

Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“

AWMF-Registernummer 028-045

Federführend beteiligte Fachgesellschaften

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

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
(DGPPN)

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

Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände (in alphabetischer Reihenfolge)

ADHS Deutschland e. V.

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

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie e. V. **(AMDP)**

Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e. V. **(AGNP)**

Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e. V. **(AG-NNP)**

Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. **(BHP)**

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. **(BVKJ)**

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. **(bkj)**

Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. **(BVDP)**

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. - Sektion Schulpsychologie **(BDP)**

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

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e. V. **(BAG)**

Bundespsychotherapeutenkammer **(BPtK)**

Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e. V. **(BVKJ)**

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. **(BVDN)**

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. **(bvvp)**

Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. **(DVT)**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. **(DGKJ)**

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

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. **(DGPPN)**

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. **(DGPs)**

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

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. **(dgvt)**

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. **(DPtV)**

Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. **(DGBP)**

Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen e.V. **(DBM)**

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. **(DVE)**

Gesellschaft f. Neuropädiatrie e. V. **(GNP)**

Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. **(GNP)**

Vereinigung Analytischer Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. **(VAKJP)**
zentrales adhs-netz

Koordination und Redaktion

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski (Leitlinienkoordinator)

Dr. Sarah Hohmann

Dipl.-Psych. Sabina Millenet

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim

Ko-Koordinatoren

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln & Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln, Institut für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung an der Universität Köln, Pohligstr. 9, 50969 Köln

PD. Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Prof. Dr. Michael Rösler

Universität des Saarlandes – Gebäude 90/III, 66421 Homburg/Saar

Steuerungsgruppe

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski

Dr. Melanie Bauer (bis 12/2012)

Dr. Myriam Bea

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Dr. Matthias Gelb

PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse

Dr. Sarah Hohmann

Prof. Dr. Michael Huss

Dipl.-Psych. Sabina Millenet

Prof. Dr. Alexandra Philipsen

Prof. Dr. Wolfgang Retz

Prof. Dr. Michael Rösler

Dr. Klaus Skrodzki

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski

Dr. Kirsten Stollhoff

Prof. Dr. Bernhard Wilken

Unter Mitarbeit folgender Experten:

Prof. Dr. Katja Becker, Dr. Alexander Häge

Weitere Beteiligte:

Prof. Dr. Daniel Brandeis, Dipl.-Psych. Roberto D'Amelio, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Dr. Nathalie Holz, Mag. Rer. nat. Mirjam Just, M. Sc. Anna Kaiser, Prof. Dr. Andrea Ludolph, Prof. Dr. Paul Plener, Prof. Dr. Luise Poustka, Prof. Dr. Veit Rössner, Prof. Dr. Marcel Romanos, Dr. Henrik Uebel-von Sandersleben

Moderation des Konsensusprozesses:

Prof. Dr. med. Ina B. Kopp (AWMF e.V.)

Am Konsensprozess beteiligte Personen:

Dr. Myriam Bea (ADHS Deutschland e. V.)

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

Dr. Matthias Gelb (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. **(DGKJ)**)

Prof. Dr. Alexandra Philipsen (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e. V. **(AGNP)**)

Dr. Kirsten Stollhoff (Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e. V. **(AG-NNP)**)

Doris Albert (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. (**BHP**))

PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (**BVKJ**))

Dipl. Soz. Päd. Albert Matthias Fink (Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (**bkj**))

Bernhard Otto & Dr. Christa Roth-Sackenheim (Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (**BVDP**))

Prof. Dr. Caterina Gawrilow & Gordon Wingert (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (**BDP**) - Sektion Schulpsychologie)

Dr. Reinhard Martens & Dr. Maik Herberhold (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (**BKJPP**))

Dipl.-Psych. Sabina Millenet als Stimmberechtigte für die Steuerungsgruppe

Dr. Martin Jung & Dr. Ekkehart D. Englert (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (**BAG**))

Peter Lehdorfer & Dr. Johannes Klein-Heßling (Bundespsychotherapeutenkammer (**BPtK**))

Prof. Dr. Hanna Christiansen (Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e. V. (**BVKJ**))

Dr. Günther Endrass (Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (**BVDN**))

Dipl.-Päd. Ariadne Sartorius (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (**bvvp**))

Dr. Kurt Quaschner (Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (**DVT**))

Dr. Matthias Gelb (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (**DGKJ**))

Dr. Alexander Häge & Dr. Sarah Hohmann & Prof. Dr. Marcel Romanos (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (**DGKJP**))

Prof. Dr. Michael Rösler (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (**DGPPN**))

Prof. Dr. Manfred Döpfner (Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (**DGP**s))

Prof. Dr. Bernd Wilken (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (**DGSPJ**))

Dr. Rudi Merod (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (**dgv**t))

Michaela Willhauck-Fojkar (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (**DPtV**))

Prof. Dr. Wolfgang Retz (Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (**DGBP**))

Ralf Werthmann (Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen e.V. (**DBM**))

Arnd Longrée & Britta Winter (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (**DVE**))

Prof. Dr. Regina Trollmann & Prof. Dr. Bernd Wilken (Gesellschaft f. Neuropädiatrie e. V. (**GNP**))

Dr. Adelheid Staufenberg (Vereinigung Analytischer Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (**VAKJP**))

Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Hyperkinetische Störung (HKS), Leitlinie, Diagnostik, Behandlung

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), hyperkinetic disorder, clinical guideline, diagnosis, treatment

Inhalt

I.	Präambel.....	8
II.	Empfehlungen	10
1.1.	Diagnostik	10
1.2.	Interventions-Algorithmus	17
1.3.	Interventionen auf psychologisch-psychotherapeutischer Basis (Psychoedukation, psychosoziale Interventionen, Psychotherapie, Neurofeedback), Diäten.....	23
1.4.	Pharmakologische Interventionen	36
1.5.	Stationäre und teilstationäre Therapie, Maßnahmen der Jugendhilfe und Reha	49
1.6.	Transition.....	50
1.7.	Selbsthilfe.....	51
III.	Anhänge	52
1.	Diagnostischer Entscheidungsbaum für HKS nach ICD-10 und ADHS nach DSM-5	52
2.	Differenzialtherapeutischer Entscheidungsbaum zur psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) / pharmakotherapeutischen Behandlung von Kindern / Jugendlichen mit ADHS.....	53
3.	Differenzialtherapeutischer Entscheidungsbaum zur psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) / pharmakotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen mit ADHS	54
4.	Liste deutschsprachiger psychometrisch untersuchter Verfahren zur Erfassung von ADHS-Symptomatik im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.....	55
5.	Liste deutschsprachiger Präventions- und Therapieprogrammeprogramme zur Behandlung von ADHS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen	57
5.1.	Eltern-, kindergarten-, schulzentrierte und multimodale Präventions- und Therapieprogramme	58
5.2.	Primär patientenzentrierte Präventions- und Therapieprogramme.....	66
5.3.	Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen bei Kindern und Jugendlichen	72
6.	Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von ADHS-Symptomatik bei Erwachsenen	74
6.1.	Psychologische Therapie-Manuale.....	75

6.2.	Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen bei Erwachsenen	77
7.	Definition der Hypertonie	78
IV.	Literatur	80

Tabelle 1:	Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012).....	10
------------	---	----

I. Präambel

Die vorliegende Leitlinie betrifft alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ((gemäß DSM-5: ADHD (314); bzw. gemäß ICD-10: Hyperkinetische Störungen (F90) oder Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)) jeglichen Schweregrads, sowie Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die einen klinisch relevanten Schweregrad der Symptomatik aufweisen, aber die vollen diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, unabhängig von Art und Ausmaß möglicher komorbider Erkrankungen.

Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter eingesetzt werden und richtet sich an alle ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Störungen oder speziellem Förderbedarf diagnostizieren oder eine Therapie für Personen mit ADHS anbieten oder Patienten mit ADHS und ihre Familien beraten (einschließlich geleiteter Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen). Die Leitlinie richtet sich damit in erster Linie an Fachärzte¹ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (insbesondere mit Schwerpunkt Neuropädiatrie), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Leitlinie betrifft zudem Fachärzte für Psychosomatische Medizin, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Hausärzte, Psychologen, Neuropsychologen, Schulpsychologen, Lehrkräfte, Sonderpädagogen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Fachkrankenpfleger, Lerntherapeuten, Musiktherapeuten, Motopäden, Mototherapeuten, Erziehungsberatungsstellen und weitere Berufsgruppen, die an der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit ADHS beteiligt sind. Außerdem kann sie von den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen als Informationsgrundlage verwendet werden und soll der Öffentlichkeit zur Information über gute diagnostische bzw. therapeutische Vorgehensweisen dienen. Indirekte Anwender sind Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer, Sozialverwaltungen, Sozialträger, Jugendhilfeträger, Versorgungsämter, Agenturen für Arbeit, Entscheidungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen, Gerichte und Gutachtenverfasser.

Insgesamt besteht die interdisziplinäre evidenz- und konsensbasierte (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ (AWMF-Registernummer 028-045) aus der vorliegenden Kurzfassung, die die Empfehlungen beinhaltet, der Langfassung, die neben den Empfehlungen auch Kommentare und

¹ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird hier und im gesamten Methodenreport nur die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

eingegangene Sondervoten, die Herleitung der Evidenz beinhaltet, sowie einem Leitlinien-Methodenreport. In dem Methodenreport sind unter anderem eine Beschreibung des methodischen Vorgehens zur Erstellung dieser Leitlinie sowie der Umgang mit Interessenskonflikten und eine Darlegung der finanziellen Unterstützung zur Erstellung der Leitlinie zu finden.

In der Kurzfassung sowie in der Langfassung finden Sie unter jeder Empfehlung - diese sind jeweils grau hinterlegt – eine Beurteilung der Qualität der Evidenz und, sofern es sich nicht um einen Expertenkonsens handelt, auch einen Empfehlungsgrad. Eine detaillierte Herleitung der Evidenz finden Sie im Kapitel II.2 der Langfassung.

Wie im Leitlinien-Methodenreport beschrieben, fanden zu jeder Empfehlung zwei Abstimmungsrounds statt: In einer ersten Runde stimmten alle Mandatsträger der beteiligten Fachgesellschaften ohne „conflicts of interest“ (COI) ab und in einer zweiten Runde alle Mandatsträger. Sie finden die Abstimmungsergebnisse ebenfalls hinter jeder Empfehlung. Es gab einige Ausnahmen bei den Empfehlungen bzw. Kapiteln, bei denen angenommen werden darf, dass spezifische Interessenskonflikte hier keine Rolle spielen. Die Beurteilung, wann es eine bzw. zwei Abstimmungsrounds gab, wurde durch Frau Prof. Dr. Kopp von der AWMF vorgenommen.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in der gesamten Leitlinie nur die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

II. Empfehlungen

Die Graduierung der Empfehlungen dieser Leitlinie erfolgt mittels der in Tabelle 2 dargestellten Symbole. Zusätzlich zu den Symbolen reflektiert auch die Formulierung der Empfehlung den jeweiligen Empfehlungsgrad. Weitere Informationen finden Sie im Methodenreport der Leitlinie im Kapitel 5.2.3.

Tabelle 1: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbolik
A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht	↑↑
B	Empfehlung	sollte / sollte nicht	↑
0	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden	⇔
KKP*	Gute klinische Praxis		-

KKP*(„Klinischer Konsenspunkt“ bzw. Expertenkonsens): Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

1.1. Diagnostik

Um eine ADHS Diagnose vergeben zu können, müssen die Symptome von Hyperaktivität, Impulsivität und / oder Unaufmerksamkeit die Kriterien von ICD-10 oder DSM-5 erfüllen (siehe auch „Diagnostischer Entscheidungsbaum für HKS nach ICD-10 und ADHS nach DSM-5“ im Anhang III.1.). Diese beinhalten zumindest moderate Beeinträchtigungen der Beziehungen, der Leistungsfähigkeit, der Aktivitäten oder der Teilhabe. Die Symptome und die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen müssen in mehreren Lebensbereichen auftreten. Wenn die Symptomatik nur in einem Lebensbereich auftritt (z.B. nur in der Schule / bei der Arbeit, nur in der Familie), kann dies ein Hinweis auf andere psychische Störungen sein, die es dann differenzialdiagnostisch abzuklären gilt.

Für kassenärztliche / kassenpsychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist eine Codierung der Diagnose nach ICD-10 notwendig [1]. Im Gegensatz zu ICD-10 (F90.0) unterscheidet das DSM-5 verschiedene Subtypen. Vermutlich wird ICD-11 diese Subklassifikation übernehmen. Diese DSM-5-Klassifikation lässt sich allerdings auch im ICD-10 abbilden (siehe Entscheidungsbaum Diagnosekriterien Anhang III.1.).

1.1.1. Bei welchen Personen sollte eine ADHS-Diagnostik durchgeführt werden?

Bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs-, Lern- / Leistungs- oder Verhaltensproblemen oder anderen psychischen Störungen (siehe II.1.1.9.) und Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentration oder auf erhöhte Unruhe oder Impulsivität sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass eine ADHS vorliegt und eine entsprechende Abklärung veranlasst werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.1.2. Wer sollte eine ADHS-Diagnostik durchführen?³

Bei **Kindern und Jugendlichen** sollte die Diagnose einer ADHS durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche, oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung und Fachwissen in der Diagnostik von ADHS durchgeführt werden.

Bei **Erwachsenen** sollte die diagnostische Abklärung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für psychosomatische Medizin oder durch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten vorgenommen werden.

Bestehen Hinweise auf koexistierende psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen oder erscheint die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen oder gegenüber somatischen Erkrankungen erforderlich, sollte eine Überweisung zu einem Spezialisten aus dem entsprechenden Fachgebiet erfolgen, falls die eigenen Möglichkeiten zur Abklärung und Behandlung nicht ausreichen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.2.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 96,3% (nur eine Abstimmungsrunde²)

Bei Diagnosestellung durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch einen Psychologischen Psychotherapeuten sollte die nach II.1.1.3 obligate körperliche Untersuchung zusätzlich durch einen Arzt erfolgen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 93,3% - alle 92,6%

³ Sondervotum von BVDN und BVDP (Langfassung, Abschnitt III.8.1., S. 160).

² Für diese Empfehlung gab es nur eine Abstimmungsrunde. Eine Erläuterung dazu findet sich in der Präambel.

1.1.3. Welche diagnostischen Maßnahmen sollen routinemäßig eingesetzt werden?⁴

Die Diagnose soll gestellt werden auf der Grundlage:

- einer umfassenden strukturierten Exploration des Patienten und – v.a. bei Kindern und Jugendlichen – seiner Bezugspersonen (vor allem der Eltern, wenn möglich auch der Lehrer / Erzieher, einschließlich schriftlicher Berichte und Zeugnisse) zu:
 - a) der aktuellen ADHS-Symptomatik (Art, Häufigkeit, Intensität) in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Schule, Freizeitbereich) und der situativen Variabilität in diesen Lebensbereichen (z.B. bei Hausaufgaben, bei Familienaktivitäten),
 - b) den daraus resultierenden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit (z.B. in den Beziehungen, der Leistungsfähigkeit, der Teilhabe),
 - c) aktuellen koexistierenden psychischen Symptomen / Störungen oder körperlichen Erkrankungen,
 - d) der aktuellen und früheren Rahmenbedingungen, Ressourcen und Belastungen in der Familie und im Kindergarten / in der Schule oder am Arbeitsplatz, einschließlich der psychischen und körperlichen Gesundheit der Bezugspersonen,
 - e) der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte (z.B. Beginn und Verlauf der Symptomatik) vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklungsanamnese einschließlich relevanter Vorbehandlungen,
 - f) der Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen,
 - g) der Familienanamnese, insbesondere mit Anhaltspunkten auf eine ADHS bei Eltern / Geschwistern / Kindern;

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.3.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95,5% - alle 96,3%

- der Verhaltensbeobachtung des Patienten und – bei Kindern und Jugendlichen – der Patient-Eltern Interaktionen in der Untersuchungssituation (ADHS Symptome müssen dabei nicht notwendigerweise auftreten),
- der psychopathologischen Beurteilung des Patienten auf der Grundlage der explorierten und beobachteten Symptomatik,
- der körperlichen und insbesondere der neurologischen Untersuchung mit Beurteilung des Entwicklungsstandes.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.3.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95,7% - alle 96,3%

⁴ Sondervotum der DGPs (Langfassung, Abschnitt III.8.4., S. 170 - 173).

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.1.4. Welche Bedeutung haben die Selbsteinschätzungen der Patienten?

Neben der im Kindesalter entscheidenden Bedeutung des Berichts der Eltern und anderer Bezugspersonen zur Beurteilung der ADHS-Symptomatik sollte zur Beurteilung der klinischen Bedeutsamkeit und der Beeinträchtigung aufgrund der ADHS-Symptomatik das Erleben des Kindes oder Jugendlichen ebenfalls berücksichtigt werden.

Bei Erwachsenen basiert die Beurteilung wie bei anderen psychischen Störungen überwiegend auf dem Ergebnis des diagnostischen Interviews. Die Angaben sollten mit denen enger Bezugspersonen – sofern verfügbar – abgeglichen werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.1.5. Welche Bedeutung haben Fragebogenverfahren und Verhaltensbeobachtungen bei der Diagnostik von ADHS?

Auch wenn die Diagnose nicht ausschließlich auf der Grundlage von Fragebogenverfahren oder Verhaltensbeobachtungen gestellt werden soll, sind Fragebogenverfahren für Eltern, Lehrer oder Patienten hilfreich (siehe Liste deutschsprachiger psychometrisch untersuchter Verfahren zur Erfassung von ADHS, Anhang III.4.) und sollten auch zur vertieften Exploration der Symptomatik oder koexistierender Symptome eingesetzt werden.

Verhaltensbeobachtungen außerhalb der Untersuchungssituation (z.B. in der Schule) sind nützlich und sollten vor allem dann zum Einsatz kommen, wenn die Symptomatik nicht eindeutig exploriert werden kann.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.5.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 90,48% – alle 92,31%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.1.6. Welche Bedeutung haben testpsychologische Untersuchungen im Rahmen der neuropsychologischen sowie der Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik?

Die Diagnose ADHS soll nicht ausschließlich auf der Grundlage von psychologischen Tests gestellt oder ausgeschlossen werden.

Allerdings können testpsychologische Untersuchungen im Rahmen der Diagnostik ergänzend eingesetzt werden und sind zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen notwendig (z.B. bei

Verdacht auf schulische Überforderung oder auf Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen oder spezifischen neuropsychologischen Störungen).

Verhaltensbeobachtungen während testpsychologischer Untersuchungen können ergänzende Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS-Symptomatik liefern. ADHS-Symptome müssen jedoch nicht notwendigerweise während der Untersuchung auftreten.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.6.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.1.7. Welche Bedeutung haben Labor- und apparative medizinische Untersuchungen?

Eine routinemäßige Überprüfung von Laborparametern im Rahmen der ADHS-Diagnostik ist nicht erforderlich.

