



adhs

aufmerksamkeitsdefizit/
hyperaktivitätsStörung ...

... was bedeutet das?

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

IMPRESSUM

Herausgeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Alle Rechte vorbehalten.

Text: Ursula Peters

Redaktion: Dr. Monika von dem Knesebeck

Zeichnungen: Michael Ryba

Gestaltung: medienwerkstatt, Dortmund,
www.medienwerkstatt-ecc.de

Druck: Westend, Essen

Stand: Juli 09

Ausgabe: 8.150.07.09



BESTELLADRESSE

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben, erhältlich unter der Bestelladresse:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
51101 Köln, oder per E-Mail: order@bzga.de

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/ den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestell-Nr.: 11090100

DIESE BROSCHÜRE WENDET SICH ...

- ... an Jugendliche und Erwachsene, die von ADHS betroffen sind,
- ... an Eltern und Angehörige mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS sowie
- ... an alle, die beruflich mit ADHS-Patienten zu tun haben.

Sie will sachlich und ausführlich über diese vieldiskutierte Erkrankung und deren Diagnose und Behandlung informieren.

Die meisten Eltern, Erzieher und Lehrer haben schon von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS, gehört. Wenn bei dem eigenen oder einem Kind in der Kindergartengruppe bzw. Schulklasse entsprechende Auffälligkeiten auftreten, stellen sie sich die Frage, ob diese Erkrankung vorliegen könnte. **Wichtig ist: Nicht jedes Kind, das unkonzentriert, lebhaft und laut ist, leidet auch an ADHS. Die Übergänge von „schwierigem Verhalten“ zu ADHS sind fließend und für den Laien schwer einzuschätzen.**

Manche als „auffällig“ eingeordnete Verhaltensweisen können in verschiedenen Altersstufen durchaus zu einer „normalen“ Entwicklung gehören. So müssen kleine Kinder erst lernen, aufmerksam zu sein und ihre Vorhaben in planvolles Handeln umzusetzen.

Ebenso kann „schwieriges Verhalten“ bei Kindern und Jugendlichen eine nachvollziehbare Reaktion auf wichtige Übergänge sein, wie den Schuleintritt oder die Pubertät. Auch andere einschneidende Veränderungen oder Belastungen der Lebenssituation, wie die Trennung der Eltern oder der Umzug in eine andere Stadt, können bei Kindern zu Verhaltensauffälligkeiten führen.

Symptome, die vorschnell an ADHS denken lassen, können aber auch andere Ursachen haben. Körperliche Erkrankungen, Teilleistungsstörungen und andere mögliche Gründe sind daher sorgfältig auszuschließen

Diese Broschüre gibt eine erste Orientierung. Sie soll vermitteln, wie (Früh-)Symptome bei ADHS aussehen können und wo Hilfe und Unterstützung zu bekommen sind.

INHALT

Einleitung

ADHS – Was bedeutet das? 5

Warum ist Früherkennung so wichtig? 9

ADHS – eine behandelbare Störung

Diagnosekriterien 10

Symptomatik 12

■ Bei Säuglingen und Kleinstkindern 12

■ Bei Kleinkindern und Grundschulkindern 13

■ Bei Jugendlichen 14

■ Bei Erwachsenen 14

Begleitstörungen 16

■ Störungen des Sozialverhaltens 16

■ Angststörungen und Depressionen 17

■ Teilleistungsstörungen 17

■ Tic-Störungen 18

■ Störungen der Koordination 18

Welche Ursachen hat ADHS? 19

Welche weiteren Einflussfaktoren gibt es? 20

Welche anderen Ursachen können vergleichbare
Symptome hervorrufen? 21

Wie wird ADHS behandelt? 22

■ Trainingsprogramme 23

■ Pädagogische und weitere Hilfen 26

■ Medikamentöse Behandlung 28

■ Weitere Ansätze 30

ADHS – eine umstrittene Störung?

Die Diskussion um ADHS 31

Standards in Diagnostik und Behandlung 32

Wo finde ich Hilfe?

Wie kann festgestellt werden, ob (m)ein Kind
ADHS hat? 34

Wo finden Eltern Hilfe? 36

■ Selbsthilfe 37

Adressen 38

Literaturempfehlungen 41

Anhang

Eckpunktepapier der ADHS-Konsensuskonferenz
im Oktober 2002 im BMG in Bonn 42

EINLEITUNG

ADHS – Was bedeutet das?



Das Krankheitsbild ist nicht neu. Schon Mitte des 19. Jahrhunderts wurde im „Zappelphilipp“ von Dr. H. Hoffmann die Geschichte eines Jungen beschrieben, dessen Verhalten an ADHS erinnert.

Die Bezeichnung des Syndroms hat im Laufe der Zeit einige Veränderungen durchlaufen. Schon seit 1932 existiert die Bezeichnung „Hyperkinetische Erkrankung des Kindesalters“. Die entsprechende Abkürzung HKS für Hyperkinetisches Syndrom findet sich gerade im deutschen Sprachraum noch recht häufig.

Der heute wohl am meisten verwendete Begriff ist **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung** mit der Abkürzung **ADHS**. Wenn das Merkmal der Hyperaktivität fehlt, spricht man von **Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (ADS)**. **In dieser Broschüre werden wir im Weiteren von ADHS sprechen.**

ADHS ist heute eins der am häufigsten beschriebenen Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter. Angaben zur Häufigkeit sind international sehr unterschiedlich. Sie schwanken zwischen zwei und 18 Prozent, je nach den zugrunde gelegten Diagnosekriterien. Nach aktuellen Erhebungen wurde bei knapp fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ADHS diagnostiziert, bei weiteren fünf Prozent liegen Hinweise auf eine Störung vor. Bei Jungen wird häufiger ADHS festgestellt als bei Mädchen¹.

Als ADHS wird eine verminderte Fähigkeit zur Selbststeuerung bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Störungen treten hauptsächlich in drei Bereichen auf, und zwar als:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen,
- ausgeprägte körperliche Unruhe und starker Bewegungsdrang (Hyperaktivität),
- impulsives und unüberlegtes Handeln.

Wie bereits bei den Begriffsbestimmungen erwähnt, kann die Erkrankung mit oder ohne Hyperaktivität auftreten. Letzteres findet sich häufiger bei Mädchen. Die Diagnose wird jedoch oft nicht gestellt, da das von der Außenwelt früh als „störend“ erlebte Symptom der Hyperaktivität fehlt. Die Symptome Unaufmerksamkeit und Impulsivität werden nicht als Ausdruck einer möglichen Störung wahrgenommen.

Wenn ADHS nicht erkannt und behandelt wird, können im weiteren Verlauf Störungen im Sozialverhalten so stark in den Vordergrund rücken, dass ein unmittelbarer Bezug zum zugrunde liegenden Krankheitsbild nicht mehr ohne Weiteres erkennbar ist.

¹Quelle:
Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland S. 57

Fallbeispiel

Timo, 5 Jahre

Kaum ist Timo morgens aufgewacht, fallen ihm schon tausend Dinge ein, die er heute tun könnte. Sofort springt er auf und rast durch die Wohnung. Er hat am Vortag einen Piratenfilm gesehen und will sich ein Schiff bauen. Als er auf das Regal klettert, um sich ein Betttuch für das Segel zu holen, fällt das Regal mit Getöse um und weckt die anderen Familienmitglieder. Sofort geht der übliche Streit los. Jetzt ist nicht Schiffe bauen angesagt, sondern Anziehen, Frühstück und Kindergarten. Das Anziehen dauert ewig, weil ihm alle paar Sekunden etwas anderes einfällt. Beim Frühstück geht ein Glas zu Bruch, als Timo aufspringt, um Sarah, die heute Geburtstag hat, noch schnell ein Geschenk zu basteln. Der Weg zum Kindergarten ist eine Tortur: Timo ist schon oft, trotz

strengster Ermahnungen, ohne links oder rechts zu schauen auf die Straße gerannt, weil er auf der anderen Straßenseite etwas wahnsinnig Spannendes entdeckt hat.

Als Timos Mutter die Tür des Kindergartens hinter sich schließen will, ist sie eigentlich für den Rest des Tages schon völlig erledigt. Die Erzieherin will aber noch mit ihr reden: Timo sei für die Gruppe eine große Belastung. Er könne keine fünf Minuten still sitzen und sich auf kein Spiel konzentrieren. Er rase ständig herum und störe die anderen Kinder. Timos Mutter ist verzweifelt: Es ist nicht das erste Mal, dass ihr dies gesagt wird, und langsam weiß sie wirklich nicht mehr weiter.

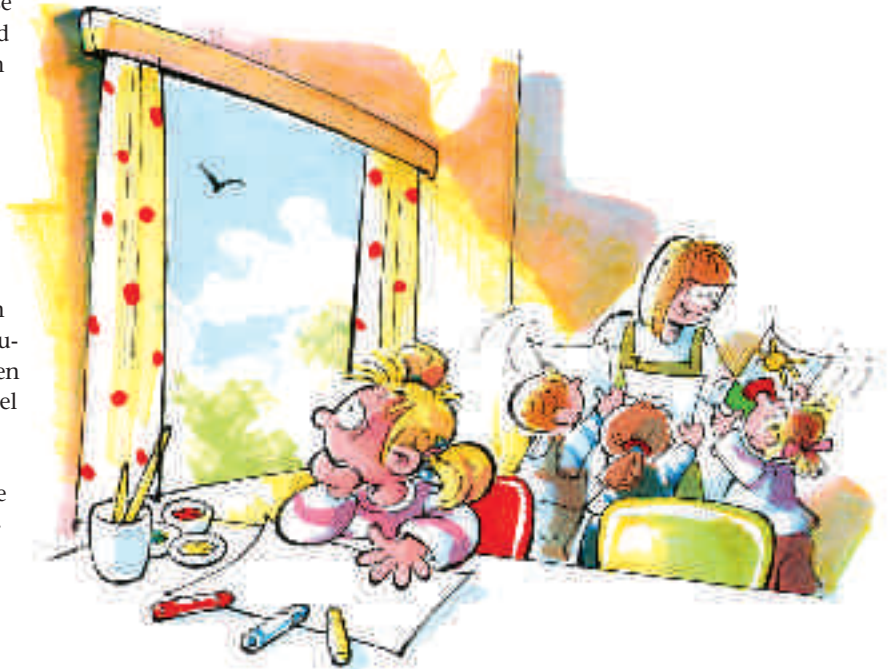


Fallbeispiel

Sarah, 5 Jahre

Sarah wird im Kindergarten nur Traumsuse genannt. Wenn die anderen Kinder ein Bild malen, sitzt sie gedankenverloren vor ihrem leeren Blatt, und schaut aus dem Fenster, wenn die anderen Kinder ihre Bilder schon stolz den ErzieherInnen zeigen. Bei Gruppenspielen weiß Sarah nie, wann sie dran ist. Sie hat nicht aufgepasst und ist schon wieder mit etwas anderem beschäftigt. Wenn ihr Vater sie nachmittags vom Kindergarten abholt, dauert der Heimweg ewig. Sarah bleibt alle paar Minuten stehen, um etwas anzusehen. Sie hat vergessen, was sie am nächsten Tag für den Ausflug mitbringen soll. Der Zettel vom Kindergarten ist unauffindbar.

Dauernd bekommt Sarah zu hören, sie solle doch besser aufpassen und sich besser konzentrieren. Aber so sehr Sarah sich auch bemüht, irgendwie gelingt es ihr nicht.

