



Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag, ISBN: 3-7691-0421-8

Hyperkinetische Störungen (F90)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Hyperkinetische Störungen sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftreten.

1.2 Leitsymptome

Leitsymptome sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und Impulsivität. Nach ICD-10 (klinische Kriterien) müssen sowohl Unaufmerksamkeit als auch Überaktivität vorliegen. Die Forschungskriterien verlangen das Vorliegen von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität.

1.3 Schweregradeinteilung

Vermutlich handelt es sich um ein kontinuierlich verteiltes Merkmal. Der im DSM-IV beschriebene vorherrschend unaufmerksame Subtypus scheint eine weniger stark ausgeprägte Variante der Störung zu sein. Generell lässt sich der Schweregrad an der Intensität der Symptomatik, an dem Grad der Generalisierung in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Kindergarten/Schule, Freizeitbereich) und an dem Grad bemessen, in dem die Symptomatik nicht nur in fremdbestimmten Situationen (z.B. Schule, Hausaufgaben), sondern auch in selbstbestimmten Situationen (Spiel) auftritt.

1.4 Untergruppen

Hinsichtlich der Klassifikation von Subtypen konnte noch kein Konsens gefunden werden. Nach DSM-IV lassen sich hyperkinetische Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen) wie folgt unterteilen:

- Vorherrschend unaufmerksamer Subtypus
- Vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Subtypus
- Gemischter Subtypus.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht mehr alle notwendigen Symptome zeigen, kann die Diagnose nach DSM-IV durch den Zusatz "in partieller Remission" spezifiziert werden.

ICD-10 macht die Unterscheidung

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), bei der sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind.

Diese Kombinationsdiagnose wird durch die Häufigkeit begründet, mit der beide Störungen gemeinsam auftreten, und mit der im Vergleich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vermutlich ungünstigeren Prognose.

1.5 Ausschlussdiagnose

- Wenn bei Patienten mit Intelligenzminderung hyperkinetische Symptome vorliegen, dann müssen diese deutlich stärker ausgeprägt sein, als dies bei Menschen mit diesem Grad an Intelligenzminderung üblicherweise der Fall ist. Bei Patienten mit einem IQ unter 50 und extremer Unruhe sowie repetitivem Verhalten muss die Diagnose einer überaktiven Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4) erwogen werden

- Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)
- Weitere Ausschlussdiagnosen siehe Entscheidungsbaum für die Diagnose hyperkinetischer Störungen (s. Abb. 1).

2. **Störungsspezifische Diagnostik**

2.1 Symptomatik

Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen. Je älter das Kind ist, um so stärker wird es in die Exploration einbezogen. Die Informationen der Eltern sind jedoch meist zuverlässiger.

- Auftreten der Leitsymptome Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung
- Häufigkeit, Intensität und situative Variabilität der Symptomatik (z.B. Symptomatik in der Familie, bei fremdbestimmten oder bei selbstbestimmten Aktivitäten, Symptomatik im Kindergarten bzw. in der Schule)
- Elternfragebogen und (für ältere Kinder und Jugendliche) Selbsturteilsfragebogen zur Erfassung von hyperkinetischer Symptomatik können nützlich sein.

Informationen vom Kindergarten/von der Schule mit Einverständnis der Eltern (telefonisch, direkter Kontakt, Berichte oder Fragebogen)

- Auftreten der Leitsymptome Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung
- Häufigkeit, Intensität und situative Variabilität der Symptomatik
- Informationen der Eltern über das Verhalten des Kindes im Kindergarten bzw. in der Schule sind in der Regel nicht ausreichend.

Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen während der Exploration sowie während körperlicher und psychologischer Untersuchungen hinsichtlich des Auftretens hyperkinetischer Symptomatik (Symptome der hyperkinetischen Störung müssen jedoch nicht unbedingt beobachtbar sein).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Exploration der Eltern

- Ungünstige Temperamentsmerkmale im Säuglingsalter (nicht notwendigerweise vorhanden)
 - Beginn der Leitsymptome der hyperkinetischen Störung (muss vor dem Alter von 6 Jahren liegen)
 - Verlauf der Symptomatik (konstant, fluktuierend, Beeinflussung durch andere Belastungen).
- Informationen vom Kindergarten bzw. der Schule über den Störungsverlauf soweit beurteilbar.