Labor- und apparative Untersuchungen sollen im Vorfeld einer geplanten Pharmakotherapie oder wenn sie für die Abklärung möglicher zugrundeliegender somatischer Erkrankungen oder für differenzialdiagnostische Abklärungen von Bedeutung sind, durchgeführt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.7.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.1.8. Gibt es altersspezifische Besonderheiten, die bei der Diagnostik zu berücksichtigen sind?

Bei der Diagnostik sollten altersspezifische Besonderheiten der Symptomatik in unterschiedlichen Altersgruppen Berücksichtigung finden:

- Die Diagnose einer ADHS soll vor dem Alter von drei Jahren nicht gestellt werden.
- Bei Kindern im Alter von drei bis vier Jahren kann die Diagnose in der Regel nicht hinreichend sicher gestellt werden.
- Bei Kindern im Vorschulalter soll die Diagnose in der Regel nur bei sehr starker Ausprägung der Symptomatik gestellt werden.
- Bei jüngeren Kindern können sehr stark ausgeprägte Unruhe, Impulsivität und Ablenkbarkeit sowie Störungen der Regulation Risikofaktoren für die Entwicklung einer ADHS sein.
- Je jünger die Kinder sind, umso schwieriger ist eine Abgrenzung zu Normvarianten.
- Im Jugend- und Erwachsenenalter muss die im Verlauf der Pubertät oft einsetzende Verminderung der Hyperaktivität berücksichtigt werden.

Andere psychische Störungen müssen differenzialdiagnostisch abgegrenzt bzw. als koexistierende Störungen bedacht werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.8.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 87,0% - alle 88,9%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.1.9. Welche psychischen Störungen oder somatischen Erkrankungen sind differenzialdiagnostisch von ADHS abzugrenzen?

Merkmale von Hyperaktivität-Impulsivität und Unaufmerksamkeit können auch bei anderen psychischen Störungen auftreten, die jedoch zusätzliche Merkmale aufweisen, welche üblicherweise nicht bei ADHS auftreten.

In Betracht zu ziehen sind:

- Störungen des Sozialverhaltens (SSV), die mit Verweigerung von Aufgaben einhergehen können, die Anstrengung verlangen;
- stereotype Bewegungsstörungen (isoliert oder im Rahmen von Autismus-Spektrum-Störungen oder geistiger Behinderung), die mit erhöhtem Bewegungsdrang einhergehen können;
- Tic- und Tourette-Störungen (TIC), die durch plötzlich einschießende Bewegungen gekennzeichnet sein können;
- umschriebene Entwicklungsstörungen und Lernstörungen, die mit Unaufmerksamkeit einhergehen können;
- Intelligenzminderung, bei der eine Überforderung Symptome einer ADHS auslösen kann;
- Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), bei denen aufgrund der autistischen Symptomatik Unaufmerksamkeit oder auch Impulsivität ausgelöst werden kann;
- Beziehungs- / Bindungsstörung mit Enthemmung, bei der sozial enthemmtes impulsives Verhalten auftritt;
- Angststörungen (ANG), bei denen Unaufmerksamkeit und Unruhe in Zusammenhang mit Angst auftreten kann;
- depressive Störungen (DES), bei denen Konzentrationsprobleme auftreten können;
- bipolare Störungen, bei denen episodisch Überaktivität, Impulsivität und Konzentrationsprobleme auftreten;
- disruptive Affektregulationsstörungen, bei denen Impulsivität im Rahmen von Reizbarkeit auftritt;
- Substanzkonsumstörungen, bei denen durch Substanzkonsum Symptome einer ADHS ausgelöst werden können;
- Persönlichkeitsstörungen, bei denen Symptome von Desorganisation, sozialer Aufdringlichkeit, sowie emotionaler und kognitiver Dysregulation auftreten können;

- psychotische Störungen, in deren Verlauf auch ADHS-Symptome auftreten können;
- medikamenteninduzierte Störungen, beispielsweise in Zusammenhang mit Bronchospasmolytika;
- Müdigkeit und Unaufmerksamkeit bei Schlafstörungen (einschließlich Schlafapnoe);
- Hyperarousal bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS).

Zustimmung zur Empfehlung: Ohne COI 90,91% - alle 92%

Organische Erkrankungen können Verhaltensweisen auslösen, die fälschlicherweise als ADHS-Symptome interpretiert werden:

- Seh- oder Hörstörungen, die als Unaufmerksamkeit fehlinterpretiert werden;
- Anfallsleiden, die als Unaufmerksamkeit oder motorische Unruhe fehlinterpretiert werden;
- Schilddrüsenfunktionsstörungen.

Zustimmung zur Empfehlung: Ohne COI 90,9% - alle 92,3%

Organische Erkrankungen können zudem Symptome von ADHS auslösen und sollen dann zusätzlich diagnostiziert werden, z.B. Epilepsie, Fragiles-X-Syndrom, 22q11 Mikrodeletionssyndrom, Neurofibromatose Typ 1, Fetale Alkohol Spektrum Störung (FASD).

Differenzialdiagnostisch abzugrenzende Störungen können auch als koexistierende Störungen auftreten (siehe II.1.1.10.).

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.9.

Zustimmung zur Empfehlung: Ohne COI 100% - alle 96,3%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.1.10. Welche gehäuft koexistierend auftretenden Störungen sollten vor allem beachtet werden?

Koexistierende Störungen treten häufig auf und können sich ungünstig auf die Prognose auswirken und spezielle therapeutische Maßnahmen erfordern.

Am häufigsten treten oppositionelles Trotzverhalten (bei Kindern) und andere Störungen des Sozialverhaltens, Tic-Störungen, umschriebene Entwicklungsstörungen (der Motorik, der Sprache, der schulischen Fertigkeiten), Angststörungen, depressive Störungen, Autismus-Spektrum-Störungen und ab dem Jugendalter Substanzkonsumstörungen und Persönlichkeitsstörungen auf und sollen beachtet, bei entsprechenden Hinweisen abgeklärt und entsprechend der jeweiligen Leitlinien behandelt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.10.

Zustimmung zur Empfehlung: Ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, ↑↑, A

1.2. Interventions-Algorithmus

Siehe dazu auch die differentialtherapeutischen Entscheidungsbäume für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene im Anhang (III.2 und III.3).

1.2.1. Wie sollte die individuelle Behandlungsoption ausgewählt werden?

Bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS, die die Diagnosekriterien erfüllen, sollte abgeklärt werden, welche Behandlungsoptionen möglich sind (informierte Entscheidung) und auch, welche von dem Patienten und seinen Bezugspersonen gewünscht und mitgetragen werden (partizipative Entscheidungsfindung).

Bei der Auswahl der Therapie sollten persönliche Faktoren (z. B. Leidensdruck), Umgebungsfaktoren, der Schweregrad der Störung sowie der koexistierenden Störung sowie die Teilhabe berücksichtigt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.2.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 88,9% (nur eine Abstimmungsrunde²)

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.2.2. Wie soll die Behandlungsplanung erfolgen?⁵

1. Die Behandlung der ADHS soll im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes (Behandlungsplan) erfolgen, in dem entsprechend der individuellen Symptomatik, dem Funktionsniveau, der Teilhabe sowie den Präferenzen des Patienten und seines Umfeldes psychosoziale⁶ (einschließlich psychotherapeutische) und pharmakologische sowie ergänzende Interventionen kombiniert werden können.
2. Grundsätzlich soll eine umfassende Psychoedukation⁷ angeboten werden, bei der der Patient und seine relevanten Bezugspersonen über ADHS aufgeklärt werden, ein individuelles Störungskonzept entwickelt wird, Behandlungsmöglichkeiten dargestellt werden mit dem Ziel eine partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

² Für diese Empfehlung gab es nur eine Abstimmungsrunde. Eine Erläuterung dazu findet sich in der Präambel.

⁵ Für diese Empfehlung liegen mehrere Sondervotum vor: BVKJ (Sondervotum 1 + 2, Langfassung, Abschnitt III.8.2., S. 161 – 164) und bkj & bvvp (Sondervotum 1 – 3, Langfassung, Abschnitt III.8.3., S. 164 - 166).

⁶ Die hier angewendete Definition von “psychosozial” findet sich in den Kommentaren zu dieser Empfehlung.

⁷ Die hier angewendete Definition von “Psychoedukation” findet sich in den Kommentaren zu dieser Empfehlung.

3. Bei Kindern vor dem Alter von sechs Jahren soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden. Eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik soll nicht vor dem Alter von drei Jahren angeboten werden.
4. Bei ADHS von einem leichten Schweregrad soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden. In Einzelfällen kann bei behandlungsbedürftiger residualer ADHS-Symptomatik ergänzend eine Pharmakotherapie angeboten werden.
5. Bei moderater ADHS soll in Abhängigkeit von den konkreten Bedingungen des Patienten, seines Umfeldes, den Präferenzen des Patienten und seiner relevanten Bezugspersonen und den Behandlungsressourcen nach einer umfassenden Psychoedukation entweder eine intensivierte psychosoziale (einschließlich intensivierte psychotherapeutische) Intervention oder eine pharmakologische Behandlung oder eine Kombination angeboten werden.
6. Bei schwerer ADHS soll primär eine Pharmakotherapie nach einer intensiven Psychoedukation angeboten werden. In die Pharmakotherapie kann eine parallele intensive psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Intervention integriert werden. In Abhängigkeit von dem Verlauf der Pharmakotherapie sollen bei residualer behandlungsbedürftiger ADHS-Symptomatik psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen angeboten werden.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 76,9% (nur eine Abstimmungsrunde²)

7. Koexistierende Störungen sollen leitliniengerecht behandelt werden. Bei der Entscheidung welche Störung zuerst behandelt werden soll, soll u. a. der Schweregrad der Störungen berücksichtigt werden.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 100% (nur eine Abstimmungsrunde²)

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.2.

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

Kommentare zur Empfehlung:

Behandlungsplanung:

Bei **Kindern und Jugendlichen** sollte die Behandlungsplanung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche, oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung und Fachwissen in der Behandlung von ADHS durchgeführt werden.

² Für diese Empfehlung gab es nur eine Abstimmungsrunde. Eine Erläuterung dazu findet sich in der Präambel.

Bei **Erwachsenen** sollte die Behandlungsplanung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für psychosomatische Medizin oder durch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten vorgenommen werden.

Treten neben der Kernsymptomatik der ADHS daraus resultierende Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe auf oder gibt es spezifische psychosoziale Belastungsfaktoren, sollte der Patient und seine Bezugspersonen auf ergänzende und unterstützende psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungsangebote hingewiesen werden. Diese sollten dann gemäß der entsprechenden Leitlinie behandelt werden.

Schweregradeinteilung:

Leichtgradig:

Es treten wenige oder keine Symptome zusätzlich zu den Symptomen auf, die zur Diagnosestellung erforderlich sind und die Symptome führen zu nur geringfügigen Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

Mittelgradig:

Die Ausprägung der Symptomatik und der funktionalen Beeinträchtigung liegt zwischen „leichtgradig“ und „schwergradig“, d.h., trotz einer nur geringen Symptomausprägung besteht eine deutliche funktionelle Beeinträchtigung durch die Symptomatik oder trotz derzeit nur geringfügigen Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen übersteigt die Ausprägung der Symptomatik deutlich das zur Diagnosestellung erforderliche Ausmaß.

Schwergradig:

Die Anzahl der Symptome übersteigt deutlich die zur Diagnosestellung erforderliche Anzahl oder mehrere Symptome sind besonders stark ausgeprägt und die Symptome beeinträchtigen die soziale, schulische oder berufliche Funktionsfähigkeit in erheblichem Ausmaß.

Die Schweregradeinteilung (leichtgradig, mittelgradig und schwergradig) wurde in Anlehnung an DSM-5 vorgenommen. Dabei wird sowohl die Symptomausprägung als auch der Grad der Funktionsbeeinträchtigung zur Definition des Schweregrades herangezogen. Es wird darauf hingewiesen, dass zur Bestimmung des Schweregrades im klinischen Urteil bei Kindern und Jugendlichen die Diagnose-Checkliste für ADHS (DCL-ADHS) aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche [2] herangezogen werden. Diese Checkliste enthält sowohl eine Bestimmung des Schweregrades für jedes einzelne Symptom als auch eine Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigung.

Mehrere Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass ADHS am besten als ein dimensionales Konstrukt (und nicht als kategoriale Einheit) konzipiert werden muss. Dies ist sowohl über

Zwillingsstudien zur Heretabilität [3-6] als auch über konfirmatorische Faktorenanalysen [7-10] und über psychometrische Analysen, wie die Item Response Theory [11] mittlerweile wissenschaftlich sehr gut belegt.

Insofern lässt sich eine Graduierung der Symptomstärke gut begründen, wobei die von DSM-5 vorgenommene Einteilung in milde, moderate und starke ADHS-Symptomatik die einfachste Form einer Graduierung darstellt. Die Schweregradeinteilung basiert auf der klinischen Beurteilung, die sowohl die Symptomstärke als auch das Funktionsniveau und die psychosozialen Bedingungen des Patienten berücksichtigt. Eine solche klinische Beurteilung kann anhand der Clinical Global Impression Scale (CGI; [12]) dokumentiert werden, die sich in der Forschung als reliabel und änderungssensitiv erwiesen hat (vgl. [13]). Anhand von Elternurteilen, Erzieher- und Lehrerurteilen, die per Fragebogenverfahren erhoben werden erzielen (z.B. [2, 14]), aber auch anhand von klinischen Urteilen beispielsweise über die Diagnose-Checkliste ADHS [2, 15] lassen sich ebenfalls Graduierungen des Schweregrades herstellen. Die auf der Basis dieser Instrumente entwickelten Gesamtskalen für ADHS und auch die Subskalen (z.B. für Unaufmerksamkeit und für Hyperaktivität-Impulsivität) zeigen sehr gute Reliabilitäten und faktoriellen Validitäten. Zusätzlich bieten diese Verfahren auch Skalen zur Erfassung der Funktionseinschränkung sowohl im Elternurteil, im Lehrerurteil, im Selbsturteil als auch im klinischen Urteil.

Insgesamt lässt sich somit die Graduierung von ADHS-Symptomatik empirisch gut begründen. Die Herleitung der empirischen Evidenzen für die Interventionsalgorithmen ist unter Kap. II.2.2. zu finden (S. 92 f.).

Im mittlerweile erschienen Update NICE guidelines kommt NICE ähnlich wie die Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry und die American Academy of Pediatrics Pharmakotherapie bei ADHS unabhängig vom Schweregrad empfehlen. Insofern muss die Empfehlung in den deutschen Leitlinien als konservativ bzgl. Pharmakotherapie bewertet werden. Die zumindest bei – wie in der Routineversorgung üblichen -unverblindeten Beurteilungen mittleren Effekte von psychosozialen Interventionen lassen jedoch die Empfehlung höheren Priorität für psychosoziale Interventionen bei mildem Schweregrad als gut begründet erscheinen.

Pharmakotherapie im Vorschulalter

Die unter Punkt 3. genannte Pharmakotherapie bei Kindern im Vorschulalter (drei bis sechs Jahre) sollte nur durch einen Arzt mit besonderen Kenntnissen von Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe durchgeführt werden (siehe II.1.4.1). Die Auswirkungen einer Pharmakotherapie im Vorschulalter sind aufgrund der aktuellen Studienlage für die Hirnentwicklung eher günstig zu beurteilen. Mögliche Auswirkungen auf Gewicht und Längenwachstum sind in den Empfehlungen

II.1.4.6.5 und II.1.4.6.6. und bei der Herleitung der Evidenz (II.2.4.2.1 und II.2.4.3.1.1.) adressiert. Generell liefern Studienergebnisse Aussagen auf Gruppenniveau. Im konkreten Einzelfall und bei schwer ausgeprägter ADHS ist daher eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung nötig.

Definition Psychosoziale Interventionen

Psychosoziale Interventionen umfassen die nach einer Ausbildung erlernten, bewussten und geplanten psychologischen, psychotherapeutischen und sozialen Interventionen zur Verminderung von ADHS oder komorbiden psychischen Störungen. Psychosoziale Interventionen können direkt an den Patienten oder seine Bezugspersonen (z.B: Eltern, Lehrer, Partner) gerichtet sein oder auch das nähere oder weitere Umfeld des Patienten (Familie, Kindertagesstätte, Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde) einbeziehen. Psychosoziale Interventionen können von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt werden, wenn sie eine entsprechende Qualifikation besitzen, beispielsweise Psychologen und Psychotherapeuten, Ärzten, Pädagogen, Ergotherapeuten oder Sozialarbeitern.

Definition Psychoedukation

Psychoedukation umfasst die Aufklärung und Beratung des Patienten oder seiner Bezugspersonen zum Störungsbild und seinen Ursachen sowie zum Verlauf und zu den Interventionsoptionen. Neben der Aufklärung über mögliche Beeinträchtigungen sollte dabei der Fokus auch auf die individuellen Stärken und Ressourcen gelegt werden bspw. besondere sportliche Kompetenz, Spontaneität, Kontaktfreudigkeit oder Kreativität, um diese für den Patienten und seine psychosoziale Umgebung erfahrbar werden zu lassen. Gemeinsam mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen wird auf der Basis dieser Informationen ein individuelles Störungskonzept zu den vermutlichen Ursachen und dem vermutlichen Verlauf der Symptomatik im individuellen Fall erarbeitet und es werden konkrete Strategien zur Bewältigung der Problematik oder ihrer Folgen in den verschiedenen Lebensbereichen des Patienten entwickelt. Psychoedukation stellt die Grundlage aller weiterführenden psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) und pharmakologischen Interventionen dar und stellt den Betroffenen Informationen zur Verfügung, die „shared decision making“ (SDM) möglich machen. Bei intensiveren psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen werden Interventionen durchgeführt, welche über die Beratung bei Psychoedukation hinausgehen und beispielsweise eine konkrete und detaillierte Anleitung von Eltern oder anderen Bezugspersonen zur Veränderung der Interaktion mit dem Patienten, sowie Interventionen zur Veränderungen von Kognitionen (einschließlich Einstellungen), Emotionen und Handlungen der Bezugspersonen und des Patienten und auch konkrete Therapieaufgaben für Bezugspersonen und Patient umfasst.

Im Rahmen des unter Punkt II.1.2.2 beschriebenen multimodalen Behandlungsplans sollten Interventionsziele aus den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe Vorrang eingeräumt werden. Die Zielformulierung sollte gemeinsam mit den Betroffenen und deren Angehörigen erfolgen.

1.2.3. Wie soll bei Nichtansprechen auf die therapeutischen Maßnahmen vorgegangen werden?

Wenn die durchgeführten medikamentösen oder nichtmedikamentösen (z.B. Elterntraining, psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Intervention) therapeutischen Maßnahmen keine oder nur sehr geringe Wirkung zeigen, soll vom Behandler erneut überprüft werden:

Generell:

- ob die Diagnosekriterien einer ADHS erfüllt sind;
- ob das schlechte therapeutische Ansprechen ggf. durch vorhandene koexistierende Störungen / Erkrankungen erklärt werden kann;
- wie Patienten und Sorgeberechtigte gegenüber den eingesetzten therapeutischen Interventionen eingestellt sind;
- inwieweit Sorgeberechtigte / sonstige Betreuungspersonen die Behandlung des Patienten unterstützen und der Patient selbst zu einer Behandlung motiviert ist;
- ob die Befürchtung einer Stigmatisierung die Akzeptanz gegenüber der Therapie beeinträchtigt.