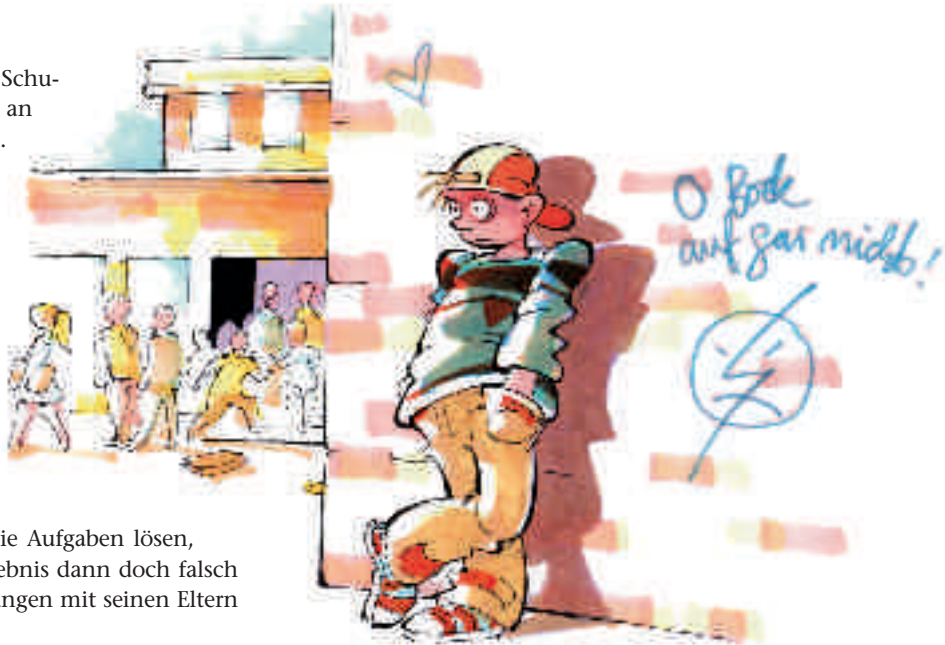


Ralf, 13 Jahre

Ralf hat echt keinen Bock mehr auf Schule. Dort meckern sie sowieso nur an ihm herum, genauso wie zu Hause. Seit Ralf denken kann, sind alle anscheinend sauer auf ihn. Immer scheint alles, was er tut, nicht richtig zu sein. Er merkt es ja selbst: Egal wie sehr er sich auch bemüht, er kann sich einfach nicht konzentrieren und verliert schnell die Lust. Da dauern die Hausaufgaben natürlich ewig.

Was kann er dafür, dass er Mathe einfach nicht kapiert. Er hat noch nie verstanden, wie alle anderen die Aufgaben lösen, während er sich quält und das Ergebnis dann doch falsch ist. Die ständigen Auseinandersetzungen mit seinen Eltern hat er auch satt.

Vor einiger Zeit hat er ein paar Jungs aus der Nachbarschaft kennen gelernt, die auch keine Lust auf Schule haben. Mit denen hängt er jetzt jeden Nachmittag rum und seit neuestem manchmal auch schon vormittags. Schule bringt's eben nicht.



Fallbeispiel

Warum ist Früh- erkennung so wichtig

Von ADHS betroffene Kinder entwickeln die notwendige Fähigkeit zur Selbststeuerung sehr viel schwerer als andere Kinder. Sie brauchen daher besondere Unterstützung. Psychosoziale Faktoren, d.h. die konkreten Bedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen, können den Verlauf der Erkrankung stark beeinflussen. Eltern, Lehrer und Erzieher müssen lernen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS oft nicht so reagieren wie andere Kinder.

Die Bewältigung alltäglicher Anforderungen, wie Anziehen, Essen oder Erledigung der Hausaufgaben, bedürfen ständiger Kontrolle. Durch die hohe Ablenkbarkeit fällt es den Kindern schwer, konzentriert bei einer Sache zu bleiben und diese zu Ende zu bringen. Aufforderungen werden oft nicht beachtet, weil diese überhaupt nicht wahrgenommen werden.

Besonders wichtig für das Kind sind verlässliche und liebevolle Bindungen. Es müssen jedoch auch eindeutige Grenzen gesetzt werden. Kinder mit ADHS brauchen reizarme, klare Strukturen mit überschaubaren Regeln.

Das Verhalten der Kinder stößt häufig auf Unverständnis und Ablehnung. Konflikte und Auseinandersetzungen sind vorprogrammiert. Da durch gutes Zureden, Ermahnungen und Appelle oder durch „Strafen“ keine Veränderungen erreicht werden, entsteht bei den Eltern und anderen Bezugspersonen bald das Gefühl, mit dem Kind nicht mehr „fertig zu werden“. Mit wachsender Hilflosigkeit

werden unterschiedlichste Methoden angewandt, um doch noch zum Kind „durchzudringen“, aber nichts scheint zu helfen. Wechselndes Erziehungsverhalten erschwert dem Kind aber die notwendige Orientierung und verstärkt eher die Symptome.

Es kann schließlich eine nachhaltige Störung der Eltern-Kind-Beziehung eintreten. Die Eltern sind überfordert und erschöpft, die Kinder fühlen sich unverstanden und abgelehnt. Es entsteht ein Teufelskreis, der zu immer weiteren Schwierigkeiten führt.

Innerhalb der Familie, aber auch in Kindergarten und Schule, besteht zunehmend die Gefahr, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen als „notorische Störenfriede“ und als „nicht mehr führbar“ abgestempelt werden. Die schulischen Leistungen lassen nach und die soziale Ausgrenzung verfestigt sich – die Kinder werden zu Außenseitern.

Die richtige Diagnose und die frühzeitige Einleitung einer angemessenen Behandlung bei ADHS kann helfen, diesen Teufelskreis erst gar nicht entstehen zu lassen bzw. ihn zu durchbrechen. Da sich die Auswirkungen von ADHS auf alle Lebensbereiche erstrecken können und zum Teil bis ins Erwachsenenalter fortbestehen, kann so auch die Wahrscheinlichkeit weitreichender Folgestörungen entscheidend vermindert werden. Diese gehen bis hin zu Schulabbrüchen oder gar beruflichem und/oder gesellschaftlichem Scheitern.

ADHS – EINE BEHANDELBARE STÖRUNG

Diagnosekriterien

Die Diagnosestellung „ADHS“ erfolgt nach festgelegten Kriterien. Diese sind im ICD 10 niedergelegt, einem weltweit angewandten Internationalen Klassifikationsschema der Weltgesundheitsorganisation, und im DSM IV, dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association. Die genannten Klassifikationsschemata sind nicht vollkommen gleich, stimmen aber in den grundsätzlichen Aspekten überein.

A. AUFMERKSAMKEIT

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen.
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengung erfordern, hat eine Abneigung gegen sie oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit ihnen, wie z.B. Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben.
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt, z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug.
8. Lässt sich durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

B. HYPERAKTIVITÄT

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht häufig in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist.
4. Hat Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt wie „getrieben“, oder zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.

C. IMPULSIVITÄT

1. Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann nur schwer abwarten, bis er/sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an der Reihe ist.
3. Unterbricht und stört andere häufig, platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein.
4. Redet häufig übermäßig viel, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.



Wichtig:

Um die Diagnose ADHS stellen zu können, müssen mehrere der oben beschriebenen Symptome

- deutlich ausgeprägt sein,
- über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen,
- in mehreren Lebensbereichen auftreten,
- im Vorschulalter begonnen haben und
- von der altersgemäßen Entwicklung abweichen.

Diese Beeinträchtigungen sind häufig mit weiteren Problemen, z. B. oppositionellen und aggressiven Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, Depressionen, Tic-Störungen, Lern- und Teilleistungsstörungen, wie z.B. Lese- und Rechtschreibschwäche, und ausgeprägten Selbstwertproblemen verbunden. Diese werden im Kapitel „Häufige Begleitstörungen“ beschrieben.

Alle hier genannten Verhaltensweisen können abgeschwächt und in alters- und entwicklungsabhängiger Form bei allen Kindern auftreten und müssen für sich genommen nicht unbedingt auf ADHS hinweisen.

Bei einem Teil der Betroffenen bleiben die Symptome mehr oder weniger deutlich bis ins Jugendlichen- und Erwachsenenalter bestehen.

Wie und mit welchen Auswirkungen sich die Symptomatik in verschiedenen Altersstufen zeigen kann, wird im nächsten Punkt ausführlicher beschrieben.

Symptomatik

Bei Säuglingen und Kleinstkindern

Noch offen ist, ob es erkennbare Regelmäßigkeiten im Auftreten von Auffälligkeiten in der Entwicklung von Säuglingen und Kleinstkindern gibt, welche zuverlässig auf ADHS hindeuten können. Fachleute sagen, dass etwa ab dem Alter von drei Jahren eine Abgrenzung zwischen hyperkinetischem Verhalten und „normalen Varianten“ prinzipiell möglich sei. Viele Kinder, die später die Diagnose ADHS bekommen, sind bzw. waren im ersten Lebensjahr unauffällig. Oft lassen sich aber auch rückblickend Auffälligkeiten bis ins Säuglingsalter zurückverfolgen.



Diese Kinder werden temperamentsmäßig als unausgeglich beschrieben, und haben Probleme mit der Anpassung. Manche fallen durch Ess- und/oder Schlafprobleme auf oder sind sogenannte „Schreibabys“. Sie finden schon zu Beginn ihres Lebens nur schwer ein stabiles Gleichgewicht und werden von den Eltern früh als „schwierig“ erlebt. Hierdurch kann schon sehr früh der Grundstein für eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung gelegt werden.

Der erste Ansprechpartner für Eltern in einer solchen Situation ist in der Regel der Kinder- und Jugendarzt. Der Arzt wird das Kind eingehend untersuchen, um organische Erkrankungen auszuschließen. Wenn Erkrankungen ausgeschlossen werden konnten und übliche Hilfsmaßnahmen keine Verbesserung der Situation gebracht haben, sollten



sich die Eltern an Fachleute wenden, die sich z.B. auf die Behandlung von „Schreibabys“ spezialisiert haben.

Für junge Eltern ist es sicher nicht einfach, einzugestehen, dass sie mit dem Verhalten des Babys überfordert sind. Trotzdem ist es wichtig, sich rechtzeitig um fachliche Hilfe zu bemühen. Eine stabile Eltern-Kind-Beziehung ist eine wesentliche Voraussetzung für die gesunde Entwicklung des Kindes und trägt die Eltern durch schwierige Erziehungszeiten hindurch.

Bei Kleinkindern und Grundschulkindern

Kinder, die von ADHS betroffen sind, fallen im Kindergarten durch ihre Unfähigkeit zu ruhigen Beschäftigungen und ihre ausgeprägte Hyperaktivität auf. Sie können sich nicht konzentrieren, sind immer in Bewegung und klettern auf Tische und Regale. Wenn sie ein Spiel begonnen haben, brechen sie es innerhalb kurzer Zeit wieder ab, beginnen ein anderes und bringen auch dieses nicht zu Ende.



Sie werden leicht wütend und können sich nur schwer beruhigen. Beständige Freundschaften werden nur schwer geschlossen, weil jähzorniges und streitsüchtiges Verhalten im Vordergrund steht. Ermahnungen und Aufforderungen von Erwachsenen werden nicht gehört oder nicht beachtet. Grenzen werden nicht eingehalten. Das Verhalten Erwachsenen gegenüber kann trotzig und aggressiv sein.

Vom Kindergarten hören die Eltern, dass ihr Kind die Gruppe stört, sich nicht einfügen kann und andere Kinder beim Spielen unterbricht. Zu Hause ist die Situation trotz aller Bemühungen ebenfalls schwierig: Das gemeinsame Essen, Spiele unter den Geschwistern, Besuchssituationen, Telefonate der Eltern, alles entwickelt sich zu einem ständigen Kreislauf von Aufforderungen und Ermahnungen, ohne dass sich im Verhalten des Kindes etwas ändert. Alltägliche Dinge können nicht mehr in Ruhe erledigt werden, jede Kleinigkeit artet zum „Kampf“ aus.

Die Eltern dieser Kinder geraten oft an die Grenzen ihrer Kräfte, da sie ständig gegensteuern müssen. Von Freunden, Verwandten und den Erziehern im Kindergarten kommen gut gemeinte Tipps, die in der Regel jedoch wirkungslos sind, oder aber Vorwürfe und Schuldzuweisungen, die die Eltern zusätzlich belasten.

Wenn das Kind in die Schule kommt, verschärfen sich die Probleme weiter. Konzentriertes Mitarbeiten im Unterricht ist nur für kurze Momente möglich; jede Ablenkung wird aufgegriffen. Die anderen Schüler werden gestört, weil die Kinder nicht still sitzen können, dazwischenreden und jede Gelegenheit zum „Rumkaspern“ nutzen. Ermahnungen der Lehrer führen zu keinem Ergebnis. Hausaufgaben werden unvollständig oder gar nicht erledigt, weil das Kind vergessen hat, sie in das Hausaufgabenheft zu schreiben. Die Probleme treten verstärkt auf, wenn die Kinder Aufgaben bewältigen müssen, die sie nicht frei gewählt haben. Bei Dingen, die ihr Interesse wecken, können sie hingegen sehr konzentriert sein und gute Leistungen erzielen.