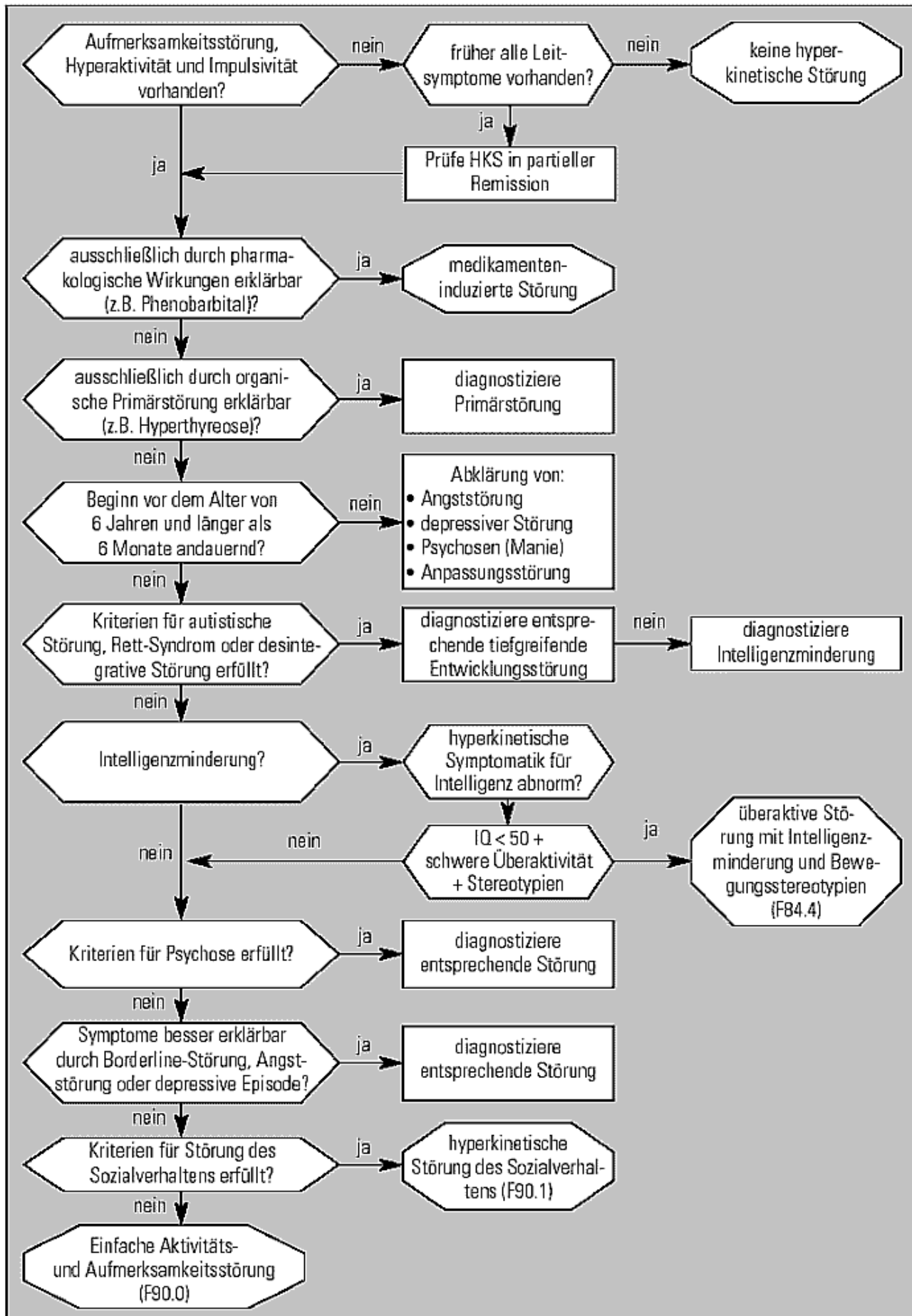


Abbildung 1: Entscheidungsbaum für die Diagnose hyperkinetischer Störungen

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörung

Exploration der Eltern, Informationen vom Kindergarten/von der Schule und Exploration des Patienten

- Störungen des Sozialverhaltens
- Umschriebene Entwicklungsstörungen, schulische Leistungsdefizite und Hinweise auf Teilleistungsschwächen
- Hinweise auf Intelligenzminderung (Lernbehinderung oder geistige Behinderung)
- Tic-Störungen (einschl. Tourette-Störung)
- Negatives Selbstkonzept oder depressive Störungen
- Angststörungen (insbesondere Leistungsängste)
- Beeinträchtigte Beziehungen zu Familienmitgliedern, zu Erziehern/Lehrern und zu Gleichaltrigen.

Die häufigste psychiatrische Komorbidität sind Störungen des Sozialverhaltens und umschriebene Entwicklungsstörungen. Emotionale Störungen werden am häufigsten übersehen.

