

5. Hyperkinetische Störungen

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)

Von der Qualitätskommission verabschiedet Mai 2006

Fassung vom August 2006

Publikation am 01.03.2007

Mitglieder des Qualitätszirkels:

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Altötting (Qualitätszirkel-Leiter)

Dr. med. Reiner Hasmann, Neunkirchen

Dr. med. Klaus-Peter Grosse, Höchststadt

Dr. med. Klaus Skrodzki, Forchheim

Diplom-Psychologin Florence Volpers, München

Dr. med. Andreas Zellner, Traunstein

Beratung:

Dr. med. Ullrich Raupp, Wesel

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Zentrum für Kinder und Jugendliche Inn-Salzach

Vinzenz-von-Paul-Straße 10–14

84503 Altötting

Telefon: 08671 / 5 09 12 46

E-Mail: mail@kinderzentrum.de

5.1 Ziel

5.1.1 Einführung in das Thema

Hyperkinetische Störungen/ADHS gehören zu den häufigsten Störungen von Verhalten und Emotionen im Kindes- und Jugendalter. Diagnosekriterien und Subtypenklassifizierung sind im ICD-10 für Hyperkinetische Störungen und im DSM IV für ADHS beschrieben und folgendermaßen definiert:

ICD-10

Hyperkinetische Störungen

Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (F 90.0)

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1)

Sonstige hyperkinetische Störungen (F 90.8)

DSM IV

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

Vorwiegend unaufmerksamer Typ („ADS“)

Kombinierter Typ

ADHS nicht näher bezeichnet

(Schlüssel für alle Subtypen: F 90.0 nach ICD-10)

Die Prävalenzraten für hyperkinetische Störungen werden mit 4–5 % beziffert. In Bezug auf die kombinierte Störung mit Störung des Sozialverhaltens sind Jungen 6–8-mal häufiger betroffen als Mädchen. In Bezug auf die einfache hyperkinetische Störung wird das Verhältnis Jungen zu Mädchen 2,5:1 beziffert. Auch noch beim vorherrschend unaufmerksamen Typ liegt ein Überwiegen bei Jungen von etwa 2:1 vor.

Hyperkinetische Störungen/ADHS sind nach ICD 10 und DSM IV dadurch definiert, dass die **Kernsymptome Unaufmerksamkeit/Impulsivität/Hyperaktivität ausgeprägt sind**, nicht Alter und Entwicklungsstand entsprechen, zu Störungen in mehreren sozialen Bezugssystemen führen (Familie, Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz), bereits im Vorschulalter auftreten und länger als 6 Monate bestehen.

Die vermehrte Impulsivität kann sowohl in Sprunghaftigkeit des Denkens und Handelns und in Wutausbrüchen als auch in Begeisterungsfähigkeit und Kreativität ihren Ausdruck finden.

Häufig entwickeln die betroffenen Kinder auf Grund der täglichen Kritik und Ausgrenzung emotionale Probleme wie Selbstwertprobleme bis hin zu einer depressiven Symptomatik. Im Zusammenhang mit diesen Selbstwertproblemen und Frustrationen, besonders begünstigt durch Impulskontrollprobleme und nachfolgender sozialer Ausgrenzung, besteht für Jugendliche ein erhöhtes Risiko für Drogenkonsum und dissoziale Entwicklung. Durch frühzeitige Behandlung und Hilfe für die betroffenen Kinder und ihre Familien kann das Risiko für die Entwicklung von Verhaltensstörungen, emotionalen Problemen, Drogenabhängigkeit und negativen Persönlichkeitsentwicklungen reduziert werden.

Bei frühkindlichen Regulationsstörungen wie exzessives Schreien, Fütter- und Schlafproblemen, Bindungsstörungen, scheint ein erhöhtes Risiko für spätere hyperkinetische Störungen/ADHS zu bestehen. Präventiv sind für diese Säuglinge und Kleinkinder und ihre Bezugspersonen frühzeitige Hilfen wichtig.

Die Schwierigkeit bei der Diagnosestellung besteht darin, dass fließende Übergänge zu Normalverhalten, besonders vor dem fünften Lebensjahr, bestehen. Auch wird die Diagnosestellung häufig durch reaktive Störungsmuster, Differentialdiagnosen mit ähnlicher Symptomkonstellation und eine Vielzahl komorbider Störungen erschwert.

Familien- und Zwillingsstudien geben Hinweise auf eine stärkere genetische Basis der kombinierten Störung im Vergleich zur einfachen hyperkinetischen Störung. Ein frühes Zusammentreffen ungünstiger kindlicher Temperamentsfaktoren mit gestörten Eltern- und Erziehungsfaktoren begünstigen offenbar die Manifestation der Disposition. Partnerschaftsprobleme und problematisches Erziehungsverhalten sind sowohl Triggerfaktoren als auch Folge problematischer kindlicher Verhaltensweisen. Beide Faktoren spielen für die Aufrechterhaltung der Störung eine wesentliche Rolle.

Nach heutiger Vorstellung liegt im organischen Bereich eine Imbalance des Neurotransmittersystems vor, wobei besonders das dopaminerge und auch das adrenerge und serotoninerge System beteiligt sind. Nahrungsmittelallergene können in seltenen Fällen hyperaktives Verhalten verstärken. Offensichtlich bestehen erhebliche Wechselwirkungen zwischen verursachenden und auslösenden Faktoren. Bisher konnte allerdings noch kein einzelnes neuropsychologisches Paradigma identifiziert werden, das sensitiv und spezifisch genug ist, um die Gruppe der ADHS Kinder von gesunden Kindern zu unterscheiden.

