

schen Leitlinien verfahren wird⁷²⁵ – dies führt zu einem wissenschaftlichen Bias auf positive Effekte.

Therapie bei ADHS: der Stand der Wissenschaft

Umfassendes Therapieversagen

„Ritalin vergrößert die Chancen der Kinder in der Schule und im Berufsleben und damit die Lebensqualität.“
Lehrperson, 35 Jahre

Eine Substanz mit so starken Nebenwirkungen wie Methylphenidat ist nur dann gerechtfertigt, wenn sie die Mortalität oder zumindest die Lebensqualität und somit die Chancen der Betroffenen erwiesenermaßen verbessert⁷²⁶ und somit der potenzielle Nutzen für das Kind den potenziellen Schaden überwiegt. Anders als bei einem juristischen Prozess gilt bei einem Arzneimittel prinzipiell die Schuld-Vermutung, Arzneimittel werden nicht auf gut Glück verabreicht.

Leider täuscht sich die Lehrperson in der Wirkung der Arznei: Stimulanzien reduzieren die Chancen der meisten betroffenen Kinder, statt sie zu verbessern. Anhand aktueller Evidenz wird im Folgenden nachvollzogen, warum die heutige Praxis der Therapie mit Stimulanzien versagt. Die zur Verfügung stehenden Studien beweisen nicht, dass die Mehrzahl der betroffenen Kinder von Methylphenidat profitiert. Dieser Beweis ist jedoch nötig um einen Einsatz als Arzneimittel zu rechtfertigen. Es mangelt nicht nur an Beweisen für therapeutische Wirksamkeit, sondern es gibt im Gegenteil klare Beweise, dass die Therapie mit Methylphenidat das Potenzial hat, die Lebensqualität und damit die Chancen der Kinder zu verschlechtern.⁷²⁷

Es ist laut Experten wie dem Psychologen Roger Mulder⁷²⁸ eindeutig und nicht abzustreiten, dass das Ausmaß der aktuellen medizinischen Intervention mit Methylphenidat überproportional ist. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Die strengen Regeln der Fachinformationen werden in der aktuellen Praxis nicht eingehalten und viele, bis zu 70 Prozent⁷²⁹ gefährliche Off-Label-Gaben finden statt. Als einer der größten Fehler der aktuellen Praxis gilt beispielsweise die *lange Therapiedauer*: Methylphenidat wird oft jahrelang eingesetzt, obwohl eine Dauertherapie laut Arzneimittelinformation obsolet ist und

„die Sicherheit und Wirksamkeit der Langzeitanwendung von Ritalin nicht systematisch in kontrollierten Studien untersucht wurde“. ⁷³⁰

Nutzen und Wirksamkeit einer Langzeitverschreibung von Methylphenidat wird von keiner Studie gestützt, dennoch wird es in klinischer Praxis ohne jede Evidenz als Langzeitmedikament eingesetzt. Methylphenidat solle daher nicht länger als erstes Mittel der Wahl eingesetzt werden und nicht *über einen längeren Zeitraum*, also nicht über zehn Wochen, verschrieben werden. Mulder fordert, dass Ärzte entsprechend aktualisierte Leitlinien beachten und streng einhalten.

Die Cochrane-Studie

Eine unabhängige und erstmals umfassende und systematische Überblicksstudie des Forschungsverbundes Cochrane (2015)⁷³¹ stellt fest, dass die erwünschte Wirkung der Reduktion von ADHS-Symptomen und die damit angeblich einhergehende Leistungssteigerung *zu wenig gut erforscht ist, um Kinder mit Methylphenidat zu behandeln*. Die Forscher verlangen also indirekt, ohne es explizit zu formulieren, dass die Therapie mit Methylphenidat ab sofort gestoppt wird, da die Wirksamkeit nicht erwiesen ist. Der Forschungsverbund Cochrane gilt als hochverlässliche Forschungsinstitution und wird selbst von Kritikern der Arzneimittelforschung wie John Joannidis als Vorbild für wissenschaftliche Arbeitsweise empfohlen.⁷³²

