

Vgl dazu <http://www.agadhs.de>

Diagnostik und Therapie bei ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)

KRANKHEITSBEZEICHNUNG

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

Nach DSM-IV: Aufmerksamkeits-Defizit / Hyperaktivitäts-Störung

Subtypen: vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

vorwiegend unaufmerksamer Typ

kombinierter Typ

ADHS, nicht näher bezeichnet

Nach ICD-10: Hyperkinetische Störungen (F90)

Subtypen: Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0)

Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

Andere hyperkinetische Störungen (F90.8)

[Die Leitlinie der AG ADHS legt – wie die Empfehlungen der American Academy of Pediatrics – für den Krankheitsbegriff die Kriterien nach DSM-IV zugrunde. Damit findet auch der vorwiegend unaufmerksame Subtyp ("ADS") die klinisch notwendige diagnostische und therapeutische Berücksichtigung. Diese Patienten würden mit der strengeren Definition nach den ICD-10- Kriterien nicht erfasst (siehe Taylor et al., 1998).]

1. DEFINITION UND BASISINFORMATION

Definition: ADHS liegt vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt sind, nicht dem Alter und Entwicklungsstand entsprechen und zu Störungen in den sozialen Bezugssystemen, der Wahrnehmung und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führen.

Pathogenese: Bei ADHS wird eine fehlerhafte Informationsverarbeitung zwischen Frontalhirn und Basalganglien infolge Störungen im Neurotransmitterstoffwechsel (vor allem Dopamin) angenommen. Dabei haben genetische Faktoren eine große Bedeutung. Neurophysiologisch führt dies über eine mangelnde Hemmung von Impulsen zu ungenügender Selbstregulation.

Dauernd neue, ungefilterte Informationen und Impulse

- stören die Informationsverarbeitung im Arbeitsgedächtnis, wodurch ein Abgleich mit Erfahrungen aus dem Langzeitspeicher zur vorausschauenden Handlungsplanung erschwert wird;
- behindern das dauerhafte Aufrechterhalten von Aufmerksamkeit, den Aufbau von Motivation, den Ausgleich von Affekten und den Zugriff auf vorhandene Fähigkeiten.

Dies führt zu Aufmerksamkeitsschwäche, Impulsivität, Hyperaktivität. Diese Symptome der Selbststeuerungsschwäche lösen bei der Umgebung negative Reaktionen aus, um so mehr, je ungünstiger die Milieubedingungen sind; bedeutsam ist dabei auch, dass relativ häufig Eltern selbst von ADHS betroffen sind. Intensität der Symptomatik und Störungen im Selbstregulationsprozess nehmen dadurch weiter zu, was die Entwicklung der komorbiden Symptome wie oppositionelles Verhalten, Aggressivität, Ängste, Depression begünstigt.

Frühgeburtlichkeit, Alkohol und andere Drogen in der Schwangerschaft sowie schwere cerebrale Erkrankungen können in seltenen Fällen zu einem ähnlichen Erscheinungsbild führen.

Häufigkeit: Prävalenzraten sind abhängig von den zugrundegelegten Diagnosekriterien (DSM-IV, ICD-10, DSM-IV-Vorläufer), Alter, Erhebungsmethode und befragtem Personenkreis (Lehrer, Eltern). Aus international an der allgemeinen Bevölkerung erhobenen Daten ergibt sich eine Häufigkeit von 9,2% (5,8-13,6%) für Jungen und 2,9% (1,9-4,5%) für Mädchen. - Neuere deutsche Erhebungen [Brühl et al., 2000] fanden bei 6-10 Jahre alten Kindern in 6% ein ADHS (nach DSM-IV). Frühere deutsche Studien [Baumgaertl et al., 1995] zeigten eine Jungen/Mädchen-Relation zwischen 2:1 beim vorherrschend unaufmerksamen Subtyp und 5:1 beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp.

Verlauf: Symptome treten vom Säuglings- bis ins Erwachsenenalter auf mit lebensalter- und geschlechtstypischer Symptomausprägung, wobei bei Jugendlichen die hyperaktive Symptomatik abnimmt bei Bestehenbleiben der Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität bis ins Erwachsenenalter, bei weiblichen Betroffenen in allen Altersstufen die Aufmerksamkeitsstörung überwiegt.

2. LEITSYMPTOME

Aufmerksamkeitsstörung – Hyperaktivität – Impulsivität

Hinweisend auf das Vorliegen dieser Leitsymptome sind Verhaltensauffälligkeiten in jeweils altersvariabler Ausprägung:

Säuglingsalter: unerklärliche langdauernde Schreiphasen, motorische Unruhe, Ess- und Schlafprobleme, Ablehnung von Körperkontakt, Misslaunigkeit; anstrengend für die Eltern.