5.1.2 Beschreibung eines Behandlungspfades

Die vernetzte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADS-ADHS/hyperkinetischen Störungen ist in Abb. 1 dargestellt.

5.2 Standards der Grundversorgung

5.2.1 Anlass und Auftrag zur Abklärung der Verdachtsdiagnose

Der Bedarf des Auftrages zur Abklärung der Verdachtsdiagnose resultiert aus dem Problemverhalten der Kinder und Jugendlichen. Dieses Problemverhalten tritt vorwiegend auf:

- zu Hause,
- im Kindergarten,
- in der Schule,
- am Arbeitsplatz,
- in sozialen Gruppen.

Der Kinder- und Jugendarzt wird damit in seiner Praxis konfrontiert. Seine erste Aufgabe ist zu entscheiden, inwieweit der Verdacht auf eine derartige Störung begründet ist. Die Durchführung der Untersuchung und die Wahl des weiteren Vorgehens sollte sich an den Ressourcen der Praxis und dem individuellen Diagnostik- und Therapiebedarf inklusive der Ressourcen des

Patienten orientieren. Vorgeschlagen wird die Durchführung einer im Umfang definierten Basisdiagnostik (Abschnitt 5.2.2) beim Kinder- und Jugendarzt in der Praxis.

5.2.2 Primärdiagnostik in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

In erster Linie und in nicht spezialisierten Praxen kann diese Untersuchung aus einer Basisdiagnostik bestehen, die folgende Bereiche umfasst:

- Aktuelle Anamnese
- Biographische Anamnese
- Befragung des Patienten (altersabhängig)
- Situationsübergreifende fremdanamnestische Daten (z. B. Kindergartenberichte, Schulzeugnisse)
- Körperliche und neurologische Untersuchung inklusive Beurteilung des Hör- und Sehvermögens
- Verhaltensbeobachtung

- Fragebögen

Vorgeschlagene Verfahren:

Conners Fremdrating	3–18 Jahre
VBV-EL (Eltern)	3– 6 Jahre
VBV-ER (Erzieher)	3– 6 Jahre
CBCL	4–18 Jahre
FBB – HKS	6–10 Jahre
SBB – HKS	11–18 Jahre
SDQ (Eltern/Patient/Lehrer)	–
ADHD Rating Scale – IV DuPaul et al	5–18 Jahre

- Orientierende Testdiagnostik
z. B. BUEVA¹, BUEGA 4–11 Jahre
Rückgriff auf aktuelle Vorbefunde mit anerkannten Verfahren
(z. B. Entwicklungs-, Intelligenztests) von anderen Institutionen,
von den Hausärzten bzw. anderen Institutionen
- Abgrenzung wesentlicher Differentialdiagnosen:
tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
affektive, insbesondere manische Störungen (F30)
isolierte Angststörungen (F93)
reaktive isolierte Aufmerksamkeitsstörungen (F98.8)
ggf. auch Anpassungsstörungen (F43.2)
ggf. primäre Störungen des Sozialverhaltens (F91)
- Einschätzung komorbider Störungen, insbesondere:
umschriebene Entwicklungsstörungen (F80-F89)
zumeist geringgradige intellektuelle Beeinträchtigung
entwicklungsneurologische Beeinträchtigung
Angststörung
Tic-Störung (F95)
affektive, vor allem depressive Störungen (F32)
oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltensstörungen
(F91)
Einschätzung psychosozialer/-emotionaler Belastungssituationen
im nahen Umfeld

Nach der Durchführung der Diagnostik ist zu klären, ob die Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS entsprechend der in der ICD-10 und/oder DSM IV festgelegten Kriterien gegeben ist. In der Folge sind die Therapieziele zu definieren.

Eine weitergehende Diagnostik nach dem MBS (mehrdimensionale Bereichsdiagnostik) oder dem MAS (multiaxiales System) wird erforderlich:

¹ Die differenzierte Darstellung der Verfahren ist der aktualisierten Fassung der Qualitätskommission der Sozialpädiatrischen Zentren zu entnehmen.

- wenn die Ressourcen des Kinder- und Jugendarztes, bedingt durch die Praxisstruktur, nicht ausreichen und dies durch Überweisungsmöglichkeiten in regionalen Netzen (Neuropädiater, Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten u. a.) nicht kompensiert werden kann

oder

- wenn, insbesondere bei bedeutsamer komorbider Störung oder Problemen in der differentialdiagnostischen Abgrenzung, die individuelle Situation des Patienten den Einbezug speziellen Fachwissens und/oder institutioneller Interventionsmaßnahmen für Diagnostik und Therapie erfordert.

