass diese Verhaltensweisen des Kindes vor der Schulzeit aber noch nicht als Probleme wahrgenommen werden.

Nach Aussagen der Eltern ist beim Ergreifen der ersten Initiative bei einem «Auffallen» neben ihnen (Mutter: 69,1 %, Vater: 27,3 %) auch die Lehrperson wichtig (43,0 %) – Beim Ausfüllen des Fragebogens waren Mehrfachantworten möglich. – Dem entspricht, dass nach Wahrnehmung der med. Fachpersonen die Eltern und die Lehrpersonen die wichtigsten Gründe für das Vorsprechen bei ihnen hatten.

Zudem zeigt sich gemäss qualitativer Elternbefragung, dass sie bei ihren Initiativen auch durch das soziale, konkret das schulische Umfeld beeinflusst sind (z.B. Scham, ist auch in der Literatur belegt): Auffällige Verhaltensweisen der Kinder werden erst mit dem Schuleintritt als Probleme wahrgenommen.¹¹

Eine weitere Erkenntnis dieser Studie ist, dass sog. «Rückkopplungseffekte» zwischen dem Familien- und Schulsystem in dem Sinne bestehen, als dass die Leistungsanforderungen in der Schule auch zu einer Überforderung in der familiären Situation führen (können) und umgekehrt.

Unter den *befragten med. Fachpersonen* (v.a. Kinderärztinnen und -ärzten) besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass auch der heutige gesellschaftliche Lebenswandel zu der Tatsache beiträgt, dass die alltäglichen Anforderungen an Kinder mit AD(H)S schwer zu bewältigen sind.¹² – Gleichzeitig schliesst das aber nicht aus, dass 46 % dieser Fachpersonen auch äussern, dass die AD(H)S biologische Ursachen hat (z.B. 46 % in der Genetik und 18 % in der Neurologie).

Sowohl in der Wahrnehmung der befragten Eltern und als auch in jener der med. Fachpersonen stellt sich AD(H)S aber nicht nur einzig als eine genetische oder neurobiologisch fundierte Krankheit dar.

Die Komplexität zeigt sich auch in der vielseitigen Wahrnehmung der Thematik unter den unterschiedlichen Befragten: Ungefähr die Hälfte der befragten *medizinischen Fachpersonen* betrachten AD(H)S auch als eine sog. «Modediagnose» im Sinne von «Wird AD(H)S zu häufig diagnostiziert?»: 28 % stimmen der Frage, ob AD(H)S eine Modediagnose sei, gar nicht zu, 32 % «stimme[n] wenig zu» und 26 % «stimme[n] mittelmässig zu» und 21 % «stimme[n] ziemlich zu». Unter den befragten Lehrpersonen denken 49 %, dass es sich um eine «Modediagnose» handelt («stimme zu» bis «stimme voll zu»).

Berücksichtigt man zusätzlich noch die individuellen *Familiendynamiken* (Elternteil-Kind, Elternpaar-Kind), so wird das Phänomen AD(H)S noch komplexer (vgl. Ziff. 5.1.9).

Folgerungen: AD(H)S sollte deshalb als vielschichtiges Phänomen im Spannungsfeld individueller, familiärer, schulischer, medizinischer und gesellschaftlicher Anforderungen (an)erkannt werden: Weder das Wegdiskutieren der individuellen Beeinträchtigungen von betroffenen Kindern noch das Anprangern einzelner Gruppen wird der Thematik gerecht. Es ist vielmehr für das individuelle Bewusstsein der beteiligten Akteure (inklusive Politik und Medien) wichtig zu wissen, dass auch Umwelteinflüsse – beispielsweise die anderen Akteure bei ihrem Wahrnehmen von Symptomen und Entscheidungen – auch eine Rolle spielen.¹³ Die Tatsache, dass AD(H)S auch als «Modediagnose» betitelt wird (im Sinne von «Wird es zu häufig diagnostiziert?») bei gleichzeitig unbestrittener medizinischer Evidenz für AD(H)S, kann ferner ein Indiz dafür sein, dass AD(H)S auch gesellschaftliche Faktoren haben kann. Wir sollten uns deshalb dem Faktor Lebenswandel zuwenden, denn diesen können wir beeinflussen.

5.1.2 Kommunikation zwischen den Akteuren kann verbessert werden

Die *Lehrpersonenbefragung* zeigte, dass nur 3 % der Befragten «immer» von den Eltern über die AD(H)S-Problematik des Kindes informiert werden, während 52 % (auf die Frage, wie oft sie im vergangenen Jahr von den Eltern über die AD(H)S-Problematik informiert wurden) angaben, dass sie «nie» oder «nur selten» von den Eltern informiert wurden. Umgekehrt suchen auch die Lehrpersonen

(von sich aus) das Gespräch mit den Eltern erst sehr spät. Das Gespräch mit dem Schulpsychologischen Dienst suchen die Lehrpersonen gar noch später.

Zudem gaben die Lehrpersonen an, ihre Informationen zu AD(H)S am häufigsten aus Büchern und Broschüren zu gewinnen, hingegen konsultierten sie praktisch nie Gesundheitsinstitutionen.

Für die *befragten med. Fachpersonen* gilt die Zusammenarbeit mit den betroffenen Familien, Lehrpersonen sowie Kinder- und Jugendpsychologen/innen bei der Therapie als «Standard». – Allerdings dürfte dies auch mit der geringen Rücklaufquote und der Tatsache zusammenhängen, dass der Fragebogen von durchwegs erfahrenen (17 Jahre Berufserfahrung) Kinderärztinnen und Kinderärzten ausgefüllt worden ist, das heisst von einer spezifisch erfahrenen Berufsgruppe von med. Fachpersonen.

Die Studie zeigt ferner, dass die med. Fachperson für die Abgabe von Informationen zu AD(H)S und beim Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten wichtig ist.

Die Studie zeigt zusammenfassend: Es besteht Potenzial für eine verbesserte Kommunikation zwischen allen Akteuren. Dazu zählt auch, dass der Zugang und der Kontakt zu den Gesundheitsinstitutionen niederschwelliger angelegt sein könnten. Ferner besteht begründeter Anlass für die Annahme, dass spezifisches Informationsmaterial von Lehrpersonen gelesen wird. Für die befragten med. Fachpersonen erscheint die inierdisziplinäre Zusammenarbeit dagegen bereits etablierter als für Lehrpersonen und Eltern. Im Detail ist zu fragen, ob die ersten Informationen zu AD(H)S im Entscheidungsprozess nicht schon vor dem ersten Kontakt mit der med. Fachperson abgegeben werden könnten oder zugänglich sein sollten, namentlich durch Abgabe von Standardinformationen zu AD(H)S an Eltern oder Lehrpersonen, welche wiederum die Eltern informieren können. Solche Standardinformationen sind z.B.: Abgabe von Broschüren, Links zu relevanten AD(H)S-Informationen auf den Webseiten der Schulhäuser, regelmässige Vorträge zu Beginn der Kindergarten- und Schulzeit von med. Fachperson oder dem Schulpsychologischen Dienst, öffentliche Sensibilisierungskampagnen des Bundes zu psychischen Störungen (soziale und Leistungsstörungen).

5.1.3 Kein Aktivismus von Seiten aller Akteure erkennbar

Die Studie legt nahe, dass weder die Eltern noch die med. Fachpersonen oder die Lehrpersonen rasch in einen Aktivismus verfallen, wenn ein Kind «auffällt».

Gemäss den befragten Eltern fand eine Erstkonsultation beim/bei der Kinderarzt/-ärztin (22,1 %), beim Schulpsychologischen Dienst SPD (14,2 %) oder beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst KJPD (11,9 %) statt. In den meisten Fällen (81 %) kam es in der Folge zu einer Zweitkonsultation: beim/bei der Kinderarzt/-ärztin (36,7 %), beim KJPD (27,8 %) oder bei einer/m privaten Kinder- und Jugendpsychiater/in (22,8 %) oder beim SPD 19,0 %.

Insgesamt ein Drittel der Eltern hat zwei bis vier Fachgespräche geführt und ein Fünftel der befragten Eltern gab an, fünf oder mehr Gespräche mit medizinischen Fachpersonen geführt zu haben, lediglich 7 % der Eltern haben nur ein Fachgespräch geführt.

Zwei Drittel der med. Fachpersonen werden oft bis immer selbst aktiv, ein Drittel wartet auf den ausdrücklichen Wunsch der Eltern. Nach Angaben der med. Fachpersonen (Kinderärztinnen, -ärzte) holen sie in 80-100 % der Fälle mehr Information ein. 40 % vereinbaren ein zweites Gespräch zur systematischen Abklärung.

5.1.4 Herausforderungen für Fachpersonen

Für die Erstellung der Diagnose werden von den med. Fachpersonen häufig zunächst *Screening Tools* und im Verlauf AD(H)S-bezogene Fragebogen verwendet, hingegen seltener differenzialdiagnostische Fragebogen. Das allein vermag indes noch nichts darüber auszusagen, ob nicht mündliche Fragen zur Differenzialdiagnose gestellt wurden.

Die befragten med. Fachpersonen – zur Erinnerung: v.a. Kinderärzte und Kinderärztinnen gaben an, bei der *Diagnosestellung gewisse Herausforderungen zu verspüren*, namentlich aufgrund der subjektiven Diagnosekriterien von AD(H)S. Die *Aussagen* zeigen, dass die Elternangaben und die Beobachtung des Kindes am wichtigsten sind für AD(H)S-Hinweise. Ferner sei die Diagnosestellung auch aufgrund der häufigen Komorbiditäten erschwert. 20 % der Befragten überweisen regelmässig (in 80-100 % der Fälle) an eine spezialisierte Fachperson. Allerdings gaben 50 % der Befragten auch an, nie oder nur in 1-20 % der Fälle das Kind an eine spezialisierte Fachperson zur Abklärung überwiesen zu haben.

Zudem gaben die med. Fachpersonen an, ihnen fehle die Verfügbarkeit von Coaching, Psychotherapien oder Kinderpsychiater/innen sowie die Ressourcen für das *Case Management* (darunter wird die professionelle Betreuung des Kindes verstanden, in den verschiedenen Schnittstellen von Erziehung, Pflege, Behandlung und Therapie).

5.1.5 Multimodaler Therapieansatz ist noch nicht überall umgesetzt – Medikation ist dominant

Der sog. multimodale Therapieansatz ist zwar unter med. Fachpersonen bekannt und es wird auch über diesen informiert (N=89 «oft» bis «immer»); dieser scheint aber noch nicht überall umgesetzt worden zu sein.

Das kann mit den Angaben der Eltern zu den erhaltenen Informationen über die möglichen Therapien, die zur Behandlung zur Verfügung stehen, in Bezug gesetzt werden: 67 von 81 Eltern gaben in der Befragung an, über die Pharmakotherapie,

39 von 81 über die Psychotherapie, 14 von 81 über die Logopädie und 12 von 81 über die Familientherapie informiert worden zu sein (sie konnten in der Online-Befragung zwischen zahlreichen verschiedenen Therapieformen mehrfach wählen). Allerdings ist aufgrund der zusätzlichen qualitativen Befragungen auch davon auszugehen, dass Eltern schon «viel ausprobiert» haben, bevor sie überhaupt die med. Fachperson konsultieren.

Die Studie zeigt, dass die Pharmakotherapie als Behandlungsform unter den Befragten dominant ist. 82 % der befragten Eltern gaben an (71 von 87 Befragten), dass ihr Kind Medikamente einnehme oder eingenommen habe. In 16 Familien (18 %) wurden die Kinder nie mit Medikamenten behandelt, wobei dies möglicherweise als leichter einzustufende AD(H)S-Fälle sind.

Aus der Befragung der med. Fachpersonen (zur Erinnerung: mehrheitlich Kinderärztinnen/-ärzte) ergibt sich ebenfalls, dass der Schwerpunkt der Behandlung auf der medikamentösen Therapie liegt. Aber auch die Psychotherapie wird angewendet und als positiv angesehen. An dritter Stelle wird die Ergotherapie genannt.

5.1.6 Leidensdruck des Kindes als Grund für die medikamentöse Behandlung

Aus der Elternperspektive zeigt sich, dass der Entscheid für eine medikamentöse Behandlung durch eine langwierige Behandlungsgeschichte geprägt ist.

Häufigster Grund für eine medikamentöse Behandlung ist für die Eltern der Leidensdruck des Kindes (77,5 %).¹⁴ Als weitere häufige Gründe werden familiäre Belastungen (62,0 %) sowie schulische Leistungsanforderungen (58,0 %) angegeben. 36 % der Eltern machen sich Sorgen über die Nebenwirkungen der Medikation.

Wichtig bei der Wahl der Therapie erscheint aus Sicht der med. Fachpersonen neben dem Gespräch mit den Eltern und dem Kind ebenfalls der Leidesdruck des Kindes zu sein.

Dies entspricht dem Vorgehen gemäss sämtlicher Behandlungsleitlinien bei AD(H)S: Der Entscheid für eine Medikation setzt einen *signifikanten Leidensdruck* der Kindes voraus (s.a. Ziff. 5.3).

5.1.7 Einstellung zur medikamentösen Behandlung

Die Einstellung zur medikamentösen Therapie der med. Fachpersonen fällt insgesamt positiv aus. Nach Herausforderungen gefragt, gaben sie u.a. an, dass «*negative gesellschaftliche Vorstellungen*» gegenüber der Medikation bestünden.

Die Einstellung von Eltern gegenüber einer medikamentösen Therapie wird insofern auch positiv bewertet, als dass sie der Meinung sind, dadurch werde dem Kind geholfen. Sorgen wegen der medikamentösen Behandlung des Kindes machen sich 36 % der Eltern (N=69).

Die Einstellung der Lehrpersonen ist etwas negativer: 52 % der Befragten glauben, dass die Medikamente abhängig machen und 58 % sind der Überzeugung, dass sich die Persönlichkeit des Kindes verändere. Dennoch betont die grosse Mehrheit der Lehrpersonen klar *den positiven Lerneffekt der medikamentösen Behandlung*: 87 % gaben an, dass die Wirkungen der med. Behandlung stark bis sehr stark geholfen haben, Konzentration und Aufmerksamkeit zu fördern. Die Leistungsfähigkeit und das Lernen im Allgemeinen hätten sich stark bis sehr stark verbessert (79 %). Den kleinsten Effekt der medikamentösen Behandlung erkennen die Lehrpersonen in der Verbesserung der Beziehung des Kindes zu Gleichaltrigen, zu ihnen als Lehrpersonen und zu seinem eigenen Selbstwertgefühl. Das wiederum deckt sich mit den Beurteilungen der Eltern aus der Online-Befragung und aus der Verlaufsstudie.

Folgerungen: Keine der drei befragten Gruppen (Eltern, Lehrpersonen, med. Fachpersonen) ist im Resultat mehrheitlich der Meinung, dass die Verschreibungspraxis zu rasch erfolge. Bei den med. Fachpersonen antwortet ein gleicher Anteil von Befragten auf diese Frage zustimmend, eher zustimmend oder ganz ablehnend. Alle Gruppen sind mehrheitlich der Ansicht, dass die Medikation kurzfristig positiv wirke. Ferner zeigt sich aus der Lehrpersonenbefragung, dass die Aus- und Weiterbildung der Lehrpersonen zur Medikation und AD(H)S noch verbessert werden könnte, denn ihre Meinung zur Thematik ist entscheidend im Umgang mit den Eltern und dem betroffenen Kind.

5.1.8 Wie geht es dem Kind?

In der Kinderbefragung über die Zeit zeigt sich, dass die AD(H)S-Symptomatik weder stabil noch träge ist, sondern *von Tag zu Tag fluktuiert*.

Im *Jahresverlauf* zeigt sich ausserdem, dass die befragten Kinder mit AD(H)S alles in allem zufrieden sind. Kinder, die viele fröhliche Interaktionen mit Geschwistern, Eltern und Gleichaltrigen erfuhren, zeigten ein stabiles momentanes Glücksempfinden. Im Gegensatz dazu berichten Kinder mit wenigen fröhlichen Interaktionen mit Nahestehenden eine markante Abnahme des Glücksempfindens im Verlauf des Jahres. Fröhliche Interaktionen zeigten sich auch bei negativem Affekt als signifikanter Moderator: Kinder, die häufig fröhliche Interaktionen erlebten, berichten von einer substantiellen Abnahme im negativen Affekt, während bei Kindern, die selten über fröhliche Interaktionen berichteten, eine Zunahme von negativen Affekten ersichtlich war. *Daraus darf geschlossen werden, dass gute Beziehungen einem Kind mit AD(H)S-Diagnose, wie jedem anderen Kind auch, helfen. Diese guten Interaktionen sind im Alltag eines Kindes aber nicht selbstverständlich.*

Ferner zeigt sich nach Angaben der Kinder, dass ihre Medikation keinen direkten Effekt auf die momentane Beziehungsqualität im Alltag hatte. Hingegen hätten aufgrund der Medikation nach eigenen Angaben moderate positive Effekte hinsichtlich der Aufmerksamkeitsleistungen bestanden.

Die Frage *«Bist du froh, dein ADHS-Medikament einzunehmen?»* wurde allen Kindern nach jedem der 5 Blöcke gestellt (es gibt also relativ viele Daten): Die Frage wurde 50 Mal mit «Ja» beantwortet, dagegen 62 respektive 56 Mal mit «Eher nein» resp. «Manchmal». *Das zeigt, dass das Medikament für das subjektive Wohlbefinden des Kindes mit AD(H)S nicht ausschlaggebend ist oder sich die Kinder dadurch nicht generell beeinträchtigt fühlen.*

Auch die Frage *«Hat dein ADHS-Medikament Einfluss auf dein subjektives Leiden?»* wurde allen Kindern nach jedem der 5 Blöcke gestellt. Die Frage wurde mit 92 Angaben beantwortet: Das Medikament habe keinen Einfluss auf ein eventuelles Leiden.¹⁵ Bei der Betrachtung einer möglichen Abschwächung oder Verstärkung von subjektiv erlebtem Leiden wurde 60 Mal angegeben, die Medikamenteneinnahme stehe im Zusammenhang mit der Abschwächung des Leidens; insgesamt 30 Mal kam es zur Angabe, dass das Medikament ein empfundenes Leid verstärke.

Hinsichtlich mangelnder Verhaltenskontrolle gab es nach Angaben der Kinder und der Elternteile keine Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes; es gab jedoch signifikante und moderate positive Effekte hinsichtlich der Aufmerksamkeitsleistung.