Kleinkindalter (einschließlich Kindergartenalter): plan- und rastlose Aktivität, schnelle, häufige und unvorhersagbare Handlungswechsel, geringe Ausdauer bei Einzel- und Gruppenspiel, ausgeprägte Trotzreaktionen, unberechenbares Sozialverhalten, Teilleistungsschwächen bezüglich auditiver und visueller Wahrnehmung, Fein- und Grobmotorik; vermehrte Unfallgefährdung; auffallend früher Spracherwerb oder auch verzögerte Sprachentwicklung; keine beständigen Freundschaften, Kind und Eltern isoliert.

Grundschulalter: mangelnde Regelakzeptanz in Familie, in Spielgruppe und Klassengemeinschaft, Stören im Unterricht, wenig Ausdauer, starke Ablenkbarkeit, emotionale Instabilität, geringe Frustrationstoleranz, Wutanfälle, aggressives Verhalten, schlechte Schrift, chaotisches Ordnungsverhalten; andauerndes Reden, Geräuscheproduktion, überhastetes Sprechen (Poltern); unpassende Mimik, Gestik und Körpersprache; Ungeschicklichkeit, häufige Unfälle; Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche, Lernleistungsprobleme mit Klassenwiederholungen, Umschulungen, keine dauerhaften sozialen Bindungen, Außenseitertum; niedriges Selbstbewusstsein.

Adoleszenz: Unaufmerksamkeit, Null-Bock-Mentalität, Leistungsverweigerung, oppositionell-aggressives Verhalten, stark vermindertes Selbstwertgefühl, Ängste, Depressionen; Kontakte zu sozialen Randgruppen, häufiger Verkehrsunfälle, Neigung zu Delinquenz, Alkohol, Drogen.

Erwachsenenalter: Schusseligkeit, Vergesslichkeit; Mühe, Aufgaben zu planen und zu Ende zu bringen; Unbeständigkeit von beruflichen und sozialen Bindungen; Ängste, Depression, Jähzorn, Neigung zu Delinquenz, Alkohol, Drogen.

Hieraus wird erkennbar, dass hyperaktiv-impulsive Verhaltensauffälligkeiten schon früh und deutlich merkbar werden. Die Aufmerksamkeitsstörung wird erst mit den Leistungsanforderungen der Schule deutlich auffällig, subtile Ausdrucksformen davon finden sich aber als zentrale Steuerungsstörung bereits im Kleinkindalter: mangelnde Merkfähigkeit, auditive und visuelle Wahrnehmungsprobleme, schnelle Blickwechsel, polternde Sprache, unkoordinierte Bewegung.

Häufig zu beobachtende positive Eigenschaften: Ideenreichtum, künstlerische Kreativität, Begeisterungsfähigkeit, Hilfsbereitschaft, Gerechtigkeitssinn.

Komorbide Störungen sind mehr oder weniger häufig und deutlich pathogenetisch schon früh in die Kernproblematik eingewoben, teils auch verstärkt durch Reaktion auf ungünstiges Verhalten der Umgebung. Es ist wichtig, ausgeprägte komorbide Störungen im individuellen Symptomenspektrum zu erkennen, da sie sich ungünstig auf die Prognose auswirken und spezielle therapeutische Maßnahmen erfordern:

- Oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens
- Aggressive Verhaltensstörungen
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
- Sprach-, Sprechstörungen
- Tic-Störungen, Tourette-Syndrom

Während beim kombinierten Subtyp alle komorbiden Störungen vorkommen können, sind beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp häufiger oppositionelle und aggressive Störungen, beim unaufmerksamen Subtyp häufiger Ängste, Depressionen und Lernstörungen zu finden.

3. DIAGNOSTIK

3.1. Zielsetzung

Sichern der Diagnose

Differentialdiagnostische Abgrenzung

Erfassen der qualitativen und quantitativen Ausprägung der individuellen Symptomatik

Erkennen individueller Umgebungsbedingungen (Aggravationsumstände und Ressourcen)

3.2. Zusammenstellung diagnostischer Verfahren

3.2.1. Anamnese: Familiensituation, Erkrankungen in der Familie - auch Verhaltensauffälligkeiten und Lern-Leistungs-Karriere-Besonderheiten, Alkohol-, Nikotin-, Drogenabusus, psychiatrische Erkrankungen; Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung, Vorerkrankungen, derzeitige sonstige Beschwerden; Exploration der Eltern - (älteren) Kinder/Jugendlichen - Erzieher/Lehrer zu Sozial-, Lern-, Leistungsverhalten, Persönlichkeitsstruktur; Fremdbeurteilung von Sozial- und Lernverhalten, Leistungen auch durch Zeugnisse.