Intelligenz-, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik zur Abklärung von Intelligenzminderung, umschriebenen Entwicklungsstörungen oder Lernstörungen, soweit indiziert (s. Kap. 2.5).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration der Eltern hinsichtlich abnormer psychosozialer Bedingungen und familiärer Ressourcen, insbesondere:

- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Mangelnde Wärme in den familiären Beziehungen
- Spezifische Bewältigungsstrategien der Eltern in kritischen Erziehungssituationen
- Störungskonzepte der Eltern, ihre Therapieerwartungen und ihre Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit.

Informationen vom Kindergarten/von der Schule

- Integration des Kindes in die Gruppe
- Belastende Bedingungen im Kindergarten/in der Schule (z.B. Klassengröße, Anteil verhaltensauffälliger Kinder)
- Ressourcen im Kindergarten/in der Schule (z.B. Kleingruppenunterricht, Kleingruppenbeschäftigung)
- Störungskonzepte der Erzieher/Lehrer, ihre Therapieerwartungen und ihre Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit.

Körperliche Untersuchung des Patienten

- Eine orientierende internistische und neurologische Untersuchung sollte durchgeführt werden
- Kontakt und Kooperation mit Haus- und/oder Kinderarzt
- Durchführung von Hör- und Sehtests, falls indiziert
- Andere medizinische Untersuchungen, falls indiziert.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Testpsychologische Diagnostik

- Zumindest eine orientierende Intelligenzdiagnostik wird bei allen Schulkindern empfohlen

- Bei Schulkindern ist immer dann eine ausführliche testpsychologische Untersuchung der Intelligenz und schulischer Teilleistungen notwendig, wenn Hinweise auf Leistungsprobleme (Noten, Klassenwiederholung, Sonderbeschulung) oder schulische Unterforderung vorliegen
- Bei Vorschulkindern wird eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik wegen der hohen Komorbiditätsraten von Entwicklungsstörungen und wegen der meist fehlenden zuverlässigen Angaben zum Entwicklungsstand grundsätzlich empfohlen.

Apparative Labordiagnostik. Zu achten ist auf mögliche begleitende körperliche Erkrankungen, z.B. Störungen des Schilddrüsenstoffwechsels sowie akute und chronische zerebrale Erkrankungen, die durch eine EEG-Ableitung ausgeschlossen werden sollten.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Exploration der Eltern, des Patienten und Informationen vom Kindergarten bzw. der Schule sowie Beobachtung in der Untersuchungssituation

- Störung des Sozialverhaltens (kann auch komorbide Störung sein)
- Intelligenzminderung in Form von Lernbehinderung oder geistige Behinderung (kann auch komorbide Störung sein)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (im Jugendalter; kann auch komorbide Störung sein)
- Depressive Episode oder Dysthymia (kann auch komorbide Störung sein)
- Panikstörung oder generalisierte Angststörung
- Manische Episode (v.a. im Jugendalter)
- Schizophrene Störung (v.a. im Jugendalter)
- Medikamenteneffekte, z.B. von Antiasthmatica, Phenobarbital, Antihistaminika, Steroiden, Sympathomimetika
- Organische/neurologische Primärstörung, z.B. Epilepsie (z.B. Petit mal), Hyperthyreose, Migräne (kann auch komorbide Störung sein)
- Desorganisierte, chaotische Familienverhältnisse; Misshandlung oder massive Vernachlässigung des Kindes, biopsychosoziale Belastungen; neurotoxische Substanzen in der Umgebung des Kindes/Jugendlichen (können auch komorbide Bedingungen sein).

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt.

3. **Multiaxiale Bewertung**

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Zusammenfassung der diagnostischen Ergebnisse und Überprüfung des situations-übergreifenden Vorliegens der Leitsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität. Sind auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt, dann wird eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) diagnostiziert.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung von umschriebenen Entwicklungsstörungen, von Intelligenzminderung, von organischen Erkrankungen, von begleitenden abnormen psychosozialen Bedingungen und Beurteilung der psychosozialen Anpassung.

3.3 Differentialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Abbildung 1.

4. **Interventionen**

4.1 Auswahl des Interventions-Settings

Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie kann in folgenden Fällen indiziert sein:

- Bei besonders schwer ausgeprägter hyperkinetischer Symptomatik
- Bei besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (z.B. Störungen des Sozialverhaltens)
- Bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten bzw. in der Schule oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen
- Nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und Beratung

Ansatzpunkte einer multimodalen Behandlung

Die Behandlung wird in der Regel als multimodale Behandlung durchgeführt.