Zusätzlich bei Pharmakotherapie:

- wie regelmäßig die Einnahme des Präparates erfolgt ist, ob unerwünschte Wirkungen auftraten und wie in diesem Zusammenhang die Adhärenz des Patienten gegenüber der Behandlung einzuschätzen ist;
- ob das Präparat in ausreichender Dosierung und in angemessener Verteilung über den Tag verordnet und eingenommen wurde.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.2.4. Wie soll mit fortbestehenden koexistierenden Störungen oder Problemen umgegangen werden?

Bei erfolgreicher medikamentöser oder nichtmedikamentöser Therapie der ADHS-Kernsymptomatik soll gemeinsam mit dem jeweiligen Patienten und seinen Bezugspersonen überprüft werden, ob koexistierende Störungen oder Probleme weiter bestehen (z. B. aggressives Verhalten, Ängste oder

Lernschwierigkeiten). Für diese begleitenden Schwierigkeiten sollten jeweils ein individueller Behandlungsplan aufgestellt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% (eine Enthaltung) - alle 100% (eine Enthaltung)

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3. Interventionen auf psychologisch-psychotherapeutischer Basis (Psychoedukation, psychosoziale Interventionen, Psychotherapie, Neurofeedback), Diäten

1.3.1. Psychosoziale Interventionen

1.3.1.1. Präventive psychosoziale Interventionen, die keiner diagnostischen Absicherung bedürfen

1.3.1.1.1. Welche präventiven psychosozialen Interventionen werden empfohlen?

Beratung über angemessenes Erziehungsverhalten von Eltern und Pädagoginnen und Pädagogen (einschließlich Elterntrainings, Erziehertrainings) sollte bei Kindern mit expansiven Verhaltensproblemen (z.B. oppositionellem Verhalten, erhöhter Unruhe, deutlicher Ablenkbarkeit) auch dann angeboten werden, wenn die Kriterien für eine ADHS-Diagnose (noch) nicht erfüllt sind bzw. nicht abgeklärt sind. Hier sollten auch Interventionen angeboten werden, die generell auf eine Stärkung des Erziehungsverhaltens abzielen und eher präventiven Charakter haben oder auch Trainings, die sich bei Kindern mit aggressivem Verhalten bewährt haben (siehe Anhang III.5 deutschsprachiger von der Steuerungsgruppe empfohlener Präventionsprogramme).

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.2. Psychosoziale Interventionen bei Kindern im Vorschulalter mit ADHS

1.3.1.2.1. Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen sollen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter (ca. drei bis sechs Jahre) eingesetzt werden?⁸

1.3.1.2.1.1. Eltern von Kindern mit ADHS vor dem Einschulungsalter soll als primäre Intervention ein Elterntaining / eine Elternschulung / Elternberatung (einschließlich Psychoedukation) angeboten

⁸ Sondervotum 4 von bkj und bvvp (Langfassung, Abschnitt III.8.3., S. 166 - 167).

werden. Die Intervention kann auch als angeleitete Selbsthilfe angeboten werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Eltern für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld zu vermindern.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% - alle 96,3%

Qualität der Evidenz: Hoch

Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, ↑↑, A

1.3.1.2.1.2. Da ADHS-Symptome auch im Kindergarten / in der Kindertagesstätte auftreten, sollte den Pädagoginnen und Pädagogen eine Schulung auf verhaltenstherapeutischer Basis (Erziehertraining) oder eine Beratung angeboten werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Pädagogen für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten vor dem Hintergrund der ADHS-Symptomatik zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im Umfeld des Kindergartens / der Kindertagesstätte zu vermindern.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% - alle 88,9%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.1.2.1.3. Dabei sollten auch Programme eingesetzt werden, die primär für Kinder mit oppositionellem oder aggressivem Verhalten entwickelt wurden. Diese Programme können auch dann eingesetzt werden, wenn nicht die formale Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens gestellt wird.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% - alle 92,6%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.1.2.1.4. Kindzentrierte Interventionen (Trainings) zur Verbesserung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und –ausdauer oder zur Einübung von Handlungsabläufen im Alltag können als ergänzende Maßnahme angeboten werden, sie sind jedoch in der Regel nicht alleine ausreichend.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% - alle 92,6%

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung offen, ↔, 0

1.3.1.2.2. In welchem Format (Einzel- versus Gruppenformat) sollten Eltern- / Erziehertrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter angeboten werden?

Eltern- und Erziehertrainings im Gruppen- oder im Einzelformat, die entweder spezifisch für die Behandlung von Kindern mit ADHS oder mit oppositionell-aggressivem Verhalten entwickelt wurden, sollten für Eltern und andere Bezugspersonen zugänglich sein, wobei Gruppentrainings besser evaluiert sind. Daher sollte, wenn möglich, Gruppentrainings der Vorzug gegeben werden.

Allerdings können Einzeltrainings aufgrund der Komplexität der Problematik beim Kind oder in der Familie oder aus organisatorischen Gründen (z.B. weil Elterngruppen nicht zustande kommen) bevorzugt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 90% - alle 88,9%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.2.3. Wie sollten Elterntrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter durchgeführt werden?

Elterntrainings im **Gruppenformat** sollten:

- beide Elternteile einbeziehen, soweit dies möglich und für das Kind förderlich ist;
- nicht mehr als 10-12 Eltern in einer Gruppe zusammenfassen, wobei eine geringere Gruppengröße eine intensivere Gruppenarbeit begünstigen kann;
- auf der sozialen Lerntheorie basieren, und Methoden der Verhaltensmodifikation inklusive ressourcenorientierter Ansätze zur Verbesserung von Beziehungen vermitteln;
- dabei Psychoedukation und kognitive Methoden sowie Methoden des Modelllernens, der Verhaltensübung und der Rückmeldung umfassen, um das Erziehungsverhalten zu modifizieren;
- entsprechend der Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten (siehe Anhang III.5 mit deutschsprachigen evidenzbasierten Manualen für psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit

ADHS und ihren Bezugspersonen).

Üblicherweise umfasst die Behandlung 10 bis 16 Sitzungen mit einer Dauer von 90 bis 120 Minuten.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: Ohne COI 85% - alle 84,6%

Elterntrainings im **Einzelformat** sollten:

- beide Elternteile (bzw. andere wichtige Erziehungspersonen) einbeziehen, soweit dies möglich und für das Kind förderlich ist und sie sollten zur Einübung von elterlichem Erziehungsverhalten auch das Kind einbeziehen;
- wie Elterntrainings im Gruppenformat (s.o.) auf der sozialen Lerntheorie basieren und vergleichbare Methoden anwenden und entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten (siehe Anhang III.5 mit deutschsprachigen evidenzbasierten Manualen für psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und ihren Bezugspersonen).

Üblicherweise umfassen diese Trainings mindestens 8 bis 10 Sitzungen mit einer Dauer von 45 bis 90 Minuten, wobei auch längere Behandlungen indiziert sein können.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 85% - alle 85,2%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.2.4. Unter welchen Bedingungen sollten Beratungen oder Schulungen von Pädagoginnen und Pädagogen von Kindern mit ADHS im Vorschulalter (Erziehertraining) durchgeführt werden?

Wenn eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik auch im Kindergarten auftritt (was in der Regel der Fall ist), dann sollten ergänzend zu Elterntrainings Beratungen oder Schulungen von Pädagoginnen / Pädagogen von Kindern mit ADHS (Erziehertraining) parallel zu und orientiert an Elterntrainings / Elternschulungen im Einzel- oder Gruppenformat durchgeführt werden. Dabei sollten auch strukturgebende Interventionen auf Gruppenebene (z.B. feste Gruppenregeln) berücksichtigt werden (siehe Anhang III.5 mit deutschsprachigen evidenzbasierten Manualen für psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und ihren Bezugspersonen). Einzeltrainings können aufgrund der Komplexität der Problematik beim Kind

oder im Kindergarten oder aus organisatorischen Gründen (z.B. weil Erziehertrainingsgruppen nicht zustande kommen) bevorzugt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% - alle 96,3%

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.1.2.5. Unter welchen Bedingungen sollten kindzentrierte Interventionen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter durchgeführt werden und welche kindzentrierten Interventionen sind empfehlenswert?⁹

Wenn die ADHS-Symptomatik auch in der Therapiesituation oder bei Maßnahmen der Frühförderung auftritt, können ergänzend zu Elterntrainings kindzentrierte Interventionen zur Förderung der Spiel- und Beschäftigungsintensität, zur Einübung von Handlungsabläufen und Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben durchgeführt werden. Dabei sollte besonders auf die Generalisierung von Verhaltensänderungen auf den Alltag des Kindes geachtet werden. Darüber hinaus können kindzentrierte Interventionen zur Verminderung von Entwicklungsdefiziten, oppositioneller Verhaltensweisen, anderer Verhaltensauffälligkeiten oder emotionaler Probleme angewendet werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 84,2% - alle 80,77%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.2.6. Welche weiterführenden Maßnahmen sollten bei Beendigung der psychosozialen (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter bedacht werden?

Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte Behandlung erfolgreich vermindert werden konnten, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- vor Beendigung der Behandlung sollte überprüft werden, ob behandlungsbedürftige residuale koexistierende Auffälligkeiten vorliegen und wenn vorhanden, sollte ein neuer Behandlungsplan entwickelt werden. Dabei sollten das Kind, seine Eltern oder andere Erziehungspersonen sowie Geschwister einbezogen werden;
- nach der Einschulung sollte überprüft werden, ob ADHS-Symptome und damit assoziierte

⁹ Sondervotum 5 von bkj und bvvp (Langfassung, Abschnitt III.8.3., S.167 - 168).

Beeinträchtigungen erneut auftreten.

Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte Behandlung nicht erfolgreich vermindert werden konnten, sollte die durchgeführte Behandlung überprüft und weitergehende Interventionen, notfalls auch einschließlich ambulanter Maßnahmen der Jugendhilfe bedacht werden. Sollten diese nicht ausreichend sein, sind (teil-) stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe oder (teil-) stationäre Krankenhausbehandlungen in Betracht zu ziehen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.3. Psychosoziale Interventionen bei Kindern im Schulalter und bei Jugendlichen mit ADHS

1.3.1.3.1. Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen sollen bei Kindern im Schulalter und bei Jugendlichen mit ADHS und leichter bis moderater Funktionseinschränkung durchgeführt werden?¹⁰

1.3.1.3.1.1. Wenn das Schulkind / der Jugendliche mit ADHS eine leichte bis moderate Funktionseinschränkung aufweist, dann sollte den Eltern oder anderen wichtigen Erziehungspersonen eine Elternberatung / ein Elterntraining / eine Elternschulung (einschließlich Psychoedukation) im Einzel- oder Gruppenformat angeboten werden. Die Intervention kann auch als angeleitete Selbsthilfe angeboten werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Eltern für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld zu vermindern.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 94, 7% - alle 92,3%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.1.3.1.2. Wenn die ADHS-Symptomatik auch im Umfeld der Schule auftritt, sollten Lehrertrainings / Lehrerschulungen parallel zu und orientiert an Elterntrainings / Elternschulungen im Einzel- oder Gruppenformat bzw. Beratungen der Lehrkräfte auf verhaltenstherapeutischer Basis

¹⁰ Sondervotum 6 von bkj und bvvp (Langfassung, Abschnitt III.8.3., S. 168 – 169).

durchgeführt werden. Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Pädagogen für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten vor dem Hintergrund der ADHS-Symptomatik zu optimieren und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes oder Jugendlichen im Umfeld der Schule zu vermindern.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 89,47% - alle 88,46%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.1.3.1.3 Das Elternt raining und die schulzentrierten Interventionen können durch eine kognitiv-behaviorale Behandlung des Kindes / Jugendlichen (Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining) ergänzt werden. Eine Behandlung des Kindes / Jugendlichen ist jedoch in der Regel nicht alleine ausreichend.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 89,74% - alle 88,46%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung offen, ↔, 0

1.3.1.3.2. In welchem Format, in welcher Intensität und mit welchen Inhalten sollten Eltern- / Lehrertrainings (Lehrerberatungen) bei Kindern und Jugendlichen ab dem Schulalter angeboten werden?

Die Empfehlungen zu Format, Intensität und Inhalten von Eltern- und Erziehertrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter (siehe Empfehlungen II.1.3.1.2) sollten auch bei Eltern- / Lehrertrainings (Lehrerberatungen) für Kinder und Jugendliche ab dem Schulalter angewendet werden. Wie bei Vorschulkindern, werden auch bei Kindern ab dem Schulalter Methoden auf der Grundlage der sozialen Lerntheorie entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals empfohlen (siehe Anhang III.5).

Werden die Interventionen im Einzelformat durchgeführt, sollten das Kind und vor allem der Jugendliche aktiv einbezogen werden. Bei Jugendlichen sollten vor allem Familieninterventionen zur Verminderung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten durchgeführt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 89,47% - alle 88,46%

1.3.1.3.3. Unter welchen Bedingungen sollten Interventionen im schulischen Umfeld bei Kindern im Schulalter mit ADHS durchgeführt werden?

Wenn eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik auch im schulischen Umfeld auftritt (was in der Regel der Fall ist), dann sollten Lehrertrainings / Lehrerschulungen parallel zu und orientiert an Elterntrainings / Elternschulungen im Einzel- oder Gruppenformat bzw. Lehrerberatungen durchgeführt werden. Zumindest sollte der Lehrkraft schriftliches Material über die Inhalte des Elterntrainings zur Verfügung gestellt werden. Die Interventionen sollten entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden (siehe Anhang III.5).

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 89,47% - alle 88,46%

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.1.3.4. Was sind die Ziele einer kognitiv-behavioralen Behandlung von Kindern / Jugendlichen mit ADHS ab dem Schulalter?

Wenn eine kognitiv-behaviorale Behandlung des Kindes / Jugendlichen im Einzel- oder Gruppenformat durchgeführt wird, dann sollte ein breites Spektrum an möglichen Behandlungszielen bedacht werden, einschließlich der Verbesserung von sozialen Kompetenzen im Kontakt mit Gleichaltrigen, von Problemlösefähigkeit, von Impuls- und Selbstkontrolle, von Fähigkeiten zuzuhören und von Organisations- und Selbstmanagementfähigkeiten sowie von Fähigkeiten, Emotionen zu regulieren und sie adäquat auszudrücken. Aktive Lernstrategien sollten eingeübt und Belohnungspläne eingeführt werden, die auf den Einsatz von Lernstrategien und das Erreichen von Lernzielen abzielen.

Die Interventionen sollten entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden (siehe Anhang III.5), um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 89,47% - alle 88,46%

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.1.3.5. Welche weiterführenden Maßnahmen sollten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ab dem Schulalter bedacht werden?

Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte Behandlung erfolgreich vermindert werden konnten, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Vor Beendigung der Behandlung sollte überprüft werden, ob behandlungsbedürftige residuale koexistierende Auffälligkeiten vorliegen und wenn vorhanden, sollte ein neuer Behandlungsplan entwickelt werden. Dabei sollten das Kind, seine Eltern oder andere Erziehungspersonen sowie Geschwister einbezogen werden.
- Wenn die ADHS-Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen durch die gesamte Behandlung nicht erfolgreich vermindert werden konnten, sollten die durchgeführte Behandlung überprüft und weitergehende Interventionen bedacht und durchgeführt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung: ohne COI 89,47% - alle 92,31%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.3.6. Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen sollen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und moderater bis starker Funktionseinschränkung ab dem Schulalter durchgeführt werden?¹¹

Bei Schulkindern und Jugendlichen mit moderaten bis starken Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, bei denen keine Pharmakotherapie (siehe Kap. II.1.4.) durchgeführt wird (z.B. wegen mangelnder Effekte oder aufgrund zu starker unerwünschter Arzneimittelwirkungen, oder aufgrund von mangelnder Adhärenz oder Ablehnung der Eltern oder des Kindes / Jugendlichen), oder bei denen trotz optimierter Pharmakotherapie eine residuale ADHS-Symptomatik besteht, sollen die gleichen psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen eingesetzt werden, wie bei Kindern und Jugendlichen mit leichter bis moderater ADHS.

Wenn Patienten oder Bezugspersonen aufgrund von Vorbehalten und Befürchtungen eine indizierte Pharmakotherapie verweigern, können diese Einstellungen im Rahmen der Psychoedukation bearbeitet werden. Auch die Behandlung einer mangelnden Medikamenten-Adhärenz kann Ziel psychoedukativer Interventionen sein.

Wenn die pharmakologische oder psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Intervention bei Kindern und Jugendlichen mit moderat bis stark ausgeprägter ADHS die ADHS-Symptomatik wirksam reduzieren konnte, dann sollen mögliche residuale assoziierte Symptome und Probleme und

¹¹ Sondervotum 7 von bkj und bvvp (Langfassung, Abschnitt III.8.3., S. 169).

eine Indikation für weiterführende psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen zur Therapie der assoziierten Symptome überprüft werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.1 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.1.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 84,21% - alle 84,62%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.4. Psychosoziale Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS

1.3.1.4.1.1. Was sind die generellen Ziele psychosozialer Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS?

Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen bei ADHS im Erwachsenenalter sollen der Aufklärung über ADHS sowie der Erhöhung der Akzeptanz der Störung als Voraussetzung für Verhaltensveränderungen, der Entwicklung von Bewältigungsstrategien und der Verbesserung der Alltagsfunktionen dienen. Es soll eine Reduktion der ADHS-Symptomatik und häufig koexistierender Symptome wie Depressivität, Angst oder Selbstwertproblematik angestrebt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.2 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.4.2. Bei welchen Personen sollen psychosoziale Interventionen erwogen werden?

Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Behandlung soll insbesondere Personen angeboten werden:

- die die Diagnose erst im Erwachsenenalter erhalten haben und einen Prozess des Akzeptierens und der Einsicht im Hinblick auf die spät erfolgte Diagnose durchlaufen;
- die sich nach Aufklärung gegen eine Medikation entscheiden;
- die unter einer medikamentösen Behandlung noch Symptome und / oder funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen;
- bei denen Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Behandlung bestehen;
- die Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Diagnose und / oder der Adhärenz einer medikamentösen Behandlung haben;
- die wenige Symptome aufweisen und bei denen psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen als ausreichend erachtet werden, um geringe oder moderate funktionelle Einschränkungen im Alltag zu behandeln.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.2 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 94,12% - alle 95,45%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, ↑↑, A

1.3.1.4.2.1. Welche psychosozialen Interventionen sollen bei Erwachsenen mit ADHS angewendet werden?¹¹

1.3.1.4.3.1. Psychoedukation soll bei allen Personen, die die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter erhalten haben, angeboten werden. Psychoedukation soll als Basisstrategie aller Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS eingesetzt werden. Psychoedukation soll der Vermittlung eines adäquaten Krankheitsverständnisses dienlich sein. Das Ursachengefüge der Störung soll dem Patienten näher gebracht werden und das Verständnis der Symptomatik und der damit verbundenen funktionellen Einschränkungen soll vermittelt werden. Die wesentlichen Strategien der Milderung der Konsequenzen der ADHS und die Behandlungsmöglichkeiten sollen erläutert werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.2 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 94,74% - alle 88,46%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.3.1.4.3.2. Im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll die Entwicklung von Strategien und das Erlernen praktischer Techniken unterstützen, die zu einer Reduktion des Einflusses der ADHS Symptomatik auf die Alltagsfunktionen beitragen, beispielsweise sollen Fertigkeiten bei der Lösung von Problemen, Techniken zur Reduktion von Ablenkbarkeit und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress vermittelt werden. Weiterhin sollen über die Lebensspanne erworbene dysfunktionale Kognitionen erkannt und überprüft werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.2 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 78,95% - alle 80,77%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

¹¹ Sondervotum 8 von bkj und bvvp (Langfassung, Abschnitt III.8.3., S. 169 – 170).