Die Kinder bleiben aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten hinter ihrer eigentlichen Leistungsfähigkeit zurück. Mit der Einschulung können begleitende Störungen, wie z.B. eine Rechtschreib- oder Leseschwäche, sichtbar werden. Manchmal wird deshalb fälschlicherweise eine Minderbegabung angenommen und ein Schulwechsel des Kindes angeregt.

Für Eltern nimmt mit dem Schuleintritt des Kindes die nervliche Belastung weiter zu. Sie fühlen sich verantwortlich dafür, dass ihr Kind den Anforderungen der Schule gerecht wird, stellen aber fest, dass sie mit ihren Bemühungen um Veränderung immer wieder scheitern. Die Beaufsichtigung der Hausaufgaben kann zur Tortur für alle Beteiligten werden, die erhöhte Ablenkbarkeit führt auch hier zu erheblichen Konflikten.

Die Kinder selbst sind durch die vielen Erfahrungen von „Wollen, aber Nicht-Können“ in ihrem Selbstwertgefühl sehr beeinträchtigt. Die Kinder fühlen sich ungeliebt und nicht angenommen, obwohl sie sich aus ihrer Sicht doch sehr bemühen. Sie entwickeln eine trotzig und aggressive Verweigerungshaltung, die wiederum negative Rückmeldungen verstärkt. Auch ihr Leidensdruck erhöht sich so zunehmend.



Bei Jugendlichen

Bei einem großen Teil der von ADHS betroffenen Kinder nehmen die Symptome mit Beginn der Pubertät ab. Vor allem die Hyperaktivität wird kaum noch auffällig, sie kann sich jedoch noch als quälende Unruhe und inneres Getriebensein zeigen.

 **Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen bleiben jedoch weiterhin bestehen. Im Vordergrund steht meist die problematische Schulleistung. Einige Jugendliche entwickeln in dieser Situation verstärkt antisoziale und aggressive Verhaltensweisen. Diese zeigen sich in einer Missachtung sozialer Normen, Gewalttätigkeit und Destruktivität.**

Manche Jugendlichen geraten mit dem Gesetz in Konflikt und schließen sich möglicherweise Außenseitergruppen an. Hier suchen sie die Anerkennung, die sie in anderen Lebensbereichen nicht finden.

Ein großes Problem ist in dieser Zeit auch eine oftmals erhöhte Anfälligkeit für Alkohol- und Drogenmissbrauch. Auch das Risiko, weitere psychische Störungen, wie Depressionen oder Ängste, zu entwickeln ist erhöht.

Bei Erwachsenen

Lange Zeit ging man davon aus, dass ADHS ausschließlich eine Störung des Kindes- und Jugendalters sei. Mittlerweile ist jedoch bekannt, dass auch Erwachsene betroffen sind. Der Verlauf von ADHS nach Übergang ins Erwachsenenalter kann sehr unterschiedlich sein. Bei einem Teil der Erkrankten ist im Erwachsenenalter keine Einschränkung mehr spürbar. Ein weiterer Teil hat gelernt, mit geringen Beeinträchtigungen gut zu leben. Einige leiden jedoch auch im Erwachsenenalter noch deutlich unter ihren Symptomen.

Die Erkenntnisse zum Thema „ADHS bei Erwachsenen“ sind noch nicht so umfassend und es besteht noch großer Forschungsbedarf. Im Herbst 2003 wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erstmals Leitlinien für die Diagnose und Behandlung des ADHS im Erwachsenenalter veröffentlicht.

Grundsätzlich gilt, dass die Störung nicht erst im Erwachsenenalter beginnt, sondern schon im Kindesalter bestanden haben muss.

Bei vielen Erkrankten ist aber die Grundstörung nicht erkannt worden, so dass später Begleitsymptome wie Ängste, Depressionen oder Suchtverhalten im Vordergrund einer Behandlung stehen.

Bei genauerer Betrachtung stellt man in diesen Fällen fest, dass sich bei den Betroffenen die Symptomatik von ADHS wie ein roter Faden durch das Leben zieht. Der schulische/berufliche Werdegang und die Gestaltung sozialer Beziehungen sind von Brüchen gekennzeichnet. Die Planung von Abläufen bzw. deren Einhaltung werden auch bei den Erwachsenen durch innere Unruhe, verstärkte Ablenkbarkeit und mangelnde Konzentration erschwert.

Die Betroffenen erleben sich als unstrukturiert und vergesslich, sie können nur schwer Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden. Vorausschauende Planung gelingt nicht, weil Handeln und Denken nur auf das „Hier und Jetzt“ bezogen werden.

Ähnlich wie bei Kindern und Jugendlichen ist jedoch die Konzentration auf subjektiv wichtige Dinge durchaus möglich. In einigen Berufen, die viel Kreativität, Lebendigkeit und spontanes Reagieren bei hektischen Arbeitsabläufen verlangen, können Erwachsene mit ADHS durchaus erfolgreich sein.

In der Regel erfordern Beruf und soziale Bindungen jedoch auch ein erhebliches Maß an Kontinuität und Ausdauer. Gerade daran können von ADHS Betroffene trotz vorhandener Fähigkeiten scheitern. Mögliche begleitende Teilleistungsstörungen, wie eine Lese- und Rechtschreibschwäche, können die berufliche Entwicklung zusätzlich behindern.



Manche Betroffene leiden unter starken Stimmungsschwankungen. Emotionale Reaktionen sind unverhältnismäßig intensiv. Auch jähzorniges und aggressives Verhalten kommt häufig vor. Eine ständige Suche nach besonderen, interessanten Erlebnissen und sog. „Kicks“ kann zu Suchtverhalten in verschiedenen Bereichen führen. Eine im Jugendalter begonnene dissoziale Entwicklung kann sich ebenfalls fortsetzen und verfestigen.

Die Betroffenen erleben oft Scheitern und Versagen in verschiedenen Lebenssituationen, die von anderen als unproblematisch erlebt werden. Als Folge entwickeln bzw. verstärken sich Selbstwertprobleme. Häufig treten auch Depressionen und Angststörungen auf.

Begleitstörungen

Ca. zwei Drittel der Kinder mit ADHS zeigen neben den Kernsymptomen von ADHS weitere (Verhaltens-) Auffälligkeiten.

HÄUFIGE BEGLEITSTÖRUNGEN DER ADHS

in 50%	Störungen des Sozialverhaltens
in 20–25%	Angststörungen
in 10–40%	Depressionen
in 30%	Tic-Störungen
in 10–25%	Teilleistungsstörungen

Störungen des Sozialverhaltens

Mit einer Störung des Sozialverhaltens werden andauernde bzw. sich wiederholende aggressive oder aufsässige Verhaltensweisen bezeichnet. Wenn sich bei von ADHS betroffenen Kindern diese Verhaltensauffälligkeit zusätzlich zur eigentlichen Problematik entwickelt, spricht man von einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens.

Wie bei den eigentlichen ADHS-Symptomen bestehen auch bei Auffälligkeiten des Sozialverhaltens in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen fließende Übergänge. Eltern kennen die

nervenaufreibende Trotzphase der Zwei- bis Vierjährigen, in welcher der eigene Wille erkannt und ausprobiert wird. Eltern von Jugendlichen wissen, dass in der Pubertät die schwierige Suche nach einem eigenen Standpunkt im Leben beginnt und dies erst einmal mit heftigem Widerstand gegen die Eltern verbunden ist. Beides sollte zunächst als notwendige und „normale“ Entwicklung gesehen und nicht überbewertet werden. Wichtig ist es in diesen Phasen, möglichst gelassen zu bleiben und den Kindern und Jugendlichen so viel Freiraum wie möglich zu geben und dabei aber auch viel Orientierung anzubieten.

Bei ADHS-Kindern mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens unterscheidet sich das aufsässige und aggressive Verhalten des Kindes in Stärke, Ausmaß und Dauer von dem Gleichaltriger.

Um die Diagnose stellen zu können, müssen definierte Kriterien erfüllt sein, die im Internationalen Klassifikationsschema (ICD) beschrieben sind. Hierzu gehören unter anderem:

- für das Entwicklungsalter des Kindes ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche,
- häufiges Streiten mit Erwachsene,
- häufige aktive Ablehnung und Zurückweisung von Wünschen und Vorschriften Erwachsener,
- häufiges, offensichtlich beabsichtigtes Ärgern anderer,
- häufiges Beginnen von körperlichen Auseinandersetzungen.



Die Kinder neigen dazu, sich gegen Regeln aufzulehnen. Sie sind trotzig, werden schnell wütend und reagieren aggressiv, sowohl verbal als auch körperlich. Es gelingt ihnen nicht, sich in Gruppen, beispielsweise in die Klassengemeinschaft, einzufügen und Freundschaften aufzubauen.

Als weitere Folge wird auch die Beziehung zu den Eltern immer schwieriger. Durch die ständigen Auseinandersetzungen verfestigt sich ein negatives Beziehungsmuster, welches nur schwer durchbrochen werden kann. Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens, die nicht behandelt werden, haben langfristig vielfältige ungünstige Folgen, die sich auf alle Lebensbereiche erstrecken können. Insbesondere können diese sich sehr problematisch auf die Schullaufbahn auswirken.

Im Kapitel „Wie wird ADHS behandelt?“ finden Sie Tipps, wie Eltern, Lehrer und Kinder diesen Kreislauf durchbrechen können und wo Sie Hilfe finden.

Angststörungen und Depressionen

Angststörungen treten bei bis zu einem Viertel der von ADHS betroffenen Kinder auf. Manchmal ist es schwer, diese begleitenden Ängste festzustellen, da die störenden, sog. „externalen“ Auffälligkeiten im Vordergrund stehen.

Das Erleben von Versagen und zunehmende soziale Probleme verhindern den Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins der von ADHS Betroffenen. Diese Erfahrungen können zu Störungen führen, weil die Kinder ständig erleben, dass ihnen bestimmte Dinge trotz großer Bemühungen nicht gelingen. Erfolgserlebnisse und Lob bleiben aus. Durch das Erleben ihres Scheiterns und die negativen Rückmeldungen aus ihrem Umfeld entwickelt sich in ihnen die Überzeugung, ein „Versager“ zu sein. Dies begünstigt das Auftreten einer depressiven Entwicklung.

Teilleistungsstörungen

10–25% der Kinder haben zusätzlich zum ADHS Teilleistungsstörungen. Hierunter versteht man Lernstörungen wie eine Lese- und/oder Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche.





Tic-Störungen

Ungefähr ein Drittel der Kinder mit ADHS hat zusätzlich eine Tic-Störung. Mit Tics werden unwillkürliche, wiederholte „Zuckungen“ oder Bewegungen (motorische Tics) oder plötzliche Lautproduktionen (vokale Tics) bezeichnet. Häufig zeigen sich diese im Gesicht, z.B. als Blinzeltic oder Grimassenschneiden. Vokale Tics können sich in häufigem Räuspern äußern.

Tics treten generell bei Kindern nicht selten auf, bei Jungen deutlich häufiger als bei Mädchen. Einfache Tics haben meist eine gute Prognose und verschwinden in der Regel nach einer gewissen Zeit wieder. Hiervon zu unterscheiden ist das seltene Syndrom einer generalisierten Tic-Krankheit (Tourette-Syndrom).



Störungen der Koordination

Viele ADHS-Kinder sind in ihren Bewegungsabläufen gestört. Probleme in der Grob- und Feinmotorik können sich in unkoordinierten Bewegungen und einer ausgeprägten Ungeschicktheit zeigen oder in einem unleserlichen, krakeligen Schriftbild. Manche der Kinder sind häufig in Unfälle und Stürze verwickelt.

Werden die genannten Störungen festgestellt, müssen sie gesondert behandelt werden. Auch wenn sich die Symptome von ADHS beim größten Teil der Betroffenen mit zunehmendem Alter stark vermindern, können die Begleitstörungen bestehen bleiben und weiterer Behandlung bedürfen.



Welche Ursachen hat ADHS?

Es gibt nicht *die eine* Ursache für ADHS. Fachleute gehen heute davon aus, dass neurobiologische und psychosoziale Faktoren zusammenwirken müssen, damit es zur Erkrankung kommen kann.