3.2.2. Klinischer Untersuchungsbefund: Ganzkörperuntersuchung, neurologische und motoskopische Untersuchung, Beurteilung des Hör- und Sehvermögens.

3.2.3. Verhaltensbeobachtung: während der Untersuchungen und der Exploration

3.2.4. Videoaufzeichnungen

3.2.5. ADHS-spezifische Fragebögen: Conners, VBV (Verhaltensbeobachtungsbogen im Vorschulalter), FBB-HKS (Fremdbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störung) (jeweils für Eltern und Erzieher), u.a.

3.2.6. Testpsychologische Untersuchungen: Entwicklungs-, Intelligenztests, Aufmerksamkeitstests, u.a.; Rückgriff auf Vorbefunde von Frühfördereinrichtungen, Schule u.a. oft möglich

3.2.7. Apparative Diagnostik:

EEG (auch mit evozierten Potentialen)

Bildgebende Verfahren (SPECT, PET, NMR)

3.3. Bewertung einzelner diagnostischer Verfahren

Exploration: Die Diagnose lässt sich aus der Lebensgeschichte des Patienten ableiten. Die Exploration der Eltern, (älteren) Kinder/Jugendlichen, Erzieher/Lehrer ist die wichtigste diagnostische Maßnahme und unverzichtbar, um die Kernsymptome des ADHS, die komorbiden Störungen und deren Entwicklung und Auswirkungen in der Biographie zu erkennen.

Klinischer Untersuchungsbefund: Unverzichtbar zum Erhalt eines umfassenden Eindrucks vom Patienten. Gibt Hinweise auf physische Beeinträchtigungen, auch solche, die verhaltensbeeinflussend sein können (z.B. Ekzem, Atemwegsallergien, Hör- und Sehschwäche). Neurologisch häufig Koordinationsstörungen. Auffälliges Verhalten während der Untersuchung (Kooperationsfähigkeit, Gestik, Mimik, Sprache, Geräusche).

ADHS-spezifische Fragebogentests: Sie fokussieren die Erfassung auf bestimmte diagnostische Verhaltensweisen. In diesen Grenzen erlauben sie eine standardisierte Diagnostik, teils auch mit Abgrenzung von Subtypen (VBV, FBB). Sie können die ausführliche Exploration nicht ersetzen; die Information aus den Fragebögen kann aber bei der Exploration zu gezielten weiterführenden Fragen genutzt werden.

Testpsychologische Untersuchungen: Sie sind dann indiziert, wenn differentialdiagnostisch als Ursache für eine ADHS-(Teil)-Symptomatik umschriebene Leistungs- oder Verhaltensstörungen (wie Intelligenzdefizit, Lese-Rechtschreib- oder Rechenstörung, dissoziales Verhalten) in Frage kommen. Oft kann auf Vorbefunde von Frühfördereinrichtungen, Schule u.a. zurückgegriffen werden. Ansonsten ist eine abschätzende Beurteilung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und des Aufmerksamkeitsverhaltens in der Schule durch die Lehrerbeurteilung und die Noten in den Zeugnissen möglich. Betrachten der Schulmappe und der Hefte (Ordnung, Führung, Schrift, Einteilung) geben Hinweise auf Störungen der (visu)motorischen Koordination (Schrift), Aufmerksamkeit (Flüchtigkeitsfehler) und auf Lese-Rechtschreib-Schwäche.

Videoaufzeichnungen: Optional. Hilfreich zur diagnostischen Beurteilung und für das Elterngespräch, auch für die Überprüfung des Therapieerfolgs. Demonstrierbar für die Eltern dabei die Auffälligkeiten in Mimik, Gestik und Körpersprache, die Aufmerksamkeitsabbrüche, das unangepasste Verhalten des Kindes und die eigene elterliche Reaktion.

Apparative Diagnostik: EEG-Untersuchungen sind erforderlich, wenn aufgrund anamnestischer und klinischer Auffälligkeiten ein Anfallsleiden vorliegen könnte. Sonstige apparative Diagnostik ist wissenschaftlichen Fragestellungen vorbehalten.

3.4. Ausschlussdiagnostik

Es muss abgegrenzt werden, ob die Symptome der Patienten andere Ursachen haben als ADHS. Dies lässt sich in der Regel anhand der jeweils hinweisenden anamnestischen und klinischen Befunde und des Verlaufs entscheiden.