Die multimodale Behandlung der hyperkinetischen Symptomatik kann folgende Interventionen umfassen:

- Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und des Erziehers bzw. des Klassenlehrers (wird immer durchgeführt)
- Elterntraining (auch in Gruppen) und Interventionen in der Familie (einschl. Familientherapie) zur Verminderung der Symptomatik in der Familie
- Interventionen im Kindergarten/in der Schule (einschl. Platzierungs-Interventionen) zur Verminderung der Symptomatik im Kindergarten/in der Schule
- Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter) zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining) oder zur Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens (Selbstmanagement)
- Pharmakotherapie zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule (im Kindergarten), in der Familie oder in anderen Umgebungen
- Außerdem können diätetische Behandlungen (oligoantigene Diät (II)) hilfreich sein. Weitere Studien sind jedoch notwendig, um die Wirksamkeit und die Indikation dieser Intervention genauer abschätzen zu können. Vermutlich ist diese Behandlung nur selten hilfreich, möglicherweise häufiger bei Kindern im Vorschulalter.

Zur Behandlung der komorbiden Störungen können ergänzend Interventionen durchgeführt werden, vor allem:

- Soziales Kompetenztraining bei sozialen Kompetenzdefiziten und aggressiven Verhaltensstörungen
- Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie (auf tiefenpsychologischer, nondirektiver oder verhaltenstherapeutischer Basis) zur Verminderung von geringem Selbstwertgefühl und/oder Problemen mit Gleichaltrigen
- Übungsbehandlungen zur Verminderung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Teilleistungsschwächen).

Multimodale Behandlung bei Schulkindern und bei Jugendlichen. Grundlage der multimodalen Behandlung ist die Aufklärung und Beratung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter), die immer durchgeführt wird. Die anderen Interventionen werden bei entsprechenden Indikationen durchgeführt, die dem Entscheidungsbaum für die multimodale Therapie bei Schulkindern und Jugendlichen (s. Abb. 2) entnommen werden können:

- Eine primäre Pharmakotherapie ist meist dann indiziert, wenn eine stark ausgeprägte, situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Patienten oder seines Umfeldes (z.B. drohende Umschulung in Sonderschule, massive Belastung der Eltern-Kind-Beziehung) vorliegt
- Liegt eine solche krisenhafte Zuspitzung nicht (mehr) vor und sind ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen und Impulsivität auch unter optimalen Arbeitsbedingungen in der Untersuchungssituation zu beobachten, dann kann ein Selbstinstruktionstraining indiziert sein. Das Kind ist dann typischerweise nicht in der Lage, auch bei dem Angebot von attraktiven Belohnungen Hausaufgaben über eine der Klassenstufe des Kindes angemessene Zeit mit angemessenem Arbeitstempo organisiert durchzuführen. Da nicht erwartet werden kann, dass durch das Selbstinstruktionstraining die meisten Symptome in der Familie und in der Schule vermindert werden

können, ist es sinnvoll, parallel Interventionen in der Familie und/oder in der Schule durchzuführen und nicht den Effekt eines isolierten Selbstinstruktionstrainings abzuwarten

- Treten hyperkinetische oder oppositionelle/aggressive (externale) Verhaltensstörungen im Unterricht auf, dann können Interventionen in der Schule (einschl. Aufklärung und Beratung der Lehrer) angezeigt sein. Sind diese Interventionen nicht (hinreichend) erfolgreich, dann kann alternativ (ergänzend) Pharmakotherapie indiziert sein
- Treten hyperkinetische oder oppositionelle/aggressive (externale) Symptome des Kindes/Jugendlichen in der Familie auf, dann können Elterntrainings mit Interventionen in der Familie angezeigt sein. Sind diese Interventionen nicht (hinreichend) erfolgreich, dann kann alternativ (ergänzend) Pharmakotherapie indiziert sein. Dies erscheint jedoch nur dann angezeigt, wenn hyperkinetische Symptome auch in der Schule auftreten. Ist das nicht der Fall, wird die Störung vermutlich durch spezifische familiäre Bedingungen aufrecht erhalten, die es durch andere Interventionen zu behandeln gilt
- Wenn Symptome sowohl in der Familie als auch in der Schule auftreten, sollten Interventionen in der Familie und in der Schule parallel durchgeführt werden, da Generalisierungen von einem Lebensbereich auf den anderen nicht von vornherein erwartet werden können
- Liegen nach der Behandlung der hyperkinetischen Symptomatik komorbide Störungen weiterhin vor, dann kann eine Behandlung dieser Störungen indiziert sein.

Multimodale Behandlung von Kindern im Vorschulalter. Bei der multimodalen Behandlung von Kindern im Vorschulalter sind folgende Abweichungen zu beachten:

- In erster Linie werden ein Elterntraining mit Interventionen in der Familie und im Kindergarten (II) sowie flankierende Maßnahmen und Platzierung in speziellen Einrichtungen durchgeführt
- Eine medikamentöse Therapie sollte erst erwogen werden, wenn diese Interventionen nicht ausreichen
- Kognitive Therapie des Kindes ist altersbedingt nicht durchführbar (II).