Verschiedene Untersuchungen belegen mittlerweile recht sicher, dass ererbte biologische Faktoren eine große Rolle spielen. Im Rahmen der Zwillingsforschung wurde festgestellt, dass bei eineiigen Zwillingen, die mit identischen Erbanlagen auf die Welt kommen, sehr viel häufiger beide Kinder von ADHS betroffen sind, als bei zweieiigen Zwillingen, die unterschiedliche Erbanlagen haben. Außerdem hat sich gezeigt, dass ADHS familiär gehäuft vorkommt und zum Teil auch die Eltern betroffen sind bzw. waren.

Das Vorliegen einer erbten Veranlagung bedeutet, dass die entsprechenden Kinder ein erhöhtes Risiko haben, ADHS zu entwickeln. Ob Symptome jedoch so auffällig werden, dass von einer wirklichen Störung gesprochen werden muss und wie diese im Weiteren verläuft, wird wesentlich dadurch beeinflusst, auf welche Lern- und Umweltbedingungen diese Kinder treffen und ob auf ihre „Besonderheit“ angemessen eingegangen wird.

Die neurobiologischen Veränderungen betreffen vor allem eine Verminderung des Botenstoffes Dopamin im Gehirn. Botenstoffe regeln den Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen. Dopamin ist in bestimmten Hirnab-

schnitten für koordinierte Bewegung, emotionale Steuerung und zielgerichtete Aufmerksamkeit zuständig. Bei ADHS ist aus verschiedenen Gründen zu wenig Dopamin vorhanden. Hieraus entsteht eine Reizoffenheit, bei der die Reize ungefiltert auf die Kinder einströmen und nicht richtig verarbeitet werden können. Dies führt dazu, dass es den Kindern schwer fällt, ihren Bewegungsdrang, ihre Gefühle und ihre Aufmerksamkeit zu kontrollieren. Aus diesem Grund spricht man von einer verminderten Fähigkeit zur Selbststeuerung. Um diesen Mangel ausgleichen zu können, brauchen die Kinder im sozialen Umfeld konkrete Unterstützung und Hilfe, also insbesondere klare, überschaubare und berechenbare Strukturen und Regeln.

Lange Zeit wurde diskutiert, ob auch bestimmte Nahrungsmittel und Zusatzstoffe Veränderungen im Gleichgewicht der Botenstoffe hervorrufen und so ADHS mit verursachen könnten. Vor allem Zucker, Phosphate und Nahrungsmittel, die allergische Hautreaktionen auslösen können, wurden als mögliche Auslöser angesehen. Zucker und Phosphate können als Verursacher mittlerweile weitgehend ausgeschlossen werden. Es hat sich jedoch gezeigt, dass etwa 5–10% der Kinder mit ADHS auf unterschiedliche Nahrungsmittel mit einer Verstärkung der Symptome reagieren. Bei diesen Kindern kann evtl. die sogenannte oligo antigene Diät (Auslass-Diät) zu einer Verminderung der Symptome führen. Mehr dazu wird im Kapitel „Wie wird ADHS behandelt?“ beschrieben.

Welche weiteren Einflussfaktoren gibt es?

Gesellschaftliche Veränderungen und die Bedingungen, unter denen Kinder aufwachsen, können den Verlauf einer ADHS stark beeinflussen.

Die heutige Zeit ist schnelllebig. Fernsehen, Video, DVD und Computer gehören zum Alltag. Schon für Kinder wird es immer schwieriger, die Fülle aufgenommener Informationen zu verarbeiten.

Damit Außenreize verarbeitet werden können, müssen sie in eine wahrgenommene Innenwelt integriert werden. Dies gelingt, wenn Experimentierfreude, Phantasie und Kreativität den nötigen Raum haben. Werden diese Bereiche vernachlässigt, kann dies dazu führen, dass Gefühle von Leere und Langeweile auftreten, sobald Außenreize fehlen. Dies führt wiederum dazu, dass verstärkt Außenreize gesucht und erneut nur „konsumiert“ werden.

Alle Lehrer kennen den katastrophalen Wochenbeginn, an dem viele Kinder nach stundenlangem Fernsehkonsum am Wochenende überdreht und unruhig sind. Grundsätzlich schaden Reizüberflutung und Bewegungsmangel allen Kindern, in ganz besonderem Maß jedoch Kindern mit ADHS. Aufgrund ihrer Reizoffenheit sind sie besonders anfällig für die entsprechenden negativen Auswirkungen. Deshalb ist es für sie wichtig, Freizeitaktivitäten zu entwickeln, die ihren Fähigkeiten und Einschränkungen entsprechen und auch ihrem hohen Bewegungsdrang gerecht werden.

Die hohe Bewertung von Leistung in unserer Gesellschaft stellt für Kinder mit ADHS ein besonderes Problem dar.



Beim Vergleich mit anderen Kindern erleben sie sich selbst häufig als „Versager“. Vieles, was dem Schulfreund und der Schulfreundin leicht fällt, gelingt ihnen gar nicht oder nur unter größten Mühen. Wenn nur auf Leistung geschaut wird, erfahren die Fähigkeiten und Begabungen, die ADHS-Kinder häufig haben, oft zu wenig Beachtung und Förderung. Auch die Kinder selbst nehmen sich ab einem bestimmten Alter als „anders“ wahr, sie leiden darunter, ausgegrenzt zu sein und keine Freunde zu haben.

Die Eltern wiederum befürchten, dass schlechte Schulleistungen ihres Kindes die späteren Berufschancen beeinträchtigen können und üben daher entsprechenden Druck auf sie aus, um sie zu guten schulischen Leistungen anzuhalten. Dies führt gerade bei ADHS-Kindern eher zu Trotz, Widerstand oder Resignation, da sie merken, dass sie den an sie gestellten Anforderungen nicht entsprechen können.

Oft sind die Eltern selbst mit erheblichen beruflichen oder persönlichen Belastungen und Problemen befasst und können in dieser Situation die besonderen Bedürfnisse der Kinder nicht genügend erfüllen. Die Eltern reagieren gereizt und sind in ihrem Verhalten für die Kinder nicht durchschaubar oder berechenbar. Gerade Kinder mit ADHS brauchen aber viel Orientierung und klare Strukturen. Deshalb kann eine anhaltende problematische Familiensituation den Verlauf der Erkrankung negativ beeinflussen.

Welche anderen Ursachen können vergleichbare Symptome hervorrufen?

Nicht immer, wenn ein Kind besonders lebhaft ist oder Verhaltensauffälligkeiten zeigt, liegt ADHS vor. Temperamentmerkmale und bestimmte, schwierige Entwicklungsphasen wie die Pubertät müssen berücksichtigt werden. Auch besondere Einschnitte in der Lebenssituation können zu Störungen und Auffälligkeiten im Verhalten führen. Allein ein Orts- oder Schulwechsel ist für Kinder und Jugendliche eine enorme Belastung. Andere schwierige oder sogar traumatische Situationen können sich durch eine Trennung der Eltern oder den Tod eines Familienangehörigen ergeben. Da auch Eltern neue Situationen erst bewältigen müssen, werden die Kinder in diesen Zeiten manchmal nicht ausreichend unterstützt.

Stimmungsschwankungen, Rückzug, aber auch oppositionelles Verhalten, Unkonzentriertheit und Leistungsabfall sind deutliche Signale. Im Unterschied zu den Symptomen bei ADHS treten die Störungen oft jedoch erst im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen auf und verringern sich meist wieder, wenn es gelingt, die Probleme zu bearbeiten. Hier kann die Unterstützung durch eine Erziehungsberatungsstelle, einen Arzt oder Psychotherapeuten hilfreich sein.

Wenn ein Kind unter Ängsten leidet, kann seine Konzentrationsfähigkeit ebenfalls vermindert sein, oder es kann verstärkte Unruhe zeigen. Die Kinder sind so auf ihre Ängste fixiert, dass alles andere ausgeblendet wird. Meistens bleiben die Ängste jedoch auf bestimmte Bereiche begrenzt und vermindern sich mit der Zeit, wenn das Kind lernt, diese Situationen besser zu bewältigen. Manche Ängste sind alterstypisch und gehen von selbst wieder zurück. Wenn sich die Ängste jedoch verstärken oder auf weitere Bereiche ausdehnen, liegt eventuell eine behandlungsbedürftige Angststörung vor.

Eine anhaltende schulische Überforderung bzw. Unterforderung kann gleichfalls die Ursache für Verhaltensschwierigkeiten sein. Dann muss geprüft werden, ob die Schulform für das Kind geeignet ist, schulische Förderungen erforderlich sind oder eventuell ein Schulwechsel in Betracht gezogen werden muss. Um die intellektuellen Fähigkeiten eines Kindes einzuschätzen, können testpsychologische Untersuchungen hilfreich sein.

Wenn es bei einem Kind um die Abklärung der Frage „ADHS“ geht, sollte grundsätzlich eine körperliche Untersuchung (Körpergröße, Körpergewicht, Herzfrequenz, Blutdruck) durchgeführt werden. Auch eine Labordiagnostik (Differentialblutbild, Elektrolyte, Leberstatus, Schilddrüsen- und Nierenfunktionswerte, Blutzuckerwerte) ist wichtig. Ziel ist es, körperliche Krankheiten auszuschließen. Denn einige organische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen können ebenfalls die Grundlage für Verhaltensauffälligkeiten darstellen. Dazu gehören unter anderem Hör- und Sehstörungen, eine Überfunktion der Schilddrüse und bestimmte Epilepsieformen. Derartige Erkrankungen müssen ausgeschlossen sein, bevor man die Diagnose ADHS stellt.

Muss ein Kind wegen einer Erkrankung Medikamente einnehmen, ist auch an mögliche Nebenwirkungen zu denken, die sich ebenfalls als Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen zeigen können. Hierzu befragen Sie am besten den behandelnden Arzt.



Wie wird ADHS behandelt?

Vor der Frage einer Behandlung ist es wichtig, besondere Sorgfalt auf die Stellung der richtigen Diagnose zu legen. Eine voreilige Festlegung, dass es sich bei einer bestimmten Konstellation „nur um ADHS handeln“ könne, kann ebenso problematisch sein wie eine sehr späte oder unter Umständen gar nicht gestellte Diagnose eines ADHS.

Viele Eltern berichten, dass sie es als große Erleichterung empfunden haben, wenn – oft nach einer langen Odyssee – die richtige Diagnose ADHS bei ihrem Kind gestellt wurde. Endlich gibt es eine schlüssige Erklärung für die Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes. Sie wissen nun, dass ihr Kind nicht einfach „nicht will“ oder auch sie als Eltern nicht einfach „versagt“ haben, sondern dass ihr Kind aufgrund einer bestimmten Störung zeitweilig nicht in der Lage ist, so zu reagieren wie andere Kinder. Eine umfassende Beratung zu Ursachen, Verlauf und Behandlung kann dazu beitragen, den Druck bei den Eltern erheblich zu vermindern.

Es gibt nun verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, welche die Symptome deutlich bessern können. Eine rechtzeitige und angemessene Behandlung hilft zudem Folgeschäden zu vermeiden.

Nach der Diagnose von ADHS sollte die Behandlung auf mehreren, miteinander verzahnten Ebenen erfolgen. Dies wird in einem sogenannten „multimodalen Behandlungskonzept“ umgesetzt. Es bezieht neben einer sorgfältigen Diagnose auch die Beratung der Eltern, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ein. Verschiedene Vorgehensweisen wie Psychotherapie, medikamentöse Therapie, pädagogische Maßnahmen und psychosoziale Hilfestellungen greifen so ineinander.

Die Zusammenarbeit mit dem Kindergarten oder der Schule ist ein wichtiger Bestandteil. Spezielle Förderung in verschiedenen problematischen Bereichen erfordert die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachleute, z.B. von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Lehrern.

Bei Kindern mit ADHS können unterschiedliche Schweregrade und unterschiedliche Probleme und Begleitstörungen im Vordergrund stehen. Deshalb muss ein individueller Behandlungsplan erstellt werden. Der behandelnde Arzt sollte diesen Therapieplan im Rahmen einer ausführlichen Beratung mit den Eltern besprechen.

Trainingsprogramme

Einer der wichtigsten Bausteine in der Behandlung von ADHS ist die Beratung und Unterstützung der Eltern. Zum einen benötigt das Kind durch die Eltern in vielen alltäglichen Situationen besondere Hilfestellungen, zum anderen ist durch das schwierige Verhalten des Kindes oft eine negative Eltern-Kind-Beziehung entstanden.