Zur Verhaltensdynamik im Alltagsverlauf lässt sich berichten, dass sowohl Aufmerksamkeitsprobleme wie auch Probleme der Verhaltenskontrolle eine starke negative Autokorrelation aufweisen: Die Symptomatik ist nicht stabil und träge, sondern fluktuiert (genauer: oszilliert) von Tag zu Tag. Es zeichnet sich eine Tendenz ab, dass diese Fluktuationen bei Medikation verstärkt werden (sowohl hinsichtlich der Verhaltenskontrolle wie auch der Aufmerksamkeitsproblematik).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Medikation hat keinen direkten Effekt auf das momentane Wohlbefinden sowie die Beziehungsqualität des Kindes im Alltag. Es zeigen sich positive Effekte hinsichtlich der Aufmerksamkeitsleistung.

5.1.9 Wie ist das Kind in den Entscheidungsprozess eingebunden?

Nach Angaben der med. Fachpersonen ist der Austausch mit Kindern und Eltern bei der Auswahl der Therapie ein fester Bestandteil bei den gemeinsam bestimmten Massnahmen. Dabei wird vor allem der Leidensdruck der Kinder berücksichtigt.

Kinder zwischen *sechs und neun Jahren werden dabei «oft»*, solche ab neun Jahren *«oft bis immer»* miteinbezogen. Nach Aussagen der Eltern entscheiden 45,3 % der Eltern *mit* ihrem Kind über seine Behandlung. In 36 % der Fälle entscheiden Eltern und in 11,1 % entscheiden die Kinder alleine.

Folgerung: Die Anwesenheit des Kindes im gesundheitlichen Verfahren (z.B. bei der Diagnostik) sagt noch nichts darüber aus, ob und wie weit das Kind mitentscheiden konnte und letztlich wissen wir auch bei Aussagen, dass Kinder mitentscheiden konnten, wie das Kind mitentscheiden konnte. Es kann aber aufgrund dieser Daten grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass ein Bewusstsein besteht, das Kind bei Entscheidungen zum Umgang mit AD(H)S miteinzubeziehen.

5.1.10 Kein Regionenvergleich

Den geplanten systematischen Regionenvergleich zur aktuellen Praxis im unterschiedlichen Umgang mit AD(H)S konnte dieses Projekt trotz erheblicher Bemühungen und guter Fachkontakte weder mit dem Tessin noch mit der Romandie erbringen (vgl. Ziff. 5.2.2).

Die vorhandenen Resultate aus den verschiedenen Regionen wurden deshalb zusammengefasst. Aus der Fachpersonenbefragung der Kinderärztinnen und -ärzte ergibt sich – bei sehr limitierter Stichprobe – eine leichte Tendenz, dass in der Deutschschweiz eine med. Fachperson pro Monat mehr Kinder mit AD(H)S betreut als in der Romandie.

Zur Frage, warum im Kanton Tessin weniger Ritalin verschrieben wird, liegen also nach wie vor keine gesicherten Daten vor, sondern nur Mutmassungen, beispielsweise über eine höhere gesellschaftliche Toleranz gegenüber sehr aktivem und impulsivem Verhalten von Kindern (dazu nachfolgend Ziff. 5.2.2).

5.2 Warum die Zusammenarbeit aller Akteure wichtig ist

5.2.1 AD(H)S-Symptome sind belastend

Kinder mit AD(H)S fallen im Alltag in der Familie und in der Schule auf, weil sie Verhaltensweisen *nicht* zeigen, die gemeinhin mit den Fähigkeiten von Altersgenossen assoziiert werden: Sie können nicht stillsitzen, sich konzentrieren und sich fokussieren. Diese Kinder sind gemessen an ihrem Alter vergleichsweise unaufmerksam und impulsiv bzw. hyperaktiv.¹⁶ Ihre Fähigkeiten zur Konzentration sind möglicherweise beeinträchtigt und sie können ihr Potenzial nicht ausschöpfen. Die motorische Unruhe nimmt in der Regel im Jugendalter und Erwachsenenalter etwas ab.¹⁷

Diese typischen AD(H)S-Symptome gehen in der Mehrzahl der Fälle mit weiteren psychischen Störungen und Auffälligkeiten einher (*Komorbidität*),¹⁸ womit davon auszugehen ist, dass diese Kinder erheblich belastet sein könnten.

Eine AD(H)S ist ferner mit *Langzeitwirkungen* auf Familienleben und Schul- bzw. Berufsleben verbunden.¹⁹ Studien zeigen, dass die im Kindesalter diagnostizierten AD(H)S-Symptome in 40-60 % der Fälle im Erwachsenenalter weiterhin vorliegen.²⁰

Hinzu kommt, dass die *Fähigkeiten zu Konzentration, Ausdauer und Aufmerksamkeit die schulischen Erfolgsaussichten von Kindern in der Schweiz prägen:*

Neben der Leistung beruhen Noten immer auch auf bestimmten Verhaltensweisen, die für leistungsrelevant angesehen werden (bspw. eine mündliche Präsenz im Unterricht, Schnelligkeit bei der Lösung von Aufgaben, Nichtvergessen von Unterlagen, saubere Schrift). Die Gesellschaft, repräsentiert durch Eltern, Lehrperson und medizinische Fachperson (inkl. Institutionen) tendiert dazu, genau diese Fähigkeiten zum Bildungs- und Leistungserwerb von Kindern und Jugendlichen zu fördern.²¹

Es soll also im gesellschaftlichen Kontext auch an die Entlastung von Kindern gedacht werden, etwa durch die Betonung von Stärken von Kindern mit AD(H)S-Symptomen²² oder durch die Förderung einer Kultur der Achtsamkeit.²³

5.2.2 Häufigkeit von AD(H)S und Verschreibungspraxis

AD(H)S beschäftigt die Akteure, weil es die häufigste psychische Störung unter Kindern ist. Zudem sind die Ursachen von AD(H)S heterogen. Es wird von genetischen, neuropsychologischen und psychosozialen Ursachen ausgegangen, wobei die Gen-Umwelt-Interaktion komplex sei.²⁴

Rund 2-7 % der Grundschülerinnen und -schüler erfüllen die AD(H)S-Kriterien, bei einem weltweiten und schweizerischen Mittelwert von rund 5 % der Schülerinnen und Schüler. Hinzu kommen weitere Schülerinnen und Schüler, die Probleme mit Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Überreaktionen haben, aber die offiziellen Diagnosekriterien nicht erfüllen.²⁵ Studien zeigen zwar, dass die weltweite Prävalenz von AD(H)S (=Häufigkeit der Krankheitsrate resp. der AD(H)S-Diagnose in einer Population) in den letzten drei Jahrzehnten unverändert geblieben ist; es bestehen aber sowohl bei der Datenerhebung wie auch der Diagnosestellung grundsätzlich methodologische Unterschiede. Je nachdem welche Diagnosekriterien (ICD-10 resp. DSM-5) man nutzt, werden mehr oder weniger Subtypen erfasst; so ergaben sich internationale Unterschiede, die aber über die Zeit konstant blieben.²⁶ Daher sollte die Interpretation der Daten immer mit der nötigen Vorsicht und der kritischen Auseinandersetzung der Methoden erfolgen.

Kinder in der Schweiz sind gemäss der kinderpsychiatrischen Fachliteratur *jedoch im Durchschnitt* behandelt.²⁷ Eine jüngere globale Studie geht davon aus, dass vor allem Mädchen und ältere Kinder punkto AD(H)S unerkannt bleiben.²⁸

Eine andere Frage ist, ob die Pharmakotherapie bei einer diagnostizierten AD(H)S über die letzten Jahrzehnte zugenommen hat oder nicht. Die Verschreibungspraxis bei AD(H)S variiert ebenfalls weltweit zwischen den Ländern wie auch innerhalb der Länder.²⁹ Dies gilt auch für die Schweiz, wobei die Datenlage zu Kindern mit einer AD(H)S-Diagnose, die ein Medikament verschrieben bekommen haben, *bruchstückhaft* bleibt.

Eine gesamtschweizerische Studie basierend auf den hochgerechneten Daten einer Krankenkasse für die Jahre 2006-2009 zur Verschreibung von Methylphenidat (Abkürzung: MPH; das bekannteste Medikament ist Ritalin) ergab eine relativ starke Zunahme an MPH-Verschreibungen (33 % bei den männlichen und 39 % bei den weiblichen 7-18-Jährigen), wobei die Verschreibungen im Tessin sehr deutlich und in der Romandie deutlich geringer ausgefallen waren als in der Deutschschweiz.³⁰ Aufgrund jüngerer Hochrechnungen derselben Krankenkasse (für die Tagespresse) ergibt sich, dass die Anzahl von MPH-Verschreibungen für *Kinder und Erwachsene von 2006 bis 2014* insgesamt angestiegen sind (von 20 000 auf 41 000), wobei die Zahlen seit 2014 ein Plateau erreicht haben bzw. leicht rückläufig sind. Ferner zeigen sich wiederum erhebliche Unterschiede zwischen der Verschreibungspraxis in der Deutschschweiz und dem Tessin. Leider fehlen hierbei die Zahlen von 2010-2014.³¹

Eine Studie der ZHAW aus dem Jahre 2014 belegt sodann für den Kanton Zürich, dass die MPH-Verschreibungen für Kinder von 1,5 % im Jahre 2006 auf 2,6 % im Jahre 2012 angestiegen sind (in absoluten Zahlen ca. 3'000 Kinder). Diese Studie konnte zeigen, dass die Fallzahlen von 2006 bis 2010 stark zugenommen haben, sich dann aber stabilisierten. Die Studie fasst zusammen, dass die Verschreibungspraxis gemäss den empfohlenen Leitlinien für die Behandlung von ADHS erfolgte.³²

Zusammenfassend ist damit gesamtschweizerisch seit 2006-2014 von einem Anstieg aller MPH-Verschreibungen auszugehen, wobei es etwa im Kanton Zürich 2010 zu einer Stabilisierung der Verschreibungen an Kinder mit AD(H)S gekommen ist und seit 2014 generell ein leichter Rückgang sämtlicher MPH-Verschreibungen zu verzeichnen ist.

Diese Zunahmen können generell unterschiedliche Gründe haben: Von der Entstehung der Diagnosekriterien über die blosser Änderung der Diagnosekriterien (von DSM-4 zu DSM-5 im Jahre 2013)³³ oder der gesetzlichen Grundlagen (Beispiel Irland)³⁴ über unterschiedliche Kosten- resp. Versicherungsdeckungen von Therapien bis hin zu einer höheren Sensibilisierung für AD(H)S-Symptome unter den Akteuren und/oder einer Zunahme von medizinischen Untersuchungen von Kindern.

Konkret lässt sich etwa vermuten, dass der Anstieg der MPH-Verschreibungen in der Schweiz für die Jahre 2011-2014 damit in Zusammenhang steht,

dass die Behandlung von Erwachsenen erst mit der Zulassung eines verzögert freisetzenden MPH seit 2011 möglich ist.³⁵

Folgerung: Ein einfacher kausaler Schluss, nach dem die Zunahme von MPH-Verschreibungen auch bedeutet, dass die medizinischen Fachpersonen heute Kinder grundsätzlich vermehrt mit Medikamenten behandeln, erscheint verkürzt. Durch die Vorgabe eines strukturierten Entscheidungsprozesses aller Akteure kann aber dazu beigetragen werden, dass ein Kind nicht vorschnell diagnostiziert und mit Medikamenten behandelt wird oder dass ein Kind mit Verhaltensauffälligkeiten unerkannt bleibt.

5.2.3 Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ist vorgesehen

In der Regel werden zuerst die *Eltern* mit den AD(H)S-Symptomen ihrer Kinder konfrontiert.

Eltern haben das Recht wie auch die Pflicht, für ihre Kinder zu sorgen, insbesondere in Gesundheits- und Schulbelangen. Sie stellen für ihre minderjährigen Kinder lange Zeit die rechtliche Vertretung dar. Das heisst, die Eltern entscheiden grundsätzlich über alle schulischen Fördermassnahmen und medizinischen Behandlungen der Schulkinder. Eltern sollen sich dabei aber nicht überfordert und «alleine gelassen» fühlen, sondern sie sind von den anderen Akteuren zu unterstützen.

Lehrpersonen spielen in der Früherkennung von psychischen bzw. spezifischen Lernstörungen auch eine zentrale Rolle und haben damit auch eine gewisse Verantwortung. Situationen, in denen Schülerinnen und Schüler auffälliges Verhalten zeigen und damit den Unterricht stören, sind auch eine Belastung für Lehrpersonen.³⁶ Es besteht eine Tendenz, dass Kinder vor allem im Grundschulalter, das heisst im Alter von sechs bis acht Jahren, «untersucht» werden, wobei die Initiative zur Klärung von Bedürfnissen und Massnahmen oftmals von den Lehrpersonen ausgeht.³⁷ Die Massnahmen, die innerhalb einer Schule getroffen werden können, sind grundsätzlich vielfältig. Lehrerinnen und Lehrer dürfen indes nicht von sich aus in die Erziehungspflichten und -befugnisse von Eltern (und anderen berechtigten Personen) eingreifen. Eine Lehrperson kann beispielsweise nicht von sich aus entscheiden, ob das Kind in den Zusatzunterricht zur Logopädin gehen oder behandelt werden soll. Das funktioniert nur in Absprache mit den Eltern als gesetzliche Vertreter des Kindes.

Bei einem gesundheitlichen Problem des Kindes sollten die Eltern zur Unterstützung medizinische Fachpersonen beiziehen, damit diese sie kompetent beraten. Die Eltern müssen (als Inhaber des elterlichen Sorgerechts) vor jedem Behandlungsbeginn eines Kindes regelmässig gefragt werden, ob sie mit der vorgeschlagenen Untersuchung oder Therapie einverstanden sind (weiterführend Ziff. 5.2.7); Notfälle bleiben vorbehalten.

Vorbehalten bleiben ebenfalls Hinweise oder Rückschlüsse auf eine *Vernachlässigung des Kindes*,³⁸ das heisst eine Kindeswohlgefährdung, dann soll die *Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)* benachrichtigt werden oder es liegt bereits ein Entscheid der KESB vor.

Dies zeigt sehr vereinfacht das Geflecht der verschiedenen Akteure. Sie alle sind dem Kindeswohl und zur Zusammenarbeit verpflichtet, damit Widersprüche zuungunsten des Kindes beseitigt werden.

Dass die *Schule und das Elternhaus zur Zusammenarbeit verpflichtet* sind, ergibt sich explizit: Sowohl aus dem Familienrecht (Art. 302 ZGB) als auch aus den kantonalen Schulrechten (z.B. Art. 92 VSG St. Gallen). Dazu gehört grundsätzlich die gegenseitige Information über besondere Umstände beim Kind. Im Normalfall kommt es bei Auffälligkeiten eines Kindes zu Eltern-Schulgesprächen und im Anschluss daran entscheiden Eltern sich möglicherweise für innerschulische Massnahmen zur Unterstützung ihres Kindes und/oder zur fachlichen Diagnose und ggf. zusätzlichen medizinischen Massnahmen. Nur ausnahmsweise kann die Schulbehörde (je nach kantonaler Rechtsgrundlage) auch ohne Einverständnis der Eltern Massnahmen ergreifen: 1.) schulpsychologische Massnahmen, 2.) schulärztliche Untersuchung und 3.) die Gefährdungsmeldung.³⁹

5.2.4 Es braucht Erziehungs-, Gesundheitshilfen und weitere Hilfen

Fällt also ein Kind auf, im Unterricht und in der Familie, haben sich *die unmittelbar verantwortlichen Akteure gemeinsam zu fragen*, wie das Kind am besten gefördert und wie ihm am besten geholfen werden kann: Wer hat konkret welche Ressourcen, um das Kind (wie) zu fördern? Wie können die Schwächen des Kindes kompensiert und die Stärken des Kindes betont und besser eingesetzt werden?

Die Frage, wie dem Kind geholfen werden kann, steht also im Zentrum: Jede Massnahme, die direkt oder indirekt hilft, wie eine Erziehungsmassnahme eine medizinische und/oder psychologische Beratung oder eine Untersuchung (Diagnose nach Ziff. 5.2.5) und medizinische Behandlung – selbst eine versicherungstechnische – sollte sich daran orientieren, ob sie dem Kind hilft, ob sie für die Hilfestellung geeignet und nötig ist und ob es noch weniger invasive Massnahmen gäbe, die helfen würden. Erfolgreiche Hilfe bedeutet Minimierung des Leides des Kindes – sei es, dass es sich besser fühlt, weil es verbesserte soziale Kontakt haben kann (zu Mitschülerinnen/Mitschülern, zur Lehrperson oder zu den Eltern) oder sei es, dass es bessere Schulleistungen erbringt und sich dadurch besser fühlt.

Konkret geht es darum, die Ressourcen unter den potentiell hilfeleistenden Personen zu ermitteln und damit eine bessere Koordination der unterschiedlichen möglichen Hilfeleistungen wie Erziehungshilfe zu Hause und in der Schule, Gesundheitshilfe und eventuell Sozialhilfe zu bewirken.⁴⁰

Erziehungshilfen: Die Möglichkeiten, die innerhalb der Schule getroffen werden können, sind vielfältig und beinhalten im Allgemeinen den nicht spezifischen AD(H)S-Förderunterricht, die Schulsozialarbeit (wer auch immer Träger ist) und die Versorgung durch den Schulpsychologischen Dienst. Hinzu kommt oft ein sonderpädagogischer Förderbedarf von vielen Kindern mit AD(H)S in den Bereichen Lernen und emotionale/soziale Entwicklung. Sie umfassen von der konkreten Lernhilfe, der präventiven Logopädie und dem gezielten Üben der Fein- und Grobmotorik (Ergotherapie)⁴¹ zahlreiche weitere sonderpädagogische Massnahmen.⁴²

Mit gezielter Unterstützung und regelmässigem Üben können sich erfahrungsgemäss viele typische Schwierigkeiten von Kindern mit AD(H)S-Symptomen wie Vergesslichkeit, Flüchtigkeitsfehler oder Reinreden im Unterricht minimieren lassen.⁴³

Auch wenn die Individualisierung des Unterrichts zur Norm erhoben ist, scheinen die Unsicherheiten, wie mit Verhaltensauffälligkeiten von Kindern im Bereich Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivitäts-/Impulskontrolle umgegangen wird, im Kontext der Schule aber noch gross. Ein Projekt der Stadt Zürich mit verschiedenen Schulhäusern hat etwa gezeigt, dass je nach Schulhaus die Belastungsfaktoren sehr unterschiedlich sind und daher auch völlig unterschiedliche Bedürfnisse aus Sicht der Lehrpersonen bestehen.⁴⁴

Gesundheitshilfe: Aus dem Ausgeführten ergibt sich, dass aus dem Erkennen von AD(H)S-Hinweisen und einem Anspruch auf Hilfe für jedes Kind noch nicht zwingend eine medizinische Diagnose folgen muss. Es ist vielmehr der Zeitpunkt, um gemeinsam die Verantwortung für das Kind und sein Wohl zu übernehmen. Sollte dennoch parallel dazu noch eine *Gesundheitshilfe* greifen (dazu gleich Ziff. 5.2.4), so gilt allgemein, dass die in Kauf zu nehmenden Leiden, Schädigungen und Risiken jeder Behandlung die zu befürchtenden gesundheitlichen Nachteile bei einer Nichtbehandlung übertreffen müssen. Die Eltern und das Kind haben grundsätzlich das Recht, eine Diagnose zu verweigern.