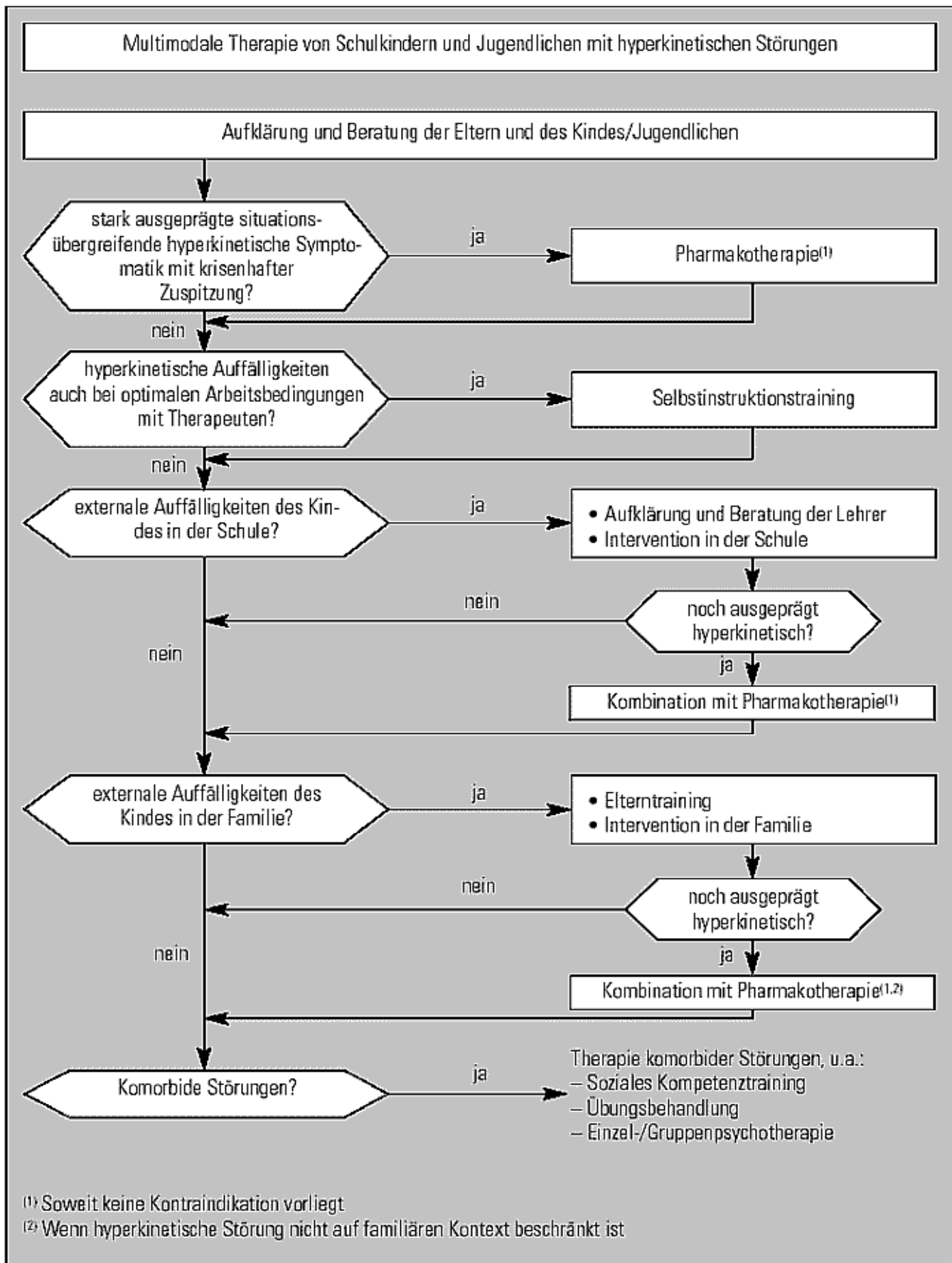


Abbildung 2: Hierarchie des therapeutischen Vorgehens bei hyperkinetischen Störungen

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Aufklärung und Beratung (Psychoedukation). Die Aufklärung und Beratung der Eltern wird immer durchgeführt. Aufklärung und Beratung des Kindes kann etwa ab dem Schulalter in altersangemessener Form vorgenommen werden. Die Beratung der Erzieher bzw. der Lehrer wird mit Einverständnis der Eltern immer dann durchgeführt, wenn im Kindergarten/in der Schule behandlungsbedürftige Symptome auftreten.