5.2.3 Therapie in der Grundversorgung (Kinder- und Jugendarzt)

Der Kinder- und Jugendarzt kann hier nach Ressourcen und eigener Praxisstruktur in den folgenden drei Schritten unter Definition von Therapiezielen therapeutisch selbst tätig werden. Auch auf der Ebene der Grundversorgung sind in Anlehnung an das Altöttinger Papier die Therapieziele unter besonderer Beachtung der Kernsymptome und des psychosozialen Funktionsniveaus des Patienten und seiner Familie vorzunehmen. Zur Durchführung besteht die Möglichkeit der Überweisung an andere Praxen, spezialisierte Praxen, Institutionen und Spezialisten zur Durchführung einzelner Schritte dieser Therapie. Hierzu sind Netzwerkstrukturen besonders geeignet und wünschenswert. Der therapeutische Aufbau ist in der Grundversorgung in drei Stufen vorzunehmen:

Psychoedukative Maßnahmen

Beratung von Eltern und Umfeld in der kinderärztlichen Praxis, bei Beratungsstellen, bei Therapeuten. Bis zu einem Entwicklungsalter von etwa zehn Jahren haben spezielle Elterntrainings Vorrang vor

kindbezogenen therapeutischen Interventionen, die in der kinderärztlichen Praxis, bei Beratungsstellen oder bei entsprechend qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden können.

Patientenbezogene Strukturierungsmaßnahmen

Patientenbezogene Strukturierungsmaßnahmen erfolgen problemorientiert unter Einbeziehung der psychosozialen Ebenen. Diese Maßnahmen können eventuell auch durch den Kinder- und Jugendarzt, Psychologen, Psychotherapeuten durchgeführt werden, wenn diese eine entsprechende Zusatzqualifikation (z. B. lerntheoretisches Hintergrundwissen) haben. Funktionstherapeuten (wie zum Beispiel Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und andere) ohne medizinische und psychotherapeutische Zusatzqualifikation sind zur Durchführung dieser Therapie in der Regel nicht geeignet.

Medikamentöse Therapie

Bei nicht ausreichender Wirkung der beiden letztgenannten Maßnahmen (unter 2.3.1. und 2.3.2) oder wenn soziale, schulische oder innerfamiliäre Entwicklungen des Kindes oder Jugendlichen in erheblichem Umfang bedroht sind, ist eine medikamentöse Therapie indiziert. Die Kriterien zur Pharmakotherapie sind den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. sowie den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu entnehmen.

Bei nicht ausreichender Wirkung der ersten beiden Maßnahmen (Abschnitt 2.3.1 und 2.3.2) oder zur primären Intervention in Krisensituationen kann die medikamentöse Therapie erforderlich werden.

5.2.4 Verlaufskontrollen durch den Kinder- und Jugendarzt

Führt der Kinder- und Jugendarzt die Therapie nicht persönlich durch, so sollten zur Therapieüberwachung regelmäßig Kontrollgespräche und Untersuchungen stattfinden.

Wird eine Therapie auf der Basis psychoedukativer Maßnahmen oder als patientenbezogene Strukturierungsmaßnahme durchgeführt, so ist mindestens dreimonatlich ein Elterngespräch und Patientenvorstellung zu vereinbaren. Dieser Evaluationstermin soll neben der Patientenuntersuchung umfassen:

- Motivationsabfrage
- Erfolg
- Misserfolg

Verlaufskontrolle

Wird eine medikamentöse Therapie als Krisenintervention oder im Rahmen des Therapieaufbaus eingesetzt, so sind in der Einstellungsphase bis zur Stabilisierung der Situation ein- bis zweiwöchentliche Gesprächs- und Kontrolltermine vorzusehen. Im späteren Verlauf sind zwei- bis sechsmonatliche Termine zu eingehenden Gesprächen und sechs- bis zwölfmonatliche Termine zur eingehenden Untersuchung ausreichend.

Bei jeder Rezeptausstellung ist ein Gespräch sinnvoll und anzustreben. Über die Verordnungsmenge kann die Frequenz der Gesprächstermine gesteuert werden.

Non-Responder: Wird unter medikamentöser Therapie kein Erfolg beobachtet, sind vom Kinder- und Jugendarzt Diagnose, Compliance und Dosis und Art der Medikation zu überprüfen und gegebenenfalls Korrekturen vorzunehmen.

Neben diesen Verlaufskontrollen ist das Ansetzen von Evaluationsterminen erforderlich.

Evaluation der Therapie

Nach 6–9 Monaten ist eine Vorstellung des Patienten und der Bezugsperson zur Evaluation des Therapieverlaufes erforderlich. Folgende Maßnahmen sind durchzuführen:

- Situationsübergreifende Zwischenanamnese zu
 - Eltern und Familie
 - Kindergarten und Schule
 - Freundeskreis

- Symptomorientierte ärztliche Untersuchung
 - Wiederholung der Symptomerfassung durch Fragebögen
- Ist im Rahmen der Evaluation nach 6 Monaten kein erfolgreiches Therapieergebnis festzustellen, so ist eine umfassende multiprofessionelle Betreuung, z. B. im Sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, einzuleiten.

5.2.5 Delegation und Überweisung

Delegation von diagnostischen Maßnahmen und Therapien durch den Kinder- und Jugendarzt ergeben sich anhand der Praxisressourcen und dem individuellen Versorgungsbedarf der Patienten gemäß Abschnitt 5.2.2.