Die Autoren geben an, dass der 2015 aktuelle Forschungsstand basierend auf 185 durchgeführten wissenschaftlichen Studien keine Aussage erlaubt, dass Methylphenidat die Lebensqualität der Kinder verbessert, wie dies von einem wirksamen Arzneimittel verlangt wird. Die Autoren kritisieren heftig die wissenschaftliche Qualität der bisher erhobenen Daten. Diese berücksichtigen nur eine Behandlung von durchschnittlich zehn Wochen, was es unmöglich macht, Langzeiteffekte von Methylphenidat zu erheben, obwohl es meist länger als zehn Wochen angewendet wird.⁷³³ Es wurden keine echten Doppelblindstudien durchgeführt, für alle Beteiligten war es wegen der unerwünschten Nebenwirkungen von Methylphenidat einfach herauszufinden, ob die Kinder Placebo oder Methylphenidat erhalten haben. Die Autoren geben an, dass alle 185 untersuchten Studien einem hohen Risiko eines Bias ausgesetzt sind, das heißt, dass ein systematischer Fehler durch die Voreingenommenheit aller Beteiligten zugunsten Methylphenidat entsteht. Die Autoren betonen außerdem, dass mindestens 40 Prozent der Studien zu Methylphenidat von der Arzneimittelindustrie gesponsert und gefördert wurden. Die Perspektive des Kindes wurde nie erfasst. Ob Methylphenidat möglicherweise die von den Lehr-

personen bewerteten ADHS-Symptome kurzfristig reduziert oder die von den Eltern extern bewertete Lebensqualität des Kindes kurzfristig erhöht, *sei nicht festzustellen, da die Qualität der Daten unzureichend sei*.

Nach der Cochrane-Studie ziehen die untersuchten Studien vorschnelle Schlüsse zur *Wirksamkeit*: Sie berichten nämlich, dass die pharmakologische Behandlung bei einer kurzfristiger Anwendung (von im Schnitt zehn Wochen) in therapeutisch empfohlenen Dosen und oral eingenommen erwünschte Wirkungen auf die Betroffenen habe, bis der Körper eine Toleranz entwickelt. Methylphenidat könne (kurzfristig) die Symptome Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit lindern, die zu ADHS gezählt werden. Vor allem durch Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit könne eine schulische Leistungssteigerung erfolgen. Doch diese erwünschten Neuronhancement-Wirkungen sind laut Cochrane-Studie nicht ausreichend belegt. Anhand der Daten wird allerdings klar, dass die Einnahme von Methylphenidat zu einer Reihe von nicht-lebensbedrohlichen Nebenwirkungen führt. Das Risiko von Appetitverlust nimmt bei der Einnahme um 266 Prozent zu, Schlafprobleme nehmen um 60 Prozent zu. Obwohl in dem erhobenen Behandlungszeitraum von durchschnittlich zehn Wochen keine lebensbedrohlichen Nebenwirkungen beobachtet wurden, betonen die Forscher, dass neue Studien nötig sind, um das Risiko für ernste Nebenwirkung für die Kinder zu erfassen, die Methylphenidat über eine lange Zeitperiode einnehmen. Die Kinder werden laut den Autoren der Cochrane-Studie von Methylphenidat nicht gesünder und klüger, wie die Erwachsenen sich erhoffen, sondern sie haben unerwünschte Nebenwirkungen.

Die Autoren fordern daher zur Klärung der unsicheren Datenlage einen Verschreibungsstopp und die Durchführung von Nocebo-Studien an Erwachsenen, um zu beweisen, dass Methylphenidat prinzipiell wirksam ist. Ein Nocebo ist eine Substanz, die die gleichen Nebenwirkungen wie der unter Erforschung stehende Wirkstoff aufweist. So kann garantiert werden, dass die Studie tatsächlich eine Doppelblindstudie ist. Erst wenn die Wirksamkeit bei Erwachsenen bewiesen ist, sollten Nocebo-Studien an Kindern in Angriff genommen werden.