Im Rahmen von Therapieprogrammen lernen Eltern, wie sie die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes durch gezielte Maßnahmen vermindern können.

Hierfür sind spezielle Elterntrainings entwickelt worden. Beispielfhaft wird hier ein Thera-



pieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) genannt, das an der Universität Köln erstellt wurde. Dieses Programm wird von vielen Fachleuten, die mit verhaltensauffälligen Kindern arbeiten, verwendet.

Teil dieses Programms ist der sogenannte Elternleitfaden. (siehe Literaturempfehlung im Anhang). In einem 14-stufigen Programm lernen Eltern Schritt für Schritt, wie die schwierige Familiensituation verändert und Lösungen für spezielles Problemverhalten des Kindes entwickelt werden können. Typische Anwendungsbeispiele geben sehr konkret Hilfestellungen, um Eltern in die Lage zu versetzen, auch schwierige Situationen gezielt beeinflussen zu können. Um eine dauerhafte Veränderung zu erreichen, müssen diese Programme über einen längeren Zeitraum konsequent durchgeführt werden.

Der Bedeutung klarer Regeln und Grenzen kommt in dem genannten Elternleitfaden eine wichtige Bedeutung zu. Verlässliche und berechenbare Abläufe helfen Kindern mit ADHS, mit ihrer Reizoffenheit besser zurechtzukommen.

Die Regeln sollten die Eltern mit den Kindern gemeinsam aufstellen und besprechen. Es ist genau festzulegen, welche Konsequenzen folgen, wenn die Regeln nicht eingehalten werden. Die Absprachen sollten einfach und nachvollziehbar sein. Ganz wichtig ist, dass vereinbarte Konsequenzen auch wirklich erfolgen und dass die Elternteile hier „an einem Strang“ ziehen und nicht unterschiedlich reagieren.



Ebenso wichtig ist es, das Kind zu loben, wenn Regeln eingehalten werden konnten. Zu Beginn sollten Eltern auch bei kleinen Fortschritten ihrem Kind direkt signalisieren, dass sein Bemühen gesehen wurde. Das Kind lernt so, dass auch positives und nicht nur negatives Verhalten beachtet wird. In vielen Familien hat sich ein Kreislauf verfestigt, in welchem vor allem auf störende Verhaltensweisen reagiert wird. „Normales“ bzw. erwünschtes Verhalten wird als selbstverständlich vorausgesetzt und führt kaum zu einer besonderen Rückmeldung. Eine konsequente Verstärkung der positiven Verhaltensweisen durch entsprechende Aufmerksamkeit und Lob wird dazu führen, dass das Kind dieses Verhalten auch häufiger zeigt.

Sehr erfolgreich können auch Punkte-Pläne sein, bei denen das Kind durch Erfüllen bestimmter Anforderungen Punkte sammelt, die später in Belohnungen umgetauscht werden können.

Durch die ständigen Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern ist häufig die emotionale Beziehung innerhalb der Familie gestört. Die liebenswerten Eigenschaften des Kindes sind fast ganz aus dem Blick geraten. Alles dreht sich nur noch um das „Fehlverhalten“. Umso wichtiger ist es, die Stärken und Fähigkeiten des Kindes wieder mehr in den Mittelpunkt zu rücken. Um sich gegenseitig wieder mehr „zu mögen“ und ein gutes Familiengefühl herzustellen, wird mit Hilfe des Therapieprogramms auch daran gearbeitet, wie das Familienklima wieder verbessert werden kann.

Der Elternleitfaden kann von den Eltern unter Anleitung oder auch allein angewendet werden. Letzteres klappt möglicherweise nicht immer. Manchmal sind die Störungen so ausgeprägt und ist die Situation so „verfahren“, dass es besser ist, sich professionelle Unterstützung



zu holen. Auch für Kinder gibt es spezielle Trainingsprogramme, die gezielt auf bestimmte Problembereiche zugeschnitten sind. Als Beispiele seien hier genannt:

► **Aufmerksamkeits- und Konzentrationstrainings**

Hier lernen die Kinder in mehreren Sitzungen, wie sie ihre Aufmerksamkeit erhöhen, ihr Verhalten besser steuern und Handlungen besser planen können. Schritt für Schritt werden die unter Anleitung erworbenen Techniken dann auf Alltagssituationen übertragen. Die Methode hat sich als wirkungsvoll erwiesen, wenn es z.B. um die Erledigung der Hausaufgaben geht.

► **Selbstmanagement-Programme**

Selbstmanagement-Methoden können helfen, eigenes Verhalten besser zu steuern und angemessenere Verhaltensweisen im Umgang mit anderen zu entwickeln. Hier wird das Kind zunächst darin unterstützt, eigene Reaktionen und Verhaltensweisen, aber auch die anderer genauer wahrzunehmen und wiederzugeben. Möglichkeiten einer Reaktionskontrolle oder Reaktionsverzögerung werden vermittelt. Indem das Kind versucht, sich an bestimmte Regeln zu halten und sich für eine erfolgreiche Bewältigung der Situation selbst positiv verstärkt, soll es lernen, in den „kritischen“ Situationen alternatives, angemessenes Verhalten zu zeigen.

Auch Strategien zur Bewältigung von Ablenkungen, Fehlern und Frust können vermittelt werden. Mit Hilfe von Rollenspielen und anderen Methoden wird neues Verhalten eingeübt. Mit der Zeit können die Kinder auch im Alltag Situationen besser einschätzen und angemessener reagieren.

Die Trainingsprogramme werden im Rahmen einer Gesamtbehandlung z.B. von Sozialpädiatrischen Zentren, spezialisierten Ambulanzen in Kliniken, Erziehungsberatungsstellen, Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten angeboten.

Kinder, die ausgeprägte Begleitstörungen im emotionalen Bereich haben, z.B. Ängste und Depressionen, benötigen eine weitergehende psychotherapeutische Behandlung. Diese wird von Kinder- und Jugendpsychiatern sowie von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten durchgeführt. Die angebotenen Verfahren können sehr unterschiedlich sein, da die Bandbreite geeigneter Therapien groß ist.

Bei der Wahl eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sollte ggf. darauf geachtet werden, ob dieser eine Kassenzulassung hat. Entsprechende Adressen bekommen Sie bei den Krankenkassen oder den im Anhang genannten Organisationen. Die Kosten für die genannten Behandlungsmethoden werden in der Regel von den Krankenkassen übernommen.

Pädagogische und weitere Hilfen

Lernschwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der verminderten Konzentration und den Aufmerksamkeitsstörungen eines Kindes mit ADHS bestehen, bessern sich unter einer angemessenen Behandlung oft. Wenn aber, wie oben geschildert, z.B. begleitend eine Teilleistungsstörung vorliegt, sollten die Kinder eine spezielle Förderung auf dem jeweiligen Gebiet bekommen. Hier werden verschiedene Lernprogramme angeboten.

Bei Störungen der Bewegungskoordination sollte versucht werden, durch entsprechende Trainings die motorischen Fertigkeiten zu verbessern. Häufig wird dadurch auch eine Verbesserung des Selbstvertrauens erzielt. Speziell geschulte Fachkräfte wie Krankengymnasten, Ergotherapeuten oder Mototherapeuten bieten hierzu verschiedene Behandlungen an.

Manchmal kann es auch hilfreich sein, mit dem Kind Sportarten auszusuchen, die seinen Fähigkeiten entsprechen. Dies können Sportarten sein, die z.B. eher grobmotorische Abläufe erfordern. Manche Kinder haben auch gute Erfolgserlebnisse bei Sportarten wie Karate, Judo oder Takewondo.

Sozialpädagogische Familienhilfe oder andere Hilfen zur Entlastung der Familie wie Erziehungsbeistand, soziale Gruppenarbeit etc. können als zusätzliche Hilfsangebote für Familien mit einem von ADHS betroffenen Kind oder Jugendlichen in Betracht kommen. Diese vielfältigen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind durch das Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) geregelt. Ein Anspruch auf solche Hilfen besteht ausdrücklich auch dann, wenn Kinder seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht sind.

Kinder mit ADHS brauchen im familiären und schulischen Bereich eine einheitliche Orientierung. Nur so lernen sie mit der Zeit ihr Verhalten zu verändern. Um die Kinder

und Jugendlichen wirkungsvoll unterstützen zu können, ist es daher wichtig, auch mit den Bezugspersonen in Kindergarten oder Schule zusammenzuarbeiten. Dies ist ein wesentlicher Baustein der gesamten Behandlung. Die Eltern sollten das Gespräch mit Erziehern und Lehrern suchen, sie über die Situation und das jeweilige Therapieprogramm informieren und Möglichkeiten einer gegenseitigen Unterstützung diskutieren. In Absprache mit den Eltern sind Gespräche zwischen Therapeuten bzw. Behandlern und Lehrern oder Erziehern von großem Nutzen.

Wenn das Kind zur Behandlung von ADHS zusätzlich Medikamente bekommt (siehe Kapitel „Medikamentöse Behandlung“), sollte dies den Lehrpersonen mitgeteilt werden. Diese können sich umso besser auf Schüler und Schülerinnen mit ADHS einstellen, je umfassender sie informiert sind und je vertrauensvoller sich die Zusammenarbeit mit den Eltern gestaltet.

Wichtig ist das Gespräch mit Lehrpersonen auch, um Fragen wie die einer generellen Über- oder Unterforderung des Kindes zu besprechen. Überlegungen zu einem möglichen Schulwechsel, der Umgang mit etwaigen Teilleistungsstörungen und Möglichkeiten einer speziellen Förderung des Kindes können in einem vertrauensvollen Gespräch geklärt werden.

In vielen Schulen und Kindergärten werden mittlerweile Fortbildungsprogramme zu ADHS angeboten, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen befähigen sollen, sich auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit ADHS einzustellen und diese gezielter unterstützen zu können.

In einigen Bundesländern gibt es spezielle Erlasse, in denen das Vorgehen bei Schwierigkeiten mit Schüler/innen mit Behinderungen und besonderem Förderbedarf auch für verhaltensauffällige Schüler/innen beschrieben wird. Informationen hierzu erhalten Sie bei den zuständigen Schulämtern.

Einige Punkte sollten Lehrer, die ein Kind mit ADHS in ihrer Klasse haben, besonders beachten:

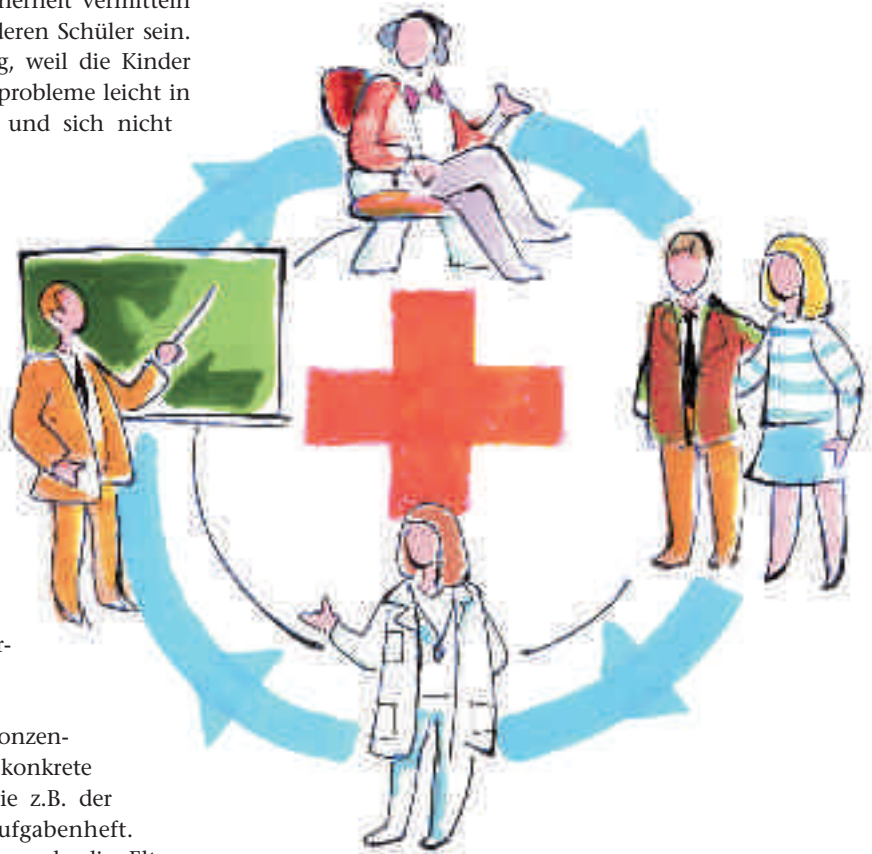
➤ Da die Kinder durch ihre Reizoffenheit sehr leicht auf jede Ablenkung reagieren, kann es hilfreich sein, wenn sie vorne und neben einem ruhigen Kind sitzen. So kann auch der Lehrer schnell problematische Situationen erfassen und entsprechend reagieren. Manchmal hilft schon ein Blick oder eine kurze Bemerkung, um dem Kind zu signalisieren, dass es in einer schwierigen Situation nicht allein ist. Der Rückhalt des Lehrers kann Sicherheit vermitteln und Zeichen der Akzeptanz für die anderen Schüler sein. Dies ist deshalb von großer Bedeutung, weil die Kinder durch ihr Verhalten und ihre Leistungsprobleme leicht in eine Außenseiterrolle geraten können und sich nicht mehr am Unterricht beteiligen.