Solche Ursachen können sein:

- Altersentsprechend hohes Aktivitätsniveau, insbesondere bei jüngeren Kindern
- Vorwiegend milieubedingte Verhaltensauffälligkeiten

- Isolierte Teilleistungsschwächen (Lese-Rechtschreib- oder Rechenstörung, Seh-, Hörstörungen)
- Anfallsleiden
- Nebenwirkungen medikamentöser Dauertherapie (z.B. Antikonvulsiva wie Valproat / Phenobarbital)
- Folgen eines Schlafapnoesyndroms
- Umschriebene Angststörungen
- Tic-Störungen, Tourette-Syndrom
- Zwangsstörung
- Isolierte Störungen des Sozialverhaltens
- Psychosen
- Autismus
- Fragiles X
- Schilddrüsenüberfunktion (bei Hyperthyreose, Schilddrüsenhormonresistenz – beides außerordentlich seltene Krankheitsbilder)

3.5. Nachweisdiagnostik

Die Diagnose ADHS kann gestellt werden, wenn (nach Exploration, Verhaltensbeobachtung) die Diagnosekriterien nach DSM-IV erfüllt werden [nachstehend für diese Leitlinien übersetzte Originalfassung]:

A. Entweder eins oder beides

1) 6 (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit haben seit wenigstens 6 Monaten bestanden in einem unpassenden und nicht dem Entwicklungsstand entsprechenden Ausmaß:

Unaufmerksamkeit

- a) Beachtet oft Einzelheiten nicht genau oder macht Flüchtigkeitsfehler bei schulischen Aufgaben, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- b) Hat oft Mühe, längerfristig aufmerksam zu sein bei Arbeit oder Spiel
- c) Scheint oft nicht zuzuhören, wenn direkt angesprochen
- d) Führt oft Anweisungen nicht vollständig aus oder beendet Arbeiten in der Schule, zuhause oder am Arbeitsplatz nicht (nicht verursacht durch oppositionelles Verhalten oder weil die Anweisungen nicht verstanden wurden)
- e) Hat oft Mühe, Aufgaben und Tätigkeiten planvoll abzuwickeln
- f) Vermeidet, übernimmt nur ungern oder verweigert oft Aufgaben, die anhaltende Konzentration erfordern (z.B. in der Schule oder bei den Hausaufgaben)
- g) Verliert oft Dinge, die für Aufgaben und Tätigkeiten notwendig sind (z.B. Spielzeug, Hausaufgabenheft, Schreibstifte, Bücher oder Werkzeug)
- h) Wird oft leicht abgelenkt durch unwesentliche Reize
- i) Ist oft vergesslich bei Alltagstätigkeiten

2) 6 (oder mehr) der folgenden Symptome von Hyperaktivität-Impulsivität haben seit wenigstens 6 Monaten bestanden in einem unpassenden und nicht dem Entwicklungsstand entsprechenden Ausmaß:

Hyperaktivität

- a) Zappelt oft mit Händen oder Füßen oder windet sich auf dem Stuhl
- b) Verlässt oft den Sitzplatz im Klassenzimmer oder in anderen Situationen, bei denen Sitzenbleiben erwartet wird
- c) Rennt oft herum oder klettert überall hoch in unpassenden Situationen (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann sich dies lediglich in einem Gefühl der Ruhelosigkeit äußern)
- d) Hat oft Mühe, bei Spiel und Freizeitaktivitäten keine Geräusche zu machen
- e) Ist oft umtriebig oder benimmt sich oft wie von einem Motor angetrieben
- f) Redet oft übermäßig viel

Impulsivität

- g) Platzt oft mit der Antwort heraus, bevor Fragen komplett gestellt sind
- h) Hat oft Mühe zu warten, bis er/sie an der Reihe ist
- i) Unterbricht oder stört oft andere (mischt sich z.B. in Unterhaltungen oder Spiele ein)

B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit mit beeinträchtigender Wirkung waren vor dem Alter von 7 Jahren vorhanden.

C. Beeinträchtigung durch die Symptome tritt in 2 oder mehr Bezugssystemen auf (z.B. in der Schule [am Arbeitsplatz] und zuhause).

D. Es muss eine deutliche Beeinträchtigung im sozialen, Lernleistungs- oder beruflichen Bereich vorliegen.

E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Rahmen einer umfassenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie, oder anderen Psychose auf und sind nicht besser erklärt durch eine andere psychische Störung (z.B. emotionale Störung, Angststörung, Dissoziationsstörung, abnorme Persönlichkeit).