Weitere Hilfen: Die Erziehungs- und Gesundheitshilfe allein können indes auch an ihre Grenzen stossen und durch Ansprüche auf Sozialhilfe wie bspw. durch die Geltendmachung von sog. Nachteilsausgleichen im Unterricht oder durch Versicherungsleistungen (bspw. IV-Ansprüche) ergänzt werden.

Zusammenfassend gilt, dass alle Akteure zusammen (am Runden Tisch) über die verschiedenen Hilfeoptionen vertieft nachdenken und keine Möglichkeit zugunsten des Kindes ausser Acht lassen. Welche inhaltlich konkreten Hilfen etwa die Eltern oder die Lehrperson zugunsten des Kindes leisten können, hängt aber wesentlich von ihren Ressourcen ab. Selbst wenn es bisher nur begrenzt zu gelingen vermag, ein förderliches und unterstützendes Lernumfeld für Kinder mit AD(H)S-Symptomen anzubieten,⁴⁵ so zeigt die aktuelle Forschungsliteratur

und der gemeinsame Austausch auch, dass in der Schweiz zunehmend Projekte und Schulungen angeboten werden. *Zwingende Voraussetzung* ist, dass alle Akteure im Umgang mit Kindern mit AD(H)S Symptomen Zugang zu den entsprechenden Informationen betreffend Erziehungs- und Gesundheitshilfen und anderen Hilfen besitzen.

5.2.5 Wer tätigt die AD(H)S-Diagnose und wie erfolgt sie?

Führt eine Initiative gegebenenfalls zu einer AD(H)S-Diagnose des Kindes, so stellt sich nebst den anerkannten Kriterien die Frage, *wer* die Diagnose *wie* erbringt.

Eine sorgfältige medizinische Diagnose muss nach den in der Fachwelt anerkannten und gut geprüften Diagnose-Kriterien erfolgen (in der Schweiz nach ICD-10, bald ICD-11). Um eine AD(H)S diagnostizieren zu können, müssen mehrere Kriterien erfüllt sein: Eine solche Diagnose kann u.a. nur dann als sorgfältig angesehen werden, wenn das Kind, die Eltern und wenn möglich weitere Perspektiven für eine Fremdbeurteilung (wenn möglich Lehrpersonen, Kindergärtner) einbezogen werden. Die Beteiligten werden ausführlich individualisiert, aber auch standardisiert und systematisch befragt. Das Kind wird zusätzlich auch in der Untersuchungssituation, bei der Testdurchführung und wenn möglich in der Schule beobachtet (letzteres geschieht meistens durch die Lehrpersonen und wird dann systematisch erfragt), die Symptome müssen seit über mehr als sechs Monaten bestehen und in mehreren Lebensbereichen (Familie, Schule) übergreifend auftreten. *Die Beeinträchtigungen müssen einen Leidensdruck von signifikanter Erheblichkeit verursachen.* Neben diesen Kriterien, die für die Diagnosestellung erfüllt sein müssen, haben verschiedene psychiatrische Fachgesellschaften in Europa (Deutschland), den USA und Kanada Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von AD(H)S verfasst (nachfolgend Ziff. 5.3.2).

Über die Tatsache, dass psychische Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen, zu denen auch die AD(H)S zählt, meistens vielschichtig und komplex sind und dass die Differenzialdiagnostik besondere Expertise verlangt, besteht in der Forschungsliteratur Einigkeit. Inwieweit die zu einer *ganzheitlichen Diagnose* gehörenden Differenzialdiagnosen bei AD(H)S-Symptomen jedoch genau abgeklärt werden, bestehen gewisse Zweifel: Zunächst ist jedenfalls zu differenzieren, ob das Kind, das auffällt, in der Regelklasse *kognitiv über- oder unterfordert ist, ob es eine alterstypische Entwicklung zeigt*⁴⁶ und/oder *ob es persönliche oder familiäre Probleme hat*, was oft schon nicht einfach ist. Die Zuverlässigkeit der Diagnose wird in der Literatur denn auch in Frage gestellt.⁴⁷ Die Leitlinien der Fachgesellschaften (Ziff. 5.3.2) stellen deshalb *generell hohe Anforderungen an die Kompetenz der Fachpersonen:* Nimmt sich eine med. Fachperson die Zeit und die Mühe, Kriterien und Leitlinie(n) zu befolgen und hat sie die nötige Ausbildung und Erfahrung, psychische Störungen zu erkennen, so ist eine professionelle Diagnose möglich.⁴⁸

In einem «strukturierten Ablauf» der Diagnostik spielen namentlich die «Dauer der Hilfephase», die Anzahl der Konsultationen (s. Ziff. 5.1.3) und die Frage, wer diese (aufgrund welcher Grundlagen, s. Ziff. 5.1.5) tätigen soll, eine Rolle. Es ist hier konkret zu empfehlen, dass generell aufgrund der heterogenen Symptome (diffuses Störungsbild), sicher *mehr als eine Untersuchung* (bestehend aus mehreren Konsultationen) durchgeführt wird und dass zusätzlich *eine Konsultation bei einer erfahrenen Fachperson stattfindet, die eine spezielle Aus- oder Weiterbildung mit Bezug zu psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen besitzt.*

5.2.6 Braucht es eine Therapie? Wenn ja, welche?

Aus einer AD(H)S Diagnose muss wiederum *nicht zwingend* eine Therapie folgen.⁴⁹

Das medizinische Wissen um die Symptome ist lediglich die *fachlich fundierte Grundlage für die Überlegung* (und für die anschließende Entscheidung über die Ausführung solcher Massnahmen), wie dem Kind geholfen werden kann und wie es gefördert werden könnte. Dies soll freilich nicht heissen, dass Diagnosestellungen einfach ignoriert und dem Kind nicht geholfen werden soll.

Ist die Diagnose gestellt, besteht ein weiteres *Risiko, nämlich die Wahl des falschen Therapieverfahrens*: Eines Verfahrens nämlich, das nicht störungs- und evidenzspezifisch ist, denn die Symptome und Spektren der AD(H)S sowie die Komorbiditäten sind wie ausgeführt nicht einfach zu erkennen.⁵⁰

Voraussetzung für jede Wahl einer Behandlung ist, dass Kind und Eltern über sämtliche vorhandenen Therapie- und Interventionsoptionen inklusive ihren konkreten Vor- und Nachteilen (risk/benefit ratio), namentlich auch einer Medikation verständlich informiert sind, anderenfalls können sie keine verbindliche Auswahl treffen (Frage des Informed Consent vgl. 5.2.7).

*Zwischenfazit: Eine allfällige AD(H)S-Diagnose ist und muss also keineswegs mit einer medikamentösen Therapie gekoppelt sein.*⁵¹

In der Literatur wird heute vielmehr ein individueller multimodaler Therapieansatz⁵² vertreten. Das bedeutet, dass die medizinische AD(H)S-Behandlung eine Kombination aus verschiedenen individuell angepassten Behandlungskomponenten ist: Die medikamentöse Behandlung ist dabei die Massnahme, die eine Ergänzung, aber keinen Ersatz für eine psychotherapeutische Intervention darstellt, wenn andere Massnahmen nicht erfolgreich sind und der Schweregrad hoch ist.⁵³ Sie kommt im Rahmen einer multimodalen Therapie mit beratenden und psychotherapeutisch fundierten Behandlungen im Einzel- und Gruppensetting (im Kindes- und Jugendalter) nebst Elternterapie sowie verschiedenen Interventionen in der Schule bzw. im Kindergarten zur Anwendung (vgl. Leitlinieninhalte zu Nr. 1 und Nr. 5 unter Ziff. 5.3.2, Empfehlung von Swissmedic).

Die *medizinische Behandlung* wird seit über 50 Jahren getätigt und der Wirkstoff Methylphenidat (MPH) ist einer der weltweit bekanntesten Wirkstoffe zur Behandlung der AD(H)S.⁵⁴ Für die Wirkungsweise der medizinischen Behandlung der AD(H)S mit Stimulanzien (v.a. MPH, das bekannteste Arzneimittel ist in Europa das Präparat Ritalin®) oder der Wirkstoff Atomoxetin (Präparat Strattera®) liegen grundsätzlich umfangreiche Daten vor.⁵⁵ Die Kurzzeitwirkungen werden als *gut eingestuft, die Medikation reduziert die AD(H)S-Symptome sowohl im Lehrer- als auch im Elternurteil sehr gut*. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Appetitreduktion und Schlafprobleme sowie seltener Bauch-/Magen-/Kopfschmerzen und werden insgesamt als sehr moderat eingeschätzt. Andere Nebenwirkungen wie der Einfluss auf Wachstumsentwicklung und Suchtentwicklung sind umstritten.⁵⁶ Die Langzeitwirkungen der medikamentösen Behandlung bleiben umstritten und sind weiterhin im Fokus vieler Forschungsarbeiten. Die medikamentöse Behandlung allein wird in der Regel nicht ausreichend sein für einen durchschlagenden und nachhaltigen Behandlungserfolg.⁵⁷ Der Einsatz der Medikation ist immer nur eingebettet in eine multimodale Behandlung empfohlen.

In der Schweiz darf gesetzlich jede/r zugelassene/r Ärztin und Arzt die Diagnose AD(H)S stellen und gegebenenfalls ein MPH, welches unter die Betäubungsmittelgesetzgebung fällt,⁵⁸ verschreiben. Das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic formuliert in der offiziellen Arzneimittelinformation zu MPH allerdings ausdrücklich die ausgewiesene *Fachkompetenz* der verschreibenden Person (s.a. Leitlinieninhalte unter Ziff. 5.3.2).

Das Medikament ist international und national ab dem Alter von 6 Jahren für die Behandlung der AD(H)S zugelassen. Ferner ist gemäss *Swissmedic* bei Kindern unter 6 Jahren eine medikamentöse Behandlung nicht indiziert.

Wirkungs- und Nebenwirkungskontrolle und generell die Medikation müssen von der entsprechenden Fachperson überprüft werden, wobei auch regelmässige Phasen ohne Medikation einzuräumen sind (vgl. Leitlinieninhalte unter Ziff. 5.3.2).⁵⁹ Eine breit abgestützte Evaluation der Europäischen Leitlinien aus dem Jahre 2013⁶⁰ ergab, dass eine geregelte Überwachung der medikamentösen Therapie im Hinblick auf die einzelnen Nebenwirkungen als Teil der multimodalen Therapie «*gut zu organisieren*» sei.

*Zusammengefasst bedeutet dies, dass bei Kindern nach umfassender professioneller AD(H)S-Diagnose ein multimodaler und interdisziplinärer Zugang unbestritten ist.*⁶¹ Zudem ist aufgrund der Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente die engmaschige Überwachung des Kindes unerlässlich. Die Entscheidung über den Zeitpunkt einer Medikation, deren Dauer und die Dosis hat die *medizinische Fachperson in jedem Einzelfall mit dem Kind und den Eltern sorgfältig zu treffen.*

Dies ist regelmässig zu überprüfen. Allerdings wird die medizinische Behandlung allein in der Regel nicht zu einem nachhaltigen Erfolg führen. Und auch die medizinisch-psychologische Behandlung des Kindes bleibt indes wie ausgeführt immer nur *ein* Aspekt.

5.2.7 Die (kinder-)rechtliche Sichtweise

Das Kind steht in diesem Entscheidungsprozess im Schnittpunkt von drei zentralen alltäglichen Lebensbelangen: der Familie, der Schule und der Gesundheit. In allen drei Lebensbereichen ist das Kind grundrechtlich geschützt und alle beteiligten Akteure (Eltern, Lehrpersonen und med. Fachpersonen) sind dem Kindeswohl (Art. 3 UN-KRK), der Gesundheit des Kindes (Art. 24f. UN-KRK) und der Mitwirkung des Kindes (Art. 12 UN-KRK) verpflichtet.

Aus der Sicht des Kindes bestehen aber in allen drei Lebensbereichen klare Abhängigkeiten. Es ist daher als besonders vulnerabel anzusehen. Überdies besteht die Gefahr, dass die Kindesinteressen im Beziehungsgeflecht der Erwachsenen manchmal in den Hintergrund rücken. Dass der Lebensalltag eines Kindes mit AD(H)S-Symptomen durch den Entscheidungsprozess im Umgang mit AD(H)S mehrfach grundrechtlich tangiert sein kann, sollte deshalb rechtlich besser abgebildet werden. Mit der Vorgabe einer Struktur im Entscheidungsprozess wird hierfür ein prozeduraler Ansatz gewählt.

Wird in dieser komplexen Querschnittsmaterie konsequent die *Kinderperspektive* eingenommen, so gründet diese auf den Kinderrechten. Die Anerkennung von Kinderrechten und der Kinderschutz haben in den letzten Jahrzehnten im Zuge der Entstehung und Ratifikationen der UN-Kinderrechtskonvention (1989) in der Schweiz unbestreitbar Fortschritte gemacht. Niemand in der Schweiz wird heute anzweifeln, dass Kinder *Rechtssubjekte mit eigenständigen Bedürfnissen* sind. Der rechtliche Schutz von Kindern bleibt aber trotz zahlreicher neuer normativer Vorgaben und praxisorientierter Standards in der Schweiz uneinheitlich und ist auf gewisse Sachbelange (z.B. Trennungs-/Scheidungsverfahren oder Kinderschutzverfahren, Anhörung je nach kantonalem Schulrecht) beschränkt. Eine Berufung auf die grundrechtlichen Regelungen ist gesamtschweizerisch möglich und nötig, um Kinder kohärent und koordiniert zu fördern:

1.) Das Kind hat Anspruch auf Förderung und Wahrung des Kindeswohls (Art. 3 UN-KRK, Art. 11 BV)

Kinder haben einen Anspruch auf Unversehrtheit und Förderung ihrer Entwicklung. Leitbild für ihre Erziehung, Bildung und Gesundheitsversorgung ist das Kindeswohl. Daraus ergeben sich Pflichten für Eltern, Lehrperson und medizinische Fachperson. Es ergeben sich aber auch Grenzen ihrer Entscheidungsrechte. Massstab bildet stets das Kindeswohl.

Das bedeutet, dass alle erzieherischen, schulischen und medizinischen Massnahmen – wenn nicht gemeinsam entschieden (das wäre das Ideal des Runden Tisches) – so doch gemeinsam und interdisziplinär diskutiert und in Relation zueinander gestellt werden müssen: Was fördert das Kindeswohl? Was hemmt/vermindert dieses? Wie hoch ist «das Leid» des Kindes mit AD(H)S-Symptomen? Welche Möglichkeiten gibt es, um Hilfe zu leisten und dieses Kind zu fördern? Welches sind die Ressourcen der Eltern, Lehr- und med. Fachpersonen?

Beispiel 6 Zur Verdeutlichung wie das «Leid» des Kindes Massstab für das «Kindeswohl» sein könnte

Ein Kind mit einer AD(H)S-Diagnose, das wiederholt aggressiv ist und deswegen starke soziale Probleme in der Schule hat und leidet, braucht unbestreitbar Hilfe. Nützen unterstützende Erziehungshilfen zu Hause und im Unterricht nicht, mag dem Kind mit einer Medikation, die bei ihm nachweislich zu einer verbesserten Impulskontrolle (und einer in der Folge subjektiv empfundenen Ruhe) führt (Kontrolle durch Pausen, Dosierungsunterschiede) geholfen werden. Dies selbst dann, wenn das Kind inkauf nehmen muss, dass es an Appetitlosigkeit leidet oder schlecht schläft, um typische Nebenwirkungen beispielhaft anzuführen.

2.) Das Kind hat Anspruch auf Bildung, Grundschulunterricht und Chancengleichheit (Art. 8 BV, UN-Behindertenrechtskonvention,⁶² Art. 2 Behindertengesetz):⁶³

Art. 28f. UN-KRK hält den Anspruch auf Bildung eines jeden Kindes fest. Dieser Anspruch besteht unabhängig von der Staatsangehörigkeit und dem rechtlichen Aufenthaltsstatus. Artikel 19 und 62 BV verankern in diesem Rahmen das Recht eines Kindes in der Schweiz auf ausreichenden unentgeltlichen Grundschulunterricht.

Der Anspruch des Kindes mit AD(H)S-Symptomen in der Grundschule auf Förderung und Hilfe im Schulumfeld lässt sich gesamtschweizerisch aus dem völker-, verfassungs- und bundesrechtlichen Anspruch auf Antidiskriminierung und Chancengleichheit bzw. Chancengerechtigkeit und damit aus der völker- und

verfassungsrechtlich begründeten *Behindertenhilfe* herleiten.⁶⁴ Wie können die Besonderheiten und Bedürfnisse eines Kindes mit AD(H)S-Symptomen berücksichtigt werden?

Auf kantonaler Gesetzgebungsebene werden die Aufgaben der Schule in der Regel präzisiert. Nach §1 Abs. 3 des Volksschulgesetzes des Kantons Zürich⁶⁵ bspw. *«strebt [die Schule] die ganzheitliche Entwicklung der Kinder zu selbstständigen und gemeinschaftsfähigen Menschen an. Die Schule ist bestrebt, die Freude am Lernen und an der Leistung zu wecken und zu erhalten. Sie fördert insbesondere Verantwortungswillen, Leistungsbereitschaft, Urteils- und Kritikvermögen sowie Dialogfähigkeit. Der Unterricht berücksichtigt die individuellen Begabungen und Neigungen der Kinder und schafft die Grundlage zu lebenslangem Lernen.»* Auch der *Lehrplan 21* beschreibt die Bildungsziele und die zu erreichenden Kompetenzen klar: Kinder mit einer Behinderung sollten im integrativen Sinne gemeinsam mit allen Kindern unterrichtet werden und es können Nachteilsausgleichsmassnahmen (NAM) beansprucht oder bei Bedarf Lernzielanpassungen vorgenommen werden.

Die Umsetzung des rechtlichen Anspruchs auf integrative Schulung des Kindes mit AD(H)S-Symptomen setzt in der Praxis eine *positive Haltung aller beteiligten Akteure* voraus: Kind, Lehrpersonen (inkl. Schulleitung), Eltern des betroffenen Kindes sowie der Mitschülerinnen/Mitschüler und deren Eltern.