1.3.1.4.2.2. In welchem Format sollten psychosoziale Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS angeboten werden?

Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten in Form einer Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.2 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.2.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 94,74% - alle 100%⁶

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.2. Neurofeedback

1.3.2.1. Wann kann Neurofeedback als Behandlungsoption bei ADHS eingesetzt werden?

Neurofeedback nach Standard-Trainingsprotokoll kann im Rahmen eines Behandlungsplanes der ADHS bei Kindern > sechs Jahren und Jugendlichen ergänzend eingesetzt werden, wenn dadurch eine andere wirkungsvollere Therapie nicht verzögert oder verhindert wird.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.3 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.3.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 87,5% - alle 84,0%⁶

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung offen, ↔, 0

1.3.2.2. Wie soll Neurofeedback bei ADHS durchgeführt werden?

Wenn Neurofeedback eingesetzt wird, soll es:

- mittels gut untersuchter Protokolle trainiert werden; diese umfassen das Feedback der Theta-Beta-Ratio über der fronto-zentralen Region, des Sensorimotor-Rhythmus (SMR) über dem Motorkortex oder der langsamen kortikalen Potentiale (slow cortical potentials, SCP) über der Scheitelregion. Sog. „QEEG-basierte“ Protokolle mit z.T. anderen Frequenzbereichen und Platzierungen der Elektroden sollen nicht verwendet werden.
- Prinzipien der Lerntheorie und Transferübungen zum Übertragen des Erlernten in den Alltag umfassen.
- ausreichend lange trainiert werden (mindestens 25 bis 30 Sitzungen), wobei regelmäßig mit Kind / Jugendlichen und Eltern gemeinsam überprüft werden soll, ob die Fortsetzung der Behandlung durch Hinweise auf eine beginnende Wirksamkeit gerechtfertigt ist.

⁶ Die Darstellung des Abstimmungsergebnisses ist korrekt. Mandatsträger der ersten Abstimmungsrunde haben in der zweiten Abstimmungsrunde anders abgestimmt.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.3 sowie in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.3.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 91,67% - alle 92,0%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: starke Empfehlung, ↑↑, A

1.3.3. Diätetische Interventionen

1.3.3.1. Was sollte dem Patienten im Hinblick auf Ernährung im Allgemeinen mitgeteilt werden?

Der Behandler sollte Patienten aller Altersgruppen und ihre Angehörigen auf die Wichtigkeit und Bedeutung einer ausgewogenen und vollwertigen Ernährung sowie regelmäßiger Bewegung bzw. sportlicher Betätigung hinweisen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95,45% - alle 100%⁶

Empfehlungsgrad: Expertenkonsens

1.3.3.2. Was soll im Hinblick auf künstliche Farbstoffe beachtet werden?

Der Versuch, im Rahmen der Ernährung auf künstliche Farbstoffe oder auch andere Nahrungszusätze zu verzichten, kann sich für einzelne Patienten als hilfreich herausstellen. Dies soll jedoch nicht als generelle Intervention bei Kindern- und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen mit ADHS durchgeführt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95,65% - alle 96,0%

Qualität der Evidenz: Hoch

Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, ↑↑, A

1.3.3.3. Was sollte im Hinblick auf Eliminationsdiäten beachtet werden?

1.3.3.3.1. Die Anamneseerhebung sollte bei Kindern, Jugendlichen mit ADHS auch die Fragestellung berücksichtigen, ob bestimmte Nahrungsmittel oder Getränke die Symptomatik (v.a. die Hyperaktivität) beeinflussen. Ergeben sich in diesem Kontext Hinweise auf mögliche Zusammenhänge, sollten Eltern, Betreuungspersonen oder die Betroffenen selbst angehalten werden, einige Tage Buch über aufgenommene Nahrung / Getränke und den Verlauf der ADHS Symptomatik zu führen. Bestätigt sich hierdurch der Zusammenhang zwischen bestimmten Nahrungsmitteln und dem Verhalten, sollte an einen Ernährungsberater verwiesen werden. Das weitere diesbezügliche

⁵ Die Darstellung des Abstimmungsergebnisses ist korrekt. Mandatsträger der ersten Abstimmungsrunde haben in der zweiten Abstimmungsrunde anders abgestimmt.

Vorgehen (z.B. das Weglassen bestimmter Nahrungsmittel) sollte im Verlauf in gemeinsamer Abstimmung zwischen Ernährungsberater und dem primären Behandler, sowie den Eltern oder Betreuungspersonen erfolgen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95,45% - alle 100%⁵

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.3.3.2. Die Eltern oder Bezugspersonen von Kindern oder Jugendlichen mit ADHS sollten in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass keine Befunde zu Langzeiteffekten, die durch das Weglassen bestimmter Nahrungsmittel entstehen können, existieren, auch nur wenige Befunde zu den Kurzzeiteffekten solcher Diäten vorliegen und möglicherweise mit Mangelerscheinungen und Folgeschäden zu rechnen ist.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.3.3.4. Können Omega 3- / Omega 6-Fettsäuren zur Behandlung der ADHS empfohlen werden?

Entgegen bisheriger Befunde, welche auf einen positiven aber quantitativ geringen Effekt einer Gabe von Omega 3- und Omega 6-Fettsäuren zur Behandlung der ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hindeuteten, kann nach heutigem Stand der Erkenntnis (Nice 2016) keine Empfehlung für eine Nahrungsergänzung mit diesen Substanzen abgegeben werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.3.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung offen, ↔, 0

1.4. Pharmakologische Interventionen

Bei welchen Patienten ist eine medikamentöse Therapie indiziert?

Zur Indikationsstellung zu pharmakologischen Interventionen verweisen wir auf das Kapitel Interventions-Algorithmen Empfehlung II.1.2.2.

Bei der Indikationsstellung zur Pharmakotherapie sollten unterschiedliche Faktoren mit einfließen bzw. Berücksichtigung finden, unter anderem das Alter des Patienten, der Schweregrad der Symptomatik und die daraus resultierende Schwere der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen, die Präferenzen der Familie und des Patienten sowie die Wirksamkeit von im Vorfeld bereits eingeleiteten psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen. Bei Patienten im Kleinkind- bzw. Vorschulalter ab drei Jahren sollten pharmakotherapeutische Interventionen aufgrund der unzureichend vorhandenen Evidenz nur mit besonderer Vorsicht und nach Ausschöpfung nichtmedikamentöser Therapieoptionen wie z.B. Elterntraining erwogen werden (s.u.). Im Schulalter ist die Empfehlung zur Pharmakotherapie im Rahmen der therapeutischen Gesamtstrategie v.a. vom Schweregrad der Symptomatik sowie der Präferenz des jeweiligen Patienten und seiner Familie abhängig. Bei schwerer Ausprägung der Symptomatik und deutlicher Beeinträchtigung hierdurch sollte den Patienten und ihren Familien nach ausführlicher Psychoedukation zu einer primären Pharmakotherapie geraten werden, sollte dies nicht konträr zu den Vorstellungen und Wünschen der Betroffenen gehen. Auch bei moderater Ausprägung bzw. Beeinträchtigung ist bei einer Bevorzugung einer medikamentösen Therapieoption durch den Patienten und seine Familie die Indikationsstellung zu einer solchen Intervention möglich, ebenso bei mangelnder Wirksamkeit vorherig eingeleiteter nichtmedikamentöser Therapien. Im Gegensatz dazu wird im Erwachsenenalter aufgrund der vorliegenden Evidenz eine Pharmakotherapie (neben der Psychoedukation) als primäre Therapieoption auch bei leichter und moderater Ausprägung und Beeinträchtigung angesehen (vorausgesetzt dies entspricht der Präferenz des Patienten).

1.4.1. Wer soll eine medikamentöse Behandlung durchführen?

- Eine medikamentöse Behandlung soll nur von einem entsprechend qualifizierten Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und / oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, oder ärztlichen Psychotherapeuten initiiert und unter dessen Aufsicht angewendet werden. Dieser soll über Kenntnisse im Bereich ADHS und dem Monitoring pharmakotherapeutischer Behandlung verfügen.
- Bei drei- bis sechsjährigen Kindern soll die Verschreibung durch einen Arzt mit besonderen Kenntnissen zu Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe erfolgen.
- Die Entscheidung für eine medikamentöse Therapie soll nur nach gesicherter Diagnosestellung auf der Basis einer sorgfältigen Anamnese und Untersuchung erfolgen.
- Nach erfolgreicher medikamentöser Einstellung durch die jeweiligen Spezialisten können in Ausnahmefällen auch Hausärzte Folgeverordnungen und die damit verbundenen Kontrolluntersuchungen vornehmen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit bzw. der weiteren Notwendigkeit der Therapie bzw. zur bedarfsorientierten Anpassung der Dosierung sollen jedoch

in regelmäßigen Abständen auch weiterhin Vorstellungen bei den Spezialisten erfolgen, denen die Aufsicht über die Behandlung obliegt.

Hinweise zur Evidenz in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 92,86% - alle 91,3%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

Kommentar zur Empfehlung:

Verschreibende Ärzte müssen die rechtlichen Vorschriften und Regelungen kennen, die im Zusammenhang mit der Verordnung von Stimulanzien, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, gelten (gesetzliche Vorgabe).

Eine medikamentöse Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS soll von Fachpersonal (Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, sowie Ärztinnen und Ärzten mit Fachkunde für Kinder- und Jugendpsychiatrie; qualifizierten Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin) durchgeführt werden.

Bei Erwachsenen mit ADHS soll die medikamentöse Behandlung von Ärzten durchgeführt werden, die über profunde Kenntnisse bezüglich ADHS sowie im Bereich der Psychopharmakotherapie und die häufig im Erwachsenenalter auftretenden Komorbiditäten verfügen.

1.4.2. Welche Präparate sind zur Behandlung empfohlen?

Wenn eine medikamentöse Behandlung indiziert ist, sollen Stimulanzien (Methylphenidat, Amfetamin und Lisdexamfetamin), Atomoxetin und Guanfacin, als mögliche Optionen zur Behandlung der ADHS in Betracht gezogen werden. Der jeweils aktuelle Zulassungsstatus sollte beachtet werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.1 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 91,67% - alle 91,3%

Qualität der Evidenz: Hoch

Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, ↑↑, A

1.4.3. Nach welchen Kriterien sollten die passenden Medikamente ausgewählt werden?

1.4.3.1. Bei einer Entscheidung für eine Pharmakotherapie sollten bei der Wahl des Wirkstoffes bzw. der Zubereitungsform folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Zulassungsstatus;
- die erwünschte Wirkdauer und das zu erwartende Wirkprofil;
- die unterschiedlichen Profile der unerwünschten Wirkungen der Medikamente;

- das Vorliegen spezifischer koexistierender Störungen / Erkrankungen (z.B. Tic-Störungen, epileptische Syndrome), Besonderheiten bei der jeweiligen Medikamentenauswahl siehe II.1.4.5;
- besondere Umstände, welche die Medikamenten-Adhärenz des Patienten beeinträchtigen könnten; z. B. Stigmatisierung eines Kindes oder Jugendlichen, wenn ein kurz wirksames Präparat während der Schulzeit eingenommen werden muss (siehe II.1.4.5.2);
- der Gefahr des Missbrauchs der Substanz durch den Patienten bzw. der Weitergabe der Medikamente an Dritte (II.1.4.3.2 & II.1.4.5);
- die Präferenzen des Patienten und ggf. seiner Sorgeberechtigten.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.2 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.3.2. Die medikamentöse Behandlung von Patienten mit ADHS, bei denen zusätzlich ein Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit besteht, sollte durch einen Spezialisten mit Kenntnissen in der Behandlung von ADHS und Sucht erfolgen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.2 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.4. Welche Untersuchungen sollten vor Beginn einer medikamentösen Therapie durchgeführt werden?

1.4.4.1. Vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie sollte eine erneute körperliche und neurologische Untersuchung erwogen werden. Spezifisch erfragt werden sollen Symptome, die auf eine Herz-Kreislauferkrankung hinweisen könnten (z. B. Synkopen oder eine nicht erklärliche Atemnot) und eventuelle familiäre Vorbelastungen im Hinblick auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.2 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.4.2. Vor jeder medikamentösen Einstellung sollen zumindest Puls und Blutdruck sowie das Körpergewicht, die Körpergröße und bei Kindern und Jugendlichen entsprechende Altersperzentilen bestimmt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.2 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 100% (nur eine Abstimmungsrunde²)

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.4.3. Die Durchführung eines EKGs, nötigenfalls auch Konsultation eines Kardiologen bzw. Kinderkardiologen, sollte dann erfolgen, wenn sich aus der Vorgeschichte oder bei einer körperlichen Untersuchung Hinweise auf eine Herz-Kreislaufkrankung ergeben oder eine entsprechende familiäre Belastung vorliegt.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.2 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 96,0% (nur eine Abstimmungsrunde³)

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.5. Was soll bei der Auswahl des Präparates patientenindividuell berücksichtigt werden?

1.4.5.1. Wenn die Entscheidung für eine medikamentöse Behandlung gefallen ist, soll der Behandler unter Beachtung der jeweiligen Kontra-Indikationen bei

- Patienten mit ADHS ohne relevante Komorbiditäten eine initiale Behandlung mit Stimulanzien wählen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% – alle 96,15%

Kommentar zur Empfehlung:

Die initiale Behandlung mit zugelassenen Amfetaminpräparaten (Attentin, Elvanse) ist außerhalb der Zulassung, wenn initial kein Behandlungsversuch mit Methylphenidat erfolgt war.

- Patienten mit ADHS und koexistierender Störung des Sozialverhaltens oder antisozialer Persönlichkeitsstörung ebenso eine initiale Behandlung mit Stimulanzien wählen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 100%

² Für diese Empfehlung gab es nur eine Abstimmungsrunde. Eine Erläuterung dazu findet sich in der Präambel.

- Patienten mit ADHS und koexistierenden Ticstörungen Stimulanzen oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin wählen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% – alle 96,15%

Kommentar zur Empfehlung:

Initiale Behandlung mit Intuniv ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 6-17 Jahren nur dann innerhalb der Zulassung, wenn eine Behandlung mit Stimulanzen nicht in Frage kommt oder unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat.

- Patienten mit ADHS und koexistierenden Angststörungen Stimulanzen oder alternativ Atomoxetin wählen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 100%

- Patienten mit ADHS und Substanzkonsum mit erhöhtem Risiko für nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch der Medikation langwirksame Stimulanzen oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin wählen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 100%

- Patienten, bei denen sich eine Behandlung mit Stimulanzen trotz Aufdosierung auf die maximal tolerierbare Dosis als ineffektiv erwiesen hat, ein anderes Stimulanz, Atomoxetin oder Guanfacin wählen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% – alle 96,15%

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Qualität der Evidenz: Hoch

Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, ↑↑, A

1.4.5.2. Bei der Verschreibung von Stimulanzen bei Patienten mit ADHS können aus folgenden Gründen langwirksame Präparate erwogen werden:

- Größere Benutzerfreundlichkeit, einschließlich vereinfachter Medikamenteneinnahme

- Verbesserte Adhärenz
- Vermeidung möglicher Stigmatisierung (z.B. durch Wegfall einer Einnahme der Medikation in der Schule)

Abhängig von den Anforderungen im Tagesverlauf sollten die unterschiedlichen pharmakokinetischen Profile der langwirksamen Präparate berücksichtigt werden.

Alternativ können z. B. aus folgenden Gründen unretardierte Verabreichungsformen erwogen werden:

- genauere Dosisanpassung während der initialen Titrierungsphase der Medikation
- erforderliche höhere Flexibilität in den Dosierungsschemata

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% + eine Enthaltung – alle 100% + eine Enthaltung

Qualität der Evidenz: Moderat

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.4.5.3. Sind mehrere medikamentöse Optionen als gleichwertig zu betrachten, sollte zunächst das kostengünstigere Präparat gewählt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% - alle 88%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.5.4. Antipsychotika sollen für die Behandlung einer ADHS ohne assoziierte Störungen nicht eingesetzt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.5.5. Bei Patienten mit ADHS, deren Symptomatik weder auf Stimulanzen (Methylphenidat, Dexamfetamin) noch auf Atomoxetin oder Guanfacin anspricht bzw. bei welchen die genannten Medikamente zu nicht tolerierbaren unerwünschten Wirkungen führen, kann eine Kombination verschiedener Wirkstoffe erwogen werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 94,12% – alle 90,91%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.5.6. Bei Patienten mit ADHS und stark ausgeprägter Impulskontrollstörung und aggressivem Verhalten kann die befristete zusätzliche Gabe von atypischen Neuroleptika in Kombination mit psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen zur Reduktion dieser Symptomatik erwogen werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% – alle 96,15%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.5.7. Auf der Basis der bisherigen Evidenz ist eine Empfehlung für den Einsatz weiterer Substanzen (z. B. SSRI, Modafinil, Selegilin, Bupropion) für die Behandlung der ADHS derzeit nicht möglich.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

Kommentar zur Empfehlung:

Die Medikamente SSRI, Modafinil, Selegilin und Bupropion sind zur Behandlung der ADHS nicht zugelassen (Off-Label).

1.4.5.8. Cannabis soll für die Behandlung der ADHS nicht eingesetzt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.3 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6. Was ist im Verlauf einer medikamentösen Behandlung zu beachten?

1.4.6.1. Zu Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Stimulanzien, Atomoxetin oder Guanfacin soll bei jeder Veränderung der Dosierung (neben der Überprüfung der Wirksamkeit auf die ADHS-Symptomatik) eine engmaschige (z. B. wöchentliche) Überprüfung bezüglich des Auftretens unerwünschter Wirkungen durch eine Befragung des betroffenen Patienten und / oder einer Betreuungsperson erfasst und dokumentiert werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.2. Auch im weiteren Verlauf sind regelmäßige Kontrollen der Wirksamkeit und Erfassung unerwünschter Wirkungen der Medikation notwendig. Mindestens alle sechs Monate soll überprüft werden, ob eine weitere Verabreichung indiziert ist.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% – alle 96,15%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.3. Einmal jährlich soll die Indikation für die Fortführung der medikamentösen Behandlung im Rahmen einer behandlungsfreien Zeit überprüft werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 85% – alle 88,46%

Qualität der Evidenz: mehrheitliche Zustimmung der Experten

1.4.6.4. Der Behandler sollte neben seiner klinischen Einschätzung standardisierte Instrumente (im Eigen- und Fremdurteil) wie z.B. Fragebögen zur Erfassung der Symptomatik bzw. zur Beurteilung möglicher unerwünschter Wirkungen einer medikamentösen Behandlung in seine Beurteilung mit einbeziehen (siehe Liste deutschsprachiger psychometrisch untersuchter Verfahren zur Erfassung von ADHS, Anhang III.4).