Subtypen nach DSM-IV siehe oben unter "Krankheitsbezeichnung".

ADHS-spezifische Fragebögen haben eine hohe diagnostische Trennschärfe.

[Bezugsquellen für diese Fragebögen und weitere hilfreiche Materialien, die die Durchführung der Exploration und die Erfassung der DSM-IV - Kriterien erleichtern, sind bei Döpfner et al., 2000, zu finden.]

3.6. Entbehrliche Diagnostik

Apparative Diagnostik; ausgenommen EEG bei Verdacht auf Anfallsleiden.

3.7. Hinweise, wer welche diagnostischen Prozeduren ausführen sollte

Primäre Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche mit Lern-Leistungs- und/oder Verhaltensauffälligkeiten ist der betreuende Hausarzt, in der Regel der Kinder- und Jugendarzt. Dort sollte geklärt werden, ob die Diagnosekriterien nach DSM-IV für ADHS zutreffen. Da der Kinder- und Jugendarzt die Entwicklung seiner Patienten und sein familiäres Umfeld meist von klein auf beobachtet, kann er entsprechend auffälliges Verhalten frühzeitig bemerken und bei Auftreten von Beeinträchtigungen diagnostisch [und therapeutisch] tätig werden.

Bezüglich weiterführender diagnostischer Maßnahmen (testpsychologische Untersuchungen, sonstige Diagnostik bei bedeutsamen Komorbiditäten) sollte der Kinder- und Jugendarzt - soweit sie nicht selbst durchgeführt werden können - mit Kinder- und Jugendpsychiatern oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kooperieren.

4. THERAPIE

Therapieziele: Soziale Integration, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, genügend stabiles Selbstwertgefühl; Gewährleistung einer begabungsentprechenden Schul- und Berufsausbildung

Rahmenbedingungen für die Durchführung der Therapie: In Anbetracht des chronischen und wechselvollen Verlaufs ist eine wohnortnahe kontinuierliche, auch kurzfristig zugängliche Betreuung von Patient und Familie nötig. Dies gewährleistet die Möglichkeit der bedarfsorientierten Gesprächstherapie, der Kontaktaufnahme zu Erziehern/Lehrern, der Indikationsstellung zu und weitgehend auch der Durchführung von ergänzenden diagnostischen Maßnahmen, der Durchführung und Kontrolle der medikamentösen Therapie, der Indikationsstellung zu ergänzenden Therapien. - Diese therapeutischen Rahmenbedingungen sind am besten in der kinder- und jugendärztlichen Praxis zu erfüllen. Von dort sollte die multimodale Therapie koordiniert werden in Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilmittelerbringern u.a.

4.1. Kausale Behandlung

Eine Behandlung der Ursache von ADHS, die wahrscheinlich in einer Veränderung von Transmitteraktivität regulierenden Genen liegt, ist nicht möglich.

4.2. Allgemeine symptomatische Maßnahmen

4.2.1. Gespräch mit den Eltern, älteren Kindern/Jugendlichen und Erziehern/Lehrern über das Krankheitsbild, dessen Pathogenese, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf

Damit sollten auch von den Eltern Schuldgefühle und Vorwürfe, "in der Erziehung versagt zu haben", und von den Kindern der Vorwurf, "nur böse zu sein", genommen werden.

4.2.2. Eingehendes (und im Verlauf öfter zu wiederholendes) Gespräch über Maßnahmen im gegenseitigen Umgang, die die ADHS-spezifischen Besonderheiten des Kindes berücksichtigen.

Verlässliche Strukturierung des Tagesablaufs mit geregelter Zeitabfolge für Mahlzeiten, Arbeit, Spiel/Freizeitaktivitäten

Im Umgang mit dem Kind: Regeln für Abläufe und Pflichten vereinbaren, konsequent Grenzen setzen, Absprachen über Belohnungen und Strafen, "Positives bestärken, Negatives (soweit nicht wesentlich) weniger beachten", Zuneigung spontan zeigen

Freiräume für den/die Hauptbelastete(n) in der Familie zur Erholung sicherstellen

Empfehlung für Freizeit: Fernsehkonsum dosieren, Sport (Judo o.ä., Reiten), gut strukturierte Jugendgruppe

4.2.3. Behandlung von Teilleistungsschwächen, anderen Komorbiditäten, erheblichen intrafamiliären Problemen (soweit unter medikamentöser Therapie überhaupt noch nötig und abhängig von den regional vorhandenen Möglichkeiten)

Störung der Körperkoordination, Körperwahrnehmung, auch bei visumotorischen und leichteren sozialen Integrationsstörungen: Ergotherapie, Psychomotorik