Eine weitergehende Diagnostik nach dem MBS (mehrdimensionale Bereichsdiagnostik) oder dem MAS (multiaxiales System) wird erforderlich:

- **wenn die Ressourcen des Kinder- und Jugendarztes, bedingt durch die Praxisstruktur, nicht ausreichen und dies durch Überweisungsmöglichkeiten in regionalen Netzen (Neuropädiater, Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten u. a.) nicht kompensiert werden kann**

oder

- **wenn, insbesondere bei bedeutsamer komorbider Störung oder Problemen in der differentialdiagnostischen Abgrenzung, die individuelle Situation des Patienten den Einbezug speziellen Fachwissens und/oder institutioneller Interventionsmaßnahmen für Diagnostik und Therapie erfordert.**

5.3 Standard der sozialpädiatrischen Komplexbehandlung

5.3.1 Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik (MBS, alternativ MAS)

Die sozialpädiatrische Komplexbehandlung (MBS) besteht aus einer umfangreichen Anamneseerhebung in Kombination mit der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik nach dem EKPSA-Prinzip. In Abschnitt eins wird das spezifische diagnostische Vorgehen bei ADHS, in Abschnitt zwei die Abklärung der Differentialdiagnosen und der Komorbidität beschrieben.

Unter Einbeziehung der Ressourcen wird der Behandlungsplan zur HKS/ADHS erstellt, wie in Abschnitt 5.3.2. dargestellt. Die Durchführung und Koordination bzw. Rückkoppelung an den Primärarzt und ggf. Einleitung weiterer spezieller Behandlungsmaßnahmen sind Inhalt von Abschnitt 5.3.3. bis 5.3.5.

Spezifisches diagnostisches Vorgehen bei HSK/ADHS:

Basis ist die Vorgehensweise nach dem Altöttinger Papier

- Familienanamnese
- Eigenanamnese
- Biographische Anamnese
- Körperlich neurologische Untersuchung inkl. ggf. EEG

Das diagnostische Instrumentarium umfasst (Aktuelle Angaben im Papier „Testverfahren in SPZ“)

- 1. Obligat: Mehrdimensionaler Entwicklungs- und Intelligenztest**
- 2. Obligat: Spezifische Fragebogendiagnostik in Bezug auf mindestens zwei Situationen**
- 3. Obligat ist die Durchführung eines spezifischen Testverfahrens aus 3a oder 3b:**

3a. Spezifische Diagnostik mit Testverfahren

3b. Spezifische Diagnostik mit apparativen Testverfahren

4. Obligat: Verhaltensbeobachtung

Viele der mit Verdacht auf HKS/ADHS vorgestellten Kinder fallen während der freien Beobachtung im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht unbedingt auf. Aus diesem Grund soll die Verhaltensbeobachtung im Alltag nah in den durch die Anamnese erhobenen Konfliktbereichen (u. a. Eltern, Kindergarten, Schule) erfolgen. Hierbei sind in Zweifelsfällen Gruppensettings zu berücksichtigen.

Die Ergebnisqualität der Verhaltensbeobachtung ist in hohem Maße von der Qualifikation des Untersuchers abhängig. Eine spezielle Ausbildung hierfür ist erforderlich. Die Verhaltensbeobachtung kann durch Videoaufnahmen unterstützt werden.

Eine Indikation zur Erweiterung der Diagnostik um die folgenden Punkte 5 und 6 ergibt sich aus dem bis dahin abgelaufenen diagnostischen Prozess, bei besonderen Problemen in der differentialdiagnostischen Abklärung oder bei Verdacht auf erhebliche komorbide Störungen.

5. störungsbezogene (neuropsychologische) Testdiagnostik

6. spezielle Persönlichkeits- und Familiendiagnostik

Eine Indikation zur Erweiterung der Diagnostik um Punkt 5 und 6 ergibt sich aus dem bis dahin abgelaufenen diagnostischen Prozess, bei Verdacht auf Komorbidität oder Verdacht auf Störung in den folgenden Bereichen:

Differentialdiagnosen und Abklärung der Komorbidität

Eine weitgehend sichere Erfassung von Ausschluss-/Differentialdiagnosen und komorbiden Störungen ist nur durch die Durchführung der mehrdimensionalen bzw. multiaxialen Diagnostik in Ergänzung zur spezifischen Diagnostik bei HKS/ADHS möglich.

Bezüglich der Differentialdiagnosen wird auf die entsprechenden Leitlinien und Empfehlungen verwiesen. Im Folgenden sind entsprechend den fünf Bereichen der mehrdimensionalen Diagnostik die wesentlichen Differentialdiagnosen und komorbiden Störungen aufgeführt:

E Diagnostik von Entwicklungsstand/Intelligenz

- Voraussetzung für die Diagnose HKS/ADHS IQ > 70
- Auch bei Kindern mit einem IQ zwischen 50 und 70 kann in einzelnen Fällen die Diagnose HKS/ADHS gestellt werden, wenn die Kernsymptome deutlich ausgeprägter sind, als man auf Grund der Intelligenzminderung erwarten würde.
- Bei einem IQ unter 50 ist F84.4 zu diagnostizieren (hyperaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstörungen).
- Umschriebene Sprachstörungen (F80.-)
- Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (F81.-)
- Umschriebene motorische Störungen (F82.-)
- Kombinierte Störungen (F83.-)
- Wahrnehmungsstörungen (auditiv, visuell, serielles Arbeiten u. a.) (F88)
- Störung der zentralen Sinneswahrnehmung und -verarbeitung (F88)

K Körperlich neurologischer Befund

- Epilepsie und -Folgen (G40.-)
- Schlafstörungen (G47.-)
- atopische Dermatitis (L20.-)
- unerwünschte Medikamentenwirkungen (u. a. Betasympathikomimetika, Psychopharmaka)
- Nahrungsmittelallergien (T78.1)
- Syndrome (z. B. Q99.2)
- Störungen der Sinnesorgane (Sehen H53.- / H54.-, Hören H90.-,)

