

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 26. August 2005
auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats beschlossen:

Stellungnahme

zur

„Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“

- Fragen-Antworten-Katalog -

Häufige Fragen zu ADHS

Die im Folgenden angeführten Fragen und Antworten berühren die neun wichtigsten Themenkreise, die im Zusammenhang mit der ADHS bzw. HKS immer wieder erörtert werden. Sie richten sich an alle, die Menschen mit einer ADHS / HKS professionell betreuen, untersuchen und behandeln, aber ebenso auch an Eltern und Betroffene aller Altersgruppen.

1. Definition und Klassifikation

1.1 Was versteht man unter ADHS?

Frage 1

Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) handelt es sich um ein situationsübergreifendes Muster von Auffälligkeiten in drei Verhaltensbereichen. Diese sogenannten Kernsymptome der ADHS sind Unaufmerksamkeit (eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, eingeschränkte Daueraufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit), Hyperaktivität (allgemeine motorische Unruhe) und Impulsivität (mangelnde kognitive / emotionale Impulskontrolle). Die Auffälligkeiten müssen über das hinausgehen, was durch Alter und Entwicklungsstand erklärbar wäre. Ferner muss eine bedeutsame psychosoziale Beeinträchtigung in mehr als einem Lebensbereich auftreten (z. B. in der Familie und in der Schule). Schließlich müssen Auffälligkeiten länger als 6 Monate bestanden haben und schon im Vorschulalter beobachtbar gewesen sein. Genauere Diagnosekriterien sind in den Klassifikationsschemata nach ICD-10 und DSM-IV festgelegt.

1.2 Ist ADHS überhaupt eine psychische Störung?

Frage 2

Bei einer psychischen Störung geht es um Auffälligkeiten des Denkens, der Gefühle, der Bewegung und des sozialen Verhaltens, die zu einer psychosozialen Beeinträchtigung führen. Bei ADHS sind alle genannten Bereiche betroffen, wenngleich das Störungsmuster von Person zu Person unterschiedlich gewichtet sein kann. Die Verwobenheit der gestörten Funktionsbereiche ist für ADHS kennzeichnend und macht wesentlich den psychischen Charakter der Störung aus. Die Qualität und Sicherheit der Diagnose einer ADHS ist mit der anderer psychischer Störungen (z. B. Zwangsstörung, Schizophrenie) vergleichbar und zeigt Analogien mit Diagnosen anderer medizinischer Disziplinen (z. B. Bluthochdruck, Fettsucht).

1.3 Wieso gibt es die Bezeichnung ADHS erst seit einigen Jahren?

Frage 3

Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsproblemen, allgemeiner motorischer Unruhe und mangelnder Impulskontrolle wurden schon vor über 100 Jahren in der Fachliteratur beschrieben. Den engeren Zusammenhang dieser drei Verhaltensdimensionen hat man erst in jüngster Zeit durch systematische Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen festgestellt. Gleichzeitig hat man dabei erkannt, dass ab einer gewissen psychosozialen Beeinträchtigung eine Behandlungsbedürftigkeit besteht. Von daher wurde die diagnostische Zuordnung geleitet.

1.4 Gibt es einen Unterschied zwischen HKS und ADS?

Frage 4

Die hyperkinetische Störung (HKS) beinhaltet die gleichen Störungsbereiche wie ADHS. Die Bezeichnung HKS entstammt allerdings einem anderen Klassifikationsschema, nämlich den Diagnosekriterien nach ICD-10, die von der Weltgesundheitsorganisation ausgearbeitet wurden, während die Diagnosekriterien nach DSM von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft stammen. Gewisse Unterschiede in Detailfragen spielen für den klinischen Alltag keine wesentliche Rolle.

ADS (Aufmerksamkeitsdefizitstörung) stellt einen Untertyp von ADHS dar, d. h. bei diesen Kindern findet sich das Merkmal der allgemeinen motorischen Unruhe / mangelnden Impulskontrolle nicht, aber das Merkmal Unaufmerksamkeit ist vorhanden. Fälschlicherweise wird im deutschen Sprachraum die Abkürzung ADS oft als übergreifende Bezeichnung für das gesamte Problemfeld benutzt.

1.5 Gelten die Beschreibungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und beide Geschlechter gleichermaßen?

Frage 5

Die Diagnosekriterien und Kernsymptome sind am besten abgesichert für den Altersbereich von 6 bis 16 Jahre. Im Vorschulalter steht die allgemeine motorische Unruhe im Vordergrund, während bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen eher Aufmerksamkeits- und Impulskontrollprobleme das Bild bestimmen. In allen Alters- und Geschlechtsgruppen findet sich die voll ausgeprägte Symptomatik (ADHS) am häufigsten. Allerdings sind bei Mädchen im Vergleich zu Jungen häufiger alleinige Aufmerksamkeitsprobleme und seltener Impulskontrollprobleme festzustellen.

2. Epidemiologie

2.1 *Wie häufig kommt ADHS vor?*

Frage 6

Etwa 3-5% (300.000 - 500.000) der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind von ADHS betroffen. Deutlich höher ist die Zahl der Kinder, bei denen eine Abklärung wegen dieser Fragestellung erforderlich wird. und die eine weniger starke Symptom-Ausprägung haben.

2.2 *Sind eher Jungen oder Mädchen betroffen?*

Frage 7

Jungen sind insgesamt gegenüber Mädchen zwei- bis viermal häufiger betroffen. Mädchen mit ADHS weisen eher eine geringer ausgeprägte Kernsymptomatik der ADHS auf, haben aber häufiger intellektuelle Beeinträchtigungen und emotionale Auffälligkeiten (z. B. depressive Verstimmung). Möglicherweise wird ADHS bei Mädchen häufiger übersehen.

2.3 *Findet man ADHS häufiger in westlichen Gesellschaften?*

Frage 8

Weltweite Untersuchungen zeigen im interkulturellen Vergleich eine ähnliche Häufigkeit von ADHS in allen Ländern.

2.4 *Hat ADHS in den letzten Jahren zugenommen?*

Frage 9

Verschiedene Untersuchungen weisen aus, dass ADHS in den letzten Jahren keinesfalls zugenommen hat. Allerdings ist die Wahrnehmung des Phänomens in Medien und Gesellschaft deutlich gestiegen und hat daher mancherorts zu dem Eindruck geführt, dass ADHS häufiger geworden sei; eventuell weisen heutzutage mehr Kinder mit ADHS eine psychosoziale Beeinträchtigung auf, weil sie einerseits höheren Leistungsanforderungen (z. B. Schule) genügen müssen und es gleichzeitig an manchen äußeren Strukturhilfen (z. B. kompetente Erziehung) mangelt. Genauere Untersuchungen dazu stehen noch aus.