Lese-Rechtschreib-, Rechenschwäche: entsprechende Therapien

Erhebliche intrafamiliäre Probleme: Familien-/Erziehungsberatung, Elterntaining, Psychotherapie

Oppositionell-aggressives Verhalten, Angststörungen, Depressionen: Psychotherapie

Kognitive Therapie von Schulkindern/Jugendlichen (Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagement)

Förderkindergarten, Förderschule (kleine Gruppen mit der Möglichkeit intensiverer pädagogischer Förderung, teils auch Übungsbehandlungen der Teilleistungsschwächen dort möglich)

4.2.4. Hinweis auf Selbsthilfegruppen

Diese Gruppen sind für Eltern und Selbstbetroffene insbesondere deswegen eine große Hilfe, weil sie dort mit ebenfalls Betroffenen frei über ihre Probleme sprechen können.

4.3. Medikamentöse Therapie

4.3.1. Indikation

Bei deutlicher Beeinträchtigung im Leistungs- und psychosozialen Bereich, Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und Eltern und somit Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes ist die medikamentöse

Therapie zwingend indiziert. Spontanremissionen gibt es praktisch nie; ohne medikamentöse Behandlung verschlechtert sich die Situation meist zunehmend.

Auch für viele Vorschulkinder ergibt sich bereits ein Behandlungsbedarf (nach DSM-IV treten die Symptome bereits vor dem Alter von 7 Jahren in Erscheinung). Hier haben Frühförderung, heilpädagogische Maßnahmen und Ergotherapie durchaus ihren Stellenwert. Aber auch die medikamentöse Therapie ist in vielen Fällen notwendig, um zunehmende Entwicklungsverzögerung, Sekundärstörungen und Ausgrenzung zu verhindern. Gerade in ungünstigem sozialem Umfeld haben diese Kinder ein hohes Risiko für emotionale und körperliche Mißhandlung. Oft sind Übungsbehandlungen (z.B. Logopädie, Ergotherapie) erst bei medikamentöser Therapie der Kinder erfolgreich.

4.3.2. Medikamente

Psychostimulantien (auf BTM-Rezept zu verordnen)	Wirkungs- eintritt	Wirkdauer	Mittl. tägl. Dosis (immer individuell nach Wirkung do- sieren!)	Kontra- indikationen
Methylphenidat (Medikinet®, Ritalin®; Tabl. à 10mg)	Ca. 20 Min.	2-4 Stdn (Maximum nach 1 Stde)	0,5-0,8 mg/kg KG	Psychosen Extreme Angstzustände
DL-Amphetamin (Rezeptur als Saft; Tabl.,Kapseln möglich)	30-60 Min.	3-6 Stdn (Maximum nach 1 1/2 Stdn)	0,2-0,5 mg/kg KG	
Methylphenidat in retardierter Form* (Ritalin SR®; Tabl. à 20mg)	(30)-60 Min.	6-8 Stdn	1 mg/kg KG	

Es besteht keine Korrelation zwischen Körpergewicht und notwendiger Dosis! Die angegebenen mg/kg KG sind Durchschnittswerte und können individuell unter- oder überschritten werden.

*Oft ist Kombination mit nicht retardiertem Methylphenidat nötig; Ritalin SR® ist in Deutschland nicht zugelassen, Bezug möglich über internationale Apotheken auf BTM-Rezept mit Vermerk A.

4.3.3. Wirkungen

Deutlich bessere Aufmerksamkeit, Selbststeuerung, Ausdauer, Konzentration

Besseres Zuhörenkönnen und sinnvolles Umsetzen des Gehörten

Verständnis für Logik, Zusammenhänge und Ermahnungen, Einsicht

Bessere Schrift und Rechtschreibung, weniger Flüchtigkeitsfehler

Bessere Körperkoordination, Wahrnehmung und Ausführung von Mimik, Gestik und Körpersprache

Weniger Reden und Geräusche machen

Bessere Motivation, Leistung zu erbringen, Dinge zu Ende zu bringen

Spaß an Arbeit und Leistung

Wirkungen gleich bei Methylphenidat und DL-Amphetamin; bei Methylphenidat früherer Wirkungseintritt, kürzere Wirkdauer und etwa 1/3 höhere Dosis nötig als bei DL-Amphetamin. DL-Amphetamin ist daher besonders dort geeignet, wo eine längere Wirkdauer gewünscht wird, wenn früh nur eine Dosis gegeben werden kann (Kindergartenkinder oder bei solchen Schulkindern, bei denen die Gabe einer eventuell nötigen 2. Dosis am Vormittag nicht durchführbar ist).

Psychostimulantien wirken dopaminagonistisch.

In der Literatur wird angegeben, dass 70-85% der ADHS-Patienten auf die Stimulantientherapie ansprechen.

4.3.4. Nebenwirkungen (gleich bei Methylphenidat und DL-Amphetamin)

In abnehmender Häufigkeit:

- Appetitmangel
- Schlafstörungen (verschwinden z.T. unter niedriger abendlicher Stimulantiengabe)
- Dysphorie, Weinerlichkeit
- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen
- Schwindel
- Reboundhyperaktivität bei Nachlassen der Wirkung
- Auslösung oder Verschlechterung bestehender Tic-Störung
(fast immer vorübergehend, manchmal Aufhören der Tics unter Stimulantienbehandlung, persistierend bei 1%; evtl. zusätzliche Behandlung nötig)
- Vorübergehende Wachstumsverlangsamung bei normaler Endgröße
- Dosisabhängige Puls- und Blutdruckerhöhung (bei Kindern extrem selten)

In Langzeitstudien konnten keine negativen psychischen oder somatischen Auswirkungen durch die Therapie mit Psychostimulantien festgestellt werden. Im normalen Dosisbereich (unter 1 mg/kg KG/Tag) treten nur selten - und meist nur zu Beginn der Behandlung - Nebenwirkungen auf. Die meisten Nebenwirkung lassen sich beherrschen durch Verminderung der Dosis, Änderung der Verabreichungszeiten oder Wechsel des Medikamentes. Es gibt sicher keine Suchtentwicklung (körperliche oder psychische Abhängigkeit) unter der Stimulantientherapie. Die Gefahr des Drogenmißbrauchs wird durch Stimulantienbehandlung sogar gemindert. Bei Langzeitbehandlung tritt in üblicher Dosierung keine Toleranzentwicklung ein. Eine antikonvulsive Behandlung ist kein Hindernis für die Stimulantientherapie.

4.3.5. Praktisches Vorgehen bei der Stimulantientherapie

Informationsgespräch mit Eltern und (älteren) Kindern/Jugendlichen über die medikamentöse Therapie:
Aufklärung über Wirkweise, Nutzen und mögliche Nebenwirkungen (wobei auch über in der Öffentlichkeit kursierende Vorurteile gesprochen werden sollte).

Bereitschaft für sofortige Rückfragen bei Unsicherheiten oder Problemen.

Einstellungsphase:

1/2 Tablette Methylphenidat (oder ca. 2/3 dieser Dosis als DL-Amphetaminsaft), im Vorschulalter halbe Dosis, früh 1 Woche lang; dann wöchentliche Steigerung um eine 1/4 bis 1/2 Tablette (bzw. entsprechende Saftmenge) unter Einführung einer Mittagsdosis (im allgemeinen etwas niedriger als die Frühdosis), bis deutliche Wirkung merkbar. - Dies ist ein mögliches Modell für Höhe der Initialdosis und Steigerungsgeschwindigkeit, von dem sich in Literatur und Praxis häufig Abweichungen finden.

Bei größeren Schulkindern ist 3-malige, manchmal auch häufigere Gabe nötig, abhängig von der individuellen Wirkdauer.

Steigerung bis maximal 1mg/kg KG/Tag; wenn dann immer noch keine deutliche Wirkung merkbar, dringend Diagnose überprüfen! In Einzelfällen kann eine höhere Dosis nötig sein oder ein Wechsel auf DL-Amphetamin versucht werden.

Rücksprache mit den Eltern jeweils nach 1 Woche (wichtig für Führung und Sicherheit der Eltern, Compliance), Eltern-Tagebuch.

Rückfragen der Eltern bei Erziehern in Kindergarten oder Schule nach 2-4 Wochen (die Eltern sollten diese vorher nicht über den Beginn der medikamentösen Behandlung informieren, damit eine unvoreingenommene

Bewertung erhalten werden kann; später Information der Erzieher sinnvoll).

Beurteilung des Therapieerfolges:

Ob die Höhe der Dosis, die Wirkdauer und die Frequenz der täglichen Gaben ausreichen, ist danach zu beurteilen, ob genügend lange genügend Wirkung (siehe 4.3.3.) zu beobachten ist. Beurteilt werden sollte dies anhand der Berichte von Eltern und Lehrern/Erziehern – ergänzbar durch Fragebögen zum Verlauf – und Leistungsnachweise wie Zeugnis, zwischenzeitliche Schulnoten, Heftführung, Schrift, eventuell Tests sowie die Verhaltensbeobachtung, wobei auch Videoaufzeichnungen hilfreich sind.