➤ Auch in Kindergarten und Schule gilt: Einfache, klare Regeln und eindeutig formulierte Aufforderungen sind wichtig. Wenn es dem Kind gelingt, diese umzusetzen, sollte es gelobt werden. Wie innerhalb der Familie sollte auch in Kindergarten und Schule versucht werden, die Verfestigung eines Musters zu durchbrechen, in dem nur noch das störende Verhalten eines Kindes im Vordergrund steht. Wenn möglich, sollten z.B. kleinere Störungen möglichst nicht beachtet werden. Umso wichtiger ist es, konstruktives und erwünschtes Verhalten positiv hervorzuheben.

➤ Da den Kindern planvolles und konzentriertes Arbeiten schwer fällt, können konkrete Hilfestellungen sehr nützlich sein, wie z.B. der Eintrag wichtiger Punkte im Hausaufgabenheft. Neben dem Kind selbst können sich auch die Eltern

daran orientieren. Sie helfen, Anlässe für Ärger und Unzufriedenheit zu vermeiden.

➤ Regelmäßige Gespräche zwischen Eltern, Lehrern und Erziehern ermöglichen es allen Beteiligten, die Entwicklung der Situation besser einzuschätzen und das weitere Vorgehen abzustimmen. Die Unterstützung durch Schulpsychologen und Therapeuten kann hier sinnvoll sein.





Medikamentöse Behandlung

Die Frage einer medikamentösen Behandlung ist eine der umstrittensten Fragen in der Diskussion um ADHS. Dabei geht es vor allem um die am häufigsten eingesetzten Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat (z.B. Ritalin und Medikinet) und seit 2005 auch mit dem Wirkstoff Atomoxetin (z.B. Strattera). Hier ist es besonders wichtig, sachliche Überlegungen in den Vordergrund zu stellen. Generell gilt: Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung von ADHS kann nur durch den behandelnden Arzt im Einzelfall getroffen werden, nachdem die Diagnose sorgfältig gestellt wurde. Nur wenn die Diagnose ADHS gesichert ist, sollten diese Medikamente gegeben werden. Und: Nicht jedes Kind oder jeder Jugendliche mit ADHS benötigt eine Behandlung mit Medikamenten.

Die Entscheidung über den Einsatz von Medikamenten bei ADHS sollte zwischen dem behandelnden Arzt und den Eltern und – soweit wie altersentsprechend möglich – mit dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen abgesprochen werden. In vielen Fällen ist es sinnvoll und angebracht, zunächst anderweitige Möglichkeiten auszuschöpfen. Manche Kinder wollen es auch unbedingt ohne Medikamente schaffen – dies sollte mit berücksichtigt werden. Die Störung kann jedoch auch so ausgeprägt sein, dass es ohne begleitende Medikation kaum möglich ist, Trainingsprogramme oder andere Maßnahmen durchzuführen. Hierüber kann im Einzelfall nur der Arzt entscheiden.

Bei gesicherter Diagnose gehören zum Mindeststandard jeder medikamentösen Behandlung eine ausführliche Beratung und intensive Begleitung. Meist ist es wünschenswert und sinnvoll eine begleitende Psychotherapie durchzuführen.

Vor der Behandlung sollte das Kind gründlich untersucht werden, da die genannten Medikamente bei bestimmten Erkrankungen nicht gegeben werden dürfen. Die Eltern sollten über Wirkung, mögliche Nebenwirkungen, Dosierung und Dauer der Einnahme informiert werden. Anhand von Gesprächen und Beurteilungsbogen sollte die Wirksamkeit regelmäßig überprüft werden. Ebenso ist in sinnvollen Abständen zu überprüfen, ob die Dosis angemessen ist bzw. ob die Fortsetzung der Medikamentengabe erforderlich ist. Die meisten methylphenidathaltigen Medikamente wirken nach der Einnahme für ca. drei bis vier Stunden. Die Kinder müssen daher zwei oder sogar drei Tabletten am Tag einnehmen, um die gewünschte Wirkung zu erhalten. Seit einiger Zeit gibt es auch Langzeitpräparate, von denen nur noch ein bis zwei Tabletten täglich eingenommen werden müssen.

Medikamente mit dem Wirkstoff Atomoxetin müssen ebenfalls 1-2 mal täglich eingenommen werden. Allerdings dauert es nach der erstmaligen Einnahme etwa 4-6 Wochen bis die volle Wirkung eintritt

Dem Kind sollte vermittelt werden, dass die Tabletten ihm dabei helfen können, das eigene Verhalten besser zu steuern und die eigenen Fähigkeiten besser zu entwickeln. Klar sollte aber auch sein, dass die Tabletten nicht „alles gut machen“ können. Tabletten lösen nicht alle Probleme, mit denen Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen bei ADHS konfrontiert sind. Sie können aber Bedingungen schaffen, unter denen bestehende Schwierigkeiten besser und erfolgreicher angegangen werden können. Die Medikamente sind eine Unterstützung. Gerade deshalb ist es so wichtig, dass die Behandlung mit Medikamenten bei ADHS in ein Gesamtkonzept eingebettet ist.

Bei ungefähr 85% der Kinder zeigt sich unter Einnahme von Methylphenidat eine deutliche Verminderung der Symptome. Sie können sich besser konzentrieren und in der Schule besser mitarbeiten. Ebenso können sie ihren übermäßigen Bewegungsdrang besser kontrollieren. Über diese Veränderungen wird auch das Verhältnis zu Gleichaltrigen und Eltern oft schon entspannter.

Einige Eltern befürchten, dass ihr Kind von den Medikamenten, die Methylphenidat enthalten, abhängig wird, oder dass es durch die Einnahme grundsätzlich stärker suchtfährdet sein könnte. Diese Befürchtungen sind glücklicherweise unbegründet. Der gegenwärtige Forschungsstand spricht dafür, dass das Gegenteil der Fall ist: Kinder und Jugendliche mit ADHS, die medikamentös behandelt worden sind, scheinen später sogar weniger

drogengefährdet zu sein als Kinder mit ADHS, die nicht behandelt werden.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die mit diesem Medikament behandelt werden sollen, sollte allerdings eine Suchterkrankung ausgeschlossen sein. Wenn Hinweise darauf vorliegen, dass die Tabletten anderweitig als für den bestimmungsgemäßen Gebrauch verwendet werden könnten, sollte der Arzt keine Verschreibung vornehmen.



Es gibt **weitere Medikamente**, die bei ADHS eingesetzt werden, z.B. Mittel, die ursprünglich gegen Depressionen entwickelt wurden, sich aber auch bei ADHS bewährt haben. Diese hier ausführlich darzustellen, würde den Umfang der Broschüre sprengen. Ihr Arzt kann Ihnen bei Interesse hier sicher weitere Informationen geben.

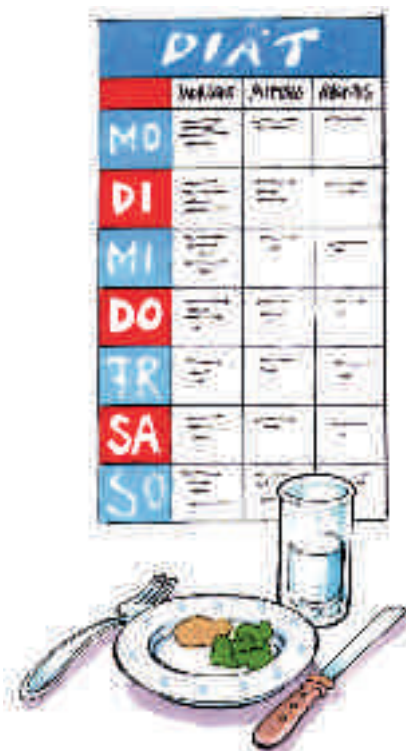
Ernährung

Eine Wirksamkeit von **Diäten** bei ADHS hat sich in den meisten Studien nicht nachweisen lassen. Für die oligo antigene Diät gilt, dass insgesamt ca. 5–10% der Kinder mit ADHS davon profitieren. Es handelt sich um eine individuell angepasste Diät. Man geht von einer sog. Basisdiät aus, in der diverse Nahrungsmittel weggelassen werden, welche häufiger allergische Reaktionen verursachen. Findet sich darunter eine Verbesserung der ADHS-Symptomatik, werden schrittweise einzelne Nahrungsmittel hinzugefügt und es wird beobachtet, ob sich die Symptome wieder verstärken. So können evtl. Nahrungsmittel identifiziert werden, nach deren Verzehr in dem jeweiligen Einzelfall die Symptome verstärkt auftreten.

Die Diät ist sehr aufwändig, kostspielig und erfordert sehr viel Disziplin von den Kindern und den Eltern. Das Risiko einer Fehlernährung ist zu beachten. Kinder mit ADHS sind oft damit überfordert, die Diätpläne einzuhalten. Als regelhafte Behandlung kann die Diät nicht empfohlen werden.

Einige Eltern äußern Bedenken gegen schulmedizinische Behandlungsformen und suchen nach sogenannten „natürlichen“ Alternativen. In diesem Zusammenhang wird auch der Einsatz von **AFA-Algen** diskutiert.

AFA-Algen, umgangssprachlich blaue oder blaugrüne Ur-algen genannt, gehören zu den Cyanobakterien. Eine Vielzahl von verschiedensten Erkrankungen soll mit diesen Algen behandelt werden können, neben ADHS werden hier auch Grippe, Windpocken, Mumps und Depressionen angegeben.



Die Wirksamkeit von AFA-Algen bei der Behandlung der genannten Erkrankungen ist jedoch wissenschaftlich nicht belegt. Cyanobakterienhaltige Präparate sind außerdem in Deutschland nicht als Arzneimittel zugelassen. Bestimmte Stämme dieser Bakterien können das Nervensystem und die Leber schädigen. Aus diesem Grund haben das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin in einer gemeinsamen Presseerklärung vom 21. März 2002 ausdrücklich vor einer Behandlung mit AFA-Algen gewarnt.

ADHS – EINE UMSTRITTENE STÖRUNG?

Die Diskussion um ADHS

Das Thema ADHS wird in den letzten Jahren stark diskutiert, die Positionen sind dabei sehr gegensätzlich und die Diskussion wird häufig sehr emotional geführt. Neben der Frage, ob es sich überhaupt um eine Erkrankung handelt, werden auch verschiedenste Ursachen für das Auftreten der Störung verantwortlich gemacht. Die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung, mediale Reizüberflutung, Bewegungsarmut, Erziehungsstil, Ernährungsgewohnheiten und vieles mehr werden zur Erklärung herangezogen. Ebenso widersprüchlich verläuft die Diskussion um die richtige Behandlung. Wie dargestellt, werden außer psychotherapeutischen, pädagogischen und medikamentösen Behandlungsansätzen auch bestimmte Diätformen, die Einnahme von Algenpräparaten und andere therapeutische Ansätze zur Lösung der Probleme empfohlen, je nach zugrunde liegendem Erklärungsansatz für ADHS.

Diese unterschiedlichen Sichtweisen bzw. Empfehlungen erschweren die ohnehin schon oft schwierige Suche nach kompetenten und erfahrenen Ansprechpartnern und führen zu großen Irritationen bei Eltern und Bezugspersonen.