2.5 Sind Kinder mit ADHS weniger intelligent?

Frage 10

Grundsätzlich zeigen Kinder mit ADHS normale geistige Leistungsfähigkeit. Allerdings erschwert die Symptomatik einer ADHS die möglichst gute Nutzung der vorhandenen geistigen Leistungsfähigkeit, so dass diese Kinder hinter ihrem tatsächlichen Leistungsniveau zurückbleiben.

2.6 Gibt es Hinweise für eine Überdiagnostik / Überbehandlung von ADHS?

Frage 11

Jüngste Untersuchungen von Krankenkassendaten in Hessen sprechen weder für eine generelle Überdiagnostik noch für eine Überbehandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. In einzelnen Fällen können jedoch diagnostische Fehleinschätzungen vorkommen.

2.7 Wie oft kommt ADHS gemeinsam mit anderen Störungen vor?

Frage 12

ADHS ist in der Regel von mindestens einer anderen Auffälligkeit begleitet. Bei etwa 80% der Betroffenen findet sich eine zusätzliche Störung und bei mehr als 60% finden sich sogar zwei zusätzliche Störungen. Von daher ist bei der Diagnostik große Fachkenntnis, Sorgfalt, Geduld und Zeit wichtig, damit die weiteren Weichen richtig gestellt werden.

3. Diagnostik

3.1 Wohin soll ich mich wenden?

Frage 13

Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind die besten Ansprechpartner. In der Regel sind diese Ärzte in interdisziplinäre Netzwerke eingebunden und können nach der Diagnostik ein gezieltes individuelles Behandlungsprogramm durchführen.

3.2 Welche Untersuchungen sind erforderlich?

Frage 14

Ziele der Diagnostik sind die Erfassung der individuellen Symptomatik, das Erkennen der individuellen Umgebungsbedingungen, die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen Störungen sowie die Erfassung von kognitiven, motorischen, emotionalen und sozialen Faktoren. Dabei wird im Rahmen der Anamnese ein umfassendes Interview

geführt, eine körperliche Untersuchung gehört dazu ebenso wie der psychiatrische Status und Beobachtung, Beschreibung und Bewertung des Verhaltens. Erforderlichenfalls sind neuropsychologische Untersuchungen mit entsprechender Verhaltensbeobachtung angezeigt. Fragebogen können eine ergänzende Hilfe bei der diagnostischen Einschätzung darstellen.

3.3 Können die Symptome auch Hinweise auf andere Störungen sein? Frage 15

In der differentialdiagnostischen Abklärung sind zu allererst Varianten eines altersentsprechenden Verhaltens zu berücksichtigen. Eine Störung des Sozialverhaltens kann auch ohne die Kernsymptomatik einer ADHS vorliegen, auch eine umschriebene Entwicklungsstörung (z. B. Lese-Rechtschreibschwäche) kann isoliert vorkommen und ebenso wie z. B. Depressivität, Angst, Zwangsmerkmale und anderes mangelnde Aufmerksamkeit mit sich bringen. Es sind also eine ganze Reihe von Abwägungen und Abgrenzungen zu berücksichtigen, damit diagnostische Klarheit geschaffen werden kann.

3.4 Gibt es einen speziellen Test zur Feststellung von ADHS? Frage 16

Bisher gibt es keine apparativen oder psychologischen Untersuchungsverfahren, die alleine ausreichen, um die Diagnose einer ADHS zu sichern. Man darf auch keine Diagnostik alleine mit Fragebögen betreiben. Grundlage der Diagnostik ist nach wie vor die sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte und die klinische Untersuchung.

3.5 Was können Lehrer und Bezugspersonen zur Diagnostik beitragen? Frage 17

Es ist wichtig, die Verhaltens- und Erlebensweisen des Patienten in verschiedenen sozialen Umgebungen durch verschiedene Informanten zu erfassen, um ein möglichst geschlossenes Bild zu erhalten, da z. B. Lehrer und Eltern die Kinder unter verschiedenen Blickwinkeln betrachten und in unterschiedlichen Situationen erleben und Situationen sehen. Entsprechende Gespräche mit diesen Personen und Fragebogenerhebungen tragen zur Sicherung der Diagnose bei.

3.6 Ab welchem Alter kann man die Diagnose ADHS stellen? Frage 18

Ab dem Alter von etwa 6 Jahren sind die diagnostischen Zuordnungen zu den Kernsymptomen Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und mangelnde Impulskontrolle relativ gut. Aber schon im Kindergartenalter können sich typische Auffälligkeiten von ADHS zeigen

und von daher die Diagnose ADHS gestellt werden: Schlechte Steuerung der Motorik und Koordination, soziale Interaktionsprobleme mit mangelnder Impulskontrolle und Aggressivität, Ungehorsam und soziale Isolation sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme. Allerdings bestehen im Altersbereich zwischen 4 – 6 Jahren gewisse diagnostische Unsicherheiten, da eine Abgrenzung von anderen Störungen mit ähnlichen Symptomen sehr schwer ist; vor allem, wenn die Symptomatik nur mittelgradig ausgeprägt ist. In den ersten drei Lebensjahren sollte man daher lediglich von Risikofaktoren sprechen, wenn Kinder hinsichtlich Motorik und anderer Verhaltensweisen auffällig sind. Letztere können nicht nur Vorboten einer ADHS, sondern einer Vielzahl anderer psychischer Störungen sein.

3.7 *Warum ist eine sorgfältige Diagnosestellung so wichtig?*

Frage 19

Eine sorgfältige und umfassende Diagnostik ist die Voraussetzung für ein gezieltes und maßgeschneidertes individuelles Behandlungsprogramm. Nur so kann die Voraussetzung für eine Besserung der Lebenssituation des Kindes und der Familie geschaffen werden. Man sollte allerdings bedenken, dass sich, sowohl durch den natürlichen Verlauf von ADHS als auch durch die allgemeine Entwicklung des Patienten sowie eine Behandlung, die Problematik leicht verändern kann. Von daher ist über die Zeit eine so genannte Verlaufsdagnostik zu betreiben, die es erlaubt, das Behandlungsprogramm zu optimieren.