Dauerphase:

Bei konstanter Dosis bleiben; falls doch eine Dosisanpassung nötig erscheint, nur geringfügig (1/4 - 1/2 Tablette) ändern (zuvor evtl. Änderung der Einnahmezeiten – abhängig von der Wirkdauer – versuchen). Therapie auch an den Wochenenden und in den Ferien fortsetzen.

Keine eigenmächtigen Dosisänderungen durch Eltern oder Lehrer zulassen.

Pausen nur, wenn die Eltern meinen, es ginge problemarm auch ohne Medikamente.

Intermittierend Gespräche mit Patient und Eltern (Tagebuch), auch mit Erziehern/Lehrern.

1/2-jährlich körperliche Untersuchung (auch Gewicht, Länge); Blutuntersuchungen sind im Regelfall nicht nötig, manchmal für die Beruhigung der Eltern und Betreuer nützlich.

Therapiedauer:

So lange Bedarf besteht.

4.4. Interventionelle Therapiemaßnahmen

E-Schule, Heimschule mit spezieller pädagogischer Förderung (wenn die schulische Integration in Regelschule oder Förderschule nicht mehr möglich ist)

Jugendhilfemaßnahmen (Kooperation mit dem Jugendamt: Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe)

Teilstationäre oder stationäre Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (wenn mit den oben genannten therapeutischen Maßnahmen die Therapieziele nicht befriedigend zu erreichen sind) oder bei familiären Krisensituationen.

4.5. Diätetische Maßnahmen

In allen größeren Studien hat sich ein Nutzen von Diäten nicht nachweisen lassen. Bei begleitenden allergischen Erkrankungen kann eine gezielte Diät unter ärztlicher Kontrolle für die Gesamtsituation von Nutzen sein.

5. HABILITATION, REHABILITATION

Berücksichtigung der ADHS-Symptomatik in Kindergärten und Schulen und Ausbildungsstätten. Aufnahme des Krankheitsbildes in den Ausbildungskatalog von Lehrern, Erziehern, Ärzten, Psychologen und Therapeuten.

6. PRÄVENTION

Die einzig mögliche Prävention ist die Minimierung der Folgen des ADHS für Sozial- und Lernleistungsverhalten und Persönlichkeitsentwicklung durch frühzeitige Diagnosestellung, rechtzeitige und konsequente multimodale Therapie, langfristige und sorgfältige Therapieüberwachung. Dazu gehört die Kooperation mit Erziehern/Lehrern, Selbsthilfegruppen und nötigenfalls Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilmittelerbringern.

7. LITERATUR

American Academy of Pediatrics: Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics 105, 1158-1170 (2000)

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association (1994)

Baumgaertel, A., Wolraich, M., Dietrich, M.: Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 629-638 (1995)

Brühl, B., Döpfner, M., Lehmkuhl, G.: Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) - Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung* 9, 115-125 (2000)

Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G.: *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1.* Hogrefe, Göttingen (2000)

Skrodzki, K., Mertens, K. (Hrsg.): *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* borgmann publishing, Dortmund (2000)

Taylor, E., Sergeant, J., Döpfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H.-J., Eisert, H.-G.: Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7, 184-200 (1998)

The MTA Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 56, 1073-1086 (1999)

Trott, G.E.: Stimulantien. In: Nissen, G., Fritze, J., Trott, G.E.: *Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter.* Gustaf Fischer, Stuttgart (1998)

Hinweise

Verfahren zur Konsensusbildung:

Expertengruppe und Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. der Kinder- und Jugendärzte

Diese Leitlinien wurden bearbeitet von:

Priv.Doz. Dr. Dr. K.-P. Grosse, Dr. K. Skrodzki

Erstellungsdatum: 14.2.2001

Überarbeitungsdatum: 2003

Diese Leitlinie wurde erstellt auf der Basis des derzeitigen Wissensstandes über ADHS, wie er als Guidelines und in kontrollierten therapeutischen Studien publiziert wurde.

Die daraus entwickelten Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS orientieren sich an den pädiatriespezifischen Erfahrungen und Arbeitsmöglichkeiten. Die Schnittstellen zur Kooperation mit anderen Fachgruppen, insbesondere auch den Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sind dargestellt.

Die Entscheidung darüber, ob bestimmten Empfehlungen der Leitlinien gefolgt werden soll, muss vom Arzt unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden.

Leitlinie AG ADHS e.V. ©: Diagnostik und Therapie bei ADHS K.-P. Grosse, K. Skrodzki 14. 2. 2001