P Psychischer Befund

- somatoforme Störung (F45.-)
- Zwangsstörung

- Bindungsstörung (F94.-)
- posttraumatische Belastungsstörung (F43.-)
- frühkindliche Regulationsstörungen (F43.2)
- tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-)
- primäre Störung des Sozialverhaltens (F91.-)
- affektive, insbesondere manische Störungen
- Anpassungsstörung

S Psychosozialer Befund

- Belastende Lebensereignisse (Z55, Z56, Z57, Z59, Z65, Z72, Z73)
- Belastende familiäre Kontextfaktoren (Z60, Z61, Z62, Z63)

A Ätiologie

- Es ist Stellung zu einem bio-psycho-sozialen Störungsmodell zu beziehen.
- Die Basis ist die differenzierte Diagnostik in den Bereichen: Entwicklung und Intelligenz, körperlich-neurologischer Befund, psychischer sowie psychosozialer Befund.
- Häufig ist eine Prozessdiagnostik zur endgültigen diagnostisch-ätiologischen Einordnung erforderlich.

5.3.2 Die Erstellung des Behandlungsplanes zur HKS/ADHS

Die Ergebnisse der Basisverfahren der multimodalen Diagnostik sind synoptisch darzustellen und zu werten, auch im Hinblick auf die Gewichtung, den zeitlichen Ablauf und die Umsetzbarkeit von Therapiebausteinen. Der Behandlungsplan ist individuell aus dem Ergebnis der Diagnostik heraus zu erstellen. Zu berücksichtigen sind die diagnostischen Ergebnisse bezüglich der HKS/ADHS als auch bezüglich der Komorbidität. Das Ziel ist eine multimodale Behandlung unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren im individuellen Fall. Inhaltliche Ziele sind im Behandlungsplan zu definieren. Grundlage ist die Zieldefinition des Altöttinger Papiers. Diagnosebezogen wird häufig die Symptomreduktion und die Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus im Mittelpunkt stehen.

5.3.2.1 Behandlung der HKS/ADHS

In der Regel ist der Behandlungsaufbau stufenförmig vorzunehmen und in den folgenden 7 Punkten dargestellt. Bei krisenhafter Zuspitzung kann die Pharmakotherapie zum Mittel erster Wahl werden.

Beratung der Eltern

Beratung von Eltern und nahen Bezugspersonen zur ADHS und zum Einfluss eventueller Komorbidität.

- Mitteilung der Untersuchungsergebnisse
- Erklärung von Ätiologie, Verlauf und Prognose der ADHS
- Entwicklung eines ressourcenorientierten Behandlungsplanes im Dialog
- Literaturempfehlungen

Beratung des Bezugssystems

Beratung der extrafamiliären Bezugspersonen des Patienten (Kindergarten, Schule etc.) gegebenenfalls mit einer therapeutischen Intervention

Verhaltenstherapie der Umgebung

Verhaltenstherapeutische Elternanleitung einzeln oder in Gruppen. Intervention in der Familienstruktur bei Bedarf (u. a. Tagesstrukturierung, Elternkompetenz in schwieriger Erziehungssituation, Stärkung von Selbstmanagement-Fähigkeiten).

Verhaltenstherapeutische Intervention beim Patienten

Verhaltenstherapeutische Intervention beim Patienten (u. a. Aufmerksamkeitstraining, Selbstinstruktionstraining, Einüben alternativer Verhaltensweisen, kognitive Umstrukturierungen)

Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie ist gut evidenzbasiert. Hinsichtlich der Pharmakotherapie wird auf die zitierten Leitlinien verwiesen.

Neuro-Biofeedback

In einigen Untersuchungen wird über einen guten Effekt berichtet.

Homöopathie, Vitamine und Ergänzungsstoffe

Eine evidenzbasierte Wirkung ist für diese Therapien nicht nachgewiesen.

5.3.2.2 Behandlung der Komorbidität

Zur Behandlung der vielfältigen Komorbidität sind sowohl patientenzentrierte als auch familienzentrierte Maßnahmen erforderlich. Die häufigste Komorbidität trifft die Bereiche Sozialverhalten, Beziehung, Emotion und umschriebene Entwicklungsstörung.

Störungen des Sozialverhaltens

Die Komorbidität einer Störung des Sozialverhaltens zeigt unbehandelt einen äußerst ungünstigen Verlauf. Es handelt sich insbesondere um Störungen im Sinne eines aggressiven Verhaltens, einer oppositionellen und/oder dissozialen Verhaltensstörung, die zu Akzeptanz- und Integrationsstörungen des Kindes oder Jugendlichen führen. Geeignete Maßnahmen sind hier längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbeziehung der Eltern, Familie und Bezugssysteme. Ziel ist die Besserung der Integration im sozialen Umfeld und die Reduktion expansiven Problemverhaltens. Oftmals werden auch interaktionstherapeutische Maßnahmen erforderlich. Gruppentherapien und soziales Gruppensetting haben sich als effektiv bei der Behandlung von expansivem Problemverhalten erwiesen. In besonderen Fällen kann eine institutionelle Betreuung des Kindes und Jugendlichen im weiteren Verlauf indiziert sein.

Störungen der Beziehungen und Emotionen

Bei Störungen der Beziehungen und Emotionen sind spezifische psychotherapeutische Maßnahmen einzeln oder in Gruppen indiziert, die das verhaltenstherapeutische Grundkonzept im individuellen Fall ergänzen. Am häufigsten zu beobachten sind Selbstwertprobleme, depressive Störungen, Angststörungen.

Umschriebene Entwicklungsstörungen

Bei Vorliegen einer umschriebenen Entwicklungsstörung findet das Vorgehen Verwendung, das in der Rahmenempfehlung des Qualitätszirkels Umschriebene Entwicklungsstörungen beschrieben wird.

5.3.3 Koordination und Durchführung der multiprofessionellen Behandlung

Die Umsetzung des interdisziplinären Behandlungsplans orientiert sich an den regionalen Ressourcen.

Einfache HKS/ADHS in Abhängigkeit zu den Ressourcen

Liegt eine einfache HKS/ADHS vor, so ist nur ein Bereich des **MBS** betroffen. Entsprechend der Vorgaben des Altöttinger Papiers erfolgt die Therapie im Rahmen der Grundversorgung durch einen Arzt und/oder Psychologen (5.2.3). Darüber hinaus kann gesondert qualifiziertes Personal (Spezialausbildung in Kooperation mit Arzt und/oder Psychologen) die Therapie durchführen.

Sind die Ressourcen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis, aber auch in den familiären Umgebungsstrukturen des Patienten für eine solche Maßnahme nicht ausreichend, kann die Betreuung in einem multiprofessionellen Team sinnvoll werden.

HKS/ADHS und Komorbidität

Liegt eine relevante Komorbidität oder eine Pathologie in mehreren Bereichen des MBS vor, so ist im Behandlungsplan eine interdisziplinäre Therapie in einem multiprofessionellen Team anzusetzen. Zusätzliche ungünstige Ressourcen können den Einsatz weiterer Institutionen (5.4) erforderlich machen.

Verlaufsbeobachtung

Spätestens nach 3–6 Monaten ist ein Patient-Elterngespräch durch den verordnenden Arzt über den Verlauf zu führen. In das Gespräch einzubeziehen sind die vorliegenden Berichte des Therapeuten.

Evaluation der Therapie

Eine Evaluation des Therapieerfolges ist spätestens alle 6–9 Monate durchzuführen. Hier ist zu überprüfen, ob die Therapieziele des Behandlungsplanes erreicht sind.

5.3.4 Verlaufsbegleitung und Rückkopplung an den Primärarzt

Die Ergebnisse des diagnostischen Prozesses und des Behandlungsplanes werden dem Primärarzt durch einen Arztbrief nach jedem Evaluationstermin, spätestens aber alle 6 Monate mitgeteilt. Die Verantwortlichkeit ist zu jedem Zeitpunkt zu klären und zu dokumentieren.

5.3.5 Einleitung und Koordination von speziellen Behandlungsmaßnahmen

Zu den speziellen Behandlungsmaßnahmen im Kontext der Diagnose ADHS wird unter Kapitel 4 Stellung bezogen. Derartige Maßnahmen werden erforderlich wenn

- bei der Evaluation nach 6–9 Monaten noch kein ausreichender Erfolg gegeben ist,
- bereits bei der Primärdiagnostik sich das Krankheitsbild komplex durch Komorbidität oder unzureichende Ressourcen darstellt.

5.4 Spezielle Behandlungsangebote und Maßnahmen

5.4.1 Art der speziellen Behandlungsangebote

Spezielle Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

- Spezielles komplexes Behandlungssetting im Rahmen einer stationären Behandlung in geeigneten Einrichtungen (spezialisierte sozialpädiatrische Abteilungen)
- Integriertes ambulant-stationäres oder rehabilitatives Versorgungsmodell
- Diagnostik und Therapie bei allergologischer Relevanz

Externe fachärztliche, psychologische und therapeutische Leistungen

- Teilstationäres Setting (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen u. a.)
- Stationäres Setting (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen u. a.)

Angebote außerhalb der sozialpädiatrischen Zuständigkeit

- Heilpädagogischer Kindergarten, integrativer Kindergarten
- Heimunterbringung
- Kindergruppe
- Schulpsychologischer Dienst
- Selbsthilfegruppen
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Sozialpädagogische Tagesgruppe, heilpädagogische Tagesstätte
- Weitere Maßnahmen nach BSHG und K JHG

5.4.2 Indikationsstellung

Die Indikationsstellung für spezielle Behandlungsangebote und Maßnahmen ergibt sich aus dem Behandlungsablauf. In der Regel werden spezielle Behandlungsangebote aus dem umfassenden diagnostischen Konzept nach dem MBS oder dem MAS im Zusammenhang mit einer ausreichend langen Verlaufsbeobachtung resultieren.

5.4.3 Einleitung und Koordination

Die Einleitung und Koordination spezieller Behandlungsangebote und Maßnahmen wird in der Regel durch die Institution, die die umfassende und differenzierte Diagnostik nach dem MBS oder dem MAS vornimmt, durchgeführt. Voraussetzung hierfür ist die Absprache mit dem Kinder- und Jugendarzt und die Verabredung der Verantwortlichkeit.