4. Ursache und Entstehung

4.1 *Kann ADHS vererbt werden?*

Frage 20

Sowohl genetische als auch umweltbedingte Faktoren spielen bei der Entstehung von ADHS eine Rolle. Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien sowie molekulargenetische Untersuchungen weisen darauf hin, dass genetische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Verwandte ersten Grades weisen ein etwa fünffach erhöhtes Risiko auf, an ADHS zu erkranken; d. h. bei vielen Betroffenen liegt ein erbliches Risiko vor, welches entweder alleine oder erst im Zusammenwirken mit ungünstigen Umwelteinflüssen zum klinischen Erscheinungsbild führen kann. Wie das genau geschieht, ist bislang nicht bekannt.

4.2 Ist das Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft wichtig? Frage 21

Der schwangeren Frau obliegt eine sehr hohe Verantwortung. Kinder mit ADHS weisen eine höhere Rate an prä-, peri- und postnatalen Komplikationen auf. Auch Umweltfaktoren wie Nikotin- und Alkoholkonsum der Mutter (auch in kleinen Mengen), chronischer Stress, sowie Schwierigkeiten bei der nachgeburtlichen Versorgung des Säuglings spielen offenbar eine Rolle.

4.3 Welche Rolle spielen Erziehung und Ernährung? Frage 22

Psychosoziale Faktoren sind zwar nicht ursächlich für eine ADHS verantwortlich. Das Umfeld eines Kindes hat allerdings durch seine Ressourcen und Belastungen erhebliche Auswirkungen auf die Ausprägung und Bewältigung der Beeinträchtigungen, die aus der Störung resultieren. Pädagogische Kompetenzen und klar strukturierte Abläufe können in der Alltagssituation des familiären Lebens einen wesentlichen Beitrag zur Kompensation der Störung leisten. Niedrige Ausbildung der Mutter, niedriger sozio-ökonomischer Status, Alkoholprobleme beim Vater und allein erziehende Eltern stellen Risikofaktoren dar. Wie für alle Kinder ist eine ausgewogene vollwertige Ernährung wichtig. Ob einzelnen Ernährungsfaktoren besondere Bedeutung zukommt, ist unklar.

4.4 Ist die Gehirnentwicklung von Kindern mit ADHS von Anfang an auffällig? Frage 23

Ab dem Alter von 6 Jahren ließen sich bei Kindern mit ADHS bestimmte strukturelle und funktionelle Auffälligkeiten des Gehirns feststellen, die nicht durch andere Faktoren erklärt werden konnten. Demnach verläuft die Hirnentwicklung der Kinder mit ADHS wahrscheinlich von Anfang an anders als die ihrer Altersgenossen, zumindest in bestimmten Bereichen.

4.5 Welche Hirnfunktionen sind abweichend? Frage 24

Es sind vor allem die Hirnfunktionsbereiche, die von den zentralnervösen Überträgerstoffen Dopamin und Noradrenalin beeinflusst werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um das Stirnhirn, welches für die komplexe Steuerung höherer Hirnfunktionen zuständig ist, die sensomotorische Hirnrinde (eng verbunden mit Körperempfinden und Körperreaktionsverhalten), das Scheitelhirn mit seinem Netzwerk zur Aufmerksamkeitsorientierung, die tief im Gehirn liegenden Nervenzellansammlungen der Basalganglien (eingebunden in kognitive und motorische Verhaltensweisen) sowie das Kleinhirn mit seinen vielfältigen

Aufgaben. Daraus lässt sich ableiten, dass nicht nur eine bestimmte Region des Gehirns anders arbeitet als bei den gleichaltrigen Kindern, sondern ein komplexes Netzwerk von Nervenzellen verschiedener Regionen sich anders organisiert, um den Entwicklungsaufgaben gerecht zu werden. Dabei zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS ihre Nervennetzwerke weniger ökonomisch und gezielt einsetzen können als ihre Altersgenossen. Von daher ist es verständlich, dass sie bei entsprechenden Aufgaben zumindest auf Dauer schlechter abschneiden.

4.6 Bleiben solche Abweichungen der Gehirnstruktur und Gehirnfunktion bei Patienten mit ADHS langfristig bestehen oder können sie sich später normalisieren? Frage 25

Auch wenn nicht alle Abweichungen in Struktur und Funktion des Gehirns sich normalisieren können, so besteht doch für verschiedene Bereiche eine sehr günstige Entwicklungsdynamik. Zum Beispiel gleichen sich die Volumina der Basalganglien von Patienten mit ADHS und gleichaltrigen gesunden Kindern um das 18. Lebensjahr wieder an. Auch hinsichtlich der hirnelektrischen Aktivität holen Kinder mit ADHS zwischen dem 8. und 13. / 14. Lebensjahr deutlich auf. Die therapeutischen Programme sollten daher zum Ziel haben, diese Entwicklungschancen der Kinder mit ADHS voll zu nutzen, um die neuronalen Verschaltungen so vorteilhaft auszubilden und zu stabilisieren, dass ein möglichst normales Verhaltensrepertoire zustande kommen kann.

5. Assoziierte Probleme

5.1 Welches sind die wichtigsten Störungen, die mit ADHS gemeinsam auftreten? Frage 26

An assoziierten Störungen finden sich vor allem oppositionelles Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens (u.a. Aggressivität), Depressivität, Ängstlichkeit, umschriebene Entwicklungsstörungen (z. B. Lese-Rechtschreibschwierigkeiten, Rechenschwierigkeiten), Entwicklungs Koordinationsstörung, Sprachentwicklungsstörung und Tic-Störungen. Damit wird deutlich, dass ein Kind mit der Grundstörung ADHS eine Vielfalt von anderen Auffälligkeiten zeigen kann und sich somit von anderen Kindern mit einer ADHS wesentlich unterscheiden kann. Dies ist zu berücksichtigen, wenn allgemein von „Kindern mit ADHS“ im gesundheitspolitischen Zusammenhang gesprochen wird.

5.2 *Warum tritt ADHS gehäuft mit anderen Störungen auf?*

Frage 27

Es ist ein generelles Phänomen bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, dass bei den Betroffenen mehrere Störungen gleichzeitig auftreten können. Da bei ADHS Aufbau und Funktion der zentralnervösen Netzwerkverknüpfungen abweichend sind, stellt diese innere Situation einen Risikofaktor dar, wenn es u. a. darum geht Leistungsanforderungen und sozialen Bedingungen gerecht zu werden. Zudem können bei einer ohnehin abweichenden bzw. verzögerten Hirnentwicklung auch eher andere Probleme mitentstehen (z. B. Lese-Rechtschreibschwäche, Tic-Störung). Allerdings sind die genauen Ursachen des gehäuften gemeinsamen Auftretens mit anderen Störungen unbekannt. Möglicherweise gibt es gemeinsame Risikofaktoren, möglicherweise kann eine Störung auch das Risiko für eine weitere erhöhen (Dominoeffekt).