Die Aufklärung und Beratung der Eltern und der Erzieher/Lehrer oder anderer wichtiger Bezugspersonen (III) umfasst:

- Information hinsichtlich der Symptomatik, der vermuteten Ätiologie und des vermutlichen Verlaufes sowie der Behandlungsmöglichkeiten
- Beratung hinsichtlich pädagogischer Interventionen zur Bewältigung konkreter Problemsituationen, insbesondere
 - durch positive Zuwendung bei angemessenem Verhalten
 - durch angemessene Aufforderungen und Grenzsetzungen in einer eindeutigen Weise
 - durch angemessene negative Konsequenzen bei auffälligem Verhalten.

Bei der Beratung der Eltern müssen die konkreten familiären Bedingungen und Belastungen berücksichtigt werden.

Die Aufklärung und Beratung des Kindes/Jugendlichen (III) wird ab dem Schulalter entsprechend dem Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen durchgeführt und umfasst:

- Information hinsichtlich der Symptomatik, der vermuteten Ätiologie und des vermutlichen Verlaufes sowie der Behandlungsmöglichkeiten
- Anleitung zur Selbstbeobachtung und Selbststeuerung.

Elternt raining und Interventionen in der Familie (I) (einschl. Familientherapie) zur Verminderung externaler (hyperkinetischer/aggressiver) Symptomatik in der Familie

- Voraussetzung für die Durchführung von Elternt rainings und von Interventionen in der Familie ist die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugsperson sowie das Vorhandensein von Ressourcen in der Familie, die bei den Interventionen genutzt werden können
- Das Elternt raining einschl. der verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Familie beinhaltet die Anwendung positiver Verstärkung und negativer Konsequenzen bei umschriebenem Problemverhalten in spezifischen Problemsituationen unter Einbeziehung spezieller verhaltenstherapeutischer Techniken (Token-Systeme, Verstärker-Entzug, Auszeit)
- Selbstmanagement-Interventionen (mit Selbstbeobachtung, Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung) sollten ab dem Schulalter Bestandteil der Interventionen in der Familie sein
- Bei Störungen der familiären Beziehungen und bei Jugendlichen können familientherapeutische Interventionen (auf verhaltenstherapeutischer, struktureller, systemischer oder analytischer Basis) hilfreich sein.

Interventionen im Kindergarten/in der Schule (I) (einschl. Platzierungs-Interventionen) zur Verminderung externaler (hyperkinetischer/aggressiver) Symptomatik im Kindergarten/in der Schule

- Bei Vorschulkindern mit stark ausgeprägter Symptomatik kann eine Platzierung in einer vorschulischen Sondereinrichtung indiziert sein
- Bei Schulkindern Zusammenarbeit mit der Schule, den Schulbehörden und den Eltern bei der Platzierung des Kindes in einer Schule/Klasse, die der grundlegenden schulischen Leistungsfähigkeit des Kindes entspricht. Eine Sonderbeschulung ist jedoch nicht grundsätzlich notwendig
- Interventionen im Kindergarten/in der Schule auf verhaltenstherapeutischer Basis setzen Kooperation der Erzieher bzw. des Lehrpersonals sowie Ressourcen voraus, die durch die Interventionen aktiviert werden können
- Verhaltenstherapeutische Interventionen im Kindergarten/in der Schule beinhalten die Anwendung positiver Verstärkung und negativer Konsequenzen bei umschriebenem Problemverhalten in spezifischen Problemsituationen unter Einbeziehung spezieller verhaltenstherapeutischer Techniken (Token-Systeme, Response-Cost, Auszeit)

- Selbstmanagement-Interventionen (mit Selbstbeobachtung, Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung) sollten ab dem Schulalter Bestandteil der Interventionen in der Schule sein.

Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen (II) zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen und/oder zur Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens

- Kognitive Therapie ist bei Kindern ab dem Schulalter durchführbar
- Eine ausschließliche Behandlung des Kindes/Jugendlichen mit Selbstinstruktionstraining oder Selbstmanagement-Interventionen ist im Allgemeinen nicht hinreichend erfolgversprechend.

Pharmakotherapie zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule (im Kindergarten), in der Familie oder in anderen Umgebungen. Wenn medikamentöse Behandlung empfohlen wird, sind die Eltern über Nutzen und Risiken der Durchführung und Unterlassung der medikamentösen Therapie zu informieren. Die Information sollte folgende Aspekte beinhalten:

- Erwartete Veränderungen der Symptomatik
- Dosierung und Verlauf der medikamentösen Therapie
- Mögliche unerwünschte Wirkungen. Bei medikamentöser Behandlung sind die Effekte in der Schule, zu Hause und während anderer Aktivitäten des Kindes zu kontrollieren. Das Kind ist als aktiver Teilnehmer in diesen Prozess einzubinden.