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% – alle 92,31%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.5. Unabhängig von der Wahl des Präparates soll im Zuge einer medikamentösen Behandlung

- bei Kindern und Jugendlichen die Körpergröße etwa alle sechs Monate überprüft und dokumentiert werden;

- bei Patienten aller Altersstufen das Körpergewicht zunächst nach ca. drei und sechs Monaten nach Beginn der medikamentösen Therapie, im Anschluss ca. alle sechs Monate gemessen und dokumentiert werden;
- bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich Körpergewicht und Körpergröße entsprechende Altersperzentilen bestimmt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 96,15%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.6. Bei Auftreten einer signifikanten Beeinträchtigung des Längenwachstums im Zusammenhang mit einer medikamentösen Behandlung mit Stimulanzen sollte eine Unterbrechung der Behandlung z.B. während der Schulferien erfolgen, um ein „Aufholen“ des Wachstums zu ermöglichen, wenn keine wichtigeren klinischen Gesichtspunkte dagegen sprechen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 92,31%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.7. Bei Patienten aller Altersgruppen sollten Puls und Blutdruck bei jeder Anpassung der Dosierung bzw. im Rahmen der Routineuntersuchungen etwa alle sechs Monate im Hinblick auf altersentsprechende Normwerte (siehe Anhang III.7) überprüft werden. Bei einer medikamentösen Behandlung mit Guanfacin sollen Puls und Blutdruck aufgrund möglicher Bradykardie und Hypotonie engmaschig kontrolliert werden. Zudem sollten die Patienten auf Anzeichen und Symptome von Somnolenz untersucht werden. Das Absetzen von Guanfacin sollte ausschleichend erfolgen, um einen reaktiven Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg zu vermeiden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.8. Eine Schädigung der Leber stellt eine seltene unerwünschte Wirkung bei der Behandlung mit Atomoxetin dar. Leberspezifische Laboruntersuchungen sind als Teil der Routineuntersuchungen nicht

erforderlich. Liegen Hinweise auf eine Leberschädigung vor, muss das Medikament sofort abgesetzt und entsprechende Untersuchungen veranlasst werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 94,74% - alle 96,15%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.9. Im Falle einer Behandlung mit Stimulanzien soll durch Behandler, Sorgeberechtigte und andere Betreuungspersonen auf die Gefahr eines Missbrauchs der Präparate geachtet werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.10. Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die mit Atomoxetin behandelt werden, sollten unerwünschte Wirkungen im Sinne sexueller Dysfunktionen (Erektions- bzw. Ejakulationsstörungen) sowie Dysmenorrhoe regelmäßig erfragt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 96,15%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.11. Bei Patienten, bei denen im Rahmen der medikamentösen Behandlung zu wiederholten Untersuchungszeitpunkten eine Ruhetachykardie, eine Arrhythmie oder ein erhöhter systolischer Blutdruck (>95. Perzentile, siehe Anhang III.7) festgestellt wurde, sollte, neben einer Überweisung an einen Kinderkardiologen oder Kardiologen, eine Reduktion der Dosis des jeweiligen Präparates erfolgen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95% - alle 96,15%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.12. Bei Auftreten psychotischer Symptome (z.B. Wahn / Halluzinationen) bei Patienten aller Altersstufen während einer Behandlung mit Stimulanzien sollte das jeweilige Präparat abgesetzt und der Patient erneut ausführlich psychiatrisch untersucht werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.13. Wenn Krampfanfälle bei Patienten während der Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin neu auftreten oder ein bekanntes Krampfleiden exazerbiert, soll das eingesetzte Präparat sofort abgesetzt und das weitere Vorgehen mit einem Neuropädiater / Neurologen besprochen werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.14. Treten unter einer Behandlung mit Stimulanzien Tics auf, sollten die Behandler abwägen,

- ob die Tics im Zusammenhang mit der Medikation stehen oder die Symptomatik im Rahmen des natürlichen Verlaufs einer vorhandenen Ticstörung zunimmt bzw. abklingt.
- ob die Beeinträchtigung durch die Tics gegenüber dem positiven Effekt der medikamentösen Behandlung der ADHS überwiegt. In einem solchen Fall soll, wenn die Tics im Zusammenhang mit der Medikation stehen, eine Dosisreduktion bzw. ein Absetzen des Medikaments vorgenommen und ggfs. eine Behandlung mit Guanfacin oder Atomoxetin erfolgen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.6.15. Bei Patienten mit bekannter Angstsymptomatik kann eine Medikation mit Stimulanzien zu einer Verstärkung der Ängste beitragen. Sollte dies der Fall sein, kann eine Reduktion

der Dosis des Präparates, oder die Umstellung auf Atomoxetin oder Guanfacin erwogen werden. Die komorbide Angstsymptomatik soll leitliniengerecht behandelt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100% (eine Enthaltung)

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.7. Was ist im Hinblick auf Medikamenten-Adhärenz zu beachten?

Mangelnde Adhärenz bei der Behandlung von ADHS sowohl im Kindes- und Jugend- als auch im Erwachsenenalter ist ein häufiges Phänomen. Nicht-Adhärenz kann mit einer Persistenz der ADHS-Symptomatik und daraus resultierenden Beeinträchtigungen einhergehen.

1.4.7.1. Die Medikamenten-Adhärenz sollte regelmäßig überprüft werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.4.7.2. Dabei sollte im Auge behalten werden, dass die Nicht-Adhärenz ein Hinweis auf eine Ablehnung dieser Therapieform darstellen kann.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 70% - alle 61,54%

Qualität der Evidenz: Mehrheitliche Zustimmung der Experten

1.4.7.3. Im gemeinsamen Gespräch und anhand der Regelmäßigkeit, in der Verordnungen nachgefragt werden, sollte die Medikamenten-Adhärenz im Verlauf der Behandlung beurteilt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.4.7.4. Wenn sich Hinweise für mangelnde Medikamenten-Adhärenz ergeben, sollten die Ursachen individuell eruiert und abgebaut werden. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung sollten mögliche Lösungen entwickelt werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.5. Stationäre und teilstationäre Therapie, Maßnahmen der Jugendhilfe und Reha²

1.5.1. Unter welchen Bedingungen sind stationäre und teilstationäre Therapien und Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden indiziert?

Die Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter sollte in der Regel ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie (in Kliniken, Jugendhilfeeinrichtungen oder in Rehabilitationseinrichtungen), wenn nötig mit Mitaufnahme / ggfs. Behandlung der Eltern, oder eine Behandlung im natürlichen Umfeld (home-treatment) kann nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie erwogen werden oder wenn eine erfolgreiche ambulante Therapie unwahrscheinlich ist.

Letzteres kann beispielsweise der Fall sein

- bei besonders schwer ausgeprägter ADHS-Symptomatik,
- bei besonders schwer ausgeprägten koexistierenden Störungen (inklusive akuter Eigen- oder Fremdgefährdung),
- bei sehr geringen Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten bzw. in der Schule oder
- bei besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen.

Bei dauerhaft unzureichenden Ressourcen in der Familie oder extrem ausgeprägter Symptomatik (einschließlich koexistierender Symptome), die sich durch ambulante bzw. kurzzeitige stationäre Behandlung nicht hinreichend vermindern lässt, können auch längerfristige ambulante, stationäre oder teilstationäre Maßnahmen der Jugendhilfe erwogen werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.5.

Zustimmung zur Empfehlung: 100%

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.5.2. Unter welchen Bedingungen sind stationäre und teilstationäre Therapien und Maßnahmen bei Erwachsenen indiziert?

Die Diagnostik und Behandlung der ADHS bei Erwachsenen sollte in der Regel ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie (in Kliniken oder in Rehabilitationseinrichtungen), oder eine Behandlung im natürlichen Umfeld (home-treatment) kann nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie erwogen werden oder wenn eine erfolgreiche ambulante Therapie unwahrscheinlich ist.

² Von diesem Kapitel an gab es für jede Empfehlung nur eine Abstimmungsrunde. Eine Erläuterung dazu findet sich in der Präambel.

Letzteres kann beispielsweise der Fall sein

- bei besonders schwer ausgeprägter ADHS-Symptomatik,
- bei besonders schwer ausgeprägten koexistierenden Störungen (inklusive akuter Eigen- oder Fremdgefährdung),
- bei besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.5.

Zustimmung zur Empfehlung: 100%

Qualität der Evidenz: Schwach

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.6. Transition

1.6.1. Bei welchen Patienten und durch wen soll eine Transition zur Weiterbehandlung im Erwachsenenalter erfolgen?

Patienten mit ADHS in der Transitionsphase soll eine Überweisung an qualifizierte weiterbehandelnde Ärzte / Psychotherapeuten angeboten werden, wenn weiterhin eine beeinträchtigende ADHS-Symptomatik und / oder andere koexistierende behandlungsbedürftige Störungen bestehen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.6.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.6.2. Wie sollte die Transition erfolgen?

Wenn eine Fortführung der Behandlung notwendig ist, sollten ADHS-Patienten in der Transitionsphase erneut untersucht werden, um einen gleitenden Übergang zu ermöglichen und die weiterbehandelnden Ärzte / Psychotherapeuten umfassend über Vorgeschichte, Behandlungsverlauf und derzeitiges Krankheitsbild zu informieren.

Während der Transition sollte eine Absprache der vor- und der weiterbehandelnden Ärzte / Psychotherapeuten ermöglicht werden. Der ADHS-Patient sollte in der Transitionsphase über die Versorgung im Erwachsenenbereich umfassend informiert werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.6.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.6.3. Welche primären Maßnahmen sollten bei den weiterbehandelnden Ärzten / Psychotherapeuten erfolgen?

Bei den weiterbehandelnden Ärzten / Psychotherapeuten sollte zunächst eine umfassende Untersuchung des Patienten mit ADHS erfolgen, die die Erfassung des ausbildungsbezogenen, beruflichen und sozialen Funktionsniveaus einschließt. Zusätzlich sollten koexistierende Störungen abgeklärt werden, vor allem Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und Störungen der Emotionsregulation.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.6.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

1.7. Selbsthilfe

1.7.1. Wie kann die Selbsthilfe in die Behandlung einbezogen werden?

Fachleute, die Patienten mit ADHS betreuen, sollten die regionalen und überregionalen Selbsthilfegruppen zu ADHS kennen und Patienten und Angehörige über deren Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten informieren. Für Betroffene kann der Besuch einer Selbsthilfegruppe bzw. einer Angehörigengruppe zusätzlich hilfreich sein.

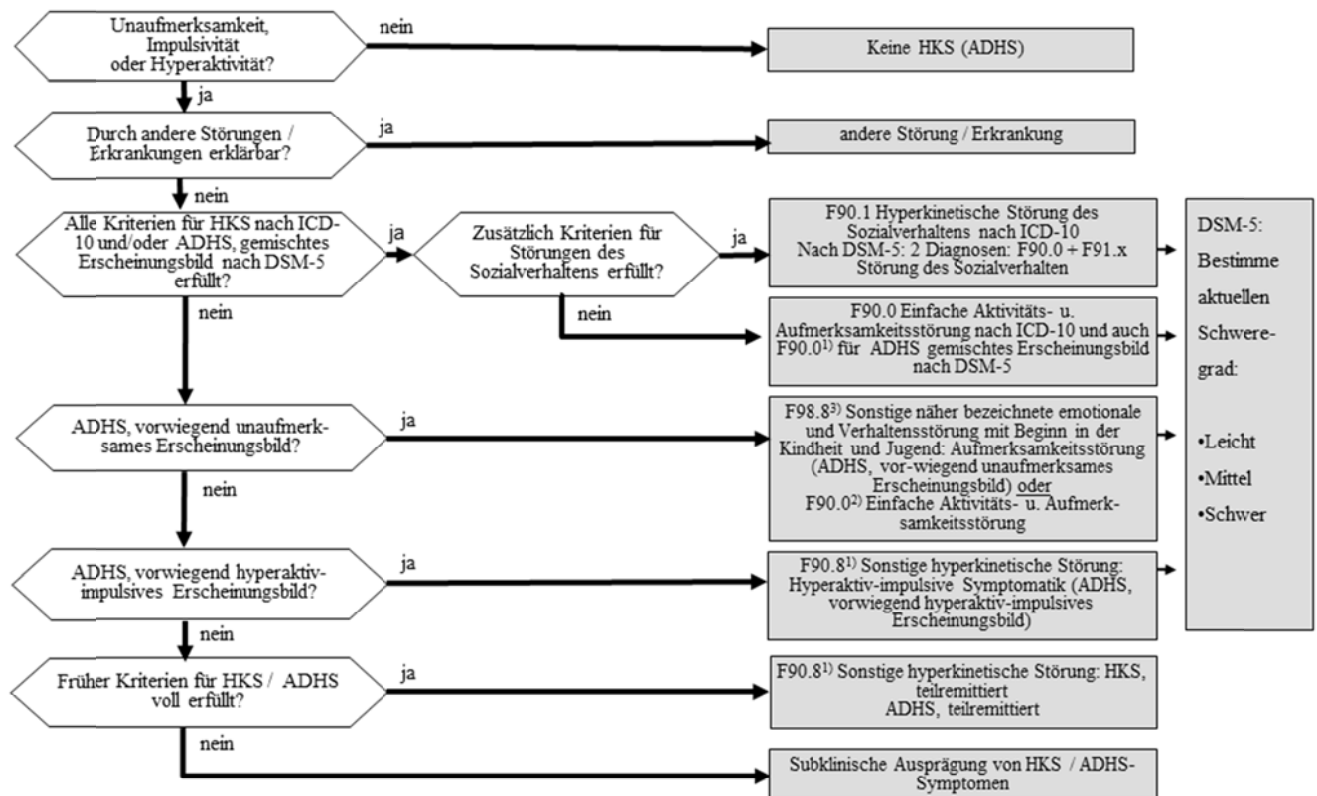
Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.7.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

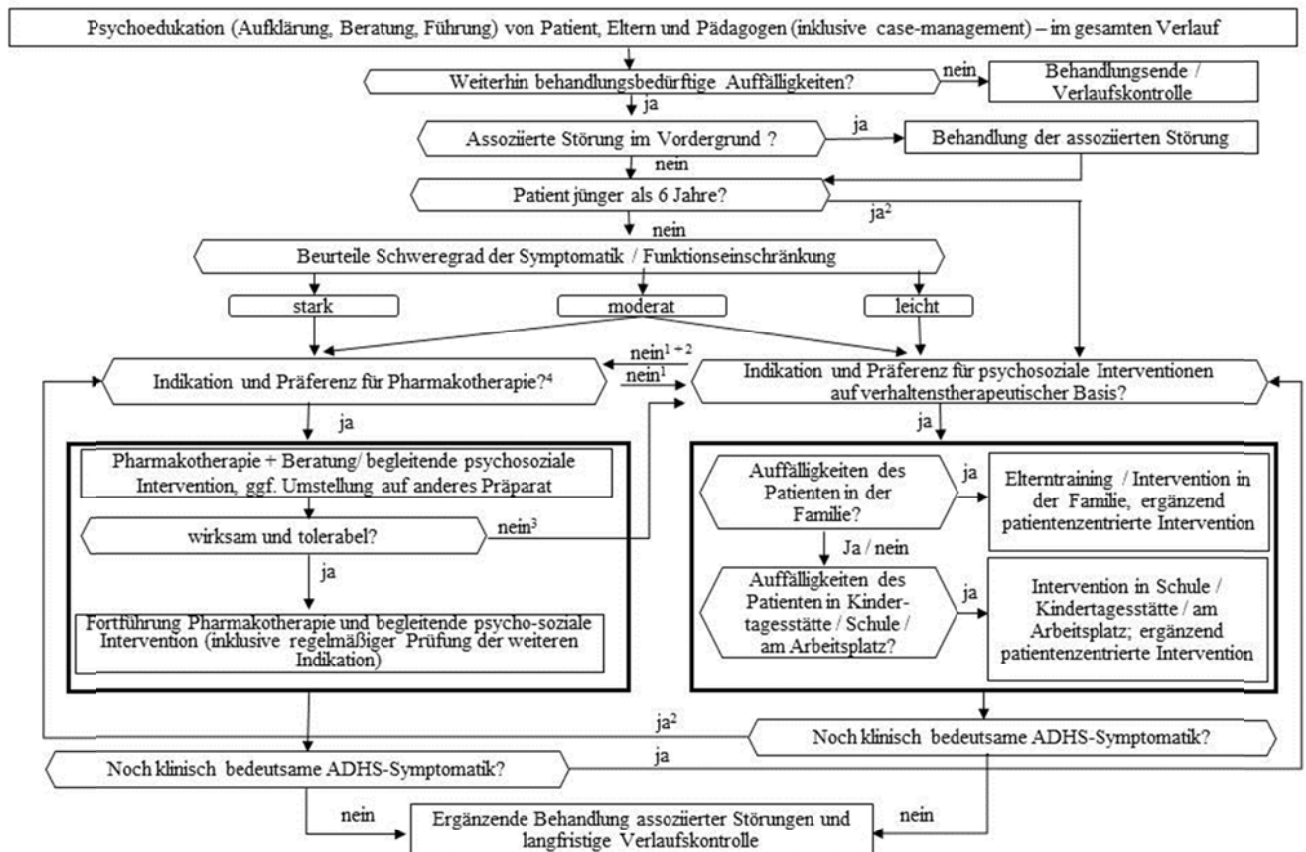
III. Anhänge

1. Diagnostischer Entscheidungsbaum für HKS nach ICD-10 und ADHS nach DSM-5



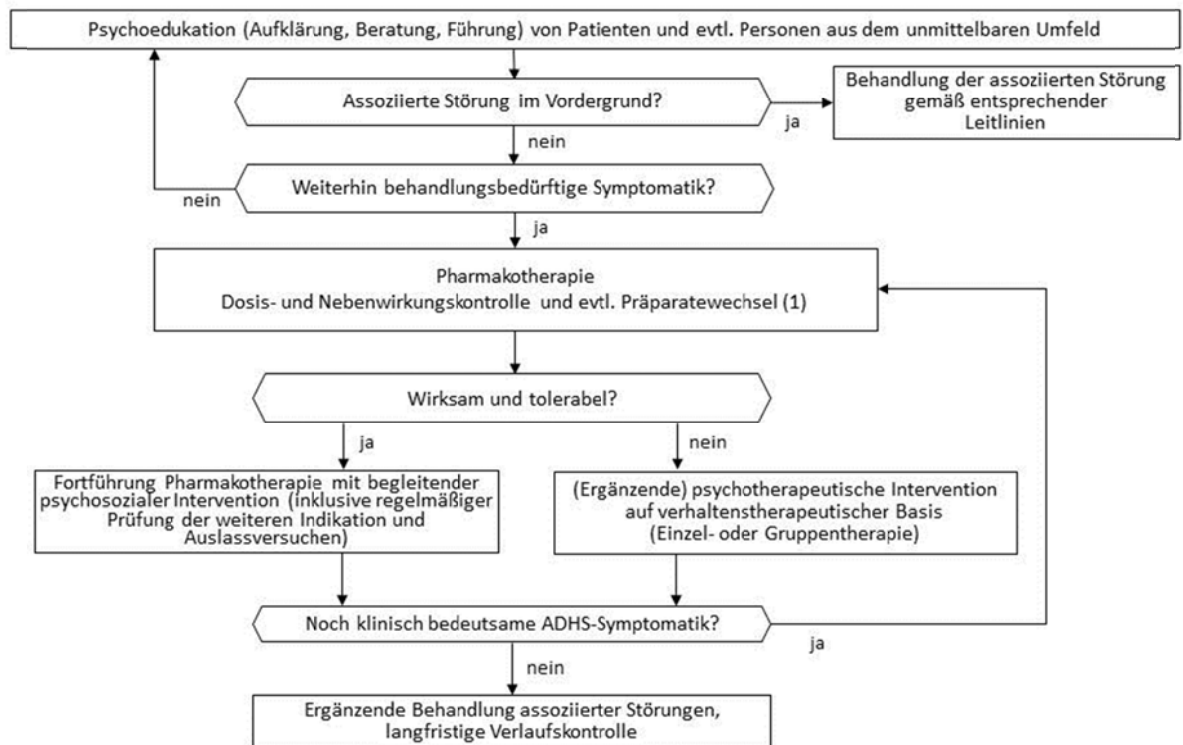
- 1) Für DSM-5 entsprechend dem Vorschlag für alternative ICD-10 Codierungen aus der deutschen Übersetzung des DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015, S. 1219f), durch die offensichtliche Fehler des US-amerikanischen Originals korrigiert werden.
- 2) Nach dem ICD-10-Diagnosekatalog (IDT) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung
- 3) Nach ICD-10 und nach DSM-5 entsprechend dem Vorschlag für alternative ICD-10 Codierungen aus der deutschen Übersetzung des DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015, S. 1219f), durch die offensichtliche Fehler des US-amerikanischen Originals korrigiert werden.