5.3 *Was bedeutet das für die Entwicklung der Kinder?*

Frage 28

Je mehr assoziierte Probleme vorliegen, desto stärker ist in der Regel die psychosoziale Beeinträchtigung und damit die Gefährdung der allgemeinen Entwicklung des Kindes. Von daher ist es wichtig, die Problematik frühzeitig zu erfassen und durch Behandlungsmaßnahmen die allgemeinen Rahmenbedingungen für die Entwicklung zu verbessern. Gerade Lebensbereiche, die das soziale Verhalten und die Lernbereitschaft betreffen (d. h. Schule, Familie, Freundeskreis) sind hier wesentlich zu berücksichtigen.

5.4 *Wie sollte man mit assoziierten Problemen umgehen?*

Frage 29

Neben einer sorgfältigen Diagnostik ist hier die störungsbezogene Behandlung von großer Bedeutung. Diejenige assoziierte Störung, die die größte psychosoziale Beeinträchtigung hervorruft, sollte im Mittelpunkt der Behandlung von assoziierten Störungen stehen, d. h. ein in dieser Richtung gestuftes Behandlungsprogramm ist zu überlegen. Mitunter können sich assoziierte Störungen durch die Behandlung einer ADHS verbessern, in anderen Fällen sind zusätzliche Behandlungsmaßnahmen notwendig.

6. Therapie

6.1 Wann sollte mit der Behandlung begonnen werden?

Frage 30

Ausschlaggebend für eine Behandlungsentscheidung ist der Grad der psychosozialen Beeinträchtigung durch die Symptomatik. Hier ist im Dialog mit dem Patienten und der Familie eine Entscheidung herbeizuführen.

6.2 Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Frage 31

Wesentliche Therapiebausteine ergeben sich aus dem Zusammenwirken von Ärzten, Psychologen und Pädagogen. Hierbei ist stets eine altersangemessene Beteiligung der Patienten zu gewährleisten. Dies sollte in enger Kooperation mit den Eltern geschehen. Wenn möglich ist die Kooperation weiterer Bezugspersonen (z. B. Erzieher, Lehrer) anzustreben.

Insgesamt wird ein interdisziplinäres (medizinisches, psychologisches und pädagogisches) Konzept mit multimodaler Vorgehensweise (Aufklärung und Beratung, Elterntraining, Verhaltenstherapie, Psychopharmakotherapie) angestrebt.

Wie bei der Diagnostik so wird auch bei der Therapie schrittweise im Rahmen eines Entscheidungsbaumes (im Sinne eines Wegweisers zu nutzen) abgeklärt und entschieden. Dabei sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten zu berücksichtigen. Durch ein solches Vorgehen wird gewährleistet, dass jeder Patient die Art von Behandlung bzw. Behandlungskombination erhält, die für ihn am besten ist.

6.3 Wann sollte medikamentös behandelt werden?

Frage 32

Sowohl internationale als auch deutsche Behandlungsleitlinien empfehlen eine frühzeitige medikamentöse Therapie bei Kindern ab dem Alter von sechs Jahren, bei denen eine sehr stark ausgeprägte Symptomatik vorliegt, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Kindes und seines Umfeldes beiträgt. Eine medikamentöse Therapie muss immer in eine umfassende Beratung aller Beteiligten eingebettet sein. Häufig muss die medikamentöse Therapie durch andere psychologische Therapien oder pädagogische Maßnahmen ergänzt werden. Bei Kindern, die weniger stark von der ADHS-Problematik betroffen sind, sollte primär psychosoziale Maßnahmen einschließlich verhaltenstherapeutischer Verfahren durchgeführt werden. Erweisen sich diese nicht als erfolgreich, dann kann auch in solchen Fällen ergänzend eine medikamentöse Therapie notwendig werden.

6.4 Was bewirkt die medikamentöse Therapie?

Frage 33

Durch die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat und Amphetaminsulfat (sog. Stimulanzien) bzw. Atomoxetin werden Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität deutlich gelindert und geben so den Weg frei zu einer besseren Verhaltenssteuerung des Kindes mit nachfolgend günstigerem Lernverhalten sowie Zusammenspiel im sozialen Umfeld.

6.5 Wirken Medikamente immer?

Frage 34

Die Medikamente sind nicht immer hilfreich. In mindestens 10 bis 15% der Fälle lassen sich keine positiven Behandlungseffekte erzielen.

6.6 Wieso helfen sowohl Stimulanzien als auch Nicht-Stimulanzien?

Frage 35

Obwohl Stimulanzien primär auf das dopaminerge System und die Nicht-Stimulanzien primär auf das noradrenerge System des Gehirnes einwirken, zeigen doch beide Substanzgruppen ähnliche Effekte. Dies spricht dafür, dass Kompensationsvorgänge im Gehirn über verschiedene Wege angestoßen werden können, dann durch Folgereaktionen zu einem besseren Zusammenspiel neuronaler Netzwerke führen und so die Kinder ihre zentralnervösen Ressourcen besser nutzen können.

6.7 Wie oft am Tag muss das Medikament eingenommen werden?

Frage 36

Die in Deutschland zugelassenen Präparate mit dem Inhaltsstoff Methylphenidat unterscheiden sich bezüglich des Wirkungseintrittes und der Wirkdauer. Kurzzeitig wirksame Präparate müssen oft mehrfach am Tag eingenommen werden, während Präparate mit längerer Wirkzeit (Retard-Präparate) nur einmal am Tag verabreicht werden müssen. Amphetaminsulfat wirkt etwas länger als die kurzwirksamen Methylphenidatpräparate und wird in der Regel 2 mal täglich eingenommen.

Das Nicht-Stimulans Atomoxetin sollte anfangs auf zwei Tagesdosen verteilt werden, kann aber später auch nur einmal am Tag verabreicht werden.

6.8 Welche Nebenwirkungen können diese Medikamente haben?

Frage 37

Am häufigsten werden Minderung des Appetits und Schlafstörungen angegeben. Es kann aber auch zu leichtem Kopfweh, Bauchweh, einer unbedeutenden Erhöhung des Blutdrucks und der Herzfrequenz sowie selteneren anderen Nebenwirkungen kommen. In der Regel gehen die unerwünschten Arzneimittelwirkungen im Verlauf von wenigen Wochen auf ein geringes und gut tolerierbares Maß zurück. In manchen Fällen bleiben sie jedoch über lange Zeit bestehen. Ausführlicheres hierzu findet sich in der Fachinformation der einzelnen Medikamente.