Psychostimulanzien sind im Allgemeinen die Medikation der Wahl (I). Absolute Kontraindikationen liegen nicht vor. Als relative Kontraindikationen, vor allem für eine initiale Behandlung, gelten:

- Anfallsleiden oder reduzierte Hirnkrampfschwelle
- Vorhandene Tic-Symptomatik beim Kind/Jugendlichen oder Familienanamnese einer Tic-Störung
- Medikamentenmissbrauch/Drogenmissbrauch im unmittelbaren Umfeld des Kindes/Jugendlichen oder durch den Jugendlichen selbst. Bei einer Stimulanzientherapie zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule erfolgt die Gabe nur an Schultagen. Erfolgt die Medikation auch zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Familie, dann können tägliche mehrfache Gaben, auch an Wochenenden, notwendig sein. Eine Stimulanzienbehandlung kann auch während der Ferienzeit indiziert sein, wenn hierdurch die soziale Integration des Kindes in die Familie oder in die Gleichaltrigengruppen gewährleistet wird und keine Wachstumsverzögerungen auftreten. Mehrfache Gaben pro Tag sind indiziert, wenn längere Tagesabschnitte abgedeckt werden sollen oder wenn Rebound-Phänomene auftreten. Retard-Präparate können für eine kontinuierliche Wirkung über längere Tagesabschnitte besser geeignet sein.
- Eine individuelle Einstellung der optimalen Dosierung ist in kontrollierten Versuchen beginnend mit niedrigen Dosen notwendig. Die Tages-Dosierungen des am häufigsten verschriebenen Stimulans Methylphenidat liegen im Allgemeinen unter 1 mg/kg Körpergewicht bzw. überschreiten auch bei Jugendlichen selten eine Tagesdosis von 60 mg. Pulsfrequenz und Blutdruck sollten kontrolliert werden. Eine Übersicht über die Dosierungen anderer Stimulanzien kann Tabelle 1 entnommen werden. Wenn Methylphenidat nicht hinreichend wirksam ist, ist eine Behandlung mit Amphetamin (II) oder Fenetyllin (IV) angezeigt.

Die Wirksamkeit von Pemolin ist belegt (II). Doch darf die Substanz wegen vereinzelter Fälle von schwerer Leberschädigung nur von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschrieben werden, nachdem die Therapie mit Methylphenidat und mit Amphetamin bzw. Fenetyllin erfolglos war und andere Behandlungsformen allein nicht ausreichend sind. Pemolin darf nur bei lebergesunden Patienten mit normalen Leberfunktionswerten verschrieben werden. Zusätzlich gelten Auflagen zur Aufklärung und zur Verlaufskontrolle.

Antidepressiva (Imipramin, Desipramin) können ebenfalls in Betracht gezogen werden (II) .

- Blutdruck und Pulsfrequenz sollten vor der Verschreibung von Antidepressiva überprüft werden
- Ein EKG sollte in Betracht gezogen werden, wenn Beeinträchtigungen kardialer Funktionen vorliegen könnten
- Eine EKG-Überwachung sollte durchgeführt werden, wenn die Tagesdosis 3,5 mg/kg KG übersteigt

- Die Bestimmung von Serumspiegeln kann hilfreich sein, wenn Hinweise auf Toxizität und/oder mangelnde Medikamenten-Compliance vorliegen.

Die Risiken von **Neuroleptika** sind im Allgemeinen größer als ihr Nutzen bei der Behandlung hyperkinetischer Störungen, deshalb ist eine Behandlung mit Neuroleptika sorgfältig abzuwägen.

Im Vorschulalter sollte die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien eine Ausnahme darstellen und nur dann erfolgen, wenn die Symptomatik die soziale Integration des Kindes verhindert, altersnotwendige Entwicklungsschritte nicht ermöglicht und verhaltenstherapeutische Interventionen nicht hinreichend erfolgreich waren. In diesem Alter ist an eine alternative Medikation mit Antidepressiva (z.B. Imipramin) oder niederpotenten Neuroleptika (z.B. Pipamperon) zu denken.