5.5 Literatur

5.5.1 Allgemeine Literatur

- Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G (2000): Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hyperkinetische Störungen. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen
- Döpfner M (2002): Hyperkinetische Störungen in: Esser G: Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Thieme Verlag Stuttgart, 172–196
- Grosse K, Skrodzki K (2001): Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte, <http://www.awmf-online.de>
- Herpertz-Dahlmann B (2003): Komorbide Störungen des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität-Syndroms im Kindes- und Jugendalter, Kinder- und Jugendmedizin, 14–19
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Hyperkinetische Störungen (F90)
- Steinhausen H. Ch, v. Aster M (1999): Handbuch der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen, Hyperkinetische Störungen. Beltz Verlag, 2. Auflage
- Taylor E (1994): Syndromes of attention deficit and overactivity in: Rutter M, Taylor, E, Hersov L: Child and adolescent psychiatry, Blackwell Science Oxford, 285–307 Von Voss H (2002): Unaufmerksam & hyperaktiv, Wissen + Praxis zur ADHD. 1. Auflage. Verlag Kirchheim & Co. GmbH, Mainz

5.5.2 Elternratgeber

- Aust-Claus E, Hammer P-M (2000): Das ADS-Buch. Oberste Brink Verlag
- Neuhaus C (1998): Das hyperaktive Kind und seine Probleme, 4. Auflage, Urania-Ravensburger Berlin
- Neuhaus C (2001): Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme, Ravensburger
- Barkley R A: Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Hand Huber Verlag, Bern

- Döpfner M, Schürmann S, Lehmkuhl G (1999a): Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim, Psychologie Verlags Union
- Döpfner M, Schürmann S, Lehmkuhl G (2000): Ratgeber hyperkinetischer Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe
- Hallowell E, Ratey J (1999): Zwanghaft zerstreut, Rowohlt Verlag
- Holowenko H (1999): Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) Beltz Verlag
- Krause J (1996): Leben mit hyperaktiven Kindern, 2. Auflage. Piper München
- Lauth W, Schlottke P, Neumann K (1998): Rastlose Kinder, rastlose Eltern. Deutscher Taschenbuch Verlag München

5.5.3 Spezielle Literatur

- Altöttinger Papier. Beitrag zur Qualitätssicherung in Sozialpädiatrischen Zentren in: Kinderärztliche Praxis (2002) Nr. 7, Kirchheim-Verlag Mainz
- Birbaumer, Schmidt (1999): Biologische Psychologie. Springer Verlag
- Cierpka M (1999): Kinder mit aggressivem Verhalten. Hogrefe Göttingen
- Conduct disorder (Gesamtausgabe über aggressives Verhalten) (2000) in: Kindheit und Entwicklung, 9 (1). Hogrefe Verlag
- Döpfner M, Schürmann S, Frölich J (1998): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP, 2. Auflage, Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Döpfner M, Schürmann S, Lehmkuhl G (1999a): Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim, Psychologie Verlags Union
- Fuchs Th (1999): Aufmerksamkeit und Neurofeedback. S. Roderer Verlag, Regensburg
- Greenberg L M, Waldman I D (1993): Developmental Normative Data on The Test of Variables of Attention (T.O.V.A.), Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 6, pp. 1019–1030

- Grosse K, Skrodzki K (2001): Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte, Diagnostik und Therapie bei ADHS. In: Kinder- und Jugendarzt 33. Jg. Nr. 1 33–38 (auch Homepage der DGSPZ unter Leitlinien)
- Hartmann Th (2004): ADHS als Chance begreifen (Nennen wir es das Edison-Gen), Schmidt-Römhild-Verlag, Lübeck
- Hoath F E, Sanders M R (2002): A feasibility study of Enhanced Group Triple P-Positive Parenting Program for parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. Behaviour Change, 19 (4), 191–206
- Hollmann H, Schmid R G, Kretzschmar C (2003): Qualität in der Sozialpädiatrie, Band 1, Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
- Kendall P C, Braswell L (1985): Cognitive – behavioral therapy for impulsive children. New York, Guilford
- Kühle H-J, Hoch Chr, Hautzenberg P, Jansen F (2001): Kurze videogestützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Praxis Kinderpsychologische Kinderpsychiatrie 50, 607–621
- Lauth W, Schlottke P (1997): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern, Diagnostik und Therapie, 3. Auflage. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2004): Diagnose und Behandlung von hyperkinetischen Störungen (F90) <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/kjpp-019.htm>
- Monastra V J, Monastra D M, Feage S (2002): The effect of stimulant therapy, EEG biofeedback and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity Disorder. Applied Psychophysiology and Biofeedback 27 (4) 2002, 231–249
- Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit, Verlag Hans Huber
- Petermann F, Petermann U (2000): Training mit aggressiven Kindern, PVU
- Testzentrale (2004) Testkatalog, Testzentrale Göttingen, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Robert-Bosch-Breite 25, 37079 Göttingen