2. Differenzialtherapeutischer Entscheidungsbaum zur psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) / pharmakotherapeutischen Behandlung von Kindern / Jugendlichen mit ADHS



- 1) Wenn unter den aktuellen Rahmenbedingungen weder psychosoziale Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Basis noch Pharmakotherapie indiziert / wirksam sind, sollten bei dringendem Behandlungsbedarf ergänzende therapeutische Maßnahmen (z.B. stationäre Therapie) oder Jugendhilfemaßnahmen erwogen werden.
- 2) Unter dem Alter von sechs Jahren soll primär psychosozial interveniert werden. In Einzelfällen kann bei behandlungsbedürftiger residualer ADHS-Symptomatik ergänzend eine Pharmakotherapie angeboten werden. Diese sollte nur durch einen Arzt mit besonderen Kenntnissen zu Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe durchgeführt werden. Eine Pharmakotherapie soll nicht vor dem Alter von drei Jahren angeboten werden (siehe Empfehlung 1.2.2 und 1.4.1).
- 3) Wenn Pharmakotherapie unwirksam: Überprüfen der Adhärenz und der Diagnose.
- 4) Bei Indikation für Pharmakotherapie kann auch eine Indikation für eine parallele intensive psychosoziale Intervention auf verhaltenstherapeutischer Basis gegeben sein.

3. Differenzialtherapeutischer Entscheidungsbaum zur psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) / pharmakotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen mit ADHS



1) Wenn Pharmakotherapie unwirksam: Überprüfen der Adhärenz und der Diagnose, evtl. stationäre Behandlung

4. Liste deutschsprachiger psychometrisch untersuchter Verfahren zur Erfassung von ADHS- Symptomatik im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Stand 01.05.2015

Alter	Klinisches Urteil	Eltern-/Erzieher/ Lehrerurteil	Selbsturteil
3-6	• DCL-ADHS (DISYPS-III) • ILF-EXTERNAL(DISYPS-III)	• FBB-ADHS-V (DISYPS-III) • Conners EC	(entfällt)
6-10		• FBB-ADHS (DISYPS-III) • Conners 3	
11-18			SBB-ADHS (DISYPS-III)
>18	• ADHS-DC (HASE) • ADHS Interview (IDA) • CAARS-O • WIR (HASE)	(entfällt)	• ADHS-SB (HASE) • ADHS-E • CAARS-S • KATE • WR-SB • WURS-K (HASE)

ADHS-DC	ADHS Diagnostische Checkliste, (HASE: Rösler et al., 2008)
ADHS-E	ADHS Screening für Erwachsene (Schmidt und Petermann, 2013)
ADHS-SB	ADHS Selbstbeurteilungsskala (HASE: Rösler et al., 2008)
CAARS-O	Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene, Fremdbeurteilung (Christiansen et al., 2015)
CAARS-S	Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene, Selbstbeurteilung (Christiansen et al., 2015)
Conners-3	Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten – 3 (Lidzba et al., 2015)
CONNERS EC	Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten - Vorschulversion (Harbarth et al., 2015)
DCL-ADHS	Diagnose-Checkliste ADHS aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
HASE	Homburger ADHS Skalen für Erwachsene (Rösler et al., 2008)
IDA	Integrierte Diagnose für ADHS im Erwachsenenalter (Retz et al., 2013)
ILF-EXTERNAL	Interviewleitfaden für Externale Störungen aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Görtz-Dorten & Döpfner, 2018)

FBB-ADHS-V	Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen im Vorschulalter aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
FBB-ADHS	Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
KATE	Kölner ADHS Test für Erwachsene (Lauth und Minsel, 2014)
SBB-ADHS	Selbstbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
WRI	Wender-Reimherr Interview (HASE: Rösler et al., 2008)
WR-SB	Wender-Reimherr Selbstbeurteilungsfragebogen (Retz-Junginger et al., 2017)
WURS-k	Wender-Utah Rating Scale – deutsche Kurzform (HASE: Rösler et al., 2008)

5. Liste deutschsprachiger Präventions- und Therapieprogrammeprogramme zur Behandlung von ADHS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen

Gelistet sind deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomatik, die Methoden anwenden, welche sich in deutschsprachigen oder internationalen kontrollierten Studien (randomisierte Kontrollgruppenstudien oder andere Formen von kontrollierten Studien, wie nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudien, Eigenkontrollgruppenstudien) bei der Verminderung von ADHS-Symptomen (bei eltern-, kindergarten- oder schulzentrierten Interventionen: einschließlich aggressiv-oppositioneller Symptomatik) als wirkungsvoll erwiesen haben. Falls sich das Therapieprogramm in internationalen Studien bewährt hat, muss für den deutschen Sprachraum zumindest eine empirische Prüfung zumindest in einem Prä-Post-Design (ohne Kontrollgruppe) vorliegen.

Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm in der deutschen Fassung wird in folgenden Stufen beurteilt

Gering: Mindestens 1 Prä-Post-Studie mit signifikanten Veränderungen im Verlauf der Therapie bzgl. ADHS-Symptomen.

Moderat: Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte kontrollierte Studie (z.B. nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie, Eigenkontrollgruppenstudie) mit signifikanten Effekten bzgl. ADHS-Symptomen (bei eltern-, kindergarten- oder schulzentrierten Interventionen: einschließlich aggressiv-oppositioneller Symptomatik).

Gut: Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte randomisierte Kontrollgruppenstudie mit signifikanten Effekten bzgl. ADHS-Symptomen (bei eltern-, kindergarten- oder schulzentrierten Interventionen: einschließlich aggressiv-oppositioneller Symptomatik).

Sehr gut: Mehrere in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte Kontrollgruppenstudien mit signifikanten Effekten bzgl. ADHS-Symptomen (bei eltern-, kindergarten- oder schulzentrierten Interventionen: einschließlich aggressiv-oppositioneller Symptomatik) in verschiedenen Stichproben oder Behandlungskontexten (z.B. ambulant/stationär) oder mit Stabilitätsbelegen; davon mindestens 1 randomisierte Kontrollgruppenstudie.

5.1. Eltern-, kindergarten-, schulzentrierte und multimodale Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Aust-Claus, E. (2010). ADS. Das Elterntraining. Manual für den ADS-ElternCoach. OptiMind Media. <u>Zusätzliche Materialien:</u> Aust-Claus, E., Hammer, P.-M. (2003): ADS. Eltern als Coach. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom /ADS-Elterntraining auf DVD. OptiMind Media. Aust-Claus, E., Hammer, P. M.: ADS - Eltern als Coach (2003). Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom /Praktisches Workbook für Eltern. OptiMind Media.	• spezifisches Elterntraining auf verhaltenstherapeutischer Grundlage • Gruppentraining • Altersbereich: Kinder und Jugendliche von 5 bis 14 Jahren • Manuale zu beziehen unter: www.opti-mind.de	Wirksamkeitsnachweis Gering: 1 Prä-Post-Studie Moosbrugger, H., Höfling, V. (2006): Evaluationsbericht zum Wirkungsnachweis des ADS-Elterntrainings nach dem Optimind-Konzept. http://www.opti-mind.de/fileadmin/downloads/Evaluierung_Elterntraining.pdf
Beelmann, A., Lösel, F., Jaurisch, S., Bühler, A. & Kötter, C. (2007). Elterntraining zur Förderung der Erziehungskompetenz für emotional belastete Familien (EFFEKT). Universität Erlangen-Nürnberg; Institut für Psychologie.	• Kombiniertes Eltern- und Kindertraining; Elterntraining orientiert an Patterson-Elterntraining	Wirksamkeitsnachweis Gering: Prä-Post-Veränderungen im Verlauf der Therapie, jedoch keine Therapieeffekte bzgl. ADHS-Symptome durch Elterntraining (Kötter et al., 2011; Lösel et al., 2006) Bühler, A., Kötter, C., Jaurisch, S. & Lösel, F. (2011). Prevention of familial transmission of depression: EFFEKT-E, a selective program for emotionally burdened families. Journal of Public Health, 19, 321–327. Kötter, C., Stemmler, M., Lösel, F., Bühler, A., Jaurisch, S. (2011) Mittelfristige Effekte des Präventionsprogramms

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		EFFEKT-E für emotional belastete Mütter und ihre Kinder unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 19, 122-133. Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M. & Jaurisch, S. (2006). Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter: Evaluation des Eltern- und Kindertrainings EFFEKT. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 79–81.
Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Manual. Weinheim: Beltz. Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Arbeitsbuch für Eltern. Weinheim: Beltz	• Spezifisches Elterntraining inklusive schulzentrierten und patientenzentrierten Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Basis • Modular aufgebautes Manual primär für Einzeltherapie; wird aber auch für Gruppentherapie eingesetzt. • THOP-Gruppenprogramm spezifisch für Elterngruppen entwickelt. • Altersbereich: Kinder von ca. 3 bis 12 Jahren	Wirksamkeitsnachweis Sehr gut: 7 Studien: 6 (teilweise randomisierte) Kontrollgruppenstudien, davon eine im teilstationären Setting, eine Prä-Post-Verlaufsstudie; Stabilisierung von Effekten im Langzeitverlauf (bis zu 8 Jahren) Berk, E., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. (Studie 1) Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen - Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108. Döpfner M., Breuer D., Schürmann S., Wolff Metternich T., Rademacher C & Lehmkuhl G (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. Eur Child & Adolesc Psychiatry 13 (Suppl. 1): I/117–I/129. (Studie 2) Doepfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An eight year follow-up. Journal of Attention Disorders (epub ahead of print). doi: 10.1177/1087054716659138. (Studie 2) Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit-/ Hyperactivity Disorder: An 18 month follow-up. Child Psychiatry & Human Development, 46, 44–56. doi: 10.1007/s10578-014-0452-8 (Studie 2) Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Kindheit und Entwicklung 15: 255–266. (Studie 3) Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. BMC Psychiatry 15: 288. doi: 10.1186/s12888-015-

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		0675-7 (Studie 4) Jans et al. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. J Child Psychol Psychiatry, 56, 1298 -1313. (Studie 5) Lauth G.W., Kausch T.W.E. & Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. Ztsch Klin Psychol Psychother 34: 248–257. (Studie 6) Salbach H., Lenz K., Huss M., Vogel R., Felsing D. & Lehmkuhl U. (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. Ztschr Kinder-Jugendpsychiat Psychother 33: 59–68. (Studie 7)

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2011). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (4. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.	• Spezifisches Selbsthilfe-Manual auf verhaltenstherapeutischer Basis zur Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen • Altersbereich: Kinder von 3 bis 12 Jahren • Studien teilweise mit Elternheften, die auf der Basis von Wackelpeter & Trotzkopf entwickelt wurden.	Wirksamkeitsnachweis Sehr gut: 5 Studien als angeleitete Selbsthilfe auf der Grundlage des Selbsthilfebuches oder von Elternheften, die darauf basieren (mit Telefonberatung) 2 Prä-Post-Studien; 3 RCT-Studien; Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr) Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2016). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> (epub ahead of print). doi: 10.1111/jcpp.12661 (Studie 4) Hautmann, C., & Döpfner, M. (2015). Comparison of behavioral and non-directive guided self-help for parents of children with externalizing behavior problems. <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i>, 24 (Suppl. 1), S17. (Studie 5) Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behaviour. <i>The Journal of Primary Prevention</i>, 36, 33-40. doi: 10.1007/s10935-014-0374-z (Studie 2) Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 34, 377-386. (Studie 1) Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family Intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. <i>European Child and Adolescent Psychiatry</i> 22, 553-565. (Studie 2) Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Wolf Metternich-Kaizman, T., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberger, U., Klasen, F., & Döpfner, M. (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweiten Angebotes – eine Beobachtungsstudie. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 43, 275-288. (Studie 3)
Franz, M., Gertheinrichs, T., Güttgemanns, J., Rentsch, D. (2009) PALME - Präventives Elternttraining für alleinerziehende Mütter.	• Bindungstheoretisch fundiertes Programm für alleinerziehende Eltern	Wirksamkeitsnachweis Gering: Prä-Post-Veränderungen im Verlauf der Therapie, jedoch keine Therapieeffekte bzgl. Verhaltensprobleme, geringe Effekte auf Mutter-Kind Konflikte. Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Güttgemanns, J. Haubold, S. & Schäfer, R. Effekte eines bindungstheoretisch

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Vandenhoeck & Ruprecht		fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME. Kindheit und Entwicklung, 19, 90–101. Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T. & Schäfer, R. (2009). PALME: Wirksamkeit eines bindungsorientierten Elterntrainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder. Psychotherapeut, 54, 357–369. Franz, M., Weihrauch, L. & Schäfer, R. (2011). PALME: A preventive parental training program for single mothers with preschool aged children. Journal of Public Health, 19, 305–319.
Kinnen, C., Rademacher, C., & Döpfner, M. (2015). Wackelpeter & Trotzke in der Pubertät. Wie Eltern und Jugendliche Konflikte gemeinsam lösen können. Weinheim: Beltz.	• Spezifisches Selbsthilfe-Manual auf verhaltenstherapeutischer Basis zur Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen • Studie mit Elternheften, die auf der Basis des Buches entwickelt wurden.	Wirksamkeitsnachweis Gering: Prä-Post-Veränderungen im Verlauf der Intervention. Roschmann, T. (2018) Alltagswirksamkeit angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Jugendlichen mit ADHS. Dissertation Universität Köln
Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm. Göttingen: Hogrefe.	• Kurzes spezifisches Elterntraining • Gruppenformat • Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren	Wirksamkeitsnachweis Gering: 3 Studien: 2 Prä-Post-Studien, 1 Kontrollgruppenstudie (ohne Effekte, nur Prä-Post-Veränderungen) Konrad, G. (2002). Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Frankfurt: Peter Lang. (Studie 1) Lauth, G. W., Grimm, K. & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntraining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntraining. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36, 26-35 (Studie 2: Prä-Post-Veränderungen aber keine Therapieeffekte im HSQ) Grimm, K. & Mackowiak, K. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55, 363-383. (Studie 2: Prä-Post-Veränderungen aber keine Therapieeffekte im HSQ) Lauth, G.W., Otte, A.T. & Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		disruptive children. Emotional and Behavioral Difficulties. 14, 117-126 (Studie 3).
Lauth, G. W. (2014). ADHS in der Schule. Übungsprogramm für Lehrer (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.	• Lehrertraining mit 7 Bausteinen	Wirksamkeitsnachweis Gering: 2 Prä-Post-Studien Lauth, G. W. (2014). ADHS in der Schule. Übungsprogramm für Lehrer (2. Aufl.). Weinheim: Beltz
Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP) . Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.	• Spezifisches Elterngruppen- und paralleles Erziehergruppentraining auf verhaltenstherapeutischer Basis hauptsächlich für Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren mit expansiven Verhaltensweisen	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut: 3 Studien (1 randomisierte Kontrollgruppenstudie (mit parallelem Eltern- und Erziehertraining) und 2 Eigenkontrollgruppenstudien (getrennt Elterntraining, Erziehertraining). Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr) Eichelberger, I., Plück, J., Hautmann, C., Hanisch, C., & Döpfner, M. (2016). Effectiveness of the Prevention Program for Externalising Problem Behaviour (PEP) in preschoolers with severe and no or mild ADHD symptoms. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 231-239. (Studie 2 und 3) Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. & Döpfner, M. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), 117-126 (Studie 1) Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I. & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 95-112 (Studie 1). Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf Verhaltenstherapie 20, 265-274. (Studie 1). Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2014). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behaviour by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry 55, 473-484. (Studie 1).