6.9 Wie lange dauert eine medikamentöse Behandlung?

Frage 38

Die Behandlungsdauer ist abhängig von der Entwicklung der Symptomatik. Handelt es sich lediglich um eine Krisenintervention kann nach wenigen Wochen / Monaten vielleicht schon auf eine medikamentöse Gabe verzichtet werden. Da aber meist eine längerfristige Symptomkontrolle erforderlich ist, ist es auch gerechtfertigt, über Monate und auch Jahre zu behandeln. Mindestens einmal pro Jahr sollte im Dialog zwischen Arzt und Familie überprüft werden, ob noch eine weitere medikamentöse Unterstützung erforderlich ist. Informationen über eine kontrollierte Behandlung mit Stimulanzien liegen für maximal 5 Jahre vor. Für Atomoxetin beträgt dieser Zeitraum etwa 2 Jahre. Manchmal ist eine medikamentöse Behandlung bis ins Erwachsenenalter erforderlich.

6.10 Werden Längenwachstum und Körpergewicht beeinflusst?

Frage 39

Stimulanzien sind bei bestimmungsgemäßem Gebrauch auch langfristig gut verträgliche Medikamente. Die vorher berichteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (z. B. Appetitminderung) sind auch langfristig beobachtbar, aber meist gering ausgeprägt und gut handhabbar.

Einige Studien verweisen auf geringe Gewichtsdefizite, andere Studien fanden diese nicht. Es gibt eher geringe Effekte bezüglich Gewicht bei einigen Kindern während der Stimulanzieneinnahme.

Einige Studien haben über Defizite des Größenwachstums bei Kindern berichtet (1 - 3 cm), während andere diese nicht feststellten. Defizite wurden bei präpubertären Kindern, aber nicht bei Jugendlichen festgestellt. Berichte über gesteigertes Größenwachstum während der Ferien (in dieser Zeit fand keine Medikamenteneinnahme statt) weisen auf spontane Normalisierungsmöglichkeiten hin. Sogar bei fortgeführter Stimulanzienbehand-

lung kommt es zu einer Angleichung des Größenwachstums. Die Endgröße wird nicht beeinflusst.

6.11 Machen die Medikamente süchtig?

Frage 40

Es wird immer wieder die Befürchtung geäußert, dass eine Stimulanzienbehandlung zu Substanzmissbrauch führen könne. Tatsache ist allerdings, dass Kinder mit unbehandeltem ADHS einen bedeutsamen Risikofaktor für Substanzmissbrauch während der Adoleszenz in sich tragen. Dagegen kann die Pharmakotherapie einer ADHS deutliche protektive Wirkungen haben. Für Methylphenidat gibt es eindeutige Daten dafür, dass dadurch das Risiko des späteren Substanzmissbrauchs deutlich gesenkt wird.

6.12 Können Stimulanzien Parkinson-Symptome auslösen?

Frage 41

Bisher gibt es keinen Hinweis dafür, dass Methylphenidat einen Risikofaktor für spätere Parkinson-Probleme darstellen könnte.

6.13 Verändern diese Medikamente die Persönlichkeit?

Frage 42

Die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes wird durch eine medikamentöse Behandlung der ADHS keinesfalls ungünstig beeinflusst. Die Kinder können vielmehr dadurch ihre positiven Eigenschaften und ihre Begabung besser zur Entfaltung bringen. Manchmal werden unerwünschte Arzneimittelwirkungen (z. B. Lustlosigkeit, Schwunglosigkeit, Müdigkeit, Nachdenklichkeit, Verringerung der impulsiven Munterkeit) im Sinne einer „Veränderung der Persönlichkeit“ fehlinterpretiert. Durch Verminderung der Dosis oder nach Absetzen des Medikaments verschwinden solche Phänomene.

6.14 Kann man in den Ferien / am Wochenende mit den Medikamenten pausieren?

Frage 43

Ein solches Vorgehen wird grundsätzlich nicht empfohlen, wenn es auch in Einzelfällen sinnvoll sein kann. Das Kind mit einer ADHS soll durch die Medikamentengabe in all seinen sozialen Bezügen gestärkt und gestützt werden, um eine kontinuierliche Entwicklung nehmen zu können.

Steht allerdings die Frage einer eventuellen dauerhaften Medikamentenreduktion an, können solche Überlegungen einbezogen werden.

Ein Pausieren am Wochenende und in den Ferien ist eventuell zu überlegen, wenn durch die medikamentöse Therapie primär die Verhaltensprobleme des Patienten während

Leistungssituationen gelindert werden sollen, während in anderen sozialen Situationen keine gravierenden Probleme auftreten oder diese durch andere Interventionen (z. B. Verhaltenstherapie) bewältigt werden können.

6.15 Kann man eine medikamentöse Behandlung schon im Vorschulalter beginnen?

Frage 44

Im Vorschulalter steht an erster Stelle der multimodalen Behandlung die Aufklärung und Beratung sowie das Elterntaining mit entsprechenden Interventionen in Familie und / oder Schule. Lediglich besonders stark ausgeprägte, situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung und Entwicklungsgefährdung lassen parallel auch an eine Pharmakotherapie denken. Man sollte mit dem Einsatz von Pharmakotherapie so lange warten, bis sich die anderen Interventionen der multimodalen Therapie als nicht ausreichend wirksam gezeigt haben. Dieser Zeitraum sollte aber etwa 3 Monate nicht überschreiten. Man sollte ferner bedenken, dass mitunter erst durch den Einsatz der Pharmakotherapie Interventionen in Kindergarten, Schule und Familie erfolgreich durchgeführt werden können.

6.16 Was passiert, wenn die Einnahme eines Medikaments vergessen oder dieses plötzlich abgesetzt wird?

Frage 45

Sollte einmal eine Dosis des Medikamentes vergessen werden, so ist mit der nächsten folgenden Dosis weiterzufahren. Auf keinen Fall sollte eine Dosis „nachgeholt“ werden. Beim plötzlichen Absetzen eines Medikamentes können selten kurzzeitig unerwünschte Absetzreaktionen auftreten (z. B. innere Unruhe). Von daher ist ein gestuftes Ausschleichen zu empfehlen. Der Zeitpunkt der Beendigung der Medikation sollte mit dem Arzt abgestimmt sein.