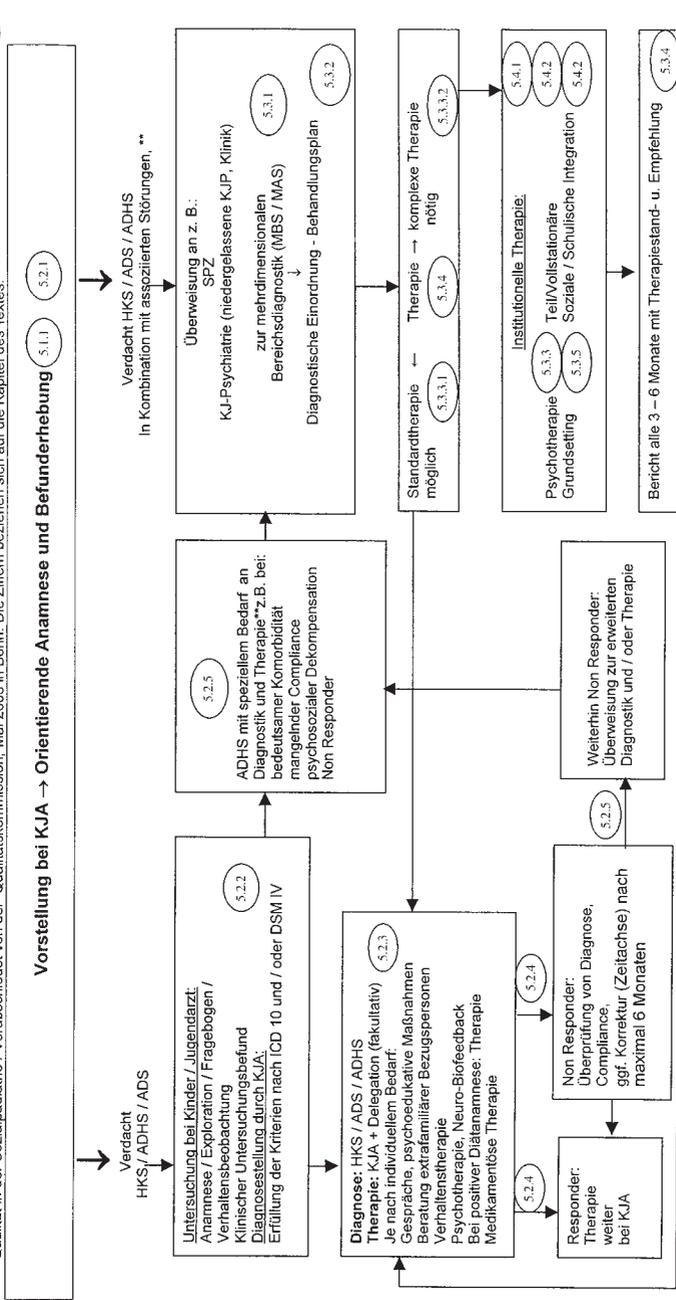
- Ronen T (2000): Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern. Wege zur Selbstkontrolle bei Störungen der sozialen und emotionalen Entwicklung. Verlag Hans Huber
- Rosenkötter (2004): Umschriebene Entwicklungsstörungen, Diagnostik und Therapie am Sozialpädiatrischen Zentrum, Qualität in der Sozialpädiatrie, Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
- Schatz A M, Ballantyne A O, Trauner D A (2001): Sensitivity and specificity of a computerized test of attention in the diagnosis of attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 8 (4), 357–365
- Schuhfried G (2003): Wiener Testsystem. A – 2340 Mödling, Hirtlstr. 45.
- Schulte-Markwart M, Warnke A (2004): Methylphenidat. Thieme Stuttgart
- Walitzka S, Warnke A (2004): Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen In: Gerlach M, Warnke A, Wewetzer Ch: Neuropsychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Springer Wien New York, 215–228
- Stahl S M (2002): Cognitive Enhancers in: Stahl, S. M. Essential Psychopharmacology Cambridge University Press, Cambridge, Seite 459–467
- Strehl U, Leins U, Danzer N, Hinterberger T, Schlottke P (2004): EEG – Feedback für Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Kindheit und Entwicklung 13 (3), 180–189, Hogrefe Verlag Göttingen
- Thompson M, Thompson L (2003): The Neurofeedback Block, Published by Assoziation für Applied Psychophysiology and Biofeedback. Colorado, USA
- Trott G-E (1993): Das hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung. J.-Ambrosius Barth
- Van Leeuwen T H, Steinhausen H-Ch, Rothenberger, A et al. (1998): The Continuous Performance Test revisited with neuroelectric mapping: impaired orienting in children with attention deficits. Behavioural Brain Research 94, 97–110
- Zimmermann P, Fimm B (2002): Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP), Version 1.7. Handbuch – Teil 1. Herzogenrath: Psytest

5.6 Abb. 5.1: Behandlungspfad:

Hyperkinetische Störungen* / Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

Qualität in der Sozialpädiatrie / Verabschiedet von der Qualitätskommission, Mai 2006 in Bonn. Die Ziffern beziehen sich auf die Kapitel des Textes.

5.1.1.



* Diagnostische und therapeutische Basis dieses Konzeptes ist die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte

5.2.1

** falls nach Ausschöpfung der Ressourcen im Bereich niedergelassener, Pädiater, auch durch Überweisungsmöglichkeit in regionale Netze, zu Neuropädagogen, Kinder- und Jugendärzten mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, zu speziell ausgebildeten Psychologen, der Einbezug speziellen Fachwissens und / oder institutionelle Interventionsmaßnahmen erforderlich sind

Zugehörig zum Netzwerk neben dem ärztlichen Betreuer: Elternverbände, Kindergärten, Frühförderung, Schulen, Förderschulen, Schulpsychologischer Dienst, Tagessstätte, Hort, Jugendamt, Therapeuten in der Praxis, Gesundheitsamt, Sozialamt, Versorgungsamt; Abstimmung in multidisziplinären Qualitätszirkeln, regionalen Netzwerken, integrierter Versorgung, pädiatrischen Netzen