Verlaufskontrolle

- Symptome der Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität
- Schulische Leistungen und schulisches Verhalten
- Emotionale Entwicklung
- Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Freizeitaktivitäten
- Familiäre Interaktionen und familiäre Beziehungen
- Bei medikamentöser Behandlung Kontrolle von Blutdruck, Pulsfrequenz, Körpergröße und Körpergewicht, Tics, Appetit, Affekt und anderen Nebeneffekten
- Bei Stimulanzienbehandlung ist ein- oder mehrmals pro Jahr die Durchführung kontrollierter Auslassversuche zur Überprüfung der Notwendigkeit der Weiterführung der Behandlung zu bedenken. Dies sollte in Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrern und mit Hilfe von Verhaltensbeurteilungen erfolgen. Bei der Behandlung mit Antidepressiva sind ähnliche Überlegungen indiziert, wobei auf das systematische Ausschleichen der Medikation zu achten ist.

Besondere Aspekte. Bei Jugendlichen sind Hinweise für das Vorliegen von Störungen des Sozialverhaltens, affektiven Störungen, Drogen-/Medikamentenmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen besonders zu beachten.

Wenn bei Jugendlichen neben der hyperkinetischen Störung auch Störungen des Sozialverhaltens oder Drogen-/Medikamentenmissbrauch vorliegen, ist die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass der/die Jugendliche verschriebene Medikamente missbraucht oder verkauft. Antidepressiva können in diesem Fall die Medikamente der ersten Wahl sein.

Bei hyperkinetischen Kindern mit Ticstörungen oder bei familienanamnestisch bekannten Ticstörungen wird die Stimulanzientherapie kontrovers diskutiert, sie ist jedoch nicht absolut kontraindiziert. Initial auftretende oder sich verstärkende Tics klingen häufig nach wenigen Wochen ab (II). Ticsymptome können sich unter Stimulanzientherapie auch verbessern (II). Wenn bei einer guten Response auf Stimulanzien ausgeprägte Tics persistieren, sollte eine Kombination mit Medikamenten erwogen werden, die gegen Tics wirksam sind.

Tabelle 1:
Dosierungsbereich für Stimulanzien bei Schulkindern

Chemische Kurzbezeichnung	Medikament	VZ (t)	mg/kg KG	Dosierung / Tag ca.	Anzahl der Einzelgaben
Methylphenidat	Ritalin (10 mg Tabl.)		1,0	10 – 40 mg	3
d- Amphetamin*	Amphetaminsaft		0,5	5 – 20 mg	
Fenyltyllin	Captagon (50 mg Tabl.)		1,5	12,5–100 mg	
Pemolin**	Tradon (20 mg Tabl.)		2,0	20 –100 mg	

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Teilstationäre Behandlung ist indiziert bei einem ausgeprägten Schweregrad, der die familiäre und schulische Integration gefährdet. Im Rahmen der teilstationären und stationären Behandlung sind intensive Therapieansätze möglich, wobei besonders folgende Aspekte zu beachten sind:

- Mototherapie und Ergotherapie können als ergänzende Behandlung indiziert sein
- Der Transfer von Verhaltensänderungen auf das natürliche soziale Umfeld des Kindes (Familie, Schule) ist besonders zu berücksichtigen

○ Beurteilung der schulischen Belastbarkeit im Kleingruppenunterricht.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.4.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Bei ausgeprägten hyperkinetischen Störungen sind häufiger langfristige Hilfen notwendig, die eine Kooperation mit der Jugendhilfe erfordern und die Hilfe zur Erziehung bzw. Eingliederungshilfe entsprechend § 27 bzw. 35 a nach SGB VIII erfordern.

Der Prävention von schulischen Leistungsdefiziten und von Störungen des Sozialverhaltens sollte besondere Beachtung geschenkt werden.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

○ Phosphatarme Diät gilt als obsolet

○ Die Wirksamkeit nondirektiver oder tiefenpsychologischer Therapie zur alleinigen Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht belegt

○ Die Wirksamkeit von Mototherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik und Ergotherapie zur alleinigen Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht belegt

○ Die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren (einschl. autogenem Training) bei der Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht hinreichend belegt.

Literatur:

- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41(Supplement) (2002) 26S-49S
- BARKLEY RA: Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford 1990
- DÖPFNER M, FRÖHLICH J, LEHMKUHL G: Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1. Göttingen: Hogrefe 2000.
- DÖPFNER M, SCHÜRMAN S, FRÖHLICH J: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP), 3. veränderte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1997
- DÖPFNER M, LEHMKUHL G: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 419-440
- DUPAUL G, STONER G: ADHD in the schools. Assessment and intervention strategies. New York: Guilford 1994
- STEINHAUSEN HC (Hrsg.): Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, 2, überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2000

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie:

Manfred Döpfner
Gerd Lehmkuhl

Erstellungsdatum:

Januar 1999

Letzte Überarbeitung: Mai 2003