6.17 Kann man mit diesen Medikamenten den Führerschein erwerben bzw. Auto fahren?

Frage 46

Hierzu gibt es in Deutschland noch keine verbindliche gesetzliche Regelung. Wissenschaftlich Untersuchungen haben aber gezeigt, dass Patienten mit ADHS unter der Gabe von Methylphenidat ein deutlich besseres Fahrverhalten aufweisen. Von daher sollte bei entsprechender ärztlicher Begleitung und dem Mitführen einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung kein Hindernis bei dem Erwerb des Führerscheins und beim Führen eines Kraftfahrzeuges bestehen.

6.18 Sind Medikamente alleine genug?

Frage 47

Die medikamentöse Behandlung stellt einen Teil des Gesamtbehandlungsprogramms dar und ist für viele Betroffene unverzichtbar. Meistens wird aber eine kombinierte Behandlung bevorzugt, bei der neben Medikamenten auch andere Verfahren zum Einsatz kommen. In den wissenschaftlichen Therapiestudien zeigte sich das multimodale Behandlungsvorgehen dann am erfolgreichsten, wenn auch eine medikamentöse Behandlung eingeschlossen war. In diesen Kombinationsbehandlungen ließ sich auch die Menge an Medikamenten niedriger halten als in medikamentösen Behandlungsverfahren alleine.

6.19 Welche assoziierten Störungen kann man parallel zu ADHS medikamentös behandeln?

Frage 48

Störungen der Impulskontrolle mit aggressiven Durchbrüchen können mit Risperidon behandelt werden, Tic-Störungen mit z. B. Tiaprid und Zwangssymptome mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern.

6.20 Welche nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren gibt es?

Frage 49

Begleitende Aufklärung und Beratung, allgemeine Hilfen für die Familien, verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie (Elterntrainings), im Kindergarten / in der Schule sowie eine Verhaltenstherapie mit dem Kind sind wesentliche Bausteine der Gesamtbehandlung. Für zusätzliche Lernstörungen und andere Entwicklungsstörungen (in der Motorik, der Sprache) können pädagogische, heil- und sonderpädagogische Förderungen sowie Mototherapie, Psychomotorik oder Ergotherapie indiziert sein. Wie auch bei der medikamentösen Therapie muss jedoch auch bei diesen Methoden die Wirksamkeit der Maßnahmen immer kontrolliert werden. Als Daumenregel kann gelten, dass nach spätestens drei bis vier Monaten einer Therapie eine deutliche Veränderung erkennbar sein sollte.

6.21 Was bedeutet Verhaltenstherapie bei ADHS?

Frage 50

Die Verhaltenstherapie von Kindern mit ADHS setzt meist auf mehreren Ebenen an und versucht mit Eltern und Kindern aber auch mit Erziehern und Lehrern Wege zur Lösung konkreter bislang problematischer Situationen zu erarbeiten. Die Eltern-Kind und auch die Lehrer-Kind-Interaktion wird auf diese Weise geändert. Jüngeren Kindern kann der Verhaltenstherapeut helfen ein intensives Spielverhalten zu entwickeln; bei Schulkindern kann ein konzentriertes und systematisches Arbeitsverhalten unterstützt werden

und mit Jugendlichen können Strategien erarbeitet werden, die ihnen helfen ihre selbst gesetzten Ziele zu erreichen

Mittlerweile können Fachleute und Eltern auf entsprechend ausgearbeitete Programme und Techniken der Verhaltenstherapie zurückgreifen. Nach Möglichkeit sollte Verhaltenstherapie dort eingesetzt werden, wo das Problemverhalten auftritt (z. B. in der Schule bzw. Familie).

6.22 Hilft eine Diät?

Frage 51

Ein sehr kleiner Teil der Kinder mit ADHS weist für bestimmte Nahrungsstoffe eine Unverträglichkeit auf. Werden diese Nahrungsstoffe aus der Ernährung ausgeschlossen, kann dadurch die Symptomatik gelindert werden, allerdings weniger deutlich als durch Medikamentengabe oder Verhaltenstherapie. Da die so genannte oligoantigene Diät nur sehr schwierig und aufwendig durchzuführen ist, hat sie sich im Alltag bei der Behandlung von ADHS nicht durchgesetzt.

6.23 Wie wirksam ist Bio-Feedback?

Frage 52

Mittlerweile gibt es einige kontrollierte Untersuchungen zu dem so genannten Neurofeedback. Die ersten Ergebnisse sind ermutigend. Weitere kontrollierte Studien sind noch erforderlich. Das Prinzip dieses Verfahrens beruht darauf, dass Kinder mit ADHS lernen, ihre hirnelektrische Aktivität gezielter und ökonomischer einzusetzen, um so ihr Verhalten besser steuern und ihre Fähigkeiten besser ins Spiel bringen zu können.

6.24 Hilft Homöopathie?

Frage 53

Bisher fehlen kontrollierte Studien, so dass hier Zurückhaltung geboten ist.

6.25 Wie wirksam sind Ergotherapie und Psychomotorik?

Frage 54

Auch hier müssen noch kontrollierte Studien gefordert werden; solange ist Skepsis angebracht.

6.26 Was ist von Entspannungsverfahren zu halten (Muskelentspannung nach Jacobsen, autogenes Training etc.)?

Frage 55

Hier gilt gleiches wie zu Homöopathie, Ergotherapie und Psychomotorik.

6.27 Was ist mit so genannten Nahrungsergänzungstoffen?

Frage 56

Auch hier ist mangels zuverlässiger Daten Zurückhaltung angebracht.

6.28 Was passiert für Kind, Eltern und Gesellschaft, wenn ADHS unbehandelt bleibt?

Frage 57

ADHS ist eine häufige psychische Störung mit neurobiologischem Hintergrund, die bei bis zu 50% der Patienten auch noch im Erwachsenenalter Auswirkungen zeigt. Eine ausgeprägte Kernsymptomatik ist noch bei etwa 30% vorhanden, funktionelle Beeinträchtigungen durch einzelne Kernsymptome bei etwa 60%. Die früher verbreitete Einschätzung, dass sich ADHS mit zunehmender Reifung „auswächst“, ist überholt. Da bei ADHS auch eine familiäre Häufung zu beobachten ist, muss in diesen Familien den Beeinträchtigungen, die in Bereichen des alltäglichen Lebens durch die Störung entstehen, erhebliches Gewicht zugemessen werden. Derartige Beeinträchtigungen können durch die Kernsymptomatik selbst oder auch durch assoziierte Störungen hervorgerufen werden. Risikofaktoren für eine ungünstige Prognose sind, neben der familiären Belastung mit ADHS, eine niedrige Intelligenz, umschriebene Entwicklungsstörungen, frühes Manifestationsalter, ausgeprägte Hyperaktivität / Impulsivität, assoziierte psychiatrische Erkrankungen und ungünstige psychosoziale Umstände.