Die Umsetzung der möglichen schulischen Förderangebote ist der föderalistischen Manier entsprechend deshalb sehr divers und wird letztlich von Schulhaus zu Schulhaus unterschiedlich sein (vgl. Ziff. 5.2.4). Ob diese in der Regelklasse oder in der Sonderbeschulung stattfinden, ist in der Schweiz im Prinzip dem Wunsch der Eltern überlassen (wobei die Sonderbeschulung auch oft privat finanziert wird).

3.) Das Kind hat einen Anspruch auf Umsetzung seines Mitwirkungsrechts (Art. 12 UN-KRK) in der Praxis, namentlich auch in den schulischen und medizinischen Verfahren

Im Grundsatz ist das Kind *in allen persönlichen Angelegenheiten* seines Lebens anzuhören. Das Kind allein bestimmt, ob es eine aktive oder passive Rolle im Entscheidungsprozess zum Umgang mit seinen AD(H)S-Symptomen einnimmt.

Es ist sicherzustellen, dass alle Personen, die das Kind informieren, anhören, untersuchen, begleiten und vertreten, eine *positive Grundhaltung* gegenüber dem Kind haben und eine entsprechende interdisziplinäre Schulung und Erfahrung besitzen. Dazu gehören v.a. Kenntnisse der Kinderpsychologie. Zur «Anhörung» gehört vor allem, das Kind individuell kinderfreundlich zu informieren, auch wenn es noch nicht alles verstehen kann. Es in seinen Äusserungen und Gefühlen zum einen ernst zu nehmen und ihm zum anderen die Informationen kinderfreundlich zu vermitteln, ist essentiell. Ein Kind ist ferner immer in seinem sozialen Kontext und in Relation zu seinen Bezugspersonen (v.a. Eltern) zu sehen.⁶⁶

Die Eltern können ihre Kinder generell darin unterstützen, ihre Mitwirkungsrechte wahrzunehmen, vorausgesetzt, sie sind entsprechend informiert.

Eine weitere Möglichkeit, die Mitwirkungs- und anderen Grundrechte des Kindes in einem Entscheidungsprozess zu sichern, ist

- > die Begleitung des Kindes durch eine Vertrauensperson (Begleitperson, welche «die Sprache des Kindes» spricht und sich wenn möglich in der medizinischen Materie auskennt),
- > die Beratung durch eine Fachperson (Ansprechperson) *oder*
- > die Verfahrensvertretung für diese Prozedur, falls die Eltern a) es nicht können, bspw. überfordert sind oder b) Konflikte mit der Schule bestehen, unter denen letztlich das Kind leidet; Vertretung des Kindes *analog* dem eherechtlichen Verfahren (Art. 299 Abs. 3 ZPO).

Für den *medizinischen Bereich* gibt es keine expliziten Vorgaben zur Mitwirkung von Kindern. Trotzdem gilt neben den Grundrechten das allgemeine Grundprinzip des *«Informed Consent»*: Eine minderjährigen Person, welche die Inhalte und Tragweite der ihr vorgeschlagenen Schritte verstehen und beurteilen kann, entscheidet selbst (Art. 19c ZGB, 16 ZGB).⁶⁷ Das heisst aber selbstverständlich nicht, dass das Kind mit seiner «Entscheidung allein gelassen wird»,⁶⁸ sondern es wird namentlich von seinen Eltern, letztlich aber von allen beteiligten erwachsenen Akteuren, angemessen unterstützt.

Aus rechtlicher Perspektive werden Kinder in medizinisch-therapeutischen Belangen der Fachperson bzw. der Institution gegenüber in der Regel von ihren Eltern vertreten (vgl. Ziff. 5.2.3). Diese haben zum Wohle ihres Kindes zu entscheiden.⁶⁹ Da eine medizinische Behandlung mit Medikamenten nicht harmlos ist, kann eine Entscheidung aber nicht mehr allein im Ermessen der Eltern liegen: Die medizinische Fachperson muss die medizinische Notwendigkeit der Medikation eindeutig und verlässlich diagnostizieren und entscheiden. Zudem muss das Kind bei dem Entscheidungsprozess mitwirken können. Doch selbst wenn ein Kind angemessen mitwirken und/oder sogar *mitentscheiden* kann, ist es im Grundschulalter dem Einfluss der Erwachsenen am stärksten ausgesetzt. Das bedeutet, dass das Kind in diesem Alter besonders beeinflussbar bleibt. Dies gilt es im Ablauf besonders zu beachten.

In der medizinischen und der schulischen Lebensrealität ist es indessen oft noch so, dass Kinder nicht selbst entscheiden (sog. *Informed Consent*, vgl. hier Ziff. 5.1.9) und ihnen auch unklar ist, wie weit ihre Mitwirkung reicht bzw. reichen soll.⁷⁰ Dieser Befund deckt sich mit den Angaben in der Literatur.⁷¹ Auch wenn die Anerkennung von Kinderrechten zweifellos grosse Fortschritte gemacht hat, ist deren Umsetzung im Alltag noch nicht vollzogen.

4.) Der gesetzliche Kinderschutz nach Zivilrecht (Art. 307ff. ZGB) und nach Strafrecht (Art. 219 StGB) durch die Behörden beginnt bei den sog. Kindeswohlgefährdungen (vgl. Ziff. 5.3.3)

Handeln die Eltern *nicht zum Wohle des Kindes bzw. gefährden sie möglicherweise das Kindeswohl*, bspw. verweigern sie die Einwilligung zu einer medizinisch indizierten Medikation (Kind ist suizidal oder ausgesprochen gewalttätig) oder zwingen sie das Kind seine MPH-Medikation einzunehmen, obwohl es nicht möchte – oder die Eltern schicken ihr Kind nicht mehr in die Schule, weil es sich dort sozial unwohl fühlt oder das Kind braucht dringend eine Sonderschulmassnahme, so kann ein Sorgerechtsmissbrauch vorliegen, was eine Kinderschutzmassnahme der KESB notwendig macht oder allenfalls auch einen notfallmässigen ärztlichen Eingriff rechtfertigen kann.⁷²

Das Zivilrecht bestimmt ausdrücklich (Art. 307ff. ZGB), dass eine behördliche Massnahme nur dann zum Tragen kommen soll, wenn die Eltern nicht mehr oder nicht genügend in der Lage sind, die Verantwortung für das Kind zu tragen, so dass das Kindeswohl dadurch gefährdet ist (Prinzip der Subsidiarität). Ferner soll stets die mildeste nötige behördliche Massnahme verfügt werden (Prinzip der Proportionalität und Verhältnismässigkeit).⁷³ 1.) Weisungen zu Erziehung und Pflege, unter Strafandrohung bei Unterlassen oder Einsatz einer Erziehungsaufsicht (Art. 307 ZGB) oder, 2.) Erziehungsbeistandschaft (Art. 308 ZGB), 3.) Fremdplatzierung des Kindes in Heim oder Pflegefamilie und zuletzt, 4.) Entzug des elterlichen Sorgerecht.

Zum gesetzlichen Kinderschutz gehören notfalls auch *Melderechte und -pflichten der Akteure* ausserhalb der Familie. *Grundsätzlich kann jede Person der KESB Meldung erstatten, wenn eine Person hilfsbedürftig erscheint.*

Bestehen konkrete Anhaltspunkte oder Beobachtungen dafür, dass die körperliche und psychische Integrität eines Kindes gefährdet ist, weil es erzählt, wegen seiner Vergesslichkeit physisch bestraft zu werden oder zur Beruhigung im Zimmer eingesperrt zu werden oder weil es sich immer schlechter fühlt, weil es merkt, dass etwas mit ihm nicht stimmt, aber die Eltern ihm die Diagnose nicht mitteilen möchten, so sind Lehrperson, Schulpflegepersonen, Kindergartenkraft oder Sozialarbeiterin zu einer Kindeswohlgefährdungsmeldung an die KESB *verpflichtet* (Art. 314d neuZGB), wenn sie die Gefährdung nicht selber haben abwenden können. Medizinische Fachpersonen, für die ein strafrechtlich sanktioniertes Berufsgeheimnis existiert (Art. 314c Abs. 2 neuZGB), müssen sich regelmässig von der Gesundheitsbehörde von ihrer Schweigepflicht entbinden lassen. Ab 1.1.2019 sind diese ebenfalls *berechtigt*, im Interesse des Kindes Meldung an die KESB zu erstatten.⁷⁴

Zusammenfassend, wird mit einer Handlungsempfehlung, die den Entscheidungsprozess zugunsten des Kindes sinnvoll strukturieren will, ein rechtlich-prozeduraler Ansatz zum verbesserten Schutz des Kindes gewählt.

Eltern, Lehrpersonen oder med. Fachpersonen sollten deshalb auch über rechtliche Grundkenntnisse verfügen, namentlich zum Persönlichkeitsrecht des Kindes (das ggf. den medizinrechtlichen *«Informed Consent»* eines urteilsfähigen Kindes umfasst und die weiter gefassten Mitwirkungsrechte des Kindes, hier v.a. Information, Anhörung) sowie zu allfälligen Grenzen des elterlichen Erziehungsrechts⁷⁵ und zum zivil- und strafrechtlichen Kinderschutz, sodass alle die nötigen Kompetenzen in den Ablauf einbringen können.

5.3 Abgrenzungen und Qualifizierung der Handlungsempfehlungen

5.3.1 Was wollen Handlungsempfehlungen?

Eine Leitlinie (Englisch: *guideline*), ein Leitfaden oder *«Abklärungsinstrument»* beinhaltet Handlungsempfehlungen oder umgangssprachlich Ratschläge von Expertinnen und Experten. Alle diese verschiedenen Werke beruhen grundsätzlich auf wissenschaftlicher/n Recherche und Daten beziehungsweise forschungsbasierter Situationsanalyse. Prinzipiell können die Begriffe Leitlinien, Leitfaden und Handlungsempfehlungen als *gleichbedeutend* verstanden werden. Da in der Medizin mit *«Leitlinie»* in der Regel aber etwas Spezifisches assoziiert wird und eine *«Leitlinie»* im medizinischen oder rechtlichen Sprachgebrauch auch nicht das Gleiche ist, wird vorliegend die Bezeichnung *«Kinder fördern. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit AD(H)S im Entscheidungsprozess»* gewählt.

In der *medizinischen Literatur* wird zwischen evidenz- und konsensbasierten Leitlinien unterschieden:⁷⁶ Evidenzbasiert bedeutet, dass die Leitlinien auf wissenschaftlich geprüften Daten beruhen. Konsensbasiert heisst, dass die Leitlinien in einem diskursiven Verfahren zustande gekommen sind. Die medizinischen Leitlinien werden nach der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in drei unterschiedliche Stufen (S1-3) eingeteilt:⁷⁷ S1 beschreibt Handlungsempfehlungen von Expertengruppen, wobei die Konsensfindung informell stattfindet; S2 enthält entweder konsensbasierte Empfehlungen (S2k) oder evidenzbasierte Empfehlungen (S2e), und S3 handelt von evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen. Bevor die AWMF eine Leitlinie in ihr Register einträgt, prüft sie neben der systematischen Evidenzbasiertheit und der strukturierten Konsensfindung auch, ob das Redaktionsteam unabhängig war. In die Konsensfindung werden in der Regel immer auch Betroffene und Betroffenenvertretungen und -gesellschaften mit einbezogen.

In der *juristischen beziehungsweise sozialwissenschaftlichen Literatur* der Schweiz werden sog. Leitlinien oder Leitfäden indes weder von einem juristischen Fachverband qualifiziert oder registriert noch bestehen in der juristischen Literatur entsprechende Kriterien zur Einordnung von «Abklärungsinstrumenten». Es kann, gestützt auf die angloamerikanische Literatur, die etwa seit den 1980er Jahren wissenschaftliche und strukturierte Kindeswohlabklärungen fordert, zwischen sog. konsensbasierten und statistischen Ansätzen unterschieden werden.⁷⁸ Zur Einschätzung von Risiken einer Kindeswohlgefährdung wird in der Regel der statistischen Methode der Vorzug gegeben. Konsensbasierte Expertenempfehlungen sind indes viel häufiger (vgl. Ziff. 5.3.3).

Sowohl medizinische als auch rechtliche (bzw. sozialwissenschaftliche) Leitlinien bzw. Handlungsempfehlungen sind *keine Richtlinien im Rechtssinne*, die eine Behörde erlassen hat und deswegen rechtsverbindlich wären. Sie beinhalten in der Regel keine genügend konkreten generell-abstrakten Normen, die auf eine Vielzahl von Personen in der gleichen Situation anwendbar wären. Die Anwendbarkeit der Leitlinie beschränkt sich vielmehr stets auf die konkrete Situation und muss von Fall zu Fall diskutiert werden. *Keine Leitlinie ersetzt eine fachliche Qualifikation* wie beispielsweise ein Gutachten, denn dieses ist ausschliesslich auf eine konkrete Fragestellung ausgerichtet und beantwortet nur diese, wenn auch wissenschaftlich vertieft. Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch die Anwendung von Leitlinien in der Gesundheitshilfe ist jedoch relativ gut belegt.⁷⁹

Im Resultat begründen damit alle diese Instrumente keinen rechtlich durchsetzbaren Anspruch auf Anwendung und Einhaltung ihrer Handlungsempfehlungen. Wird aber unbegründet und undokumentiert von solchen Leitlinien- oder Leitfadenthaltungen abgewichen, so wird sich in der Praxis regelmässig die Frage aufdrängen, ob eine Sorgfaltspflichtverletzung in der Behandlung vorgelegen haben könnte und es werden sich möglicherweise Haftungsfragen stellen.

Umgekehrt darf keine Fachperson die Inhalte von solchen Handlungsempfehlungen mit dem massgeblich fachlichen Standard gleichsetzen. Dies ist zugleich das grösste Risiko dieser Instrumente: Ein schematisches Befolgen der Inhalte, dies insbesondere dann, wenn sich die Inhalte an Laien richten. Dieses Gefahrenpotential ist bei den vorliegenden Handlungsempfehlungen jedoch als gering einzuschätzen – denn es geht nicht unmittelbar um eine medizinische Diagnose resp. Fehldiagnose oder ein Erkennen resp. Nichterkennen einer Kindeswohlgefährdung, sondern um die Verbesserung eines Diskurses und der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, der längerfristig zugunsten des Kindes wirkt.

5.3.2 Abgrenzung zu den medizinischen Leitlinien zu AD(H)S

Neben den *bereits erwähnten klassischen Diagnostikmanuals ICD 10/11 der WHO und dem DSM-5* betreffen die im deutschen und anglo-amerikanischen Sprachraum gebräuchlichen medizinischen Leitlinien zu AD(H)S Nr. 1-8 alle die *AD(H)S-*

Diagnose und -Therapie sowie die Prävention, wobei sie sehr unterschiedlich in Umfang, Form (z.B. Text, Tabelle, mit/ohne Fragebogen), Jahrgang/Auflage und wissenschaftlicher Evidenz sind:

1.) **Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter» (2018)**

Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJJK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Koordinator: Tobias Banaschewski, Registernummer AWMF 028–045, Klassifikation S3, Stand: 02.05.2017, gültig bis 01.05.2022, Langfassung ca. 200 S./ Kurzfassung ca. 80 S., erschienen im April 2018; abrufbar unter: <https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045L_S3_ADHS_2018-06.pdf>, zuletzt besucht am 15.7.2018. Es haben auch einige Schweizerinnen und Schweizer mitgearbeitet.

Mit dieser neuen «gesamtdeutschen» Leitlinie zu AD(H)S entfallen die Leitlinien alt1.) Hyperkinetische Störungen (F90), unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) von 2007 (gültig bis 2011), 2.) die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S Kinder- und Jugendärzte e.V. (i.d.F. 2007) und 3.) die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) von 2003, welche die AD(H)S im Erwachsenenalter betrifft.

Daneben existieren im europäischen Raum:

2.) **«European Guidelines» (2004)**

European Network für Hyperkinetic Disorders

Eric Taylor (Chair) et al., European Child Adolescent Psychiatry [Suppl 1] 13 : 1/7–1/30 (2004).

3.) **«Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management» des UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE guideline 2018)**

NG 87, publiziert am 14 März 2018, in der 3. Fassung (2008) ca. 90 S., abrufbar unter: <nice.org.uk/guidance/ng87>, zuletzt besucht am 15.7.2019.

4.) **«Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young adults» (2009)**

Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)

A national clinical guideline October 2009, abrufbar unter <<http://www.sign.ac.uk/assets/sign112.pdf>>, zuletzt besucht am 20.7.2018.

Ferner existieren u.a. folgende aussereuropäischen Leitlinien:

5.) **«ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents» (2011)**

American Academy of Pediatrics (AAP)

Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Pediatrics Nov. 2011 128 (5) 1023-1029, abrufbar unter: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/1007>>, zuletzt besucht am 20.7.2018. Diese Leitlinie ersetzt frühere Leitlinien aus den Jahren 2000 und 2001.

6.) «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder» (2007)

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)

Steven Pliszka et al., Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46:7, July 2007, 894-921, abrufbar unter <[https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)62182-1/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)62182-1/pdf)>, zuletzt besucht am 20.7.2018.

7.) «Clinical Practice Points on the Diagnosis, Assessment and Management of ADHD in Children and Adolescents» (2012)

National Health and Medical Research Council (NHMR)

Expert Working Group on ADHD Clinical Practice, Bruce Tonge (Vorsitz), publiziert am 3.9.2012, MH 26, ca. 40 S. abrufbar unter: <<https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/mh26>>, zuletzt besucht am 28.7.2018; erste NHMR Guideline wurde 1997 publiziert und per 2005 aufgehoben; Entwurf «Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (2009) der Royal Australasian College of Physicians war zwischen 2009-2013 publiziert (im 2011 nicht genehmigt NHMR).

8.) «The Canadian ADHD Practice Guidelines» (2018)

Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)

Doron Almagor, Don Duncan, Martin Gigna, Hrsg., 4. Auflage, Toronto 2018, ca. 130 S., abrufbar unter: <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_Feb2018.pdf>, zuletzt besucht am 28.7.2018. Diese Leitlinie wird immer auch von Betroffenen partizipativ mitentwickelt.

Es gibt aktuell *keine spezifisch schweizerische medizinische Leitlinie* und es existiert auch keine gesamtschweizerische *unité de doctrine* in der Anwendung einer der erwähnten Leitlinien (z.B. in der italienisch- und französischsprachigen Schweiz benützen die unterschiedlichen Institutionen in der Tendenz ihre «eigenen», z.B. institutionsinternen Vorgaben). Freilich gibt es vereinzelte institutionenübergreifende schweizerische Empfehlungen, die etwa zum multimodalen Behandlungsansatz seit über 10 Jahren raten⁸⁰ und das massgebliche Standardwerk für den deutschen Sprachraum, das auf den Leitlinien alt1-2, 4, 7-8 beruht, wird auch in der Schweiz benützt.⁸¹ Hingegen sind die Leitlinien Nr. 7, 9-10 in der schweizerischen Praxis weniger bekannt.