Die MTA-Studien

Die kurzfristigen erwünschten Wirkungen von Methylphenidat sind also nicht nachgewiesen. Wie steht es mit den längerfristigen Berufschancen, welche die zitierte Lehrperson anspricht? Nach aktuellem Wissensstand ist es wichtig festzustellen, dass die Therapie mit Methylphenidat *keine langfristige Wirkung auf*

die Bildungschancen zeigt. Die MTA (Multimodal Treatment Study of Children With ADHS)-Langzeitstudie an circa 600 Kindern mit ADHS und ihre Follow-Up-Studien⁷³⁴ wurden laut Peter Breggin von Befürwortern der Stimulanzientherapie durchgeführt, um ihre Wirksamkeit endlich zu beweisen. Die Studien zeigen jedoch, dass Methylphenidat bereits nach zwei Jahren der Einnahme keinen positiven schulischen oder andere erwünschte pädagogische Effekte hat, während die Wirkung von Verhaltenstherapie anhält. Das bedeutet, dass psychosoziale Interventionen effektiver sind als Pharmakotherapie, was sich auch in anderen Studien spiegelt.⁷³⁵

Außerdem zeigen die Studien, dass die Behandlung mit Methylphenidat nicht zu besseren schulischen und akademischen Leistungen führt. Beispielsweise war in einem Behandlungszeitraum von acht Jahren kein längerfristiger positiver Effekt auf Verhalten und Leistungen sichtbar. Das heißt, dass auch falls bei Kindern kurzzeitig eine Reduktion der unerwünschten pädagogischen Symptome durch die Pharmakotherapie möglich war, sich diese längerfristig nicht positiv auf die schulische Laufbahn auswirkt. Der akademische Nutzen für das Kind ist damit gleich null. Wie bereits bekannt sind Stimulanzien laut Arzneimittelinformation der Hersteller maximal zwölf Monate anzuwenden und ihre Wirkung ist bisher nicht länger als zehn Wochen nachgewiesen. Nach zehn Wochen sollte die Methylphenidat-Therapie daher abgesetzt werden, weil eine Wirkung nicht nachgewiesen ist. Einen längeren „erwünschten“ Effekt hat Methylphenidat nach heutigem Stand der Forschung nicht, während die negativen Effekte bei längerer Einnahme weiter zunehmen.⁷³⁶

Die Verfechter der Stimulanzientherapie interpretieren diese Fakten so, dass dieses Ergebnis „sehr wahrscheinlich“ darauf zurückzuführen sei, „dass mehr als 62 Prozent der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt nach acht Jahren keine Medikation mehr einnahmen.“⁷³⁷ Diese Aussage ist in einem aktuellen Lehrbuch über Stimulanzieneinsatz bei ADHS zu entnehmen, die Hauptautorin gibt an, keine Interessenskonflikte zu haben. Ohne Interessenskonflikte in Erwägung zu ziehen, ist diese Interpretation jedoch schwer nachzuvollziehen. Das Argument impliziert, dass wenn alle Teilnehmer mehr als acht Jahre Methylphenidat eingenommen hätten, ein positiver Effekt auf die schulische Laufbahn wahrscheinlich sichtbar gewesen wäre. Dies ist einerseits reine Spekulation, andererseits widerspricht sie aller Evidenz und allen Regeln der Stimulanzieneinnahme. Ein Ausfall von mehr als der Hälfte der Patienten lässt außerdem vermuten, dass der Schaden für die Kinder durch die Einnahme den Nutzen klar übertroffen hatte und die Eltern sich daher entschieden haben, die Stimulanzieneinnahme abzubrechen.

Erinnern wir uns an die Warnsignale der Überdiagnose⁷³⁸: Liegt eine Überdiagnose vor, so profitieren die Patienten nicht von der Diagnose, sie kann ihnen im Gegenteil sogar schaden. Der Mangel an Hinweisen, dass die Pharmakotherapie die Mortalität, die Lebensqualität oder die Bildungschancen der Kinder verbessert, aber negative Nebenwirkungen mit sich bringt, lässt den Schluss zu, dass sie die negativen Effekte für das Kind wesentlich erhöht.

Wann Stimulanzen verschrieben werden sollten

Aufgrund der aktuellen Datenlage muss jedem Arzt von der Verschreibung von Stimulanzen wie Methylphenidat *prinzipiell abgeraten werden*. Stimulanzen sollten Kindern nicht verabreicht werden. Die aktuelle wissenschaftliche Datenlage zwingt die verantwortlichen und gewissenhaften Erwachsenen, eine multimodale Förderung und Intervention ohne Stimulanzen durchzuführen (S. 233 ff.). Trotzdem folgt nun ein Gedankenexperiment, unter welchen Bedingungen eine Verschreibung von Stimulanzen zulässig sein kann. Wie könnte Methylphenidat eingesetzt werden, um die Gefahren für die betroffenen Kinder zu reduzieren?