Negative Auswirkungen der Störung im Verlauf des Lebens sind von zahlreichen Autoren beschrieben worden. Diese betreffen das Gesundheitswesen auch außerhalb psychosozialer Institutionen, Schule und Beruf, Familie sowie Arbeitsplätze und gesellschaftliche Einflüsse, d. h. es entstehen Probleme und Aufwendungen im Gesundheitswesen, der Jugendhilfe, der Gerichtsbarkeit, im Ausbildungs- und allgemeinen Sozialsystem. Nicht nur um die hohen Kosten zu lindern, sondern auch in Anbetracht der hohen „sozialen Reibungen“ erscheint es politisch und wirtschaftlich sinnvoll, das Thema ADHS sehr früh in den Blick zu nehmen, damit aus einer qualifizierten Diagnostik eine effektive Therapie entspringt, die viele Folgeprobleme vermeiden hilft.

7 Umgang mit ADHS

7.1 Wie können Eltern ihre Kinder am besten unterstützen?

Frage 58

Grundregel bei der Auswahl der Hilfen und der Überlegungen zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS ist, dass die Maßnahmen dort ansetzen sollen, wo die Probleme auftreten: beim Kind oder Jugendlichen selbst, bei der Familie, im Kindergarten o-

der in der Schule. Dieses Prinzip ist deshalb von großer Bedeutung, weil die meisten Hilfsmaßnahmen sehr spezifisch wirken. Man darf also nicht erwarten, dass sich durch Bewegungstherapie neben den Koordinationsstörungen auch die ADHS-typischen Verhaltensauffälligkeiten in der Schule vermindern. Ebenso wenig kann erwartet werden, dass durch Maßnahmen in der Familie sich auch automatisch die Probleme im Kindergarten oder in der Schule vermindern und umgekehrt. Deshalb ist in der Regel eine Kombination von Maßnahmen notwendig, um dem Kind wirkungsvoll helfen zu können. Eltern können ihr Kind am besten unterstützen, indem sie ihm Zuversicht vermitteln und sein Selbstwertgefühl stärken. Die Eltern sollten sich als Interessenvertreter ihres Kindes verstehen. Wesentlich dafür ist, dass sie sich soviel Wissen wie möglich über die ADHS und ihre Behandlungsmöglichkeiten aneignen. Erst wenn Eltern wirklich verstanden haben, welchen Einfluss ADHS auf das soziale und Lernverhalten ihres Kindes hat, können sie ihm helfen, die mit ADHS verbundenen Schwierigkeiten des Lebens zu meistern. Kinder mit ADHS sind ebenso intelligent wie Gleichaltrige. Viele sind sehr kreativ, künstlerisch begabt und humorvoll. Diese Stärken zu erkennen und zu fördern, kann viel dazu beitragen, das Selbstwertgefühl eines Kindes mit ADHS zu stärken.

7.2 *Welches sind die wichtigsten Regeln im Umgang mit betroffenen Kindern?*

Frage 59

- Tun Sie etwas für sich selbst – um Kraft zu schöpfen für die alltäglichen Herausforderungen!
- Versuchen Sie nicht, perfekt zu sein – Erziehungsfehler sind normal; versuchen Sie aber trotzdem, die folgenden Regeln zu beachten:
 - Stärken Sie die positiven Beziehungen zu Ihrem Kind – beachten Sie die positiven Seiten und verbringen Sie gemeinsam angenehme Zeit!
 - Stellen Sie klare Regeln auf – wenige, aber eindeutige formulierte Regeln helfen!
 - Loben Sie Ihr Kind – immer dann, wenn es sich bemüht und an wichtige Regeln hält!
 - Seien Sie konsequent – wenn Regelverletzungen auftreten, dann muss das auch Konsequenzen haben!
 - Versuchen Sie, Probleme vorherzusehen – überlegen Sie, welche Situationen besonders schwierig sind und machen Sie sich einen Plan!
 - Behalten Sie die Übersicht – bedenken Sie immer, dass das Grundproblem in der ADHS-Problematik zu suchen ist und dass Ihr Kind sich sehr anstrengen muss, um alltägliche Dinge zu bewältigen!

7.3 Was können Eltern für sich selber tun?

Frage 60

Kinder mit ADHS sind sehr anstrengend und erfordern von den Eltern unendlich viel Kraft. Um diese Kraft immer wieder neu schöpfen zu können, dürfen Sie Ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse nicht völlig vernachlässigen. Sie sollten deshalb überlegen, wie Sie sich entspannen können, wie Sie sich selbst etwas Gutes tun können und auf welche Weise Sie sich entlasten können.

7.4 Was können Erzieher / Lehrer beitragen?

Frage 61

Auf die individuellen Bedürfnisse von Kindern mit ADHS einzugehen, ist besonders schwer, wenn man daran denkt, dass in einer Klasse häufig mehrere Problemkinder sitzen. Dennoch können die folgenden Grundprinzipien hilfreich sein:

- Bleiben Sie gelassen.
- Überprüfen Sie die Platzierung der Schüler.
- Überprüfen Sie die Organisation des Klassenzimmers.
- Gestalten Sie den Unterricht möglichst strukturiert und abwechslungsreich.
- Stärken Sie Ihre positive Beziehung zum Schüler.
- Sprechen Sie die Probleme an.
- Stellen Sie klare Regeln auf.
- Loben Sie den Schüler häufig und unmittelbar.
- Seien Sie konsequent.
- Leiten Sie das Kind zur Selbstkontrolle an.
- Halten Sie einen engen Kontakt zu den Eltern.
- Sprechen Sie ggf. mit dem behandelnden Arzt / Therapeuten.

7.5 Welche Institution / Fachperson muss evtl. zusätzlich eingebunden werden?

Frage 62

Mittlerweile haben sich in verschiedenen Regionen Deutschlands Netzwerke zur interdisziplinären und multimodalen Diagnostik und Behandlung von Kindern mit ADHS gebildet. Hier arbeiten Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, klinische Psychologen, Pädagogen, öffentliche Gesundheitsdienste und Elternverbände / Selbsthilfegruppen mit Fachleuten zur Förderung von Sprache, schulischen Fertigkeiten, Motorik zu-

sammen. Ein Arzt mit großer Erfahrung und Kenntnis im Bereich ADHS sollte hier die Lotsen- bzw. Koordinationsfunktion übernehmen.