Generell ist davon auszugehen, dass die Häufigkeit von konsultierten Leitlinien in der schweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrie bei maximal 66 % liegt.⁸²

Mit der neu publizierten wissenschaftlichen *deutschen Leitlinie 2018 Nr. 1 könnte sich dies vielleicht künftig ändern*, zumindest in der deutschsprachigen Schweiz. Mit der Aktualisierung der *NICE Leitlinie 2018* (Nr. 5)⁸³ und der *kanadischen Leitlinie 2018* (Nr. 10) bestehen zusätzlich zwei Leitlinien zur *AD(H)S im Vorschul-, Schul- und Erwachsenenalter* in englischer Sprache. Alle drei Leitlinien sind aktuell, umfangreich sowie wissenschaftlich und praktisch ernst zu nehmen. Dies zeigt sich wie folgt, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Zentral ist für alle drei Leitlinien 2018 die *sorgfältige zeitintensive Diagnose*:

- Eine AD(H)S-Diagnose soll sich nach DSM-5 und ICD-10 Kriterien richten und sich auf eine umfassende individuelle klinische und psychosoziale Untersuchung

(Beobachtungen, Interviews) stützen, wobei die individuellen Entwicklungs- und Krankheitsgeschichten und die Berichte der Betroffenen (namentlich Eltern und Fachpersonen) mit einbezogen werden. Nr. 3 erklärt dabei ausdrücklich, dass Fragebogenbefragungen nie hinreichend seien, sondern nur ergänzend eingesetzt werden können (Ziff. 1.3).

- Hierfür ist die Fachkompetenz der diagnosestellenden Personen ausschlaggebend (Nr. 1 und Nr. 8 gleich zu Beginn): Aus- oder Weiterbildung und Erfahrung mit AD(H)S-Diagnosen, wobei alle Leitlinien bereits eingeschränkt von Kinderärzten/innen, Kinderpsychiatern/innen und anderen Gesundheitsfachpersonen, die therapeutisch mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen arbeiten, ausgehen (vgl. Nr. 1, Ziff. 1.1.2, Nr. 3, Ziff. 1.1.8, Nr. 8). Es ist grundsätzlich zu erwägen, eine weitere Fachperson beizuziehen (Nr. 8).
- Massgebend ist eine gründliche Differenzialdiagnose, zu welcher je angeleitet wird: Nr. 1, Ziff. 1.1.9, Nr. 8 ca. 20 S., Nr. 3 empfiehlt bei Kindern auch Leitlinien zu aggressivem oppositionellen Verhalten beizuziehen.
- Leitlinie Nr. 3 legt ein höheres Gewicht auf die *Früherkennung* von AD(H)S-Symptomen, in dem etwa auf best. Personengruppen zu achten sei (bspw. Frühgeburten oder Kinder von Eltern mit ADHS), aber auch mit den Warnungen, dass bspw. AD(H)S bei Mädchen und Frauen unterdiagnostiziert sei (Ziff. 1.2.2). Von einem Screening in Kindergarten oder Schule wird indes abgeraten.

Ferner haben die *Mitwirkungsrechte des Kindes und das Konzept des shared decision making* Eingang gefunden in die Leitlinie Nr. 1 (Ziff. 1.2.1-1.2.2), wengleich noch nicht mit der gleichen Prominenz oder Ausführlichkeit wie in den Leitlinien Nr. 3, 5 oder 8 bspw. in Nr. 3 zum Einstieg. Voraussetzung für die Medikation ist in allen Leitlinien explizit ein *Informed Consent*, wobei sich nach Nr. 8 die Fachperson zu versichern habe (Kap. 5 *«please make sure»*), dass die betroffene Person und ihre Familienangehörigen vorher entsprechend aufgeklärt seien.

Hinsichtlich der *Behandlungsstrategie* ergeben sich nur leichte Unterschiede:

- Alle Leitlinien Nr. 1-8 basieren auf einem *patientenzentrierten Vorgehen und einem multimodalen Therapieansatz*. Zudem basieren alle Diagnosen entweder auf dem ICD-10 oder DSM-5 resp. dem DSM-4, der Differenzialdiagnose und körperlichen sowie testpsychologischen Untersuchungen.⁸⁴
- Das Schwergewicht der Behandlung liegt in allen drei Leitlinien auf der Psychoedukation (im Sinne von Aufklärung, ev. auch konkreter Anleitung).
- Leitlinien Nr. 1 und Nr. 3 beruhen auf der *primären Psychoedukation* und den *sekundären nicht-medizinischen oder medizinischen Therapien*. Das bedeutet, erst wenn die Psychoedukation das gewünschte Ziel nicht erreicht hat, sollen andere Therapien greifen (so ausdrücklich Nr. 3, Ziff. 1.5.13). Psychoedukation und die nicht-medikamentösen Therapien werden in Nr. 1 und Nr. 3 systematisch der medizinischen Behandlung vorangestellt, was deren Stellenwert unterstreicht.

Nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapien werden in *Nr. 1 und Nr. 5 je nach Alter des Kindes und des Schweregrads der Symptomatik und der Funktionsbeeinträchtigung differenziert* empfohlen, sodass zum einen von einer Individualisierung der Therapie und zum anderen von gewissen diagnostischen Etappen der Behandlung⁸⁵ gesprochen werden kann:

1.) Psychoedukation

2a.) Nicht-medikamentöse Behandlung

Vorschulkind soll nicht-medikamentös behandelt werden

- Kind < 3 J. soll mangels Evidenz grundsätzlich keine medizinische Behandlung erhalten (*Nr. 1, Ziff. 1.1.2*)
- Kind < 5 J. soll keine Medikation erhalten ohne Zweitmeinung einer spezialisierten Fachperson (*Nr. 3, Ziff. 1.5.9*)
- Kind < 6 J. soll *primär nicht-medikamentös* behandelt werden (*Nr. 1, Ziff. 1.1.2, Punkt 3*)

Schulkind soll primär nicht-medikamentös behandelt werden

- Kind < 6 J. mit einem *leichten Grad* an Beeinträchtigungen soll *primär nicht-medikamentös* behandelt werden (*Nr. 1, Ziff. 1.1.2*)
- Kind < 5 J. soll in der Regel nicht-medikamentös behandelt werden (*Nr. 3, Ziff. 1.5.*)

Schulkind ab mittlerer Beeinträchtigung

- erhält intensivierete nicht-medikamentöse Therapie *oder* eine medikamentöse Behandlung *oder* es kann beides kombiniert werden (*Nr. 1, Ziff. 1.1.2, 1.4*)

2b.) Medikamentöse Behandlung

Schulkind soll i.d.R. erst ab einer gewissen Schwere der Beeinträchtigung medikamentös behandelt werden

- Kind < 5 J. mit einer signifikanten anhaltenden Beeinträchtigung *„persistent significant impairment“*; zusätzlich kann eine *kognitive Verhaltenstherapie* empfohlen werden bei einem Kind, das trotz Medikation noch beeinträchtigt ist im Kontakt mit Peers, der Selbstregulation, der Selbstkontrolle, seinem Gefühlsausdruck oder der Fähigkeit zuzuhören (*Nr. 3, Ziff. 1.5.14*)
- Kind < 6 J. mit einer sog. *mittelschweren Beeinträchtigungen* kann als Teil der multimodalen Therapie (*Nr. 1, Ziff. 1.1.2, Punkt 5, zum Ganzen Ziff. 1.4*) zu einer medikamentösen Behandlung oder einer nicht-medikamentösen geraten werden oder es kann beides kombiniert werden

- Kind < 6 J. mit einer *schweren* Beeinträchtigung sollte zur medikamentösen Behandlung geraten werden, sofern diese erwünscht ist (*Nr. 1, Ziff. 1.1.2 Punkte 5, Ziff. 1.4*).

- Die kanadische Leitlinie Nr. 10 geht ebenfalls von der Psychoedukation als Grundstein aller Behandlungen aus, setzt dann auf die individuellen patientenbezogenen und unterschiedlichen medikamentenzentrierten Faktoren (Übersichtstabellen 5.4-5.7), die einbezogen werden sollen, um die multimodale Therapie masszuschneiden. Diese Leitlinie tätigt explizit keine Abstufungen der Therapien nach Alter oder Schweregrad (S. 55, 69, s.a. aber dann die drei Tabellen für die Medikation nach Alter, 5.11-5.13, wobei die erste bei 6 Jahren ansetzt), sondern sie führt in vier prozeduralen Schritten durch den Entscheidungsprozess zur medikamentösen Therapie.
- Die Leitlinien *Nr. 3* und *Nr. 6-9* gehen dagegen alle von einer kombinierten Therapie mit Medikamenten als *erster Wahl* aus.
- Die drei aktuellen Leitlinien (*Nr. 1, 5* und *10*) verlangen explizit vor einer medikamentösen Behandlung Puls, Blutdruck, Körpergewicht und -größe des Kindes zu prüfen und körperliche und neurologische Untersuchungen zu erwägen und Hinweisen auf Herz-Kreislaufkrankungen nachzugehen.
- Sie weisen alle ausführliche Empfehlungen zu *Art und Einsatz der unterschiedlichen Präparate auf*, wobei es um Einnahmedauern, -zeiten und Nebenwirkungen sowie Interaktionen der in Frage kommenden Medikamente geht. Besondere Bedeutung wird der *Verlaufskontrolle* (Indikation, Nebenwirkungen, Interaktionen) beigemessen, die *mindestens* alle 6 Monate erfolgen soll. Zudem soll die erfolgte medizinische Indikation einmal im Jahr mittels einer behandlungsfreien Zeit überprüft werden (*Nr. 1, Ziff. 1.4.5-6*). Nach *Nr. 10* werden generell strukturierte Zeitpläne und Checklisten für die Kontrolle empfohlen sowie die systematisierte Organisation auftretender Nebenwirkungen (S. 70ff.).
- Eine Neurofeedbacktherapie wird teils empfohlen (*Nr. 1*), teils wird davon abgeraten (*Nr. 10, S. 95*).
- Während alle Leitlinien allgemeine Empfehlungen zur gesunden Ernährung enthalten (*Nr. 5, Ziff. 1.6*), werden keine besonderen diätetischen Interventionen empfohlen.
- Von einer Omega 3-Intervention wird mangels genügender Evidenz abgeraten (*Nr. 1, Ziff. 1.3; Nr. 10, S. 95*).

Ein bedeutender Unterschied zwischen den drei Leitlinien ist, dass sich zwar alle drei primär an Fachpersonen richten, *Nr. 5* und *Nr. 10* aber direkter *auch an andere Entscheidungsträger* und auch an *Familien* adressiert sind als *Nr. 1*,

was sich in Inhalt und Form niederschlägt: So fällt Nr. 10 besonders durch Anwenderfreundlichkeit (direkte Ansprachen, Tabellen) auf. Sie ist als einzige Leitlinie mit einem *umfangreichen eToolkit verbunden* (mit zahlreichen Fragebögen, Musterinformationen und -anleitungen) und geht über die Gesundheitshilfe hinaus, indem sie praktische Erziehungsmassnahmen für Eltern (Tabelle 4.2) oder Lehrperson (Tabelle 4.3) aufgreift und erklärt. Leitlinie Nr. 5 beginnt ferner mit Empfehlungen zur verbesserten Organisation im Gesundheitswesen und der Integration der verschiedenen Hilfeleistungen, das heisst, dem institutionellen Umgang mit AD(H)S (Ziff. 1.1).

Zusammenfassend kann festgehalten werden: In der Schweiz gibt es *keine national konzipierte medizinische Leitlinie* zur Diagnose, Therapie oder Prävention von AD(H)S.⁸⁶ Das führt u.a. auch dazu, dass regional unterschiedliche Massstäbe gelten und dass unter den Fachpersonen einer Region nicht die gleichen Kriterien gelten. Es ist daher *sehr zu begrüssen, dass es mit der neuen deutschsprachigen Leitlinie Nr. 1, an der auch einige Schweizerinnen und Schweizer mitgearbeitet haben, seit 2018 eine wissenschaftlich evidente und konsensbasierte Leitlinie gibt, die auch in der Schweiz angewendet werden kann und wird; die in ihren Kerninhalten* (umfassende sorgfältige Diagnose ausschliesslich von Fachpersonen, multimodaler Ansatz, wobei die Psychoedukation vorgeht und eine engmaschige Kontrolle der medikamentösen Behandlung zu erfolgen hat) *nicht wesentlich von der britischen NICE-Guideline 2018 abweicht.* Insbesondere braucht es nach beiden Leitlinien 2018 für die Pharmakotherapie eine AD(H)S-Symptomatik, welche das erforderliche Mass für eine Diagnosestellung *deutlich übersteigt* und die gesundheitlichen, schulischen oder sozialen Beeinträchtigungen des Kindes *müssen erheblich sein.*

Im Vergleich zu den vorliegenden Handlungsempfehlungen kann festgehalten werden, dass diese Leitlinien, vor allem Leitlinie Nr. 1, die Gesundheitshilfe betreffen und weniger die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Akteuren. Es geht nicht um die konkrete Prozedur des Entscheidungsprozesses ab dem Zeitpunkt des Auffallens des Kindes, sondern die zeitlich später einsetzenden fachlichen Überlegungen zur akkuraten Diagnose und Behandlung. Die vorliegenden Handlungsempfehlungen bieten sich deshalb als Ergänzung an, aus Sicht des Kindes zu überlegen, wie das Umfeld an seine Bedürfnisse anzupassen ist.

5.3.3 Abgrenzung zu den Empfehlungen im Kinderschutz und der Zusammenarbeit einzelner Akteure

In der Praxis existieren zahlreiche Leitlinien mit Bezug zum Kinderschutz, namentlich zur Verhinderung bzw. Erkennung von Kindeswohlgefährdungen sowie zur Prävention von Gewalt.

1.) «Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis» (2013)

Stiftung Kinderschutz Schweiz (Hrsg.)
56 S., Andrea Hauri und Marco Zingaro

Dieser Leitfaden dient der besseren Erkennung von Kindeswohlgefährdungen, wobei er sich nicht an Fachpersonen richtet, die bereits mit Kindeswohlgefährdungen arbeiten (bspw. Mitarbeitenden der KESB, Berufsbeistände), sondern an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die mit Kindern arbeiten und sich fragen, ob das Wohl des Kindes gefährdet ist und wie sie vorgehen sollen. Der Leitfaden beruht auf einer für die Schweiz angepassten und überarbeiteten Version von Einschätzungshilfen aus Deutschland.

Das Ziel des Leitfadens ist, dass die richtigen Fälle von Kindeswohlgefährdungen *möglichst früh erkannt* werden. Es geht nicht darum, möglichst viele Kinder als gefährdet zu melden (S. 7).

Ein wichtiger Grundsatz des Leitfadens ist es denn auch, dass eine *unterstützende, achtsame Haltung gegenüber den Eltern* eingenommen werden soll, denn ohne die Kooperation der Eltern ist es sehr viel schwieriger, sich um die Kindesbedürfnisse und das Kindeswohl zu bemühen.

Von einer Kindesgefährdung wird namentlich bei *allen* Formen von Gewalt gegenüber dem Kind oder einer Vernachlässigung des Kindes (von unzureichender Pflege und Ernährung über mangelnden Schutz bis hin zu erzieherischen sowie emotionalen Säumnissen resp. Fehlverhalten, welche die Entwicklung des Kindes gefährden können) sowie bei einer Gefährdung aufgrund von Elternkonflikten um das Kind (bspw. Sorgerechts- und Besuchsrechtsstreitigkeiten) ausgegangen.

Der Leitfaden beinhaltet einen *Entscheidungsbaum*, der helfen soll, zu erkennen, ob ein Risiko für eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht. Es wird im Wesentlichen mit allgemeinen Risikofaktoren, aber auch Schutzfaktoren und deren Wechselwirkungen gearbeitet, so dass im Resultat abgeschätzt werden kann, wie gross die Belastungen für das Kind sind: Aspekte der elterlichen Lebensgeschichte, elterlichen Persönlichkeitsmerkmale, psychischen und somatischen Gesundheit der Eltern, Intelligenz der Eltern und deren Beziehungsleben und Merkmale des Kindes wie Gesundheit, Verhaltensstörungen und Temperament. Hinzu kommen Einschätzungsfaktoren wie frühere Gefährdungsmeldungen. Mit diesen Handlungsempfehlungen soll eine Risikoeinschätzung vorgenommen werden können, um eine Gefährdungsmeldung einzureichen, wenn die eigenen Hilfsmöglichkeiten nicht ausreichen.

Diese Handlungsempfehlungen gehen *nicht* davon aus, dass in jedem Fall eine Gefährdungsmeldung einzureichen ist, sondern dass grundsätzlich immer ein Ermessen besteht (S. 9f., 45ff.).

2.) «**Berner und Luzerner Abklärungsinstrument zum Kinderschutz**» (2015)

David Lätsch, Andrea Hauri, Andreas Jud, Daniel Rosch, *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutzrecht* 2015, 70(1), 1-26.

Dieses elaborierte Abklärungsinstrument zur Prüfung kinderschutzrechtlicher Massnahmen nach Art. 307ff. ZGB, das von den Fachhochschulen Bern und Luzern mit der Unterstützung von Praxispartnern wie KESB und Sozialdiensten gemeinsam entwickelt wurde, existiert auch als elektronische Webapplikation.⁸⁷

Zweck dieses Instrumentes ist es, ein standardisiertes frageorientiertes «Diagnoseinstrument» zur Verfügung zu haben, das der Unterstützung und Strukturierung des gesamten Abklärungsprozesses dient. Der primäre Zweck liegt in der Strukturierung des Prozesses, der sekundäre (längerfristige) Zweck liegt in der nachhaltigen Wahrung des Kindeswohls.

Dem Instrument liegt ein sog. *biopsychosoziales Modell* zugrunde, das auf den konkreten sozialen Gegebenheiten (Familie, Beruf, Gesellschaft), der Psyche (die individuellen Eigenheiten und das Verhalten) und biologischen Faktoren (organmedizinische Aspekte, Risikofaktoren) beruht.

Das Abklärungsinstrument ist zeitlich in fünf Teile gegliedert: 1.) Überprüfung des sofortigen Handlungsbedarfs per Checkliste, 2.) Situationsanalyse im Kontakt mit allen Beteiligten mit Ankerbeispielen, 3.) Gesamteinschätzung, 4.) Abklären der Ressourcen und 5.) zuletzt, behördliche Massnahmen prüfen.