Besonders umstritten war und ist die Frage nach einem Einsatz von Medikamenten bei ADHS. Die Tatsache, dass der Verbrauch des zur Behandlung von ADHS eingesetzten Wirkstoffs Methylphenidat in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen war, entfachte eine sehr heftige,

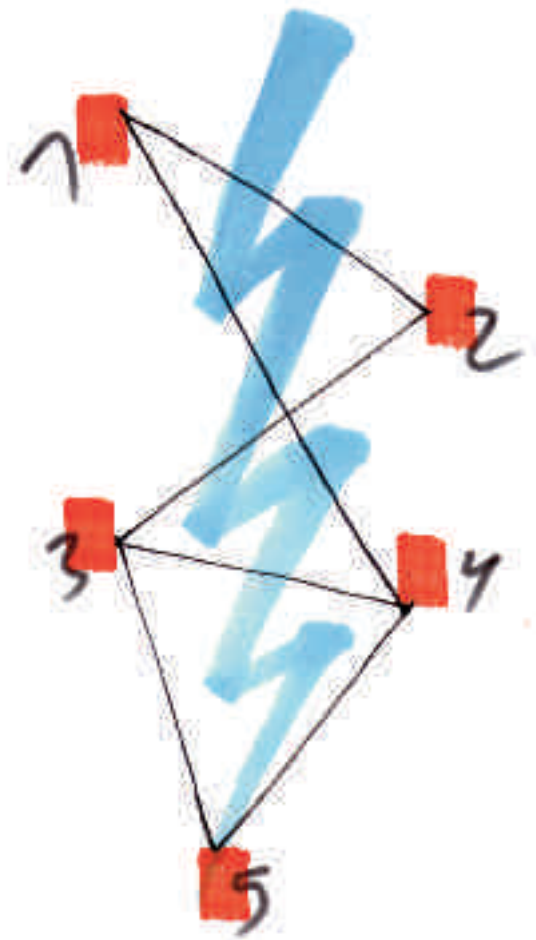
oft unsachlich geführte Diskussion um den Einsatz von Methylphenidat. Das Problem ADHS schien zeitweise auf die Frage „Methylphenidat – ja oder nein?“ beschränkt zu sein.



Standards in Diagnostik und Behandlung

Ausgehend von den dramatisch gestiegenen Verbrauchszahlen für das Medikament Methylphenidat hat sich das BMG auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ausführlich mit dem Thema ADHS auseinander gesetzt. Durch verschiedene Aktivitäten wurde zu einer Versachlichung der Diskussion und zu einer Verbesserung der Informationslage beigetragen.

Ein zentraler Punkt in diesen Aktivitäten war eine im Oktober 2002 unter Leitung des BMG durchgeführte „Konsensuskonferenz ADHS“. Sie fand unter Beteiligung von verschiedenen Facharzt- und weiteren Berufsgruppen sowie Selbsthilfeverbänden, Vertretern der Bundesärztekammer und anderen statt. Die wesentlichen Ergebnisse wurden Ende 2002 vom BMG als Eckpunktepapier veröffentlicht. Erstmals in dieser breiten Form wurden darin gemeinsame Positionen zu verschiedenen Fragen der Diagnostik und Therapie sowie zu weiteren Aspekten dargelegt.



Eckpunktepapier der Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2002:

In dem Eckpunktepapier werden die Häufigkeit und der Krankheitscharakter der Störung unterstrichen und der Stand des gesicherten Wissens dargelegt. Die mögliche Fortdauer bis in das Erwachsenenalter hinein wird betont.

Übereinstimmend wird festgestellt, dass der Wissensstand zu dem Krankheitsbild ADHS in der Öffentlichkeit unzureichend ist und weitere Informationen erforderlich sind. Auch im Hinblick auf die beteiligten Berufsgruppen wird auf den Bedarf von entsprechender Fortbildung hingewiesen.

Das Papier enthält grundlegende Aussagen sowohl zu den Anforderungen, die an eine korrekte und sorgfältige Diagnose der Erkrankung zu stellen sind, als auch an eine angemessene Behandlung.

Dem Thema Medikamente wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet, hierzu werden ebenfalls grundsätzliche Hinweise gegeben.

Darüber hinaus wird betont, wie wichtig die Zusammenarbeit verschiedener Berufs- und Fachgruppen in der Behandlung von ADHS für die betroffenen Personen ist.

Bei den Teilnehmern der Konferenz bestand Einigkeit darüber, dass die Versorgung betroffener Kinder, Jugendlicher und Erwachsener weiter zu verbessern ist. Hier wurde besonders auf die Bedeutung des Aufbaus von entsprechenden Netzwerken hingewiesen, die Ansprechpartner für Eltern und berufliche Fachgruppen sein sollen.

Als besonders positiv wurde bewertet, dass es erstmals gelungen ist, fach- und berufsgruppenübergreifend einen Grundkonsens zum Thema ADHS zu erzielen. Von allen an der Konferenz Beteiligten wurde die Hoffnung geäußert, dass der begonnene konstruktive interdisziplinäre Austausch im Interesse der Betroffenen fortgesetzt wird.

Der vollständige Text des Eckpunktepapiers ist im Anhang auf den Seiten 42 und 43 abgedruckt.

WO FINDE ICH HILFE?

Wie kann festgestellt werden, ob (m)ein Kind ADHS hat?

Die Diagnose ADHS sollte nur nach einer umfassenden Untersuchung durch erfahrene Fachleute gestellt werden. Gerade wegen der fließenden Übergänge von schwierigem zu krankheitsbedingt auffälligem Verhalten wird oftmals vorschnell vermutet, dass es sich um ADHS handeln müsse, obwohl andere Probleme die Ursache sind. Eine ausführliche Diagnostik ist wichtig, um andere Erkrankungen auszuschließen und Begleitstörungen zu erfassen. Nur so kann ein speziell auf die Gesamtproblematik des Kindes zugeschnittenes individuelles Behandlungskonzept erarbeitet werden.

Am Anfang sollte das ausführliche Gespräch mit den Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen stehen. Hierbei werden die angegebenen Verhaltensauffälligkeiten genau hinterfragt, d.h. seit wann und in welchen Situationen diese auftreten. Wichtig ist, wie sich die Probleme entwickelt haben und was bereits unternommen wurde, um damit zurechtzukommen und was diese Lösungsversuche gebracht haben. Oft werden zusätzlich Fragebogen eingesetzt. Durch diese strukturierte Form können weitere Aspekte rasch und übersichtlich erfasst und die Störung genauer eingegrenzt werden.

Auch die Lehrer und/oder Erzieher können gebeten werden, das Verhalten und die Leistungsfähigkeit des Kindes anhand von Fragebögen zu beschreiben. Lehrkräfte und Erzieher sind nicht dazu verpflichtet, die oft umfangreichen Fragebögen auszufüllen, sie sind aber erfahrungsgemäß oft dazu bereit.

Weiterhin wird danach gefragt, welche Erkrankungen es in der Familie gab, wie Schwangerschaft und Geburt verlaufen sind und welche sonstigen Erkrankungen beim Kind aufgetreten sind.

Darüber hinaus wird das Kind körperlich untersucht. Hierbei werden auch neurologische Untersuchungen durchgeführt und das Hör- und Sehvermögen wird getestet. Um eine hirnorganische Erkrankung auszuschließen, wird manchmal zusätzlich ein EEG gemacht.

Um Entwicklungsstörungen, Teilleistungsschwächen und Begleitstörungen gezielt zu erfassen, können zusätzlich testpsychologische Untersuchungen notwendig sein. So werden Intelligenztests verwendet, um das intellektuelle Leistungsniveau des Kindes zu erfassen. Spezifische Leistungstests geben Auskunft über mögliche Teilleistungsstörungen, wie z.B. eine Lese- oder Rechtschreibschwäche. Konzentrationstests zeigen die Fähigkeit zur kurzfristigen und zielgerichteten Aufmerksamkeit. Persönlichkeitsfragebogen, die bei älteren Kindern angewandt werden, können erste Hinweise auf Selbstwertproblematik, Angststörungen oder Depressionen geben.

Erst nach sorgfältiger Untersuchung kann zuverlässig die Diagnose ADHS gestellt werden. Der behandelnde Arzt wird dann nach eingehender Information und Beratung gemeinsam mit den Eltern ein individuelles Behandlungskonzept erarbeiten.

A Und die Mutter

blickte stumm

D



H auf dem ganzen

Tisch herum...

S

Wo finden Eltern Hilfe?

Der erste Ansprechpartner für hilfeschuchende Eltern ist in der Regel der Kinder- und Jugendarzt. Viele Kinder- und Jugendärzte haben sich speziell zu diesem Thema weitergebildet und qualifiziert.

Bei Bedarf wird dieser jedoch zur weiteren Diagnostik und Behandlung einen Kinder- und Jugendpsychiater und/oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten hinzuziehen. Bei psychotherapeutischen Maßnahmen haben sich verhaltenstherapeutische Konzepte besonders bewährt. Deshalb sollten Sie den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten fragen, ob er entsprechende Verhaltensprogramme durchführen und abrechnen kann. In Abhängigkeit von vorliegenden Begleitstörungen kann es notwendig sein, andere Behandlungsansätze einzubeziehen.

Diagnostik und Behandlung können auch in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, in welchem verschiedene Fachrichtungen zusammenarbeiten, durchgeführt werden. In einigen Kinder- und Jugendkrankenhäusern gibt es Spezialambulanzen für Kinder mit ADHS.

Da es sich bei ADHS um eine Erkrankung handelt, werden die Kosten der Untersuchung und Behandlung von den Krankenkassen übernommen.





Sofern die Ausprägung des ADHS eine Behinderung darstellt, die Betroffenen dadurch von Behinderung bedroht oder in ihrer psychosozialen Entwicklung beeinträchtigt sind, kommen gemäß dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch VIII) sowie dem Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Sozialgesetzbuch IX) als weitere Kostenträger die Jugendhilfe sowie die Sozialhilfeträger in Betracht, die in Abstimmung mit den Betroffenen erforderliche Maßnahmen veranlassen. Hier kann das Jugendamt wichtiger Ansprechpartner sein. In Zusammenarbeit mit fachlich geschulten Pädagogen werden hier viele Hilfen von heilpädagogischen Tagesgruppen bis zur sozialpädagogischen Familienhilfe angeboten.

Weitere Ansprechpartner können auch eine Erziehungsberatungsstelle oder der schulpsychologische Dienst sein. In einigen Schulen bietet der schulpsychologische Dienst spezielle Beratungen und Trainings für Eltern und Kinder an.

Die Diagnose eines ADHS, das Erstellen eines individuellen Therapieplans und die Koordination der Maßnahmen sind Aufgabe des Arztes. Zunehmend gibt es interdisziplinäre

regionale Netze, die sich im Team um die Therapie von Kindern und Jugendlichen bemühen.

Selbsthilfe

Eltern von Kindern mit ADHS sind besonderen Belastungen ausgesetzt. Viele zweifeln angesichts der Schwierigkeiten an ihren erzieherischen Fähigkeiten, ziehen sich aus sozialen Kontakten zurück und geraten so mehr und mehr in die Isolation. In einer solchen Situation kann es ausgesprochen hilfreich sein, sich mit anderen betroffenen Eltern auszutauschen. Die Erkenntnis, dass es vielen anderen genauso geht, die Anregungen, Informationen und Tipps aus eigener Betroffenheit heraus können für die Eltern sehr entlastend und ermutigend sein. Mittlerweile gibt es in ganz Deutschland Selbsthilfegruppen, in welchen man eine solche gegenseitige Unterstützung finden kann.

Im Anhang finden Sie Adressen von Organisationen und Beratungsstellen, die Ihnen bei der Suche nach kompetenten Ansprechpartnern behilflich sind.

Adressen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Postfach 91 01 52, 51071 Köln

- Tel.: 02 21-89 92-0
- Fax: 02 21-89 92-300
- E-Mail: poststelle@bzga.de
- www.bzga.de

Das Eckpunktepapier der Konferenz zur Verbesserung der Versorgung Kinder, Jugendlicher und Erwachsener mit ADHS kann eingesehen werden unter

- www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Dienstsitz Bonn:

Rochusstraße 1, 53123 Bonn

- Tel.: 02 28-99 441-0
- Fax: 02 28-99 441-1921

Dienstsitz Berlin:

Friedrichstr. 108, 10117 Berlin

- Tel.: 0 30-18 441-0
- E-Mail: info@bmg.bund.de
- www.bmg.bund.de

Umfassende Informationen zum Thema ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie Adressen von Elterninitiativen in der Nähe Ihres Wohnortes finden Sie bei folgenden Vereinigungen:

Zentrales ADHS-Netz

Klinikum der Universität zu Köln

Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln

- Tel.: 02 21-4 78 61 08
- Fax: 02 21-4 78 39 62
- E-Mail: zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de
- www.zentrales-adhs-netz.de

ADHS Deutschland e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

(vormals Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. und Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.)