Angenommen es wurden folgende Schritte durchlaufen: Ein Kind leidet an seinen ADHS-Verhaltensanzeichen und ist durch sie funktional im Leben beeinträchtigt. Eine systematische Verbesserung der Lebensbedingungen in Schule und Familie konnten den Leidensdruck des Kindes nicht reduzieren, das heißt, der Leidensdruck ist nicht *kontextabhängig*. Daher wurde das Kind medizinisch sorgfältig und gestuft untersucht und hat nach einer langen Zeit der Beobachtung von einem Spezialisten eine Differenzialdiagnose erhalten, was bedeutet, dass die Verhaltensanzeichen nicht von anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen stammen. Dies geschah, indem der Spezialist das Kind auch nach dem vorhandenen Leidensdruck und der schwerwiegenden, funktionalen Einschränkung gefragt hat. Das Kind darf laut Arzneimittelinformation *nicht nervös, angespannt oder ängstlich* sein. Es darf an *keiner psychischen Störung* wie Depression leiden.

Nun ist der Zeitpunkt gekommen, über therapeutische Schritte nachzudenken. Eine additive Pharmakotherapie darf laut dem modernen Konzept der multimodalen Therapie bei ADHS erst dann angewendet werden, wenn – bedingt durch den hohen Leidensdruck – nach langer Beobachtungszeit und Variation der Maßnahmen die vielen verschiedenen nebenwirkungsfreien

Basismaßnahmen nicht ausreichen. Diese therapeutischen Schritte einer Therapie mit Stimulanzien erfordern folgende Faktoren:

- eine individuelle, auf das Kind zugeschnittene Nutzen-zu-Risiko-Abwägung,
- die strikte Hinterfragung von Leitlinien und die Erarbeitung neuer Leitlinien,
- die strikte Befolgung der Regeln zur Stimulanzientherapie.

Die individuelle Abwägung von Nutzen und Risiko

Prinzipien der medizinischen Nutzen-zu-Risiko-Abwägung

„Die Ritalin-Therapie, die unser Arzt für unser Kind ausgewählt hat, ist sicherlich die beste Wahl.“
Mutter, 43 Jahre

Um die beste Therapiewahl zu treffen, die die zitierte Mutter sich wünscht, müssen die Betroffenen als Erstes die *Prinzipien der medizinischen Nutzen-zu-Risiko-Abwägung* verstehen. Der Kinderarzt, der eine ADHS-Therapie verschreibt, muss diese Abwägung unter konstanter Beobachtung des Kindes gemeinsam mit der Familie und dem Kind durchführen, um zu garantieren, dass die gewählte Therapie wirklich die beste Wahl ist, so wie es sich die oben zitierte Mutter erhofft. Eine Therapie kann als wirksam und nützlich bezeichnet werden, wenn sie die Ursache einer Krankheit behebt oder ihre Symptome bekämpft. Dem Nutzen gegenüber steht allerdings bei vielen Therapien ein potenzielles gesundheitliches Risiko durch die Therapie selbst. Nur wenn der Nutzen einer Therapie das von ihr ausgehende gesundheitliche Risiko durch die zu erwartenden unerwünschten Nebenwirkungen oder andere Risiken der Therapie überwiegt, ist diese gerechtfertigt. Kurz gesagt muss es dem Patienten mit der Therapie „besser gehen“ als ohne sie. Jede Therapie darf nur dann eingesetzt werden, wenn ihr Nutzen nachweislich ist und konstant anhält.

Die besondere Herausforderung der ADHS-Therapie ist, dass Stimulanzien *süchtig machen*, zu einer *körperlichen Abhängigkeit* führen und durch die Entzugssymptome *positive Wirkungen vorspiegeln*. Um den Nutzen und das Risiko zu beobachten, wenn eine Therapie begonnen wurde, ist ein sorgfältig durchgeführter Entzug nötig, der nur von Spezialisten durchgeführt und begleitet werden kann. Erst nach dem Entzug kann man erkennen, wie es dem Kind ohne Medikamente geht. Wichtig ist festzustellen, dass jedes Kind *individuell*

auf die Therapie reagiert, der Nutzen-zu-Risiko-Quotient muss individuell und regelmäßig erhoben werden. Was dem einen Kind nützt, kann dem anderen Kind bereits schaden. Diese Schwierigkeit lässt sich nur lösen, indem das Kind von Eltern und Therapeuten anhaltend beobachtet und befragt wird. Kurz gesagt muss die Lebensqualität, die funktionale Einschränkung und das Leid oder der Schmerz des betroffenen Kindes ohne Therapie größer sein als mit der Therapie. Man kann nicht von anderen Erfahrungen auf das spezifische Kind schließen. Die Entzugssymptome müssen berücksichtigt werden, da sie Nutzen vorspiegeln können, wo eigentlich Schaden entsteht.

Die *wissenschaftliche Evaluation* des Nutzen-zu-Risiko-Quotienten verschiedener Therapien ist im ersten Schritt die Aufgabe der evidenzbasierten Medizin. Mit Hilfe der grundlegenden wissenschaftlichen Kriterien von Transparenz, Wiederholbarkeit und Objektivität muss die Wirksamkeit einer jeden Therapie gegen ein wirkstofffreies Placebo zuerst in Studien reproduzierbar getestet werden, bevor sie zugelassen wird. Als wirksam gilt ein ADHS-Medikament erst dann, wenn die Wirksamkeit in empirischen Doppelblindstudien im Vergleich gegen Placebo und Nocebo gezeigt wird. Wird die Überlegenheit des Wirkstoffs gegenüber Placebo und Nocebo in neuen Versuchen widerlegt oder ist das Risiko zu hoch, so muss diese Therapie verworfen werden. Nur durch eine konstante und kritische Evaluation kann die medizinische Praxis überprüft, korrigiert und somit nachhaltig verbessert werden. Aus unklaren Gründen werden in der Stimulanzientherapie bei Kindern mit ADHS die Regeln der evidenzbasierten Medizin nicht eingehalten, wie das folgende Beispiel zeigt.

„Eventuelle Nachteile wie Diskriminierung oder Nebenwirkungen einer [Anm.: Stimulanzien-]Therapie können nur dann gerechtfertigt sein, wenn das Kind und seine Familie Unterstützung erhalten und das Kindeswohl so langfristig gesichert wird.“
Jaqueline Esslinger, Psychologin, ADHS-Forscherin⁷³⁹

Die Forscherin zitiert die Prinzipien einer wissenschaftlichen Nutzen-zu-Risiko-Abwägung – obwohl sie zu den essenziellsten Grundlagen einer medizinischen Therapie gehört⁷⁴⁰ – unzutreffend. Eine Therapie gilt nur dann als gerechtfertigt, wenn der Nutzen der Therapie selbst das Risiko der Therapie überwiegt. Die Unterstützung der Familie hat in der Nutzen-zu-Risiko-Abwägung nichts verloren und reicht nicht aus, um das Kindeswohl zu sichern.

Stimulanzien haben einen schlechten Nutzen-zu-Risiko-Quotienten

Bei mentalen Störungen ist die medikamentöse Therapie oft eine Herausforderung. Der Grund liegt darin, dass ihr Nutzen in der Regel gering ist, da die körperlichen Prozesse nicht verstanden und zu komplex sind. Bei vielen Störungen wäre Placebo indiziert, da die medikamentöse psychiatrische Behandlung nicht signifikant besser wirkt als Placebo, aber das Potenzial von Nebenwirkungen hat.⁷⁴¹ Bei mentalen Störungen sind daher im ersten Schritt Änderungen des Umfelds, nebenwirkungsfreie Therapien oder Placebo indiziert. Die medikamentöse Behandlung sollte erst das letzte Mittel der Wahl sein. Nebenwirkungsfreie Therapien und Fördermaßnahmen müssen nicht so strengen Beobachtungen unterzogen werden wie die medikamentösen Behandlungen mit Drogen, da ihr Risiko in der Regel gering ist.

Was könnte man der oben zitierten Mutter raten? Dass die vom Arzt ausgewählte Therapie die beste Wahl ist, wie die Mutter im blinden Vertrauen vermutet, ist nicht die Regel. Man kann nicht einfach davon ausgehen, dass bei der Einnahme von Stimulanzien eine positive Wirkung in Form einer Verminderung des Leidensdrucks, eine Zunahme der Lebensqualität und – als pädagogischer Nebeneffekt – einer schulischen Leistungssteigerung erfolgt. Garantiert ist nicht der Nutzen, sondern nur die negativen kurz- und langfristigen Nebenwirkungen, denn Methylphenidat ist ein Arzneimittel mit *schlechtem Nutzen-zu-Risiko-Quotienten*. Was aktuell über Methylphenidat bekannt ist, basiert auf Studien, die eine Tendenz pro Methylphenidat aufweisen und zusätzlich keine echten Doppelblindstudien sind⁷⁴² – auf diese Studien folgen ebensolche Leitlinien, die die wissenschaftlichen Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht einhalten. Das heißt, dass ein Placebo, eine wirkstofffreie Tablette nach aktuellem Wissensstand wahrscheinlich insgesamt positivere Effekte auf das Kind haben könnte wie die Pharmakotherapie mit Methylphenidat.

Die meisten der Kinder, die Stimulanzientherapie erhalten, rund 87 Prozent, sind gutartige Fälle mit leichtem und mittlerem ADHS.⁷⁴³ Man könnte annehmen, dass bei schweren Fällen von ADHS der Nutzen-zu-Risiko-Quotient von Methylphenidat eher gerechtfertigt ist. Der Psychiater und Forscher Peter Breggin widerspricht dem vehement:

„Die meisten Kinder mit ADHS-Diagnosen haben relativ gutartige Probleme. Sie haben Tagträume im Klassenzimmer oder mögen die Schule einfach noch etwas weniger als andere Kinder. Oder sie sind ein wenig aktiver oder energetischer als die meisten anderen Kinder. Häufig haben sie Konflikte mit einem Elternteil, aber

nicht mit dem anderen. Einige Kinder jedoch sind sehr wütend, außer Kontrolle, schwierig zu behandeln. Wenn Kinder solche schwereren Probleme in Verhalten und Emotionalität haben, ist es besonders wahrscheinlich, dass die Medikation mit Stimulanzien ihre Kondition verschlimmert.“⁷⁴⁴

Sind Stimulanzien in seltenen Fällen das Richtige?

Was bedeutet das für die Praxis? Die langfristigen Verschreibungen von Methylphenidat an Kinder sollten ab sofort gestoppt werden, und zwar so lange, bis klare Hinweise zur Wirksamkeit aus Nocebo-kontrollierten Studien an Erwachsenen und in der Folge auch an Kindern vorliegen und bis die möglichen schweren langzeitigen Nebenwirkungen erforscht sind.⁷⁴⁵ Eine kurzzeitige Verschreibung könnte hingegen unter den wahrscheinlich sehr selten auftretenden folgenden Umständen sinnvoll sein: Bei schweren Fällen von ADHS, wenn das kontextunabhängige Leiden des Kindes an den Symptomen von ADHS durch eine multimodale nicht-medikamentöse Förderung oder Therapie über lange Zeit keine Wirkung zeigt. Alle Ursachen, die in den Lebensumständen des Kindes oder in anderen Erkrankungen begründet sein könnten, müssen sorgfältig ausgeschlossen werden, wozu sicher ein langer Zeitraum und eine exzessive gestufte Differenzialdiagnose nötig sein werden. Das Kind muss an schweren funktionalen Einschränkungen leiden, damit eine Störung seiner Gehirnfunktionen durch Stimulanzien gerechtfertigt ist. In diesem seltenen Falle kann eine kurzfristige Verschreibung von *circa zehn Wochen* in Begleitung von multimodalen Therapiebausteinen gerechtfertigt sein, falls die aufmerksame Beobachtung des Kindes zeigt, dass bei dem Kind der Nutzen das Risiko überwiegt.

Anhand der unklaren Forschungslage wird noch deutlicher, dass alle beteiligten Erwachsenen sicherstellen müssen, dass jedes einzelne Kind gesundheitlich von seiner Methylphenidat-Therapie profitiert, was aufgrund der aktuellen Evidenz keine leichte Aufgabe bzw. wegen der Sucht und körperlichen Abhängigkeit annähernd unmöglich ist. Daher raten Experten wie Peter Breggin grundsätzlich ab von einer Stimulanzientherapie beim Kind.⁷⁴⁶

Die Qualität von Leitlinien muss besser werden

„Methylphenidat ist der letzte Baustein der Wahl. Wenn alle anderen Therapiebausteine nichts helfen, kann es in Kombination mit pädagogischen, sozialen und psychologischen therapeutischen Bausteinen eingesetzt werden.“

Kinderärztin, 42 Jahre