Das Instrument arbeitet *im Detail mit typisierten bekannten materiellen Fallbeispielen* (sog. *Ankerbeispielen*), welche eine Kindeswohlgefährdungssituation erkennbar machen sollen, und stellt damit eine Art evidenzbasierte Grundlage für die Beurteilung von Risiken, namentlich des «sofortigen Handlungsbedarfs», zur Verfügung – eine Methode, die grundsätzlich auch für die vorliegenden Handlungsempfehlungen zu diskutieren ist. Kommt man in einem ersten Schritt zum Schluss, dass eine behördliche Massnahme nach Art. 307ff. ZGB nötig ist, fragt sich, welche. Wie gross das Vereinheitlichungspotenzial dieses Instrumentes, das 2017 von der Praxisanleitungen der KOKES, der Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz, zum Kinderschutz aufgenommen wurde, sein wird, wird sich erst in einigen Jahren zeigen. Erste Evaluationen fallen mehrheitlich positiv aus.⁸⁸

3.) **Prozessmanual zur dialogisch-systemischen Kindeswohlabklärung** (2017)

260 S., Kay Biesel, Lukas Fellmann, Brigitte Müller, Clarissa Schär, Stefan Schnurr, Bern 2017

Dieses Instrument zur Erkennung von Kindeswohlabklärungen stammt aus der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) für Soziale Arbeit unter Mitwirkung von diversen Ämtern in der Deutschschweiz und ist ebenfalls ein Wegweiser

für Fachpersonen. Diese Anleitung umfasst den gesamten Prozess von der Entgegennahme von ersten Hinweisen auf Kindeswohlgefährdungen bis hin zum Erstellen des Abklärungsberichts. Insgesamt liegt ein Schwergewicht auf der Prozedur und jeder Zusammenarbeit der Akteure. Dieses Prozessmanual kann namentlich auch im freiwilligen Kinderschutz angewendet werden.

Die Betonung der dialogisch-systemischen fachlichen Haltung im Kontext von Kindeswohlgefährdungen bedeutet, sich bei allen Stufen des Verfahrens (sog. Schlüsselprozesse) dessen bewusst zu bleiben, dass meist mehrere Akteure involviert sind und diese miteinzubeziehen.

Dazu gibt es weitere kantonale oder kommunale *Leitfäden Kindeswohlgefährdung*, wie beispielsweise die des Amtes für Jugendberater im Kanton Zürich und zur Prävention von allen Formen der Gewalt, wie die Leitlinien des Verbands der Kindertagesstätten *zur Prävention physischer und psychischer Gewalt in Kindertagesstätten und Horten* (2013), die in Kindertagesstätten und Horten Anwendung finden. Viele ähnliche Leitlinien finden sich darüber hinaus in regionalen Organisationen (z.B. der lokalen Sozial- oder Schuldienste). Konkret prozeduraler Natur sind etwa zwei jüngere Leitlinien aus dem Kanton Zürich zur Zusammenarbeit der KESB bei Kindeswohlgefährdungen.

4.) **Leitlinien zur Zusammenarbeit von Schule und KESB im Kanton Zürich bei Gefährdung des Kindeswohls** (2017)

S. 13, Volksschulamt Kanton Zürich, KESB Kanton Zürich (Hrsg.)

50 S., Zürich, abrufbar unter: <https://www.kesb-zh.ch/sites/default/files/attachments/leitfaden_zusammenarbeit_schulen_kesb.pdf>, zuletzt besucht am 20.7.2018.

Vor dem Hintergrund, dass Schulen bei der *Früherkennung eine wichtige Rolle spielen*, informiert dieser Leitfaden über deren Funktion, Aufgaben und Verantwortlichkeiten, wenn das Wohl eines Kindes gefährdet scheint. Mit diesem Leitfaden soll die Zusammenarbeit zwischen Schulen und der KESB unterstützt werden: Die Schule hat bei Kindeswohlgefährdungen gegenüber der KESB, den Abklärenden des kjz und/oder dem SPD eine *Mitwirkungspflicht*. Umgekehrt wird etwa festgehalten, dass die KESB die Schule stets direkt informiert, wenn sie eine Kinderschutzmassnahme (Art. 307ff. ZGB) mit Bezug zur Schule errichtet hat.

Ferner werden Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen, welche typischerweise im Kontext der Schule auftreten können, beispielhaft illustriert: Wie etwa mangelhafte Ernährung/Kleidung, fehlende Schulbesuche, keine Unterstützung zu Hause bei Lernschwierigkeiten, dauerhafte Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, Verdacht auf familiäre Belastungen oder Körperstrafen oder Verwahrlosung der Eltern (Ziff. 5.2). Wenn alle Massnahmen erfolglos ausgeschöpft sind, um die Kindeswohlgefährdung abzuwenden, darf nicht mehr zugewartet werden mit der Meldung an die KESB (Ziff. 6.1). Die innerschulische Prozedur/Zuständigkeit wird dabei wie folgt umschrieben (Ziff. 4.3): 1.) Lehrpersonen/Schulsozialarbeiter

sprechen in der Regel mit Eltern. 2.) SPD und SAD werden beigezogen, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden. 3.) Schulleitung entscheidet mit Visum der Schulpflege und anderen Fachpersonen, ob eine Gefährdungsmeldung bei der KESB/ev. Strafanzeige bei Polizei getätigt werden soll. In Notfällen kann die Lehrperson die Gefährdungsmeldung persönlich tätigen.

5.) Empfehlungen zur Zusammenarbeit im Kinderschutz zwischen Ärzteschaft – Kinderschutz (2018)

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, Kinderärzte Zürich, Vereinigung Kinder- und Jugendärzte, Haus- und Kinderärzte Zürich mit der KESB Kanton Zürich (Hrsg.)

5 S., 22. Dezember 2017, Zürich, abrufbar unter: <https://www.kesb-zh.ch/sites/default/files/attachments/empfehlungen_aerzteschaft_kesb_kinderschutz_v1.0.pdf>

In diesen Empfehlungen wird das Gewicht auf die gegenseitigen Informationsrechte und -pflichten von med. Fachpersonen und Behörden in einem Fall von Kindeswohlgefährdung gelegt.

Der Vollständigkeit halber seien noch die Leitlinien des Dachverbands der Lehrpersonen erwähnt, welche über die Kindeswohlgefährdung hinausgehen und die Zusammenarbeit von Eltern und Lehrpersonen im Allgemeinen betreffen.

6.) Leitlinien zur Zusammenarbeit von Eltern und Lehrpersonen (2017)

Dachverband der Lehrerinnen und Lehrer Schweiz LCH (Hrsg.)

50 S. August 2017, Zürich, abrufbar unter: <https://www.lch.ch/fileadmin/files/documents/Publikationen/Leitfaden_Schule_und_Eltern_Gestaltung_der_Zusammenarbeit.pdf>, zuletzt besucht am 20.7.2018.

Dieser Leitfaden ist für Schulen, Behörden und Elternorganisationen bestimmt und soll primär eine Grundlage für die Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen sein. Im Hintergrund steht der Gedanke, dass eine gemeinsame Perspektive von Eltern und Lehrpersonen das Kind beim Lernen unterstützt.

Der Leitfaden enthält Ausführungen zu Herausforderungen im *Dreiecksverhältnis Kind-Eltern- und Lehrperson*, aber auch Erfolgsfaktoren in der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrpersonen, auch anhand von diskutierten beispielhaften Konfliktsituationen (Kapitel 5). Im Anhang findet sich viel Informationsmaterial: Literaturhinweise und kantonale Instrumente.

Während die Elternmitwirkung gesetzlich geregelt und auf Klassen-, Stufen-, Schul- oder Gemeindeebene institutionalisiert ist, liegt die Leitung der Umsetzung bei den Schulen (S. 8). Es ist also Aufgabe einer Schule, die *konkreten Formen einer guten und transparenten Information der Eltern und die Art und Weise der Kooperation* zu bestimmen und die Eltern mit einzubeziehen (inkl. sie über ihre

verschiedenen Mitwirkungsrechte zu informieren, S. 20). Die Bereiche Hausaufgaben, Erziehung, Wohlbefinden des Kindes und Gesundheit sind dabei Kernbereiche der gegenseitigen Information und Kooperation: Die Lehrperson möchte und sollte informiert sein über Probleme bei Hausaufgaben, fehlendes Wohlbefinden an der Schule, belastende oder besondere familiäre Situationen wie beispielsweise schwere Krankheit oder Arbeitslosigkeit in der Familie. Auch Veränderungen der erzieherischen Betreuung u.ä. sind für die Schule eine wichtige Information. *«Störungen werden von beiden Seiten am besten frühzeitig angesprochen.»* Hingegen fallen etwa die konkreten Unterrichtsinhalte und die Unterrichtsqualität in die Verantwortung der Lehrpersonen bzw. der Schulleitung.

Im Vergleich zu allen diesen Leitlinien kann festgehalten werden, dass die vorliegenden Handlungsempfehlungen inhaltlich klar über den Schutz vor einer Kindeswohlgefährdung im juristischen Sinne hinausgehen. Die vorliegenden Handlungsempfehlungen sollen grundsätzlich in jedem Fall von AD(H)S-Symptomen angewendet werden, auch dann, wenn das Kindeswohl nicht gefährdet ist, also schon dann, wenn die Gesundheit, Bildung und das Familienleben des Kindes – kurz: seine Persönlichkeit – betroffen ist. Damit kommen diese Handlungsempfehlungen auch ausserhalb des behördlichen Massnahmensystems des Zivilrechts zur Anwendung, wenngleich sie je nach Einzelfall mit letzterem konnex sind. In einem juristischen Sinne setzen diese Handlungsempfehlungen bei den möglichen Persönlichkeitsverletzungen des Kindes an, die dadurch entstehen können, dass es im Entscheidungsprozess nur ungenügend mitwirken kann (gegenüber Eltern, Lehrperson und med. Fachperson).

Zudem handelt es sich bei den vorliegenden Handlungsempfehlungen nicht um ein «Abklärungsinstrument» in Form eines linearen Entscheidungsbaums (sog. Wenn-dann-Entscheide), sondern um einen *strukturierten Prozess mit Rückkopplungsschleife*, um die interdisziplinäre Kommunikation und Lösungssuche zu verbessern.

Ferner ist die Strukturierung des Entscheidungsprozesses *rein prozedural angelegt* und arbeitet *nicht primär mit inhaltlichen Fallbeispielen*, wie es etwa das Berner und Luzerner «Abklärungsinstrument» vorsieht. Die vorliegenden Handlungsempfehlungen hat dementsprechend auch keine konkrete Gefährdungssituation im Blick, sondern will den generellen Ablauf zugunsten des Kindes verbessern.

Die Leitlinien sollen bilateral die Zusammenarbeit der Behörden untereinander, von Eltern und Lehrpersonen sowie das Dreiecksverhältnis Eltern-Kind-Lehrperson, verbessern. Die vorliegenden Handlungsempfehlungen richten sich hingegen bewusst an alle Akteure gemeinsam.

5.3.4 Abgrenzung zu den Leitlinien zur Mitwirkung von Kindern

Schliesslich gibt es auch *Leitlinien zur Mitwirkung und Anhörung von Kindern, namentlich die Leitlinien des Europarates zu einer kinderfreundlichen Justiz*, die sich auch auf alle Behörden (das heisst inkl. Schulen, KESB) und sinngemäss auch auf die psychologisch-medizinischen «Abklärungsverfahren» im Rahmen der Grundschulpflicht sowohl von öffentlicher wie auch von privater Seite anwenden lassen.⁸⁹

Zunehmend bekannt sind in der Schweiz die spezifischen «Anhörungsbrochüren» zur Sicherung der Mitwirkung von Kindern im Verfahren der UNICEF, die für verschiedene Alterszielgruppen verfasst sind.

Im Resultat sind diese Handlungsempfehlungen weder medizinisch-diagnostische Leitlinien noch solche zur Abklärung einer Kindeswohlgefährdung. Sie gehen auch über blosser Leitlinien zur Anhörung des Kindes hinaus, da sie den Entscheidungsprozess im Umgang mit einem Kind mit AD(H)S-Symptomen zwischen einer Vielzahl von Akteuren strukturieren.

Diese Handlungsempfehlungen haben die Funktion von alltäglichen Hilfen in einem Entscheidungsprozess, der bewusst mit Rückkopplungsschlaufen arbeitet, sodass die Kommunikation verbessert und kein möglicher Lösungsansatz zugunsten des Kindes im Umfeld Familie, Schule und Gesundheit undiskutiert bleibt, bevor über eine mögliche Behandlung entschieden wird.

Diese Handlungsempfehlungen zum Entscheidungsprozess zum Umgang mit AD(H)S-Symptomen stellen bewusst *das Kind* und nicht den Patienten, die Schülerin oder das «Opfer» in den Mittelpunkt. Ein Kind mit AD(H)S möchte nicht als «Problemfall», sondern mit all seinen Eigenschaften, Fähigkeiten und Potenzialen wahrgenommen werden.

Stellen wir das Kind mit AD(H)S, mit seinen Rechten und Interessen in den Mittelpunkt, bedeutet dies letztlich auch einen Perspektivenwechsel für das Umfeld. Es gilt deshalb, in erster Linie zu überlegen, wie *das Umfeld seinen besonderen Bedürfnissen so gut wie möglich anzupassen ist* und wie jeder Akteur dazu beitragen kann. Es geht dann weniger darum zu erreichen, dass ein Kind nicht mehr auffällt, sondern wie man ihm helfen kann.

Es gilt, dass jede Massnahme, die zugunsten des Kindes getroffen wird, sei es eine rechtliche, erzieherische oder medizinische, welche das Persönlichkeitsrecht tangiert (und das tun letztlich alle), stets das *Verhältnismässigkeitsprinzip* zu wahren hat.

Vereinzelt mögen zwar einfache Ablaufschemata in der Schweiz aufzeigen, wie bei einem Entscheidungsprozess zur Abklärung von AD(H)S vorgegangen werden könnte.⁹⁰ Es sind aber keine aktuellen schweizerischen Projekte bekannt, die im Bereich der Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen an einem konkreten Leitfadens arbeiten, welcher den *Entscheidungsprozess ab «Auffallen» bis hin zu Behandlung und Wahl der Therapie strukturieren* möchte – wobei diese Leitlinie keinem linearen Entscheidungsbaum folgen soll, sondern mit Rückkopplungsschlaufen arbeitet.

5.3.5 Interdisziplinäre prozedurale Handlungsempfehlungen für Kind-Eltern-Lehrperson-medizinische Fachperson im Umgang mit AD(H)S

Die vorliegenden interdisziplinären Handlungsempfehlungen zum Entscheidungsprozess im Umgang mit AD(H)S sind also im Ergebnis keine medizinische Leitlinie oder «Guideline» für Prävention, Diagnostik und Therapie, denn eine solche soll konkrete Entscheidungshilfen für die behandelnden Fachpersonen darstellen.⁹¹ Es handelt sich auch nicht um ein sozialwissenschaftlich-juristisches «Abklärungsinstrument». Diese Handlungsempfehlungen schliessen im Resultat vielmehr folgende Lücken:

- Sie sind allein auf den Entscheidungsprozess ausgerichtet.
- Sie strukturieren die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in der Schweiz.
- Sie sind interdisziplinär konzipiert und an alle beteiligten Personengruppen gerichtet: v.a. an die Eltern, Lehr- und medizinischen Fachpersonen.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen wurden damit nicht geschrieben, um bereits bestehende Instrumente zu ersetzen, sondern um diese *zu ergänzen*.

Diese interdisziplinären Handlungsempfehlungen zum Umgang von AD(H)S beruhen auf bislang teils publizierten evidenzbasierten Daten, die aus dem Projekt *«Kinder fördern. Eine interdisziplinäre Studie zum Umgang mit AD(H)S»* stammen (Ziff. 5.1). Aufgrund dieser und allgemeiner Überlegungen zur verbesserten Zusammenarbeit unter den Akteuren (Ziff. 5.2) erscheint es wichtig, dass den Handlungsempfehlungen zum Entscheidungsprozess im Umgang mit Kindern mit AD(H)S-Symptomen auch schweizerische Daten zugrunde liegen.

Die Evidenzstärke ist bei den vorliegenden Handlungsempfehlungen jedoch von Anfang an als relativ tief einzuschätzen, da es sich nicht um Daten handelt, die aus klinischen oder bereits wiederholten Studien stammen. Auch sind die Stichproben als relativ gering einzuschätzen und es bleibt kritisch anzumerken, dass die Rekrutierung in den empirischen Teilprojekten teils über Expertinnen-Netzwerke erfolgte, sodass aus allen Akteursgruppen wohl v.a. motivierte Personen teilgenommen haben dürften.

Die Qualität der Studie liegt nach der hier vertretenen Ansicht in erster Linie in den Übereinstimmungen oder Abweichungen der Perspektiven der verschiedenen Akteure.

Diese Handlungsempfehlungen wurden in einem informellen konsensualen Verfahren mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Disziplinen erarbeitet. Seit Anfang Januar 2018 haben vier «interdisziplinäre Feedbackschlaufen» stattgefunden, bei denen die Mitwirkenden sich an Sitzungen getroffen und die verschiedenen Entwicklungsstufen der Handlungsempfehlungen diskutiert oder teils schriftlich dazu Stellung genommen haben.

Diese Handlungsempfehlungen setzen sowohl an einer regulatorisch-gesellschaftlichen als auch einer individuellen Ebene an:

Auf der *regulatorisch-gesellschaftlichen Ebene* soll erreicht werden, dass

- > ein Beitrag zu einem sinnvoll strukturierten Entscheidungsprozess stattfinden kann, der alle Akteure einbezieht;
- > ein Beitrag zur vermehrten und verbesserten Information und Kommunikation zwischen allen relevanten Akteuren (Kind, Eltern, Schule, med. Fachpersonen) erzielt werden kann;
- > eine erhöhte Mitwirkung aller Beteiligten das gegenseitige Problembewusstsein und die Verbindlichkeit zugunsten des Kindes steigert;
- > eine verbesserte Mitwirkung des Kindes sowie dessen Rechte und Bedürfnisse gesichert werden;
- > wo möglich, das Umfeld an die Bedürfnisse des Kindes angepasst wird;
- > frühzeitig sorgfältige Differenzialdiagnosen entstehen und
- > vorschnelle, nicht ausreichend diagnostisch abgestützte Entscheide vermieden werden sowie
- > eine gesteigerte Kontrolle über die Pharmakotherapie stattfinden kann.

Auf der *individuellen Ebene* soll nun erreicht werden, dass

- > für das einzelne Kind die bestmögliche individuelle Lösung gefunden wird;
- > ein Kind jederzeit wertgeschätzt und von allen Akteuren ernst genommen wird;
- > ein Kind am betreffenden Entscheidungsprozess besser mitwirken kann;
- > ein Kind eine verlässliche Ansprechperson hat;
- > ein Kind, sofern gewünscht, durch eine unabhängige Drittperson begleitet wird;
- > ein Kind zusammenfassend weniger leidet;
- > sich alle Akteure besser informiert und sicherer fühlen und
- > alle Akteure das Gefühl haben, nicht allein gelassen zu werden.

Anhang

Hilfreiche Links

Elpos Schweiz, 8050 Zürich
ADHS Organisation Dachverband:
info@elpos.ch
www.elpos.ch/start.htm

Schweizerische Info- und Beratungsstelle für Erwachsene mit ADHS
www.adhs20plus.ch

Schweizerische Fachgesellschaft ADHS
geschaeftsleitung@sfg-adhs.ch
www.sfg-adhs.ch/

Informationsportal für Betroffene (Kinder, Jugendliche und Eltern) und Pädagogen,
verfasst vom zentralen adhs-netz in Deutschland
www.adhs.info

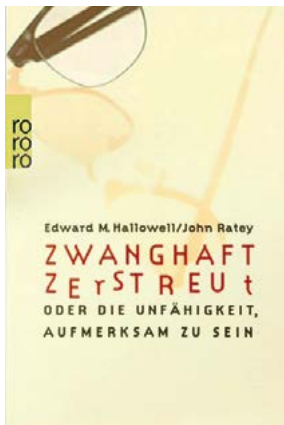
Deutsche Selbsthilfeorganisation für «Menschen mit ADHS»
www.adhs-deutschland.de

ADHS Forum für Erwachsene
Für rat- und hilfesuchende erwachsene ADHS- bzw. ADS-Betroffene
www.adhs-chaoten.net

Buchempfehlungen



Philipp Abelein und Roland Stein: Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer Verlag 2017



Eduard Mallowell, John Ratey: Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit aufmerksam zu sein, 17. Auflage, Rowohlt 1999



Uta Reinmann-Höhn: AD(H)S – So stärken Sie Ihr Kind, Herder Verlag 2018, überarbeitete Neuauflage



Annette Schröder: ADS in der Schule. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer, Vandenhoeck + Ruprecht Verlag 2006



Armin Born, Claudia Oehler: Lernen mit ADS-Kindern. Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten, Kohlhammer Verlag 2015, 10. Auflage



Stefanie Ritzler, Fabian Grolimund: Erfolgreich lernen mit ADHS. Ein Praktischer Ratgeber für Eltern, Hogrefe Verlag 2018

Bibliographie

- Regina E. Aebi-Müller, Walter Fellmann, Thomas Gächter, Bernhard Rütsche, Brigitte Tag: *Arztrecht*, Bern 2016.
- Tobias Banaschewski, David Coghill, Alessandro Zuddas (Hrsg.): *Oxford Textbook ADHD 2018*.
- Kay Biesel, Andreas Jud, David Lätsch, Clarissa Schär, Stefan Schnurr, Andrea Hauri, Daniel Rosch, *Nicht Entweder-oder, sondern Sowohl-als-auch? Zur Kombination des Berner und Luzerner Abklärungsinstruments zum Kinderschutz und des Prozessmanuals zur dialogisch-systemischen Kindeswohlklärung*, ZKE 2/2017, 139-156, 141ff.
- Oliver Bilke-Hentsch, Kathrin Sevecke (Hrsg.), *Aggressivität, Impulsivität und Delinquenz. Von gesunden Aggressionen bis zur Forensischen Psychiatrie bei Kindern und Jugendlichen*, Stuttgart/New York (Thieme) 2016.
- Susanne Brauer, Jan Strub (Hrsg.): *Autonomie und Fürsorge*, Swiss Academies Communications, Vol. 13., No. 2, Bern 2018.
- Autonomie und Beziehung: Selbstbestimmung braucht ein Gegenüber*, Swiss Academies Communications, Vol. 11., No. 12, Bern 2016.
- Daniel Breuer, Martin Döpfner, *Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 1996, 46(8), 583-596.
- Andrea Büchler, Margot Michel: *Medizin-Mensch-Recht Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz*, Zürich, 2014.
- Samuele Cortese, Martin Holtmann, Tobias Banaschewski, Jan Buitlaar, David Coghill, Martina Danckaerts, Ralf Dittmann, John Graham, Eric Taylor, Joseph Sergeant on behalf of the European ADHD Guideline Group, 2013: *Practitioner Review: Current Best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medication in children and adolescents*, Journal of Child Psychology and Psychiatry 54:3, 227-246.
- Martin Döpfner, Jan Fröblich, Gerd Lehmkuhl, *Kinder- und Jugendpsychotherapie (Band 01): Diagnostik Psychischer Störungen Im Kindes- und Jugendalter*, 2. Auflage, Göttingen u.a. 2013.
- Caterina Gawrilow, *Lehrbuch ADHS*, 2. Auflage, München 2016.
- Sandra Hotz, Christine Kuhn, *Kinder fördern. Rechtliche und praktische Überlegungen zum Anspruch auf Nachteilsausgleich von Kindern mit Teilleistungsstörungen wie AD(H)S, Lese- und Rechtschreibstörung oder Blindheit*, Jusletter vom 24. April 2017.
- Sandra Hotz, (Hrsg.): *Handbuch zu Kinder im Verfahren* Zürich/St. Gallen 2019 im Ersch.
- Fountoulakis, Christiana et al., *Handbuch zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*, Zürich 2016.
- Bernd Janthur, *AD(H)S – psychosoziale Interventionen jenseits der Gesundheitshilfe*, in: *Soziale Folgen der AD(H)S*, Rösler et al., Stuttgart, 2014, 188-204.
- Reto Luder, Liliane Pfister, André Kunz, *Pädagogische Hochschule Zürich PHZH – Zentrum Inklusion und Gesundheit in der Schule: Teilprojekt 3 Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Verhaltensauffälligkeiten (Schlussbericht vom 31.1.2017)*.
- Margot Michel, *Rechte von Kindern in medizinischen Heilbehandlungen*, Basel 2009.
- Claudia Muche-Borowski, Irene Kopp, *medizinische und rechtliche Verbindlichkeit von Leitlinien*, Z Herz-Thorax Gefässchirurgie 2015, 29:116ff.
- Dominik Robin, Peter Rüesch, *Warum entscheiden sich Eltern für eine medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ihrer Kinder? Empirische Forschungsergebnisse aus der Schweiz*, Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete 2/2018.
- Dominik Robin, René Schaffnert, *Die gesellschaftliche Seite des Phänomens AD(H)S*, Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, Jg. 23, 11-12/2017.
- Peter Rüesch, Juvalta S., Robin, D., *Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten. Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen*, Bern 2014.
- Eric Taylor, Martin Döpfner, John Sergeant et al. *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. Our Child Adolesc Psychiatry 2004; 13(Suppl. 1): I/7-I/30*.
- Barbara Pfister Piller, *Kinderschutz in der Medizin*, Luzern 2016.
- Schmeck, Albersmann, Bader, Hängeli, Ryffel, Zollinger, Steinhausen: *Behandlung von Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen*, Schweiz. Med. Forum 2008 (8 (23): 436ff.
- Miguel Seixas, Margaret Weiss, Ulrich Müller, *Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder*, Journal of Psychopharmacology, 2011, 1-13.
- Rolf-Dieter Stieglitz, Jacqueline Bucheli-Kammermann, *Indikation zur Psychotherapie bei Erwachsenen mit AD(H)S*, in: *Soziale Folgen der AD(H)S*, Rösler et al., Stuttgart, 2014, 155-168.
- Désirée Stocker, Peter Stettler, Jolanda Jäggi, Severin Bischof, Tanja Guggenbühl, Aurelien Abrassart, Peter Rüesch & Kilian Künzi, *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*, Studie des Büro BASS im Auftrag des BAG vom 21. Oktober 2016.

Fussnoten

- 1 Ziel sollte freilich sein, dass diese Handlungsempfehlungen auch in der Vorschulstufe und in der Mittelschule Anwendung finden können. Je früher *interdisziplinäre Kommunikation eingesetzt wird, umso besser können frühkindliche Regulationsstörungen wahrgenommen und in einen inter-disziplinären, etwa entwicklungspsychologischen und familiendynamischen, Zusammenhang gestellt werden.*
- 2 AD(H)S steht für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, ADS hingegen für Aufmerksamkeitsdefizit-Störung. Der Begriff stammt aus der englischsprachigen psychiatrischen Diagnostik (DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 5.ed., 2013). *Im deutschen Sprachraum* und schweizerischem Kontext wird von *Hyperkinetischer Störung gesprochen*: Nach ICD 10 (bald ICD 11), dem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- 3 *Heidi Simoni*, in: Brauer, Strub (Hrsg.) 2016, 31.
- 4 Auch die Diagnose AD(H)S soll nicht ausschliesslich auf Grundlage von psychologischen Tests gestellt oder ausgeschlossen werden.
- 5 Die Schulsozialarbeit ist ein kostenloses und freiwilliges Beratungs- und Unterstützungsangebot, das im Kanton Zürich 2011 gesetzlich eingeführt wurde, gestützt auf das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) von 2011, das mit §19 die Gemeinden neu zu einem «[...] bedarfsgerechten Angebot an Schulsozialarbeit» verpflichtet. Dabei steht es den Gemeinden frei, die Führung der Schulsozialarbeit gegen kostendeckende Beiträge dem Amt für Jugend und Berufsberatung des Kantons Zürich mittels einer Leistungsvereinbarung zu übertragen. Von dieser Möglichkeit machte eine Mehrzahl der Schulgemeinden Gebrauch. Die Stadt Zürich hingegen bietet das Angebot selbstständig an. Es handelt sich dort um eine unentgeltliche Leistung der Sozialen Dienste der Stadt. Es richtet sich an Kinder, Jugendliche, Eltern, Lehrpersonen, Schulleitungen und «Mitarbeitende Betreuung».
- 6 Z.B. Erziehungsbeistandschaft nach Art. 308 ZGB für diese Prozedur, falls die Eltern a) überfordert sind oder b) Konflikte mit Schule bestehen, unter denen letztlich das Kind leidet; Vertretung des Kindes analog dem eherechtlichen Verfahren (Art. 299 Abs. 3 ZPO).
- 7 Das Gesetz kennt die Vertrauensperson im Kindesschutzverfahren (bei der fürsorgerischen Unterbringung für die Kinder) und für Pflegekinder sowie im Asylverfahren (wobei die Kompetenzen nicht identisch sind).
- 8 Medizinrechtlich ist eine Berufung auf das sog. therapeutische Privileg der med. Fachperson nur im Einzelfall denkbar, dann nämlich, wenn ein klar begründeter Anlass dafür besteht, dass die Kenntnisnahme der eigenen Diagnose gesundheitschädigende Wirkungen haben könnte.
- 9 Das multimodale Konzept zur Therapie hyperkinetischer Störungen ist nichts Neues, sondern wird seit langem propagiert: s.a. Ziff. 5.3.
- 10 1.) Das *empirische Teilprojekt aus den Gesundheitswissenschaften ZHAW (Peter Rüesch/Dominik Robin)* untersuchte dazu den Entscheidungsprozess zwischen den verschiedenen Akteuren im Hinblick auf den Umgang mit Symptomen, Diagnose und Therapie. Methodisch wurden quantitative (und teils qualitative) Befragungen vorgenommen, und zwar von den Eltern der Kinder mit AD(H)S-Diagnose (6-14 J.), von Lehr- und medizinischen Fachpersonen. Im Fokus der Befragung standen die Gründe nach einer pharmakologischen Behandlung und allfälliger sozialer Beeinflussung.
 - *Elternbefragungen*, erste Auswertung der Daten des Online-Fragebogens N=87 und N=6, also teilstrukturierte quantitative Interviews, sind publiziert.
 - *Befragung med. Fachpersonen* (Online ZHAW, Durchführung & Auswertung: Prof. Dr. phil. Frank Wieber, ZHAW mit PD Dr. med. Michael von Rhein, KSW, PD Dr. iur. Sandra Hotz, UNIFR u.a.) N=151 Fragebogen (107 vollständig). Rekrutiert wurde über den Fachverband der Pädiater und Pädiaterinnen. Die Rücklaufquote lag bei 9,3 %.
 - Befragung *Lehrpersonen und Heilpädagoginnen und -pädagogen* (Online ZHAW) N=157, vollständig ausgefüllt haben den Fragebogen N=103; 54 Fragebogen wurden dagegen von der Analyse ausgeschlossen; rekrutiert wurde in der Deutschschweiz («convenient samples») über Schulleitungen, Bildungsdirektionen und den LehrerInnenverband sowie den Heilpädagogischen Verband. Auswertung ausgewählter Daten im Hinblick auf die Gesamtstudie von Sandra Hotz, UNIFR und Team.

2.) Das *empirische Teilprojekt aus dem Fachbereich der klinischen Psychologie UNIFR (Dominik Schoebi/Jacqueline Esslinger)* untersuchte den Verlauf zum Wohlbefinden von Kindern mit AD(H)S und den Interaktionen innerhalb der Familie. In dieser longitudinalen Erhebung nahmen 40 Familien teil. 43 Kinder (7-14 J, Durchschnitt 11 J.; 14 Mädchen, 29 Jungen) und ein Elternteil (37 Mütter/6 Väter) wurden bis zu 12 Monate begleitet und während fünf Blocks à fünf Tagen am Morgen, Nachmittag und Abend zu ihrem Wohlbefinden und Interaktionen innerhalb der Familie befragt. Exploriert wurden dabei Indikatoren für das kindliche Wohlbefinden und eventuelle Einflussfaktoren. Die Stichprobe ist zwar klein, aber dennoch repräsentativ.

3.) Das *juristische Teilprojekt (Sandra Hotz, UNIFR)* untersucht den Entscheidungsprozess aus der kinderrechtlichen Perspektive, wobei Fragen der Selbstbestimmung und der Mitwirkung des Kindes im Schnittpunkt seiner Lebensbereiche Familie, Bildung und Gesundheit im Vordergrund standen. Gestützt auf dogmatische und theoretische rechtswissenschaftliche Grundlagen und gestützt auf die empirischen Daten werden Überlegungen zur Unterstützung der Kinderrechte in diesem Kontext angestellt.

Die Teilprojekte aus dem Fachbereich *Pharmazie, Schmerzforschung* (Amrei Wittwer) und dem *Fachbereich Ethik* (Hartmut von Sass), Collegium Helveticum ETH/UZH wurden separat und früher, im Mai 2017, abgeschlossen und sind *nicht* Gegenstand dieser zusammengefassten Resultate.

11 *Robin, Rüesch*, 2017.

12 Dies entspricht den Erkenntnissen der Studie *Rüesch et al. 2014* für den Kanton Zürich.

13 Vgl. Ziff. 5.3.2, dies wird in der dort angegeben NICE Leitlinie (2018) in Ziff. 1.5.4 etwa direkt angesprochen.

14 S.a. Studie *Rueesch et al. 2014* für den Kanton Zürich.

15 Diese Angaben beinhalten auch Aussagen von Kindern, welche kein Medikament einnehmen.

16 *DSM-5, 59ff.; ICD-10* The classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organization, 1992: Für die Diagnose AD(H)S müssen die Betroffenen mindestens sechs Symptome aus den Schwerpunktphänomenen der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität/Impulsivität aufzeigen. 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 AD(H)S vier weitere Hauptkriterien erfüllt werden. Beeinträchtigende Symptome sind schon vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten und mindestens zwei Lebensbereiche sind durch die Symptome gestört. Weiter müssen klare Indizien für die Beeinträchtigung im schulischen, sozialen oder beruflichen Bereich vorliegen.

vgl. zum Ganzen *Banaschewkis, Coghill, Zuddas* (Hrsg.), Oxford Textbook ADHD 2018; *Robert A Barkley*, Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, 3. Auflage, New York.

17 *Hammerstein/von Kitzling*, in: Bilke-Hentsch/Sevecke, 44; *Döpfer/Fröblich/Lebmkuhl*, 19f.; Baumgärtel et al., Comparison of child diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample, Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry 1995, 34: 629ff.

18 *Gawrilow*, 31ff. unterscheidet zwischen a) gleichzeitig auftretendem externalisierendem (bspw. antisozialem) Verhalten, internalisierendem Verhalten (bspw. Depression) oder Lern- sowie Leistungsstörungen (Lese- und Rechtschreibstörung) und b) nachträglich in Folge der AD(H)S auftretenden Komorbiditäten wie Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Depressionen; *Jantbur*, 189; *Schmeck* et al., 438; die NICE Leitlinien 2018 (Ziff. 5.3.2) empfehlen bspw. standardmässig, dass bei der Diagnose von AD(H)S auch diejenigen Leitlinien zu *Antisozialem Aggressivem Verhalten* zu befolgen.

19 Vgl. zu den sozialen Folgen der AD(H)S, *Michael Rösler et al.* (Hrsg.), Stuttgart, 2014.

20 *Monica Shaw, Paul Hodgkins, Hervé Caci, Susan Young, Jennifer Kable, Alisa G Woods, and I Eugene Arnold*, A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment, BMC Med. 2012, 10:99.

21 Z.B. Juvenir-Studie, Zu viel Stress – zu viel Druck!, Wie schweizerische Jugendliche und Kinder mit Stress umgehen, *Tilmann Knittel, Tina Schneidenbach, Sören Mohr*, Auftraggeber: Jacobs Foundation, August 2015.

22 *Gawrilow*, 23.

- 23 Allerdings besteht konkret bei AD(H)S noch wenig Evidenz punkto Achtsamkeitstraining, vgl. *Sandra Schmiedeler*, Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychotherapie 2015, 43: 123-131.
- 24 Statt vieler *Gawrilow*, 61ff., *Stephen Hinsbaw*, *Stephan Sheffler*, *ADHD in the 21 century*, Chapter 2, *Oxford Textbook* 2018.
- 25 *Kapil Sayal*, *Vibhira Prasad*, *David Daley*, *Tamsin Ford*, *David Coghill*: ADHD in children and young people: prevalence, care, pathways, and service provision, *The Lancet, Psychiatry*, Vol. 5, Issue 2, February 2018. 175ff.; *John C Hayden*, *Michelle Flood*, *Blanaid Gavin*, *Vlatka Boricevic Marsanic*, *Fiona McNicholas*: Medication accessibility after diagnosis of ADHD in Croatia, *The Lancet Psychiatry*, Vol. 5, Issue 2, July 2018, 542ff.; *Robert Schlack*, *Elvira Maunz*, *J. Hebebrand*, *Heike Hölling*: *Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen von AD(H)S in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen*, Bundesgesundheitsblatt, 2014, 57:820-829, Ergebnisse der KiGGS-Studie Erste Folgebefragung zu *Robert Schlack*, et. al., Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des Kindes- und Jugendgesundheitsurveys, Bundesgesundheitsblatt, 2007, 50:827-835; *Gawrilow*, 46ff.; *DSM-5*, 61.
- 26 *Guilherme Polanczyk*, *Erik G. Willcutt*, *Giovanni A. Salum*, *Christian Kieling*, *Luis A Robde*, ADHD prevalence estimates across three decades: an updated, systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology* 2014; 43: 434-42 bestätigen in ihrer grosser Update-Studie (der Studie 2007) aufbauend; siehe dazu u.a.: *Sayal et al.*, 2018; *Robin*, *Schaffner*, Jg. 23, 11-12/2017.
- 27 Gesamtschweizerische Unterversorgung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, vgl. Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz gemäss Studie des Büro BASS im Auftrag des BAG vom 21. Oktober 2016, XIII, 97f.; nach den kanadischen AD(H)S-Leitlinien 2018 ist der Mythos der überdiagnostizierten Kinder auszuräumen: vgl. Ziff. 5.3.2., S. 42.
- 28 *Jantbur*, 199; vgl. Ziff. 1.2.2 NICE Guideline 2018 (Ziff. 5.3.2) «*Be aware that ADHD is thought to be underrecognised in girls and women*» und zwar nicht nur, weil AD(H)S bei Mädchen weniger erkannt werde, sondern weil auch Falschdiagnosen häufiger seien; zu letzterem bspw. AD(H)S-Leitlinie AWMF 2018, 13ff., 16, Fn 77 betr. ähnlicher Symptomen bei sexueller Ausbeutung.
- 29 *Shaw et al*, *BMC Med.* 2012; 10: 99.
- 30 *René Kühne*, *Jürg Rappold*, Der Bezug von Methylphenidat in der Schweiz: Nicht alarmierend, Fragen stellen sich dennoch, Schweizerische Ärztezeitung 2011;
- 31 Vgl. Quellen in: Kritiker fürchten neuen Ritalin-Boom, *Simon Hebli*, *NZZ* vom 3. Juli 2018. Nach telefonischer Auskunft der Krankenkasse Helsana vom 24.7.2018 fehlen die Daten von 2010-2014 aus technischen Machbarkeitsgründen.
- 32 *Peter Rüesch et al.* 2014; s.a. *Peter Rüesch*, Was hat AD(H)S mit Medikalisierung zu tun?, *Fritz + Fränzi Elternmagazin*, ADHS Serie, Teil 4, November 2015. Ferner gibt es noch eine Studie aus der Romandie, welche für die Jahre 2002-2006 auch eine Zunahme der Verschreibungen ergeben hat, und zwar von 38 %: Betäubungsmittel: Entwicklung der Anzahl Verschreibungen für RITALIN® (Methylphenidat) im Kanton Neuenburg zwischen 1996 und 2000. *BAG-Bulletin* 15,8. April 2002, S. 284-288.
- 33 *Klaus Lange*, *Susanne Reichl*, *Katharina M Lange*, *Lara Tucha*, *Oliver Tucha*, The history of attention deficit hyperactivity disorder, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* 2010 Dec. 4: 214-255.
- 34 *Sayal et al.* 2018.
- 35 Dies besagt zumindest die deutsche Leitlinie 2018 für die Situation in Deutschland, S. 111. Ob dies stimmt, muss aber durch eine vertiefte Analyse der besagten Krankenkassenzahlen hinsichtlich der Anzahl der Verschreibungen an Kinder erst festgestellt werden.
- 36 *Ludin et al.* 2017,
- 37 *Robin*, *Rüesch* 2017.
- 38 Bericht Bundesrat vom 5. Oktober 2007 zu Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktion 12ff., 20; *Manuela Krasniqui*, Gewalt und Vernachlässigung in der Familie, Der Bundesrat will die Kantone bei der Weiterentwicklung von Kinder- und Jugendhilfe unterstützen, *ZKE* 2013, 36ff., 37; *Pfister Piller*, *Rz.* 1.16.
- 39 Im Kanton Zürich besteht eine rechtlich interessante Ausnahmeregelung: § 38 VSG ZH: *Kann keine Einigung über die sonderpädagogische Massnahme erzielt werden oder bestehen Unklarheiten, wird eine schulpsychologische Abklärung durchgeführt. Diese kann von der Schulpflege auch gegen den Willen der Eltern angeordnet werden. Die Zuweisung zum Aufnahmeunterricht oder zu einer Aufnahmeklasse kann ohne Abklärung erfolgen. Die schulpsychologische Abklärung erfolgt im Rahmen eines von der Direktion bezeichneten Klassifikationssystems. Bei Bedarf können weitere Fachleute beigezogen werden.*
- 40 *Jantbur*, 197.
- 41 *Jantbur*, 191f.
- 42 In welchem Umfang diese zahlreichen Förderangebote tatsächlich helfen, wird heute jedoch teilweise in Frage gestellt: *Luder et al.* 2017.
- 43 Vgl. Angebot der Akademie für Lerncoaching, Zürich: Mit Kindern lernen <https://www.mit-kindern-lernen.ch/meine-schueler/ads-adhs/230-typische-schulschwierigkeiten-von-ads-adhs-kindern>
- 44 *Luder et al.*, 2017, 33, mit hilfreicher Synopsis zu vielen durchgeführten Studien; *siehe bereits auch die Studie für den Kanton Zürich von Rüesch et al.*, 2014.
- 45 *Rüesch et al.* 2014.
- 46 Studien zeigen, dass Lehrpersonen bei Kindern, die jünger sind als ihre jeweiligen Klassenkameradinnen und -kameraden, eher AD(H)S Symptome vermuten: *Gawrilow*, 43f.
- 47 Vgl. *Jenni*, *Paediatrica* 2016/4: Es gibt keinen AD(H)S-Test. Es werden Einzelsymptome, die für sich genommen normal sind, beobachtet, die erst durch ihre Vielzahl ‚aufaddiert‘ werden, wobei sechs Kernsymptome gegeben sein müssen, die in zwei unterschiedlichen Lebensbereichen und über sechs Monate lang vorliegen und mittlere Schwere aufweisen müssen. Auch eine evidenzbasierte psychopathologische Skalierung steht aus; vgl. generell krit. *Cochrane Berichte* 2015 und 2018 (Fn. Ivi); *Alaa*, *M. Hamed*, *Aaron J. Kauer*, *Hanna E. Stevens*, (2015) Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Front Psychiatry*. 2015; 6: 168 Elder, T. E. (2010): The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics* 2010; 29 (5): 641-5; *Katrin Bruchmüller K.*, *Jürgen Margraf*, *Silvia Schneider* (2012): Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Over-diagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012 Feb; 80(1): 128-38.
- 48 *Sayal et al.* 2017.
- 49 Die DGPPN-Leitlinien (2003) besagten dies explizit. Diese Leitlinie geht davon aus, dass eine Behandlung indiziert sei, wenn in mehreren Lebensbereichen leichte Störungen, beeinträchtigende psychische Symptome oder in einem Lebensbereich eine schwere Störung vorliegt: *Stieglitz/Buchli-Kammermann*, 158ff.
- 50 *Jenni*, *Paediatrica* 2016/4.
- 51 Unter dem Titel «Informed Consent/Eigenes Bewusstsein» hält Ziff. 1.5.4 der NICE Leitlinien 2018 fest, dass es vor einer AD(H)S Behandlung immer das Gespräch mit dem betroffenen Kind, den Eltern und der Lehrperson/den Lehrpersonen sucht.
- 52 *Arnold A. Lazarus*, *Praxis der multimodalen Therapie*, Tübingen 1995.
- 53 So entstehen explizit die deutschen Leitlinien Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, 2013, 32, welche derzeit ausser Kraft gesetzt sind.
- 54 *Döpfer/Fröblich/Lehmkuhl*, 34ff.
- 55 Zwei grössere Metaanalysen zu publizierten, randomisiert kontrollierten Untersuchungen (RCT's) von Jugendlichen von 3-20 Jahren mit AD(H)S-Diagnosen zum Thema medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien zeigen die Spannweite der wissenschaftlichen Diskussion: 1.) *Storeboe et al.* (*Cochrane* 2018), Ist die Gabe von Methylphenidat mit schädlichen Wirkungen bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) verbunden? Eine Metaanalyse von 260 Studien, publiziert am 10.5.2018, kam zum Schluss, dass 1.) die Evidenz der untersuchten Studien relativ klein sei, dass 2.) 1 von 100 Patienten, die mit MPH behandelt wurde, ein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis zu erleiden hatte und dass 3.) MPH viele nicht schwerwiegende Nebenwirkungen hat; bereits krit. vorher *Storeboe et al.* (*Cochrane* 2015): Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials *BMJ* 2015; 351. Diese Metastudie kam zum Schluss, dass nicht genügend Evidenz für die Wirkungen von MPH bestünde, um sie längerfristig abzugeben; die methodologische Kritik an dieser Metaanalyse war allerdings gross.

- 2.) *David Daley, Saskia van der Oord, Maite Ferin, Marina Danckarts, Manfred Doepfer, Samuele Cortese, Edmunds Sonuga-Barke* on behalf of the European ADHD Guideline Group., Behavioral Interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Across Multiple Outcome Domains, *Journal of American Child & Adolescent Psychiatry*, 2014; 53 (8): 835-847, kommen zum Schluss dass Verhaltenstherapien wirken.
- 56 Es gibt aber keine Evidenz, dass es abhängig macht; vgl. *Evidenztafel im Anhang der deutschen Leitlinien 2018 (Ziff. 5.3.2)*; *Schmeck et al.*, 2008. *Bitte lassen Sie sich immer gründlich beraten.*
- 57 *C. Thomas Gualteri, Lyndia G. Johnson*, Medications do not necessarily normalize cognition in ADHD patients, *Journal of Attention Disorder* 2008, 11:459-469; *Oliver Tucha, Lara Tucha, Sebastian König, Katharina Lange, Dorota Stasik, Zoe Streather, Tobias Engelschalk, Klaus Lange*: Training of children with attention deficit disorders, *Journal of Attention Disorder* 2011, 11:271-283.
- 58 *Betäubungsmittelgesetz (SR 812.121)*; *Betäubungsmittelverzeichnisverordnung, BtmVV-EDI vom 1. November 2016 (AS 2016-2205)*.
- 59 Empfehlungen von Swissmedic vom 25.6.2012 nach einem Überprüfungsverfahren der Präparate mit Methylphenidat, abrufbar unter: <<https://www.swissmedic.ch>>, zuletzt besucht am 17.7.2018: Das Präparat ist «indiziert zur Behandlung einer seit dem Kindesalter fortbestehenden Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. Die Behandlung soll nur von Ärztinnen bzw. Ärzten, die auf Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen spezialisiert sind, begonnen werden und muss auch von ihnen überwacht werden.» Auf der Homepage steht knapper: «Die Behandlung darf nur durch speziell erfahrene Ärztinnen und Ärzte erfolgen» und «eine Verschreibung vor dem 6. Lebensjahr ist nicht zulässig.»
- 60 *Cortese, et al*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013.
- 61 Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hyperkinetische Störung, *Döpfer et al*, Stand 2007, 5.
- 62 *Von 2008, am 15. Mai 2014 in Kraft getreten für die Schweiz.*
- 63 SR 0.109 Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, in Kraft getreten für die Schweiz am 15. Mai 2014.
- 64 Zum Ganzen *Hotz/Kuhn*, *Jusletter* vom 24.4.2017.
- 65 Vom 7. Februar 2005, GS 412.00.
- 66 In *Swiss Academies Communications*, Vol. 11, No 12, 2016, 29ff., 31.
- 67 BGE 134 III; *Aebi-Müller et al*, Rz.; *Hotz, Kuko*, N 4ff. zu Art. 19c ZGB; *Bigler-Eggenberger/Fankhauser*, N 2 Art. 19c ZGB, BK-Affolter, N X Art. 310/314a ZGBs. bereits *Hotz*, recht 2013, 1ff., *Hotz/Büchler*, *AJP* 2010, 518ff.
- 68 Literatur ist eher kritisch bezüglich der Selbstbestimmungsfähigkeit des Kindes: *Schneller/Bernardon*, ZKE 2016; *Alderson*, Die Autonomie des Kindes – über die Selbstbestimmungsfähigkeit von Kindern in der Medizin, in: *Wiesemann/Dörries/Wolfslast/Simon* (Hrsg.), *Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille*, *Frankfurt am Main 2003*, 28, 29ff.
- 69 *Pfister Piller*, Rz. 1.18f.; *Michel*, 2009; *Virgilia Rumetsch*, *Medizinische Eingriffe bei Minderjährigen*, Basel 2012.
- 70 Die Rechtswissenschaft unterscheidet *nicht* zwischen verschiedenen ‘Stufen der Mitwirkung’, vgl. dagegen *Roger Hart*, *Children’s Participation from Tokenism to Citizenship*, 1992 ‘ladder of citizen participation’: 1. Manipulation, 2. Dekoration, 3. ‘Albi’ Partizipation, 4. Information, von Erwachsenen gesteuert, 5. Information und Partizipation, von Kind gesteuert, 6. Shared Decision Making, 7. Selbstbestimmung, 8. Selbstbestimmung und Kontrolle des Kindes (Governance). Das Hartsche Konzept ist vielfältig rezipiert: e.g. *Albert Lenz*, *Psychologische Dimension der Partizipation*, in: *Sekinger* (Hrsg.) *Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern*, *Tübingen 2006*, 13ff.; *Katja Wietboff, Ines Dippold*, *Die stationäre Behandlung im Urteil minderjähriger Patienten zur Umsetzung von Informations- und Partizipationsrechten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 2005.
- 71 *Schneller/Bernardon*, ZKE 2016; *Rotbärmel/Dippold/Wietboff/Wolfslast/Fegert*, *Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *Göttingen 2006*, 78 f.
- 72 *Michel*, 23ff.
- 73 *Basler Kommentar zum ZGB I*, Peter Bretisschmid 5. Auflage, 2014 N 5ff. zu Art. 307 ZGB.
- 74 Vgl. Art. 314c-d nZGB (BBl 2017 7093) werden per 1. Januar 2019 in Kraft treten.
- 75 *Tanja Trost*, *Das elterliche Erziehungsrecht und die Persönlichkeitsrechte des Kindes*, Basel 2017. Freilich sind auch Grundkenntnisse zu den rechtlichen Voraussetzungen von Zwangsmassnahmen, Melderechten und -pflichten bei Kindeswohlgefährdungen nötig, wobei der Kreis der meldepflichtigen Personen je nach Kanton anders definiert ist.
- 76 *Rüesch et al.* 2014; zur methodischen Qualifikation von Leitlinien nach dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) 2012.
- 77 *Cathleen Muche-Borowski, Irene Kopp* (2011) ‘Wie eine Leitlinie entsteht’, *Z Herz-Thorax-Gefässchirurgie* 25:217-223, vom WMF Institut für Medizinisches Wissensmanagement (IMWD).
- 78 *Biesel et al.*, *Nicht Entweder-oder, sondern Sowohl-als-auch?* ZKE, 2/2017; 140f.; *David Lätsch, Andrea Hauri, Andreas Jud, Daniel Rosch*, ZKE 2015, 70(1), 1-26, 5f.
- 79 *Muche-Borowski, Kopp*, 119. m.w.H.
- 80 *Behandlung von Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störungen (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen*, *Schmeck, Albermann, Bader, Hängeli, Ryffel, Zollinger, Steinhausen*, Schweiz. Med. Forum 2008 (8 (23)): 436ff.
- 81 *Döpfer, Fröblich & Lehmkuhl*, *Kinder- und Jugendpsychotherapie (Band 01): Diagnostik Psychischer Störungen Im Kindes- und Jugendalter*, Hofgrete 2013, 2. A. *Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsdefizit (AD(H)S) Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie in Überarbeitung aufgrund der neuen Leitlinie Nr. 1*, vgl. *Berichte der deutschsprachigen Fachpersonen*; s.a. *Rueesch et al.*, 2014, 13ff., 37ff., 104f.; *Jenni*, 2016.
- 82 *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*, Studie des Büro BASS im Auftrag des BAG vom 21. Oktober 2016, 33f.
- 83 *Seixas et al.* 2011.
- 84 So bereits die Untersuchung von *Seixas et al.* 2011, die letztlich 11 der 26 Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen weltweit im Zusammenhang mit AD(H)S verglichen hat.
- 85 *Rueesch et al.* 2014, 39 zur alten Fassung.
- 86 Es gibt auch in der Schweiz zahlreiche medizinischen Leitlinien von Fachgesellschaften (z.B. SGGG) oder Kliniken, Spitalern und Spitalverbänden (vgl. www.guidelines.ch) oder Interessengemeinschaften (z.B. MS-Gesellschaft, Versicherungsmedizin). Ferner gibt es zahlreiche Leitlinien, die von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) verfasst und herausgegeben worden sind. Von Interesse könnten im vorliegenden Zusammenhang v.a. diejenige zur Bestimmung der Urteilsfähigkeit sowie diejenige zu den Zwangsmassnahmen sein. Es gibt allerdings noch keine SMAW-Leitlinie zu medizinischen Eingriffen bei Minderjährigen, was im Hinblick auf die zunehmende Komplexität der Medizin (Vorsorge, Datenschutz), der veränderten gesellschaftlichen Vorstellungen (Inter- und Transsexualität) und der interkulturell unterschiedlichen Vorstellungen (z.B. Knabenbeschneidung) grundsätzlich als Regelungslücke anzusehen ist.
- 87 Als Anhang I: *Berner und Luzerner Abklärungsinstrumente zum Kinderschutz*, in: *Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis, Christoph Heck* (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rechte und Methodik für Fachleute*, 590ff.; s.a. erste Evaluation: *Biesel et al* ZKE, 2/2017; 1401ff.
- 88 *Biesel et al.* ZKE 2/2017, 144f.
- 89 *Hotz* (Hrsg.) *Kinder im Verfahren*, im Ersch. 2018.
- 90 *Leitfaden für Lehrpersonen der Stadt Luzern (2005): Stadt Luzern 2005* <[http://www.stadtluzern.ch/dl.php/de/Octsbriksms/Leitfaden_fr_Lehrende_bei_Verdacht_auf_AD\(H\)S_-_POS_bei_Lernenden.pdf](http://www.stadtluzern.ch/dl.php/de/Octsbriksms/Leitfaden_fr_Lehrende_bei_Verdacht_auf_AD(H)S_-_POS_bei_Lernenden.pdf)>, zuletzt besucht am 3.5.2017.
- 91 *Institute of Medicine, Clinical practice guidelines we can trust*, National Academies Press, Washington 2011.