8 Verlauf / Prognose

8.1 Kann ADHS geheilt werden?

Frage 63

Eine Heilung im Sinne einer Normalisierung ist nur für Teilbereiche der Störung und nur für einige Kinder möglich. Es besteht aber berechnete Zuversicht, dass mit entsprechender Unterstützung ADHS und seine assoziierten Störungen so gut kompensiert werden können, dass eine günstige psychosoziale Entwicklung der Betroffenen möglich ist.

8.2 Wovon hängt die Zukunft des Kindes ab?

Frage 64

Hinsichtlich des Störungsbildes sind sicherlich die Behandlungs- und Fördermaßnahmen von großer Bedeutung, die umso besser greifen können, je stabiler das soziale Umfeld des Kindes ist.

8.3 Worauf sollte man bei der Auswahl der Schule achten?

Frage 65

Grundsätzlich sollten Kinder mit ADHS eine Regelschule besuchen. In Fällen, in denen die Symptome der ADHS sehr schwerwiegend sind und mit anderen wie Aggressivität oder Lernstörungen einhergehen, wird möglicherweise eine andere Schulform ausgewählt werden müssen.

Dabei ist es wichtig zu wissen, ob Kenntnisse des Lehrerkollegiums über ADHS vorhanden sind und die Bereitschaft vorliegt, sich auf ein Kind mit ADHS einzulassen. Von Vorteil sind kleine Klassengrößen und Lehrer, die über spezielle Kenntnisse hinsichtlich ADHS, Lern- oder Verhaltensstörungen verfügen. Wichtig ist aber auch, eine Dialogbereitschaft, bei der sich Fachleute mit Eltern und Lehrern an einen Tisch setzen, um Schwierigkeiten zu besprechen und Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

8.4 Kann eine Befreiung von der Wehrpflicht erfolgen?

Frage 66

Hier besteht in Deutschland keine allgemeine gesetzliche Festlegung; d. h. die Sachlage bei jedem einzelnen Betroffenen muss gesondert betrachtet werden, ehe die Frage nach der Wehrpflicht beantwortet werden kann.

8.5 Sollte man bei feststehenden erblichen Risiken von einer Familiengründung absehen?

Frage 67

Grundsätzlich nein! Dennoch müssen die Betroffenen diese Entscheidung selbst treffen, nachdem sie über die genetischen Risiken beraten wurden.

Auch wenn in Gruppenuntersuchungen eine hohe Bedeutsamkeit erblicher Faktoren für ADHS gefunden wurde und das durchschnittliche Risiko erstgradiger Verwandter bei 20% liegt, kann das genetische Risiko im Einzelfall deutlich variieren (z. B. in Abhängigkeit davon, ob auch die Eltern noch betroffen sind). Gerade über das Zusammenspiel genetischer Faktoren mit Umweltfaktoren wissen wir noch nicht genug. Darum ist im Dialog mit den Betroffenen das Thema im Einzelfall zu erörtern, auch unter Berücksichtigung zunehmend besserer Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten.

9 Forschung

9.1 Wo liegen die zukünftigen Forschungsschwerpunkte?

Frage 68

Zum einen wird es darum gehen, den neurobiologischen Hintergrund von ADHS weiter aufzuklären und dabei die Entstehungspfade des klinischen Erscheinungsbildes herauszufinden. Insbesondere die Wechselwirkung zwischen biologischen Faktoren und Umweltfaktoren werden dabei eine große Rolle spielen und uns hoffentlich neue Möglichkeiten für therapeutische Ansätze erbringen.

Die Verbesserung der Diagnostik im Vorschul- und Erwachsenenalter wird von der gesundheitspraktischen Seite verstärkt angemahnt, die Differenzierung von Wirksamkeit und Sicherheit der medikamentösen Behandlung sowie die Bereicherung der Verhaltenstherapie durch neue Techniken (z. B. Neurofeedback) stellen unmittelbare Aufgaben dar.

9.2 Wie denkt man sich das Zusammenwirken von Fachleuten, Betroffenen und Gremien zum Wohle der Betroffenen? **Frage 69**

Gesundheitspolitisch wurde mittlerweile erkannt, dass ein bundesweites Netzwerk ADHS gesellschaftlich gewünscht und erforderlich ist. Die Integration regionaler Netzwerke in diesen Verbund, Begleitforschung dieser Entwicklung sowie nicht nachlassende Aufklärungsarbeit bei politischen Institutionen und Medien sind erforderlich, um den Betroffenen in ihrer Situation nicht nur Ansprechpartner, sondern auch fachliche und soziale Sicherheit mit entsprechender Hoffnung auf die Zukunft zu geben. Gerade die deutsche Ärzteschaft stellt sich in diesem Zusammenhang mehr und mehr ihrer Verantwortung.

Mitglieder des Arbeitskreises

Prof. Dr. med. Bernhard **Blanz**,
Direktor der Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters,
Jena

Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Manfred **Döpfner**,
Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters
der Universität zu Köln

Dr. med. Jürgen **Fleischmann**,
Vizepräsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Frau Prof. Dr. med. Beate **Herpertz-Dahlmann**,
Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
der RWTH Aachen

Dr. med. Dipl.-Psych. Michael **Huss**,
Klinik f. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,
Charité Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Joest **Martinius**,
Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Bernd **Neubauer**,
Direktor der Abteilung Neuro- Sozialpädiatrie der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendme-
dizin der Universität Gießen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut **Remschmidt (Federführender)**,
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
der Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. med. Franz **Resch**,
Ärztl. Direktor der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. med. Aribert **Rothenberger**,
Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
am Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Lutz G. **Schmidt**,
Kommissarischer Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz
Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

PD Dr. med. Matthias **Schwab**,
Dr.-Margarete-Fischer-Bosch - Institut für Klinische Pharmakologie Stuttgart

Dr. med. Klaus **Skrodzki**,
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte,
Forchheim

Prof. Dr. med. Andreas **Warnke**,
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
der Universität Würzburg

Geschäftsführung:

Dez. VI - Wissenschaft und Forschung -

Dr. med. Gert Schomburg
Dezernent

Frau Dr. med. Petra Zschieschang
Referentin

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 / 4004 56 – 460
Fax: 030 / 4004 56 – 486
E-Mail: dezernat6@baek.de