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder--generalization to the real world. <i>Journal of Neural Transmission</i>, 115 (2), 363-370. (Studie 1). Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. <i>European Child and Adolescent Psychiatry</i>, 19, 419-430. (Studie 2). Hautmann, C., Stein, P., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2011). The severely impaired do profit most: Differential effectiveness of a parent management training for children with externalizing behavior problems in a natural setting. <i>Journal of Child and Family Studies</i> 20, 424–435. (Studie 2) Hautmann, C., Hanisch, C., Ilka, M., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? <i>Psychotherapy Research</i>, 19, 224 - 233. (Studie 2). Hautmann, C., Hooijink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>, 29, 379-396. (Studie 2). Hautmann, C., Hooijink, H., Eichelberger, I., Görtz-Dorten, A., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2013). Any indication for bias due to participation? Comparison of the effects of a parent management training rated by participating and non-participating parents. <i>Clinical Psychology & Psychotherapy</i> 20, 384-393. (Studie 2) Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Döpfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour <i>Prevention Science</i>, 16, 233–241. (Studie 3)
Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Triple	• Allgemeines Elternt raining • Einzel- und Gruppentraining • Mehrebenen-Modell (universelle, selektive, indizierte Prävention)	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut: International: Meta-Analysen mit mehr als 100 Studien und signifikanten Effekten bei der Veränderung von expansiven Verhaltensauffälligkeiten

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
P Einzeltraining. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie. Sanders, M. R. , Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Teen Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie. Sanders, M. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. (2009). Das Triple P –Elternarbeitsbuch. PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Aufl., 4. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2007). Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie. Turner, K.M.T., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2006). Beratermanual für die Triple P-Kurzberatung. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.	• Das Triple P-Elternarbeitsbuch ist ein Manual zur Selbsthilfe für Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 12 Jahren. • Altersbereich: • Kinder bis 12 Jahre • Manuale sind nur im Rahmen der Fortbildung erhältlich.	(Sanders et al., 2014, Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007, Nowack & Heinrichs, 20089) sowie Studien zur Wirksamkeit bei Kindern mit ADHS (Bor et al., 2002, Hoath & Sanders, 2002). Im deutschen Sprachraum mehrerer RCT-Studien zur Wirksamkeit von Triple-P als universelles Präventionsprogramm mit Beleg von Langzeiteffekten Bor, W., Sanders, M.R. & Markie-Dadds, C. (2002). The Effects of the Triple P-Positive Parenting Program on Preschool Children With Co-Occurring Disruptive Behavior and Attentional/Hyperactive Difficulties. <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i>, 30, 571–587 Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i>, 39, 24-32. Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H. & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? <i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i>, 4:14 Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., u.a. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. <i>Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie</i>, 35, 82-95. Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterntrainings. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 35, 97-108. Hoath, F.E. & Sanders, M.R. (2002) A Feasibility Study of Enhanced Group Triple P — Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. <i>Behaviour Change</i> 19, 191–206 Nowak, C. & Heinrichs, N. (2008) A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. <i>Clin Child Fam Psychol Rev</i>. Sanders, M.R., Kirby, J.N. Tellegen, C.L. & Day, J.J. (2014) The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Clinical Psychology Review 34, 337–357 Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007) Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 5, 475-495.
Hanisch, C., Richard, S., Eichelberger, I., Greimel, L., & Döpfner, M. (2017). Schulbasiertes Coaching bei Kindern mit expansivem Problemverhalten (SCEP). Göttingen: Hogrefe.	• Lehrerschulung durch Fortbildungsmodul und durch Einzelcoaching-Module	Wirksamkeitsnachweis Gering: 1 Eigenkontrollgruppen-Studie mit Effekten im Vergleich zur Wartezeit (noch nicht als vollständiger Artikel in Zeitschrift mit peer review veröffentlicht) Eichelberger, I., Hanisch, C., & Döpfner, M. (2015). How effective is teacher coaching in reducing externalizing behavior problems in primary school children. European Child & Adolescent Psychiatry, 24 (Suppl. 1), S18.

5.2. Primär patientenzentrierte Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
Aust-Claus, E, Hammer, P.M. (2010). OptiMind. Das ADS-Therapieprogramm für Kinder. Training für Konzentration, Kommunikation und Selbstbewusstsein. Mit Materialien zum Ausdrucken auf CD-ROM.	• Einzel- oder Kleingruppentherapie • Altersbereich: Kinder von 5 - 8 Jahren • Manual zu beziehen unter: • www.opti-mind.de	Wirksamkeitsnachweis Gering: 1 Prä-Post-Studie Evaluierung des OptiMind-Trainingsprogramms. http://www.opti-mind.de/fileadmin/downloads/Evaluierung_des_OptiMind-Trainingsprogramm.pdf

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
OptiMind media. <u>Zusätzliche Materialien:</u> Aust-Claus, E, Hammer, P.M. (2010). OptiMind - Das Konzentrationstraining für Kinder. Übungen für zuhause. Mit Materialien zum Ausdrucken auf CD-ROM OptiMind media.		
Braun, S., & Döpfner, M. (2017). Therapieprogramm zur Steigerung von Organisationsfähigkeit, Konzentration und Impulskontrolle bei Kindern mit ADHS: THOKI-ADHS. Göttingen: Hogrefe	• Einzeltherapie	Wirksamkeitsnachweis Gering: Effekte in einer Eigenkontrollgruppenstudie Braun, S. (2017) Entwicklung und Evaluation des Therapieprogramms zur Steigerung von Organisationsfähigkeit, Konzentration und Impulskontrolle bei Kindern mit ADHS: THOKI-ADHS. Dissertation Universität Köln
Ettrich, C. (2004). Konzentrationstrainings-Programm für Kinder, Bd.1, Vorschulalter, Band 2: 1. und 2. Schulklasse, Band 3: 3. Und 4. Schulklasse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.	• Konzentrationstrainings-programme für die drei Altersgruppen	Wirksamkeitsnachweis Gering: Kleine Kontrollgruppenstudien: Bergmann, G. (1996). Veränderungswerte kognitiver Parameter bei Vorschulkindern in Abhängigkeit vom Einsatz eines Konzentrations-Trainings-Programms. Diss., Universität Leipzig. Forker-Tutschkus, A. (1996). „Konzentrationstrainingsprogramm in Verbindung mit progressiver Muskelrelaxation – Eine empirische Studie an Vorschulkindern“. Diss., Universität Leipzig. Jeschke, B. (1996). Konzentrations-Trainings-Programm für Vorschulkinder unter Einbezug von Entspannungstechniken. Diplomarbeit. Institute für Psychologie., Universität Leipzig.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
		Mayer, K. (1996). Untersuchungen zu einem Konzentrations-Trainings-Programm im Vorschulalter. Diss., Universität Leipzig. Schuhmann, U. (1995). Konzentrationstraining im Vorschulalter – eine Möglichkeit zur Verbesserung des Erreichens der allgemeinen Schulreife. Diplomarbeit, Institute für Psychologie. Universität Leipzig.
Jacobs, C. et al. (2013). Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER (3. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.	• Gruppentraining • Altersbereich: Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 13 Jahren	Wirksamkeitsnachweis Gering: 2 Prä-Post-Studien, 1 Eigenkontrollgruppenstudie ohne direkten Vergleich der Effekte in Warte- und Therapiezeit. Jacobs, C., Petermann, F. (2005). Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter: Konzept und Wirksamkeit des ATTENTIONER-Programms. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26, 317-341. Jacobs, C., Petermann, F. (2007). Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern – Langzeiteffekte eines neuropsychologischen Gruppenprogramms ATTENTIONER. Kindheit und Entwicklung, 16, 40-49 Jacobs, C. Petermann, F. (2008). Aufmerksamkeitsstherapie bei Kindern. Langzeiteffekte des ATTENTIONERS. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 36, 6, 411-417 Tischler, L., Karpinski, N., Petermann, F. (2011). Evaluation des neuropsychologischen Gruppenprogramms ATTENTIONER zur Aufmerksamkeitsstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Neuropsychologie, 22, 75-85.
Krowatschek, D. et al. (2007): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder. (7., unveränderte Aufl.). Dortmund: Verlag Modernes Lernen. Krowatschek, D. et al. (2010). Marburger Konzentrationstraining (MKT) für	• Einzel- oder Gruppentraining • 3 Manuale: Vorschulkinder, Kinder, Jugendliche • Altersbereich 1: Kindergarten- und Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und Verhaltensschwierigkeiten; für den Einsatz im Kindergarten, in der Vorschule und in der Arbeit mit	Wirksamkeitsnachweis Gering: Kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis. Mehrere Diplom-Arbeiten / Dissertationen mit teilweise widersprüchlichen Ergebnissen. Beck, M. (1998). Therapiebaukasten oder Trainingsprogramm? In: Evaluation als Maßnahme der Qualitätssicherung. Pädagogisch-psychologische Interventionen auf dem Prüfstand. Tübingen: Dgvt-Verlag. Claes, M. (1996). Auswirkungen des Marburger Konzentrationstrainings auf das Verhalten von Mutter und Kind.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
Kindergarten, Vorschule und Eingangsstufe (3., unveränderte Aufl.). Dortmund: Verlag Modernes Lernen. Krowatschek, D. et al. (2007): Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche (MKT-J). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.	entwicklungsverzögerten Kindern • Altersbereich 2: Schulkinder mit impulsivem Arbeitsstil, langsame, verträumte, sich immer wieder ablenkende Kinder. • Altersbereich 3: Jugendliche • Therapeutischer Einsatz: begleitende Elternabende	Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Marburg. Dreisörner, T. (2004). Zur Wirksamkeit von Trainings bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. Unveröffentlichte Dissertation an der Universität Göttingen. Dröge, C. (1996). Evaluation des Marburger Verhaltenstrainings für überaktive Kinder anhand einer systematischen Verhaltensbeobachtung. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Marburg. Krowatschek, G. (1996). Evaluation des Marburger Konzentrationstrainings und des Marburger Verhaltenstrainings für überaktive Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Elternarbeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Marburg. Witte, S. (2001). Entwicklung und Evaluation eines videogestützten Selbstinstruktionstrainings für aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Dissertation, Universität Göttingen.
Lauth, G.W., Schlottke, P.F. (2009). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.	• Einzel- oder Gruppensetting (1-3 Kinder) • Altersbereich: Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren	Wirksamkeitsnachweis Moderat: Mehrere Prä-Post-Studien und 3 Kontrollgruppenstudien, letztere mit teilweise widersprüchlichen Ergebnissen (Lauth 1996; Lauth et al., 2005: Effekte; Dreisörner: keine Effekte) Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Kindheit und Entwicklung 15: 255–266. Lauth, G. W. (1996). Effizienz eines metakognitiv-strategischen Trainings bei lern- und aufmerksamkeitsbeeinträchtigten Grundschulern. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25, 21-32. Lauth, G. W. , Linderkamp, F. (1998). Durchführungspraktikabilität eines Trainingsprogrammes für aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 45, 81-90. Lauth, G. W., Fellner, C. (1998). Evaluation eines multimodalen Therapieprogramms bei Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen über eine differenzierte Einzelfallforschung. In Greisbach, M, Kullick, U., Souvignier, E. Von der Lernbehindertenpädagogik zur Praxis schulischer Förderung, 109-124. Lengerich: Papst Science Publishers.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
		Lauth G.W., Kausch T.W.E. & Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. <i>Ztsch Klin Psychol Psychother</i> 34: 248–257. Linderkamp, F. (2002). Katamnestiche Untersuchung zum Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. <i>Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin</i>, 23, 53-73. Naumann, K. (2000). Katamnestiche Untersuchung eines kognitiv-behavioralen Therapieprogramms für aufmerksamkeitsgestörte/ hyperaktive Kinder – Ein- bis Zwei-Jahres Follow-Up. Unveröffentlichte Dissertation: Universität Tübingen.
Linderkamp, F., Hennig, T. & Schramm, S.A. (2011). ADHS bei Jugendlichen: Das Lerntraining LeJA . Weinheim: Beltz	• Gruppentherapie	Wirksamkeitsnachweis Moderat 1 Eigenkontrollgruppenstudie Effekte auf ADHS-Symptomatik und im Vergleich zu eine Wartekontrollgruppe, jedoch nicht im Vergleich zu progressiver Muskelrelaxation Schramm, S.A., Henig, T., Linderkamp, F. (in press). Training Problem-Solving- and Organizational Skills in Adolescents with ADHD: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Cognitive Education and Psychology</i>
Spröber, N., Brettschneider, A., Fischer, L., Fegert, J & Grieb, J. (2013): SAVE-Strategien für Jugendliche mit ADHS . Berlin: Springer	• Gruppentherapie, 10 Sitzungen	Wirksamkeitsnachweis Gering: 1 Prä-Post-Verlaufsstudie, Eigenkontrollgruppenstudie mit Veränderungen während Therapie, Effekte im Vergleich zur Wartezeit nicht berichtet Fischer, L., Brettschneider, A., Kölch, M., Fegert, J.M. & Spröber, N. (2014). Individuelle Therapiezielerreichung nach Gruppentherapie „SAVE“. <i>Psychotherapeut</i> 59, Spröber, N., Brettschneider, A., Fischer, L., Fegert, J & Grieb, J. (2013): SAVE-Strategien für Jugendliche mit ADHS. Berlin: Springer
Walter, D., & Döpfner, M. (2009). Leistungsprobleme im Jugendalter. Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, SELBST (hrsg. M.	• Einzeltherapie	Wirksamkeitsnachweis Moderat: 1 Eigenkontrollgruppenstudie Walter, D., & Döpfner, M. (2007). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem Therapieprogramm SELBST- Konzept und Stabilität der Veränderungen während der Therapie. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 35, 281-290. Walter, D., & Döpfner, M. (2007). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
Döpfner, D. Walter, C. Rademacher, S. Schürmann), Band 2. Göttingen: Hogrefe.		Therapieprogramm SELBST – Konzept und Kasuistik. <i>Kindheit und Entwicklung</i>, 16, 163-170. Walter, D., & Döpfner, M. (2006). Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsstörungen mit dem SELBST-Programm - Kurzzeiteffekte. <i>Verhaltenstherapie</i>, 16, 257-265.
Winter, B., Arasin, B. (2007). Ergotherapeutisches Trainingsprogramm bei ADHS (ETP-ADHS). In: Winter, B., Arasin, B. (2007). Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme.	• Konzipiert als Einzeltraining; • Durchführung als Gruppentraining ist möglich • Altersbereich: Kinder im Grundschulalter • kindzentrierte und umfeldzentrierte Interventionen	Wirksamkeitsnachweis Gering: 1 nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie nicht in Zeitschrift mit peer review veröffentlicht: Arasin, B. (2009). Evaluation des Ergotherapeutischen Trainingsprogramms (ETP) bei ADHS. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln: Universität Köln.
Staufenberg, A.M., (2011). Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel	• Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	Wirksamkeitsnachweis Gering: 1 Kontrollgruppenstudie mit aktiver Kontrollgruppe (sehr kurze VT, teilweise Medikation). Veränderungen aggressiver und ADHS-Symptome im Verlauf der Therapie. Keine Effekte im Vergleich zu Kontrolltherapie Leutinger-Bohleber, M., Staufenberg, A., Fischmann, T. (2007). ADHS-Indikation für psychoanalytische Behandlungen? Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie. <i>Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie</i>, 356 – 385. (Studie 1) Laezer, K.L. (2015). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy without medication and behavioral treatment with or without medication in children with externalizing disorders. <i>Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy</i>; 14(2): 111-128, DOI: 10.1080/15289168.2015.1014991. (Studie 2) Laezer, K.L. , Tischer, I., Gaertner, B., Leutinger-Bohleber, M. (2014): Forschungsbericht: Psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch /medikamentöse Behandlungen von Kindern mit Desintegrationsstörungen. Ergebnisse der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie. <i>Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie</i>, 164(4), 451-494. (Studie 2)

5.3. Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen bei Kindern und Jugendlichen

In randomisierten Kontrollgruppenstudien konnte die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen weder im Bereich der Prävention noch der Therapie belegt werden.

In der Frankfurter Präventionsstudie wurde ein umfangreiches Präventions- und Interventionsprogramm in Kindertagesstätten in einer unausgelesenen Stichprobe von n= 177 Kindern im Alter von 3-4 Jahren (Kontrollgruppe n=185 Kinder) durchgeführt (vierzehntägige Supervision der Erzieher(innen), wöchentliche psychoanalytisch-pädagogische Angebote, intensive Elternarbeit, psychoanalytische Einzeltherapien für therapiebedürftige Kinder), bei dem auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt wurden (Gewaltpräventionsprogramm FAUSTLOS). Dabei konnten keine Effekte auf die ADHS-Symptomatik in der Gesamtgruppe belegt werden (lediglich in der Teilgruppe der Mädchen) [25].

In einer weiteren deutschen Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung von Kindern mit ADHS und teils komorbider Störung des Sozialverhaltens wurde eine 26monatige ambulante psychoanalytische Langzeitbehandlung nach Staufenberg [26] mit einer verhaltenstherapeutischen und teilweise auch medikamentösen Therapie verglichen. In der verhaltenstherapeutischen Behandlungsbedingung wurde bei einem Teil der Patienten eine zehntägige kognitiv-behaviorale Therapie [27] oder ein sechswöchiges Konzentrationstraining sowie teilweise auch medikamentöse Therapie zur Behandlung der ADHS durchgeführt [28-30]. Hinsichtlich der ADHS-Symptomatik und des oppositionell-aggressiven Verhaltens im klinischen Urteil, im Elternurteil und im Lehrerurteil ließen sich nach 38 Monaten keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen feststellen. In beiden Gruppen verminderte sich die Symptomatik in vergleichbarer Weise. Die Studie ist mit erheblichen methodischen Mängeln behaftet:

1. Es wurden keine Randomisierung vorgenommen und darüber hinaus hatten die Patienten beider Gruppen unterschiedliche Zugangswege: die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten wurden in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, die psychoanalytisch behandelten Patienten in einer tiefenpsychologischen Behandlungseinrichtung. Teilweise sind erhebliche Prätestunterschiede festzustellen (mit stärker auffälligen Patienten in der VT-Gruppe).
2. Es wurde keine intention to treat-Analyse über n= 73 Patienten durchgeführt, sondern nur über n= 54 Kinder.
3. Die Verhaltenstherapie der ADHS / Störung des Sozialverhaltens war sehr kurz und nicht konform zu Leitlinien.

4. Die Wirksamkeitsanalysen über $n = 54$ hatten nur eine statistische power, um große Effekte zu identifizieren.

Daher kann die psychoanalytische Behandlung auf der Grundlage dieser Studien nicht als wirkungsvoll eingeschätzt werden. Die deutschsprachigen störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Programme sind entweder in randomisierten Studien geprüft oder sie basieren auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien, die in internationalen methodisch hochwertigen Studien als erfolgreich belegt worden sind.

6. Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von ADHS-Symptomatik bei Erwachsenen

Gelistet sind deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS-Symptomatik, die Methoden anwenden, welche sich in deutschsprachigen oder internationalen kontrollierten Studien (randomisierte Kontrollgruppenstudien oder andere Formen von kontrollierten Studien, wie nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudie, Eigenkontrollgruppenstudien) bei der Verminderung von ADHS-Symptomen als wirkungsvoll erwiesen haben. Falls sich das Therapieprogramm in internationalen Studien bewährt hat, muss für den deutschen Sprachraum zumindest eine empirische Prüfung zumindest in einem Prä-Post-Design vorliegen.

Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm in der deutschen Fassung wird in folgenden Stufen beurteilt

- **Gering:** Mindestens 1 Prä-Post-Studie mit signifikanten Veränderungen im Verlauf der Therapie bzgl. ADHS-Symptomen
- **Moderat:** Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte kontrollierte Studie (z.B. nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie, Eigenkontrollgruppenstudie) mit signifikanten Effekten bzgl. ADHS-Symptomen
- **Gut:** Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte randomisierte Kontrollgruppenstudie mit signifikanten Effekten bzgl. ADHS-Symptomen
- **Sehr gut:** Mehrere in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte Kontrollgruppenstudien mit signifikanten Effekten bzgl. ADHS-Symptomen in verschiedenen Stichproben oder Behandlungskontexten (z.B. ambulant/stationär) oder mit Stabilitätsbelegen; davon mindestens 1 randomisierte Kontrollgruppenstudie

6.1. Psychologische Therapie-Manuale

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
Baer N, Kirsch P (2010) Training bei ADHS im Erwachsenenalter TADSE. Weinheim: Beltz Verlag	• Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual • Setting: Gruppe (kann auf das Einzelsetting übertragen werden) • Monofokaler Ansatz, Zielgruppe: ADHS-Betroffene (10 thematische Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: Gering – Nina Haible-Baer (2013) Behandlung der adulten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Wirkung der Einzel- und Kombinationsbehandlung mit einem verhaltenstherapeutischen Gruppentraining und Atomoxetin. Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanbiologie des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2013/10326/pdf/HaibleBaerNina_2013_11_13.pdf
D’Amelio R, Retz W, Philipsen A, Rösler M (Hrsg.) (2008) Psychoedukation und Coaching bei ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Urban & Fischer, Reihe: Im Dialog	• Psychoedukation auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage • Setting: Gruppe (kann auf das Einzelsetting übertragen werden) • Bifokaler Ansatz: jeweils Anleitungen zur Durchführung von Interventionen für ADHS-Betroffene (10 thematische Sitzungen) und Angehörige (9 thematische Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: aktuell nicht gegeben – [Submitted: Hoxhaj, Sadohara, Borel, D’Amelio R, Sobanski E, Müller, Feige, Matthies & Philipsen A: Mindfulness versus Psychoeducation in adult ADHD- a randomized controlled trial.- Submitted to “<i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>“. Falls der Artikel akzeptiert wird, dann ändert sich die Einschätzung dieses PE-Manuals auf: Gut da RCT]
Hesslinger B, Philipsen A, Richter H (2004) Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Göttingen: Hogrefe, Reihe: Therapeutische Praxis	• Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual unter Einbezug von DBT-Therapieprinzipien • Setting: Gruppe (kann auf das Einzelsetting übertragen werden) • Monofokaler Ansatz, Zielgruppe: ADHS-Betroffene (13 thematische Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut – Hesslinger B, van Elst LT, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, et al.: Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a pilot study using a structured skills training program. <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> 2002; 252:177–184. – Philipsen A, Richter H, Peters J, Alm B, Sobanski E, et al.: Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder. <i>J Nerv Ment Dis</i> 2007;195:1013–1019. – Philipsen A, Richter H, Peters J, Alm B, Sobanski E, Colla M et al. Structured Group Psychotherapy in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder –

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		Results of an open Multicentre Study. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i> 2007;195 (12): 1013-1019. – Philipsen A, Graf E, Tebartz van Elst L, Jans T, Warnke A, Hesslinger B, Ebert D, Gerlach M, Matthies S, Colla M, Jacob C, Sobanski E, Alm B, Rösler M, Ihorst G, Gross-Lesch S, Gentschow L, Kis B, Huss M, Lieb K, Schlander M, Berger M. Evaluation of the efficacy and effectiveness of a structured disorder tailored psychotherapy in ADHD in adults: study protocol of a randomized controlled multicentre trial. <i>Atten Defic Hyperact Disord</i>. 2010 Dec; 2 (4): 203-12. doi: 10.1007/s12402-010-0046-7. – Philipsen A, Graf E, Jans T, Matthies S, Borel P, Colla M, Gentschow L, Langner D, Jacob C, Groß-Lesch S, Sobanski E, Alm B, Schumacher-Stien M, Roesler M, Retz W, Retz-Junginger P, Kis B, Abdel-Hamid M, Heinrich V, Huss M, Kornmann C, Bürger A, van Elst LT, Berger M. A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample. <i>Atten Defic Hyperact Disord</i>. 2014 Mar; 6 (1):35-47. doi: 10.1007/s12402-013-0120-z – Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M, Gentschow L, Langner D, Jacob C, Groß-Lesch S, Sobanski E, Alm B, Schumacher-Stien M, Roesler M, Retz W, Retz-Junginger P, Kis B, Abdel-Hamid M, Heinrich V, Huss M, Kornmann C, Bürger A, Perlov E, Ihorst G, Schlander M, Berger M, Tebartz van Elst L; Comparison of Methylphenidate and Psychotherapy in Adult ADHD Study (COMPAS) Consortium. Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Psychiatry</i>. 2015 Dec; 72 (12):1199-210. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2146.
Lauth, GW, Minsel WR (2009) ADHS bei Erwachsenen: Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe, Reihe: Therapeutische Praxis	• Spezifisches Selbsthilfe-Manual auf verhaltenstherapeutischer Basis zur Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen • Altersbereich: Kinder von 3 bis 12 Jahren • Studien teilweise mit Elternheften, die auf der Basis von Wackelpeter & Trotzkef	Wirksamkeitsnachweis: Gering – Lauth GW, Breuer J, Minsel WR: Goal Attainment Scaling in der Ermittlung der Behandlungswirksamkeit bei der behavioralen Therapie von Erwachsenen mit ADHS: Eine Pilotstudie. <i>Z Psychiatr Psychol Psychother</i> 2010;58:45–53. – Lauth, G., Minsel, W. R., & Koch, M. (2015). Responder und Nonresponder in einer ADHS-Therapie von Erwachsenen. <i>Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie</i>, 63 (1), 39-46.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
	entwickelt wurden.	
Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW (2009) Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS im Erwachsenenalter. (Deutsche Bearbeitung von E. Sobanski, M. Schumacher-Stien & B. Alm). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft	• Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual • Setting: Einzel(n)(kann auf das Gruppensetting übertragen werden) • Monofokaler Ansatz, Zielgruppe: ADHS-Betroffene (5 thematische Module, insgesamt 17 Sitzungen)	Wirksamkeitsnachweis: Gut – Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J: Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behav Res Ther 2005;43: 831–842. – Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, Otto MW: Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent Symptoms. A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2010 Aug 25; 304 (8): 875-80.

6.2. Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen bei Erwachsenen

In randomisierten Kontrollgruppenstudien konnte die Wirksamkeit tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch fundierter Interventionen weder im Bereich der Prävention noch der Therapie belegt werden.

Daher kann die Wirksamkeit von tiefenpsychologisch und/ oder psychoanalytischer Behandlung bei ADHS im Erwachsenenalter aktuell nicht eingeschätzt werden. Die deutschsprachigen störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Programme sind entweder in randomisierten Studien geprüft oder sie basieren auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien, die in internationalen methodisch hochwertigen Studien als erfolgreich belegt worden sind.

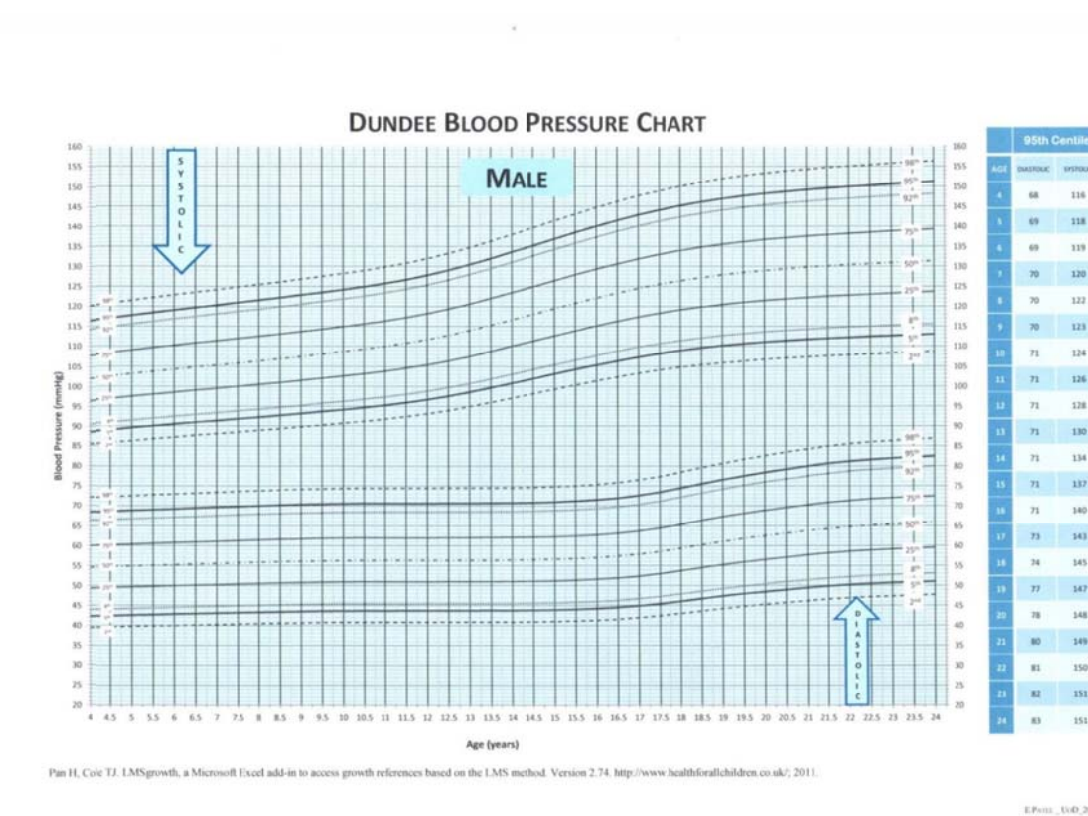
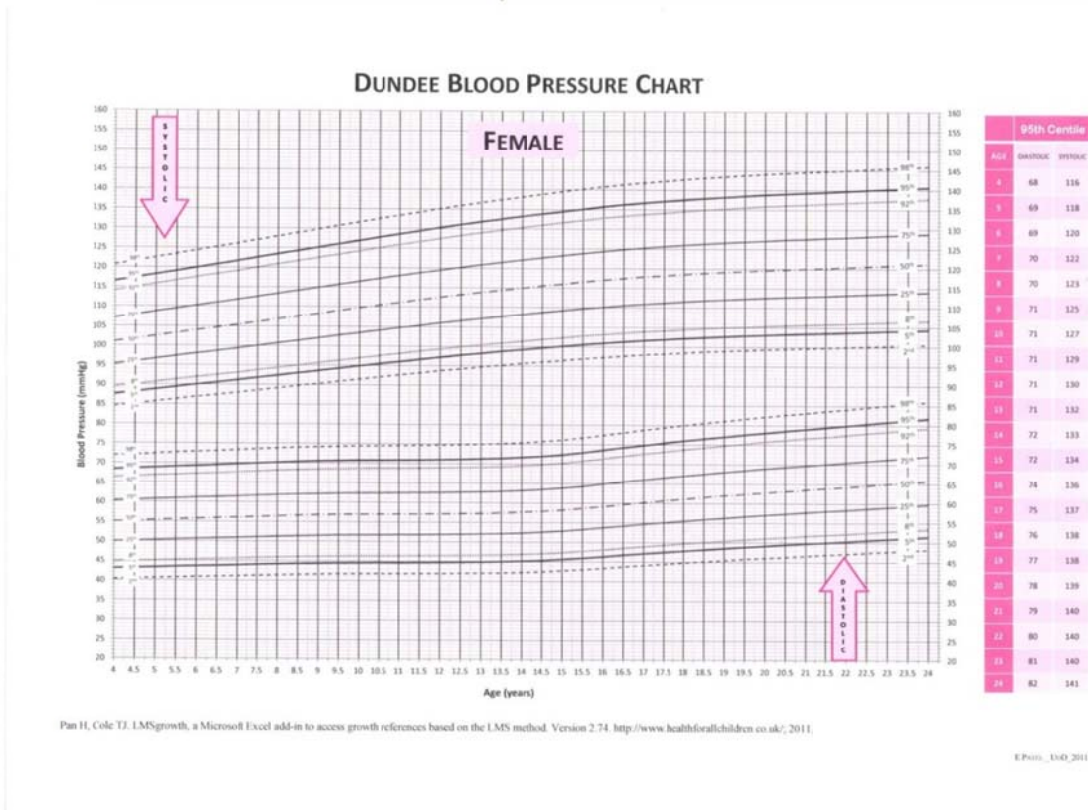
7. Definition der Hypertonie

(modifiziert nach Lurbe et al. [31]; Mancia et al. [32]; Pickering et al. [33] – übernommen aus der Leitlinie für Pädiatrische Kardiologie, Pädiatrische Nephrologie und Pädiatrie: Arterielle Hypertonie des Kindes- und Jugendalters (AWMF-Register Nr.: 023/040)

	Kinder und Jugendliche mind. 3 Einzelmessungen bzw. Langzeitmessung systolisch bzw. diastolisch	Erwachsene mind. 3 auskultatorische Einzelmessungen systolisch diastolisch.	Erwachsene Langzeitmessung (Tageswerte) systolisch diastolisch	Erwachsene Langzeitmessung (Nachtwerte) systolisch diastolisch
Optimal	Bisher nicht definiert	< 120 und < 80	Bisher nicht definiert	Bisher nicht definiert
Normal	< 90. Perzentile	< 130 und < 85	< 130 und < 80	Bisher nicht definiert
Hoch normal	90.-94. Perzentile	130-139 oder 85-89	130-134 oder 80-84	< 120 und < 70
Hypertonie 1°	95. bis (99. Perzentile + 5 mmHg)	140-159 oder 90-99	≥ 135 oder ≥ 85	≥ 120 oder ≥ 70
Hypertonie 2°	> 99. Perzentile + 5 mmHg	160-179 oder 100-109	Bisher nicht definiert	Bisher nicht definiert
Hypertonie 3°	Bisher nicht definiert	≥ 180 oder ≥ 110	Bisher nicht definiert	Bisher nicht definiert

Werden bei Jugendlichen die Erwachsenengrenzwerte überschritten, ist der niedrigere Grenzwert für Erwachsene zu wählen.

http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/mental_health/adhd_service_improvement/stage_3_adhd_final_report.aspx:



IV. Literatur

1. World Health Organization, *International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Fifth edition.* Geneva, Switzerland : World Health Organization. 2016.
2. Döpfner, M. and A. Görtz-Dorten, *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche (DISYPS-III)* 2017, Göttingen: Hogrefe.
3. Asherson, P. and M. Trzaskowski, *Attention-deficit/hyperactivity disorder is the extreme and impairing tail of a continuum.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2015. **54**(4): p. 249-50.
4. Larsson, H., et al., *Childhood attention-deficit hyperactivity disorder as an extreme of a continuous trait: a quantitative genetic study of 8,500 twin pairs.* J Child Psychol Psychiatry, 2012. **53**(1): p. 73-80.
5. Levy, F., et al., *Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997. **36**(6): p. 737-44.
6. Martin, J., et al., *Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population.* Biol Psychiatry, 2014. **76**(8): p. 664-71.
7. Leonard Burns, G., et al., *Bifactor latent structure of ADHD/ODD symptoms: predictions of dual-pathway/trait-impulsivity etiological models of ADHD.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2014. **55**(4): p. 393-401.
8. Rodenacker, K., et al., *Bifactor Models Show a Superior Model Fit: Examination of the Factorial Validity of Parent-Reported and Self-Reported Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders in Children and Adolescents.* Psychopathology, 2016. **49**(1): p. 31-9.
9. Lee, S., et al., *Bifactor latent structure of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)/oppositional defiant disorder (ODD) symptoms and first-order latent structure of sluggish cognitive tempo symptoms.* Psychol Assess, 2016. **28**(8): p. 917-28.
10. Rodenacker, K., et al., *The Factor Structure of ADHD – Different Models, Analyses and Informants in a Bifactor Framework.* Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2017. **39**(1): p. 92-102.
11. Greven, C.U., J.K. Buitelaar, and G.A. Salum, *From positive psychology to psychopathology: the continuum of attention-deficit hyperactivity disorder.* J Child Psychol Psychiatry, 2018. **59**(3): p. 203-212.
12. Guy, A.B., *Clinical Global Impressions Rating Scale in ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised.* , D.P.A. 91-B8, Editor. 1991, US Government Printing Office: Washington DC. p. 217-222.
13. Döpfner, M. and H.-C. Steinhausen, *Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 3: Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen.* 2012, Göttingen: Hogrefe.
14. Döpfner, M., et al., *Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study.* Eur Child Adolesc Psychiatry, 2006. **15 Suppl 1**: p. I46-55.
15. Görtz-Dorten, A. and M. Döpfner, *Diagnose-Checklisten aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-II) – Gütekriterien und klinische Anwendung.* Klinische Diagnostik und Evaluation, 2008. **1**: p. 378-394.
16. Rösler, M., et al., *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE). Manual.* 2008, Göttingen: Hogrefe.
17. Schmidt, S. and F. Petermann, *ADHS-E. ADHS- Screening für Erwachsene.* 2013, Frankfurt/M.: Pearson.
18. Christiansen, H., et al., *Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten bei Erwachsenen.* 2015, Göttingen: Hogrefe.

19. Lidzba, K., H. Christiansen, and R. Drechsler, *Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten – 3*. 2015, Göttingen: Hogrefe.
20. Harbarth, S., et al., *Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten – Vorschulversion*. 2015, Göttingen: Hogrefe.
21. Retz, W., P. Retz-Junginger, and M. Rösler, *IDA. Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter*. 2012, Homburg/Saar: Universitätsklinik des Saarlandes, Neurozentrum.
22. Görtz-Dorten, A. and M. Döpfner, *Interviewleitfäden zum Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III-ILF)*. 2018, Göttingen: Hogrefe.
23. Lauth, G. and W.-R. Minsel, *KATE. Kölner ADHS-Test für Erwachsene*. 2014, Göttingen: Hogrefe.
24. Retz-Junginger, P., et al., *Der Wender-Reimherr-Selbstbeurteilungsfragebogen zur adulten ADHS*. *Nervenarzt*, 2017. **88**(7): p. 797-801.
25. Leuzinger-Bohleber, M., A. Staufenberg, and T. Fischmann, *ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen? Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2007. **56**: p. 356-385.
26. Staufenberg, A.M., *Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese*. 2011, Frankfurt a. M. : Brandes & Apsel.
27. Grasmann, D. and C. Stadler, *Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression: Multimodales Programm für Kinder, Jugendliche und Eltern*. 2008, Wien, New York: Springer.
28. Laezer, K.L., et al., *Forschungsbericht: Psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch /medikamentöse Behandlungen von Kindern mit Desintegrationsstörungen. Ergebnisse der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie*. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 2014. **164**(4): p. 451-494.
29. Laezer, K.L., et al., *Aufwendige Langzeit-Psychotherapie und kostengünstige medikamentengestützte Verhaltenstherapie im Vergleich. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Analyse der Behandlungskosten von Kindern mit der Diagnose ADHS und Störung des Sozialverhaltens*. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 2015. **20**: p. 178-185.
30. Laezer, K.L., *Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy without medication and behavioral treatment with or without medication in children with externalizing disorders*. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 2015. **14**(2): p. 111-128.
31. Lurbe, E., et al., *Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension*. *J Hypertens*, 2009. **27**(9): p. 1719-42.
32. Mancia, G., et al., *2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. *Eur Heart J*, 2007. **28**(12): p. 1462-536.
33. Pickering, T.G., et al., *Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research*. *Circulation*, 2005. **111**(5): p. 697-716.