Postfach 410724, 12117 Berlin

- Tel.: 0 30-85 60 59 02
- Fax: 0 30-85 60 59 70
- E-Mail: info@adhs-deutschland.de
- www.adhs-deutschland.de

AdS e.V.

Elterninitiative zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AufmerksamkeitsDefizit-Syndrom (ADS) mit/ohne Hyperaktivität

Postfach 11 65, 73055 Ebersbach

- Tel.: 0 71 61-92 02 25
- Fax: 0 71 61-92 02 26
- E-Mail: geschaeftsstelle@ads-ev.de
- www.ads-ev.de

**Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und
Jugendärzte e.V. (AG ADHS)**

Postfach 228, 91292 Forchheim

- Tel.: 091 91-97 03 69
- Fax: 091 91-97 03 75
- E-Mail: ag-adhs@t-online.de
- www.ag-adhs.de

**BundesArbeitsGemeinschaft zur Förderung der Kinder
und Jugendlichen mit Teilleistungs-/Wahrnehmungs-
störungen e.V. (BAG-TL/WS)**

Wendelinstraße 64, 50933 Köln

- Tel.: 02 21-4 97 27 19
- Fax: 02 21-4 91 14 64
- E-Mail: info@bag-tl.de
- www.bag-tl.de

**Adressen von Schreieambulanzen und speziellen
Sprechstunden in Kinderkrankenhäusern und
Universitätskliniken bundesweit finden Sie bei der:**

**Gesellschaft für seelische Gesundheit
in der frühen Kindheit e.V. (GAIMH)**

Universitäts-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz
Auenbruggerplatz 30, A-8036 Graz, Austria

- Tel.: +43 316-3 85-37 59
- Fax: +43 316-3 85-37 54
- E-Mail: gaimh@klinikum-graz.at
- www.gaimh.de

**Adressen von Sozialpädiatrischen Zentren finden
Sie auf der Website der:**

**Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)**

- www.dgspj.de

**Adressen von Erziehungsberatungsstellen erhalten
Sie bei der:**

**Bundeskongferenz für Erziehungsberatung – Der Fachver-
band für Erziehungs-, Familien- und Jugendberatung
Herrnstraße 53, 90763 Fürth**

- Tel.: 09 11-9 77 14-0
- Fax: 09 11-97 54 97
- E-Mail: bke@bke.de
- www.bke.de

**Adressen von Ergotherapeuten erhalten Sie unter:
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.**

Postfach 2208, 76303 Karlsbad

- Tel.: 0 72 48-91 81-0
- Fax: 0 72 48-91 81-71
- E-Mail: info@dve.info
- www.ergotherapie-dve.de

Adressen kinder- und jugendpsychiatrischer, -psychosomatischer und psychotherapeutischer Universitätskliniken finden Sie unter:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp)

Geschäftsstelle

Dr. Thomas Nesseler, Hauptgeschäftsführer
Rheinhardtstraße 14, 10117 Berlin-Mitte

- > Tel.: 0 30-28 09-65 19
- > Fax: 0 30-28 09-65 79
- > E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de

Adressen von Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie finden Sie beim:

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)

Geschäftsstelle

Im Spital/Stuttgarter Straße 51, 71263 Weil der Stadt

- > Tel.: 0 70 33-69 11 36
- > Fax: 0 70 33-8 05 56
- > E-Mail: mail@bkjpp.de
- > www.bkjpp.de

Adressen von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten finden Sie bei folgenden Verbänden:

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (bkj)

Bundesgeschäftsstelle

Brunnenstraße 53, 65307 Bad Schwalbach

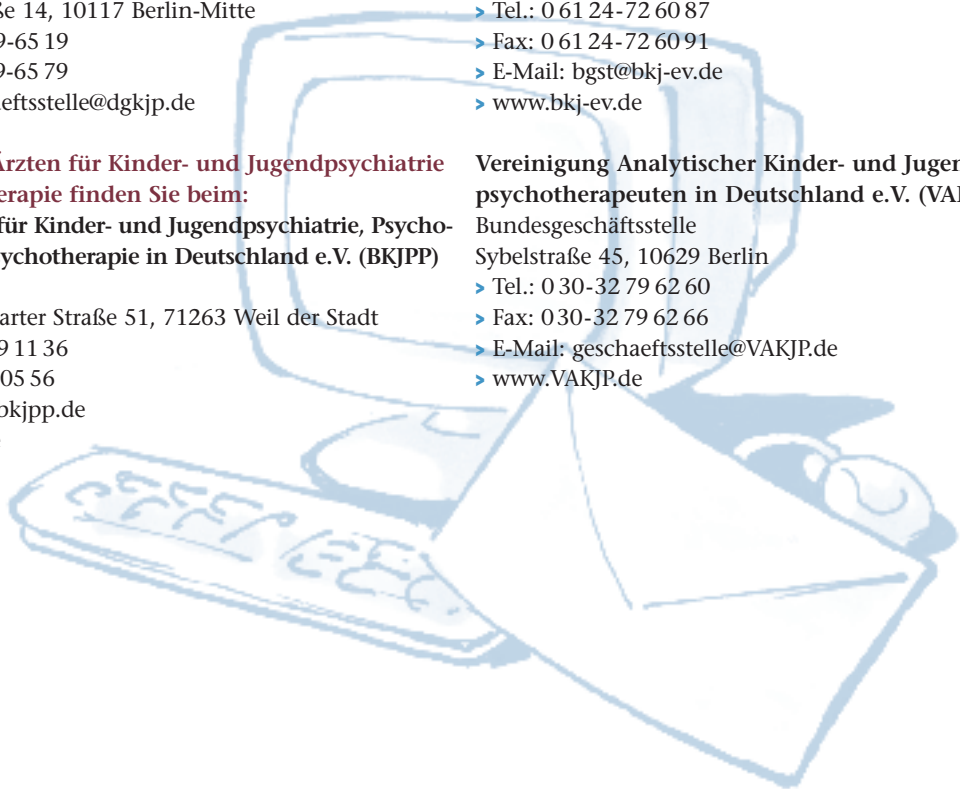
- > Tel.: 0 61 24-72 60 87
- > Fax: 0 61 24-72 60 91
- > E-Mail: bgst@bkj-ev.de
- > www.bkj-ev.de

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)

Bundesgeschäftsstelle

Sybelstraße 45, 10629 Berlin

- > Tel.: 0 30-32 79 62 60
- > Fax: 0 30-32 79 62 66
- > E-Mail: geschaeftsstelle@VAKJP.de
- > www.VAKJP.de



Literaturempfehlungen

Für Eltern

Barkley

Das große ADHS-Handbuch für Eltern
Verlag Hans Huber, Bern 2005, 2. Auflage
ISBN 978-3-456-84262-2

Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl

Wackelpeter und Trotzkopf
BeltzPVU, Weinheim, Basel 2006, 3. Auflage
ISBN 978-3-621-27567-5

Leuzinger-Bohleber, Brandl, Hüther (Hg.)

**ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung
Theorie, Forschung, Kontroversen**
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006, 2. Auflage
ISBN 978-3-525-45178-6

Neuhaus

**Das hyperaktive Baby und Kleinkind
Symptome deuten – Lösungen finden**
Urania Verlag, Berlin 2003, 1. Auflage
ISBN 978-3-332-01411-2

Wender

**Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen
bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen –
Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer**
Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2002, 1. Auflage
ISBN 978-3-17-017097-1

Bundszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Chronische Erkrankungen im Kindesalter
Bestell-Nr.: 20401000

Für Lehrer

Imhof, Skrodzki, Urzinger

**Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder
und Jugendliche im Unterricht**
Auer Verlag, Donauwörth 2001, 4. Auflage
ISBN 3-403-03248-5

Bundszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
**Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in
Schule und Unterricht**
Bestell-Nr.: 20400000

Für betroffene Erwachsene

Krause und Krause

ADHS im Erwachsenenalter
Schattauer Verlag, Stuttgart 2007, 2. Auflage
ISBN 3-7945-2371-9

Für Ärzte und Psychotherapeuten

Döpfner, Schürmann, Frölich
**Therapieprogramm für Kinder
mit hyperkinetischem und
oppositionellem Problem-
verhalten, THOP**
BeltzPVU, Weinheim,
Basel 2007, 4. Auflage
ISBN 978-3-621-27604-7



ANHANG

Gemeinsames Eckpunktepapier der Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2002 (Zusammenfassung)

- ADHS ist eines der am häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Ca. zwei bis sechs Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind hiervon betroffen.
- Bei einem Teil der Betroffenen bleiben die Symptome auch im Erwachsenenalter bestehen und stellen hier eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar. Verbindliche diagnostische Kriterien und angemessene Versorgungsstrukturen in diesem Bereich müssen jedoch erst noch geschaffen werden.
- Die Diagnose ADHS darf nur im Rahmen einer umfassenden Diagnostik und Differentialdiagnostik anhand anerkannter Klassifikationsschemata gestellt werden. Hierzu gehören z.B.:
 - das ausführliche Gespräch mit den Eltern und Kindern/Jugendlichen
 - eine Ganzkörperuntersuchung, einschließlich einer neurologischen Untersuchung und einer Überprüfung des Hör- und Sehvermögens
 - eine Verhaltensbeobachtung
 - die Klärung der Familiensituation, Erkrankungen in der Familie
 - die Einbeziehung des weiteren Umfeldes, wie zum Beispiel der Lehrer oder der Erzieher
 - ADHS-spezifische Fragebogen
 - testpsychologische Untersuchungen

Weiterhin muss abgeklärt werden, ob die Symptome durch andere Erkrankungen verursacht sein können, und welche Begleiterkrankungen vorliegen.

- Die Behandlung der ADHS erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, zum Beispiel
 - des Kinder- und Jugendarztes,
 - des Kinder- und Jugendpsychiaters,
 - des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und
 - verschiedener anderer Bereiche der Gesundheitsversorgung.

Das Behandlungsschema umfasst mehrere Ebenen: die Aufklärung und Beratung der Eltern, die Zusammenarbeit mit der Schule oder dem Kindergarten, spezielle Lernprogramme, verhaltenstherapeutische Maßnahmen und eine Behandlung der eventuell vorliegenden Begleitstörungen. Die Koordination der verschiedenen Bereiche liegt bei dem zuständigen Arzt.

Wenn die Behandlung nach angemessener Zeit keine eindeutige Verbesserung der Situation bewirkt hat, kann medikamentös behandelt werden. Was als angemessene Zeit und erforderliche Maßnahme zu gelten hat, entscheidet der behandelnde Arzt.

Die Wirksamkeit der zur Zeit eingesetzten Medikamente ist wissenschaftlich nachgewiesen. Die medikamen-

töse Behandlung, d.h. Dosierung, eventuelle Nebenwirkungen, Dauer und Wirksamkeit, bedarf als Mindeststandard einer intensiven ärztlichen Begleitung und ausführlichen Beratung. Eine Behandlung mit Medikamenten ist in ein umfassendes Therapiekonzept einzubinden und stellt für sich genommen keine ausreichende Behandlungsmethode dar. Die Behandlung bezieht immer das ganze Kind in seiner Lebensumwelt, d.h. mit seiner Familie, seiner Schule und seiner Freizeit ein. Umfängliche Beratung und Einbeziehung des Umfeldes des Kindes und Jugendlichen sind daher unverzichtbar.

- Die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen muss weiter verbessert werden. Behandlungnetzwerke, in welche alle beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden sollten, müssen vermehrt geschaffen werden. Gezielte Fortbildung dieser Berufsgruppen, die speziell auf die jeweilige fachliche Qualifikation zugeschnitten ist, soll auf der Basis einheitlicher Standards erfolgen.

Die Eckpunkte der Ergebnisse können Sie als Gesamttext in der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27.12.2002 nachlesen unter:

- www.bmg.bund.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln