

Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zu häufigen Fehlinformationen der Presse zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Sachgerechte Diskussionen, die auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreifen, Forschungslücken offen legen und somit einen Beitrag zur Erweiterung des Erkenntnisstandes zur ADHS leisten, werden durch das zentrale adhs-netz befürwortet. Als problematisch wird jedoch angesehen, dass Kritiker Einzelmeinungen mit scheinwissenschaftlichen Belegen untermauern, so dass für die Öffentlichkeit die Unterscheidung zwischen dem auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen basierenden Konsens der Fachwelt und Außenseitermeinungen zunehmend erschwert wird. Dies führt zur Verunsicherung der Öffentlichkeit und auch von Betroffenen und wirkt sich vermutlich dadurch auch ungünstig auf eine leitlinienbasierte Versorgung von Betroffenen aus.

Im Sinne der wissenschaftlich fundierten Information von Betroffenen und der Öffentlichkeit sieht das zentrale adhs-netz daher die Notwendigkeit, zu häufigen Streitpunkten wissenschaftlich fundiert Stellung zu nehmen und so zur Versachlichung der Diskussion beizutragen. Dies geschieht unter anderem unter Rückgriff auf eine frühere Stellungnahme des zentralen adhs-netzes (Döpfner et al., 2010), in der bereits zu wesentlichen Fragen der aktuelle Erkenntnisstand zusammengefasst wurde. Die Stellungnahmen beziehen sich dabei auf die internationale Forschungsliteratur (deutschsprachige Zusammenfassung Steinhausen, Rothenberger & Döpfner, 2010) sowie auf folgende von Experten verfasste zusammenfassende Stellungnahmen und Leitlinien:

- das Eckpunktepapier der interdisziplinären Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) (www.zentrales-adhs-netz.de), das auch Grundlage der Arbeit des zentralen adhs-netzes ist;
- die Leitlinien der European ADHD Guidelines Group: die European guidelines for hyperkinetic disorders (Taylor et al. 2004) und die nachfolgenden guidelines über long-acting medications (Banaschewski et al., 2006; 2008a,b; Banaschewski, Döpfner, Rothenberger & Steinhausen, 2008) und zu den Nebenwirkungen von medikamentöser Therapie (Graham et al., 2011)
- die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Döpfner et al., 2007), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Grosse & Skrodzki, 2007) und das aus diesen Leitlinien abgeleitete Durchführungsprotokoll zur Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen sowie weiterer Hilfemaßnahmen (zentrales adhs-netz, 2011; 2012)

- die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zu ADHS bei Erwachsenen (Ebert et al., 2003);
- die Stellungnahme der Bundesärztekammer (2005) zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- die Stellungnahme des Arzneimittelausschusses (CHMP) der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA zur Änderung der Produktbeschreibungen und der Packungsbeilage methylphenidathaltiger Arzneimittel

I. Gibt es ADHS wirklich oder ist ADHS eine Erfindung der letzten Jahre?

Manche Kritiker stellen grundsätzlich die Existenz von ADHS in Frage. Sie sehen zum Beispiel die Symptomatik ausschließlich verursacht durch andere Faktoren, wie Unterforderung und familiäre Belastungen. Sie gehen davon aus, dass ADHS die Erfindung einer intoleranten und leistungsorientierten Gesellschaft sei. Zudem führen sie die schwierige Grenzziehung zwischen etwas lebhafteren Kindern und Kindern mit ADHS an und weisen darauf hin, dass es keinen objektiven Test zur Feststellung einer ADHS gibt. Hierzu ist folgendes festzustellen:

1. ADHS kann ab dem Grundschulalter in der Regel zuverlässig diagnostiziert werden. Die Behauptung, dass ADHS kein spezifisches Störungsbild sei, ist nicht haltbar.

Wie alle psychischen Störungen ist ADHS durch ein Muster mehrerer Einzelsymptome definiert, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Bei diesen Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen, wie dies bei allen psychischen Störungen übrigens auch bei körperlichen Erkrankungen nicht selten der Fall ist. ADHS kann aber davon durch die Zahl und Schwere der Symptome und die damit einhergehende deutliche Beeinträchtigung abgegrenzt werden. In Einzelfällen kann, wie bei vielen Erkrankungen und insbesondere bei psychischen Störungen, die Differenzialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen oder auch zur Normvariation schwierig sein. Vor allem im Vorschulalter kann die Diagnosestellung schwierig sein. Insbesondere die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern sowie die Diagnostik komorbider psychischer Störungen bedürfen besonderer Expertise. Die Erhebung der Symptomatik erfolgt durch Exploration, hilfreich können auch standardisierte Fragebogenverfahren sein. Wie auch bei anderen psychischen Störungsbildern gibt es keinen objektiven Test zur Feststellung der ADHS, wodurch aber die Zuverlässigkeit der Diagnosestellung durch Experten, die sich an Leitlinien orientieren, nicht beeinträchtigt ist. Die Kritiker, die davon ausgehen, dass ADHS kein spezifisches Störungsbild sei, repräsentieren Außenseitermeinungen, für deren Behauptungen keine empirischen Belege vorliegen. Sie übersehen, dass ADHS seit Jahrzehnten eine offizielle Diagnose der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist.

- 2. Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor. Die Behauptung, dass die Ursachen gänzlich ungeklärt, vermutlich aber in Reizüberflutung und mangelnder Erziehungskompetenz zu suchen sind, ist nicht haltbar.**

ADHS zählt zu den psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, über die bereits viele Erkenntnisse hinsichtlich der Ursachen gut gesichert sind. International besteht kein Zweifel, dass genetische Ursachen den größten Einzelfaktor in der Entstehung von ADHS bilden (z.B.: Brookes et al., 2006; Friedel et al., 2007; Hebebrand et al., 2006; Heiser et al., 2004; Romanos et al., 2008; Smid et al., 2003). Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge noch nicht abschließend geklärt. Sowohl die molekulargenetischen Faktoren als auch die komplexen Interaktionen von genetischen und verschiedenen Umweltfaktoren bedürfen noch weiterer Erforschung. Die offenen Punkte zu den Ursachen von ADHS verhindern - wie bei anderen Störungen und Erkrankungen auch - jedoch nicht die Entwicklung valider diagnostischer Verfahren und therapeutischer Interventionen, wenngleich von einer weiteren Klärung der Ursachenfaktoren auch ein stimulierender Einfluss auf die Verbesserung von Diagnostik und Therapie erwartet werden kann. Ein Einfluss psychosozialer Bedingungen auf die Ausprägung von ADHS ist wahrscheinlich, doch liegen hierzu bislang nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor. Für die mögliche ätiologische Relevanz einer zunehmenden Reizüberflutung, z. B. durch Fernsehen und Computerspiele sowie einer Erziehung mit mangelnder Zuwendung und fehlender Grenzziehung gibt es keine gesicherten empirischen Belege.

- 3. Die Fokussierung auf individuelle Stärken von ADHS-Betroffenen ist wichtig. Die Behauptung, dass Hochbegabung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS gehäuft vorkomme oder dass Unterforderung die eigentliche Ursache für die ADHS-Symptomatik sei, ist nicht haltbar.**

Kinder und Jugendliche mit ADHS haben Stärken, wie andere Kinder auch. Es ist therapeutisch sehr wichtig und hilfreich, nicht nur auf die Probleme von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu fokussieren, sondern auch ihre individuellen Stärken und Potenziale herauszuarbeiten. Im Durchschnitt liegt die Intelligenzleistung von Kindern mit ADHS jedoch nicht über dem Populationsdurchschnitt, wenngleich natürlich auch einzelne Kinder mit guter und überdurchschnittlicher Begabung vorkommen. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur schulischen Unterforderung bei hoher Begabung ist in Einzelfällen wichtig, sie kommt jedoch seltener vor als die differenzialdiagnostische Abgrenzung von ADHS zu intellektueller Beeinträchtigung.

- 4. ADHS ist keine Erfindung der letzten Jahrzehnte.**

Schon der Frankfurter Nervenarzt Heinrich Hoffmann beschrieb 1844 in seinem Struwwelpeter in der Geschichte vom Zappelphilipp diese Symptome. Ob es tatsächlich eine Zunahme dieser Symptomatik

in den letzten Jahrzehnten gegeben hat, lässt sich wissenschaftlich nur schwer beantworten. Sicherlich hat aber die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für dieses Phänomen zugenommen. Möglicherweise führen veränderte Anforderungen an Kinder auch dazu, dass Unruhe, Impulsivität und Unaufmerksamkeit heute stärker als bedrohlich wahrgenommen werden.

II. Ist Pharmakotherapie wirklich sinnvoll oder werden damit Kinder nur ruhig gestellt?

Auch zur Pharmakotherapie sind viele Fehlinformationen im Umlauf. So behaupten Kritiker, dass Medikamente abhängig machen, nur ruhig stellen, den Patienten dämpfen und den Betroffenen nicht helfen, die Probleme zu bewältigen. Diese Behauptungen sind wie folgt zu korrigieren:

5. Pharmakotherapie ist nicht bei allen Patienten indiziert, kann aber ein wichtiger Behandlungsbaustein sein.

Die vor mehr als 70 Jahren eingeführte Pharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ist ein wesentlicher Behandlungsbaustein, sie ist jedoch nicht bei allen Patienten notwendig und bedarf einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept. Dieser Satz spiegelt den gegenwärtigen Stand der Empfehlungen, wie er in europäischen und deutschen Behandlungsleitlinien gegeben wird. Eine relativ frühzeitige Pharmakotherapie wird in diesen Leitlinien bei Kindern ab dem Alter von sechs Jahren dann empfohlen, wenn die Symptomatik zu erheblicher Einschränkung von Alltagsfunktionen führt. In solchen Fällen wird eine Pharmakotherapie nach der immer grundlegend notwendigen Psychoedukation und Aufklärung und Beratung der Eltern und der Patienten empfohlen. Eine vorausgehende Verhaltenstherapie wird in diesen Fällen nicht als notwendige Voraussetzung für die Durchführung der Pharmakotherapie erachtet. In vielen Fällen ist jedoch zumindest eine begleitende verhaltenstherapeutisch fundierte Beratung indiziert. Zusätzliches Elternt raining und Interventionen in der Schule können dabei sehr hilfreich sein. Bei Fällen mit weniger stark ausgeprägter Funktionseinschränkung sollte entsprechend den Leitlinien eine Pharmakotherapie erst nach psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen in Erwägung gezogen werden.

Die Medikamente sind nicht dämpfend und machen nicht müde. Im Gegenteil, sie machen aufmerksamer. Sie vermindern auch das impulsive Verhalten und die körperliche Unruhe. Unter der medikamentösen Therapie lernen viele Betroffene besser mit ihren Problemen umzugehen. Wie lange Medikamente eingenommen werden müssen, ist individuell sehr unterschiedlich. Meist sollten sie zumindest über einige Jahre eingenommen werden. In jährlichem Abstand soll durch Auslassversuche überprüft werden, ob die medikamentöse Therapie weiter notwendig ist.

Medikamente helfen zwar häufig, aber nicht immer. Etwa 15 bis 20% der Patienten profitieren nicht von der medikamentösen Therapie.

Bei Einnahme von Methylphenidat in vorgeschriebener Form, machen diese Medikamente nicht abhängig. Kinder, die diese Medikamente einnehmen, neigen als Jugendliche oder Erwachsene auch nicht vermehrt zum Missbrauch von Drogen oder Medikamenten. Vermutlich ist das spätere Risiko zum Drogen- oder Medikamentenmissbrauch sogar geringer.

Die Langzeitwirksamkeit der Pharmakotherapie ist noch ungenügend untersucht (trotz Behandlungserfahrung von mehr als 50 Jahren). Die Ergebnisse der vorliegenden Studien lassen verschiedene Interpretationsmöglichkeiten offen, deren Richtigkeit aufgrund der Studienlage nicht entscheidbar ist (Banaschewski et al., 2009a). Für die These, dass eine langfristige Behandlung mit Methylphenidat die Prädisposition für das Parkinson-Syndrom durch eine Verringerung der dopaminergen Innervation dramatisch erhöhen könnte, geben empirische Studien keinerlei Anhalt. Langzeitdaten über eine mögliche Wirkung von Methylphenidat auf das kardiovaskuläre System und die Auswirkung auf das Wachstum fehlen noch. Insgesamt gelangt der Arzneimittelausschuss (CHMP) der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA jedoch in seiner jüngsten Beurteilung zu dem Schluss, dass das Nutzen/Risiko-Verhältnis für Methylphenidat enthaltende Produkte bei der Behandlung von ADHS bei Kindern ab sechs Jahren unter Berücksichtigung von möglichen Auswirkungen auf das Wachstum und Auswirkungen auf kardiovaskuläre und psychiatrische Erkrankungen als günstig erachtet wird (EMA _CMHP, 2009).

III. Sind andere Therapien neben der medikamentösen Therapie und der Verhaltenstherapie für die Behandlung von ADHS geeignet?

6. Ergotherapie kann zur Behandlung gehäuft auftretender komorbider Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen indiziert sein. Die Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlung bei ADHS sollte dringend überprüft werden.

Es liegen keine zuverlässigen Studien zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlungsansätze bei ADHS vor. Dem steht eine sehr häufige Verordnung von Ergotherapie gegenüber. Bei der Verordnung von Ergotherapie sollte die zu verändernde Zielsymptomatik genau spezifiziert werden und die Wirksamkeit im Einzelfall – wie auch bei der Pharmako- und Verhaltenstherapie – überprüft werden. Bei einem Verfahren, das bislang keinen Nachweis über die generelle Wirksamkeit des Ansatzes bei der Behandlung von ADHS erbracht hat, muss eine mindestens ebenso strenge Wirksamkeitskontrolle

im Einzelfall gefordert werden, wie bei generell als wirksam bestätigten Therapien. Zur Behandlung gehäuft auftretender komorbider Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen kann Ergotherapie indiziert sein.

7. Es gibt Hinweise auf die Wirksamkeit der Behandlung mit Neurofeedback und mit ungesättigten Fettsäuren. Allerdings werden diese Behandlungsformen noch nicht als Standard empfohlen:

Neurofeedback ist ein spezielles verhaltenstherapeutisches Verfahren, bei dem ein Hirnstrombild (EEG) abgeleitet wird und der Patient lernt, seine Aufmerksamkeit zu beeinflussen. Die Einnahme von ungesättigten Fettsäuren (Omega-3- / Omega-6-Fettsäuren) beeinflusst möglicherweise wichtige biochemische Prozesse im Gehirn. Für beide Behandlungsmethoden gibt es empirische Studien, die auf deren Wirksamkeit hinweisen. Allerdings sind noch weitere Studien notwendig, um den Stellenwert dieser Behandlungsformen zu klären.

IV. Welche Maßnahmen sind zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit ADHS notwendig?

Im Sinne einer Optimierung der Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS, hält das zentrale adhs-netz folgende Punkte für wichtig:

8. Die Prävention sollte flächendeckend gestärkt werden.

Mehrere auch im deutschen Sprachraum entwickelte Programme haben sich in der Prävention von expansiven Verhaltensauffälligkeiten einschließlich von ADHS-Symptomen bewährt. Ihre Umsetzbarkeit in die klinische Routineversorgung ist erfolgreich geprüft worden (Hanisch et al., 2006; Hautmann, Hanisch, Mayer, Plück & Döpfner, 2008; Hautmann et al., 2009). Die systematische Implementierung evidenzbasierter Programme im Vorschul- und Schulalter sollte nun eingeleitet werden.

9. Die Versorgungskapazität und die Versorgungsstrukturen für eine multimodale Behandlung müssen weiter verbessert werden.

Sowohl die Pharmakotherapie als auch die verhaltenstherapeutische Behandlung sind für den Therapeuten relativ zeitaufwändig und bedürfen einer besonderen Expertise. Die Daten zur

gegenwärtigen Versorgungssituation in Deutschland sind unvollständig und begrenzt aussagefähig. Eine umfassende Erhebung zur Versorgungsqualität von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS ist daher dringend notwendig. Die vorliegenden Daten deuten jedoch auf die Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität, der Versorgungsstrukturen und der Versorgungskapazität hin. Dazu können vor allem folgende Schritte dienen:

- Verbessertes pharmakotherapeutisches Management einschließlich verbesserter initialer Dosisoptimierungen sowie Verbesserungen bei Psychoedukation und Beratung der Patienten und ihrer Bezugspersonen – entsprechend den Empfehlungen der Leitlinien.
- Verbesserung der verhaltenstherapeutischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Eine nach dem individuellen Bedarf erforderliche Verhaltenstherapie scheitert nicht selten an den mangelnden Versorgungskapazitäten vor Ort.
- Weiterer Ausbau der bereits jetzt vielerorts regional in interdisziplinären Qualitätszirkeln und regionalen Netzen praktizierten interdisziplinären Versorgungsstrukturen.

Um diese Verbesserungen zu erreichen, sind eine Erhöhung der Versorgungskapazität und eine weitere Qualifizierung der in der Versorgung tätigen Ärzte, Psychotherapeuten sowie weiterer therapeutischer Berufsgruppen und eine Förderung der interdisziplinären Kooperation notwendig. Außerdem müssen Rahmenbedingungen für eine adäquate Honorierung der aufwändigen Diagnostik, Betreuung und Therapie geschaffen werden.

Die pharmakotherapeutische Langzeitbehandlung bedarf der Verbesserung, weil Patienten und ihre Bezugspersonen Behandlungsempfehlungen mitunter nicht umsetzen (Therapie-Compliance) und die Pharmakotherapie häufig frühzeitig abbrechen, aber auch, um mögliche unerwünschte Wirkungen und die Notwendigkeit zur Fortsetzung von Pharmakotherapie zu prüfen. Die kontinuierliche Überwachung der medikamentösen Therapie ist dringend erforderlich. Körpergröße, Gewicht, Blutdruck und Puls sowie der psychische Status müssen bei jeder Dosisanpassung und dann mindestens alle 6 Monate kontrolliert werden, da die medikamentöse Behandlung zu Hypertonie, Tachykardien aber auch zu einer Wachstumsverzögerung führen kann. Regelmäßige kontrollierte Therapiepausen sind ebenso zu empfehlen. Die Förderung der Kooperation von Patienten und Bezugspersonen ist ein wichtiger Aspekt für die Erhöhung der Effizienz nicht nur der medikamentösen Therapie der ADHS. Kontinuierliche langfristige Betreuung ist die Voraussetzung dafür, dass über viele Jahre Nebenwirkungen und Langzeitwirkungen besser erkannt und beurteilt werden können, und auch dafür, dass dem individuellen Verlauf angepasst jeweils nötige Therapien wie z.B. verhaltenstherapeutische

Behandlungskonzepte oder andere medikamentöse Therapien zugeschaltet, geändert oder abgesetzt werden können.

10. Die Versorgung von Erwachsenen mit ADHS ist nicht gesichert.

Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass bei einem beträchtlichen Anteil der Patienten, die ADHS Symptomatik bis ins Erwachsenenalter hinein persistiert und dass die Erwachsenen, die unter dieser Symptomatik leiden, erhebliche Einschränkungen in ihrem psychosozialen Funktionsniveau und ihrer Partizipationsfähigkeit aufweisen (Krause und Krause, 2009). Obwohl mittlerweile gut validierte diagnostische Verfahren zur Abklärung von ADHS im Erwachsenenalter vorliegen, sind die diagnostische sowie die psycho- und pharmakotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit ADHS in Deutschland derzeit nicht ausreichend gewährleistet. Dafür sind die noch begrenzte Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten in der Diagnose und Behandlung dieser Störung verantwortlich sowie der Aspekt, dass bis 2011 die pharmakotherapeutische Behandlung nur „off-label“ möglich war. Jetzt aber ist erstmals ein retardiertes Methylphenidat zur Behandlung bei Erwachsenen mit ADHS zugelassen worden. Es ist zu erwarten, dass dadurch die Behandlungsprävalenz bei adulter ADHS ansteigen wird.

11. Um effektive Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu identifizieren und zu implementieren, sollten gezielte Pilotprojekte mit Begleitevaluation durchgeführt werden.

Dabei sollte auf eine Begrenzung des notwendigen bürokratischen Aufwandes besonders geachtet werden. Es sollten bestimmte Standards - entsprechend den Leitlinien - in der Diagnostik, in der Prüfung der therapeutischen Effekte aller Therapieformen, in der pharmakotherapeutischen Dosisoptimierung und in der Implementierung von verhaltenstherapeutischen Verfahren gesetzt werden, deren Umsetzung und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität in Begleitevaluationen gezielt überprüft werden sollten.

12. Die Erforschung von ADHS in Deutschland sollte weiter gefördert werden.

Sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch für das Erwachsenenalter erfolgt die weitere Erforschung der Ursachen von ADHS, ihres Verlaufs, der Effekte von Prävention und von Pharmako- und Psychotherapie auf hohem Niveau und deutsche Wissenschaftler sind in internationalen Arbeits- und Leitliniengruppen aktiv eingebunden (Banaschewski et al., 2009b). Diese Forschungsaktivität muss weiter unterstützt und ausgebaut werden, weil sie mittel- und langfristig einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS leistet.



Das zentrale adhs-netz ist ein bundesweites Netzwerk zu Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Durch zwei internetbasierte Informationssysteme (www.zentrales-adhs-netz.de & www.adhs.info) sollen Betroffene, Bezugspersonen und Fachleute, aber auch die Öffentlichkeit auf Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zur ADHS zuverlässig informiert werden. Diese Stellungnahme soll einen Beitrag dazu leisten. Das zentrale adhs-netz begrüßt es, wenn bei Fehlinformationen auf diese Stellungnahme hingewiesen wird.

Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes, 19.03.2012

Manfred Döpfner, Köln

Tobias Banaschewski, Mannheim

Michael Rösler, Homburg

Klaus Skrodzki, Forchheim

Literatur

- Banaschewski, T., Coghill, D., Paramala, S., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E. J. S. & Taylor, E. (2008a). Langwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht und europäische Behandlungsleitlinien. Teil I: Übersicht und Empfehlungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 81-96.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Paramala, S., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E. J. S. & Taylor, E. (2008b). Langwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht und europäische Behandlungsleitlinien. Teil II: Ein quantitativer Vergleich der langwirksamen Präparate. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 81-96.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Sonuga-Barke, E. J. & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry* 15(8), 476-495.
- Banaschewski, T., Döpfner, M., Rothenberger, A. & Steinhausen, H.-C. (2008). Kommentar zu den Europäischen Leitlinien zum Einsatz langwirksamer Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 77-79.
- Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Sergeant, J.A., Sonuga-Barke, E.J., Zuddas, A., Taylor, E., and the ADHD European Guidelines Group (2009a). The MTA at 8. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1120-1121.
- Banaschewski, T., Konrad, K., Rothenberger, A. & Hebebrand, J. (2009b). Forschungsbericht: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 250–265. Verfügbar unter http://www.dgkjp.de/de_forschungsbericht_191.html.
- Brookes K, Xu X, Chen W, Zhou K, Neale B, Lowe N, Anney R, Aneey R, Franke B, Gill M, Ebstein R, Buitelaar J, Sham P, Campbell D, Knight J, Andreou P, Altink M, Arnold R, Boer F, Buschgens C, Butler L, Christiansen H, Feldman L, Fleischman K, Fliers E, Howe-Forbes R, Goldfarb A, Heise A, Gabriëls I, Korn-Lubetzki I, Johansson L, Marco R, Medad S, Minderaa R, Mulas F, Müller U, Mulligan A, Rabin K, Rommelse N, Sethna V, Sorohan J, Uebel H, Psychogiou L, Weeks A, Barrett R, Craig I, Banaschewski T, Sonuga-Barke E, Eisenberg J, Kuntsi J, Manor I, McGuffin P, Miranda A, Oades RD, Plomin R, Roeyers H, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Taylor E, Thompson M, Faraone SV, Asherson P (2006): The analysis of 51 genes in DSM-IV combined type attention deficit hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. *Molecular Psychiatry*, 11, 934-953.
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (2005). *Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stellungnahme herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Döpfner, M., Banaschewski, T., Krause, J. & Skrodzki, K. (2010). Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zum Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 131–136.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Schepker, R. & Frölich, J. (2007). Hyperkinetische Störungen (F90). In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 239-254). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Nervenarzt*, 74, 939-946.
- EMA - CHMP (2009): *Elements recommended for inclusion in Summaries of Product Characteristics for methylphenidate-containing medicinal products authorised for the treatment of ADHD in children aged six years and above and adolescents.* Verfügbar unter <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/referral/methylphenidate/4461609en.pdf>
- Friedel S, Saar K, Sauer S, Dempfle A, Walitza S, Renner T, Romanos M, Freitag C, Seitz C, Palmason H, Scherag A, Windemuth-Kieselbach C, Schimmelmann BG, Wewetzer C, Meyer J, Warnke A, Lesch KP, Reinhardt R, Herpertz-Dahlmann B, Linder M, Hinney A, Remschmidt H, Schäfer H, Konrad K, Hübner N, Hebebrand J (2007): Association and linkage of allelic variants of the dopamine transporter gene in ADHD. *Molecular Psychiatry*, 2, 923-933.
- Graham, J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Döpfner, M., Hamilton, R., Hollis, C., Holtmann, M., Hulpke-Wette, M., Lecendreux, M., Rosenthal, E., Rothenberger, A., Santosh, P., Sergeant, J., Simonoff, E., Sonuga-Barke, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., Steinhausen, H.-C., & Taylor, E. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 17-37.
- Grosse, K.-P. & Skrodzki, K. (2007). ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.. Aktualisierte Fassung Januar 2007. In: Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V., *Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin*. München und Jena: Elsevier: Urban & Fischer. Verfügbar unter www.agadhs.de und www.dgspj.de.
- 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, 117-126.
- 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. *Journal of Neural Transmission*, 115, 363-370.

- Hautmann, C., Hoijtink, 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. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-396.
- Hebebrand J, Dempfle A, Saar K, Thiele H, Herpertz-Dahlmann B, Linder M, Kiefl H, Remschmidt H, Hemminger U, Warnke A, Knölker U, Heiser P, Friedel S, Hinney A, Schäfer H, Nürnberg P, Konrad K (2006): A genome-wide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in 155 German sib-pairs. *Molecular Psychiatry*, 11, 196-205.
- Heiser P, Friedel S, Dempfle A, Konrad K, Smidt J, Grabarkiewicz J, Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H, Hebebrand J. (2004): Molecular genetic aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience Biobehaviour Review*, 28, 625-641.
- Krause, J. & Krause, K.-H. (2009). *ADHS im Erwachsenenalter*. (3. Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Romanos, M., Freitag, C., Jacob C., Craig, D.W., Nguyen, T.T., Halperin, R., Walitza, S., Renner, T.J., Seitz, C., Romanos, J., Palmason, H., Heine, M., Dempfle, A., Windemuth-Kieselbach, C., Sigmund, J., Warnke, A., Schäfer, H., Meyer, J., Stephan, D.A., Lesch, K.P. (2008): Genomewide linkage analysis of ADHD using high-density SNP arrays: novel loci at 5q13.1 and 14q12. *Molecular Psychiatry*, 13, 522-530.
- Rösler, M., Fischer, R., Ammer, R., Ose, C., Retz, W. (2009). A randomized, placebo-controlled, 24-week, study of low-dose extended-release methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259, 120-129.
- Smidt, J., Heiser, P., Dempfle, A., Konrad, K., Hemminger, U., Kathofer, A., Halbach, A., Strub, J., Grabarkiewicz, J., Kiefl, H., Linder, M., Knölker, U., Warnke, A., Remschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B., Hebebrand, J. (2003): Formalgenetische Befunde zur Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 366-377.
- Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A., & Döpfner, M. (Hrsg.). (2010). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* Stuttgart: Kohlhammer.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H. C. & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl. 1), 17-30.
- zentrales adhs-netz. (2011). Durchführungsprotokoll zur Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen sowie weiterer Hilfemaßnahmen Retrieved from http://www.zentrales-adhs-netz.de/pdfs/arbeitsgruppen/Durchfuehrungsprotokoll_1_Auflage_Mrz11.pdf
- zentrales adhs-netz (Hrsg.). (2012). *Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll*. Göttingen: Hogrefe.