

**Editorial**

# ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter - Einführung in den Themenschwerpunkt

**Manfred Döpfner**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der  
Universität zu Köln**Gerd Lehmkuhl**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der  
Universität zu Köln

Die Diskussion um Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) nimmt in den letzten Jahren sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in unserer Gesellschaft generell zu. Nicht nur, daß ganze Kongresse diesem Thema gewidmet sind und Themenhefte (z. B.: *Kinderärztliche Praxis. Sonderheft: Unaufmerksam und hyperaktiv*, 2001) herausgegeben werden, auch der Buchmarkt quillt über von Ratgebern und Bekenntnisliteratur zu diesem Thema und sogar die einschlägigen politischen Magazine in den Printmedien wie auch im Fernsehen widmen sich Fragestellungen aus diesem Bereich und selbst die politische Ebene, etwa die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, nimmt Stellung zu einzelnen Aspekten.

Gegenwärtig gibt es wohl kaum ein anderes Thema aus dem Bereich der psychischen Störungen, über das in der Gesellschaft und in Fachkreisen so emotionalisiert und polarisierend diskutiert wird. Das hat seine Gründe:

- Symptome einer ADHS gehören zu den häufigsten Vorstellungsanlässen in Erziehungsberatungsstellen, kinderpsychotherapeutischen und kinderpsychiatrischen Praxen, sozialpädiatrischen Zentren und kinderpsychiatrischen Kliniken. Lediglich aggressive Störungen sind ähnlich häufig Anlaß zur Vorstellung von Kindern oder Jugendlichen in solchen Einrichtungen ([Döpfner, 2000](#); [Döpfner et al., 1997](#)).
- Den Pädagogen brennt das Problem unter den Nägeln. Legt man alleine das Lehrerurteil in Fragebögen zugrunde, dann müßte in deutschen Grundschulen bei 17,8 % aller Schüler eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV (AD/HD) diagnostiziert werden ([Baumgärtel et al., 1995](#)); etwas geringere Prävalenzen werden in vergleichbaren Studien aus den USA berichtet ([Wolraich et al., 1996](#)). Zwar liegen in Deutschland die entsprechenden Häufigkeiten auf der Basis von Elterneinschätzungen um einiges unter diesen Zahlen ([Brühl et al., 2000](#)), doch zeigen die Ergebnisse in den Schulen, wie häufig Lehrer bei Grundschulkindern Symptome einer ADHS feststellen oder festzustellen glauben.
- Die relativ hohe Stabilität der Problematik vom Kindes- bis ins Jugendalter und teilweise sogar bis ins Erwachsenenalter hinein ist in vielen internationalen Studien belegt worden (vgl. Adam et al., in diesem Heft; [Döpfner et al., 2000 a](#)).
- Keine andere psychische Störung liegt in einem vergleichbaren Maß an der Schnittstelle und

im Spannungsfeld von Pädagogik, Psychologie und Medizin. Dies betrifft sowohl die Ätiologie als auch die Diagnostik und die Therapie. In der Therapie ist es häufig notwendig, Pädagogische und sonderpädagogische Vorgehensweisen mit psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen Interventionen im Rahmen einer multimodalen Therapie miteinander zu verbinden.

## **Probleme und Schwachstellen in der Pädagogischen, psychotherapeutischen und medizinischen Versorgung**

In der Pressemitteilung Nr. 12 des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15. 8. 2001 äußerte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, Besorgnis über die Verbrauchsentwicklung von Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®). Seit 1994 hat sich der Verbrauch dieser Substanz mehr als verzehnfacht; allein im Jahr 2000 hat er sich gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Diese Entwicklung, so die Mitteilung, sei einerseits zweifellos auf Fortschritte in der Therapie von ADHS zurückzuführen, die grundsätzlich zu begrüßen seien. Andererseits häuften sich aber die Hinweise, daß Methylphenidat nicht immer nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft eingesetzt wird, so daß ein schädlicher Mißbrauch dieses hochwirksamen Arzneimittels nicht ausgeschlossen werden könne. Schon vor dieser Mitteilung hat sich eine Arbeitsgruppe aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln diesem Thema in einer Analyse der Verordnungszahlen angenommen und die Ergebnisse publiziert. Danach kann nicht von einer generell zu hohen Verschreibungsrate ausgegangen werden ([Schubert et al., 2001](#)). Allerdings sagen diese Ergebnisse noch nichts darüber aus, daß die Verschreibung auch entsprechend der Indikation erfolgt. Eine Studie von [Angold und Mitarbeitern \(2000\)](#) weist in diesem Zusammenhang auf problematische Entwicklungen in den USA hin. In dieser aufsehenerregenden Analyse, die im Rahmen einer großen epidemiologischen Studie durchgeführt wurde, wird erstmals belegt, daß in den USA in hohem Maß Fehlverschreibungen von Stimulanzien vorkommen - die Mehrzahl der Kinder, denen Stimulanzien verschrieben wurden, hatten zu keinem Zeitpunkt die Diagnose einer ADHS. Dieser Befund läßt sich natürlich nicht ohne weiteres auf Deutschland mit deutlich geringeren Verordnungszahlen übertragen, er zeigt aber die möglichen Gefahren auf.

Nach unseren Erfahrungen sind in der pharmakologischen Therapie der Kinder häufig folgende Schwachstellen zu erkennen:

- **Mangelhafte Diagnostik.** Die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von ADHS, die sowohl von deutschen als auch europäischen und anderen internationalen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen formuliert wurden ([American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997](#); [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2000](#); [Taylor et al., 1998](#)), weisen auf die Notwendigkeit einer genauen Diagnostik unter Einbeziehung der Informationen von Eltern, Erziehern und Lehrern sowie testpsychologischer Untersuchungen und körperlicher Abklärungen hin. Dies bedeutet in der Regel eine mehrstündige Diagnostik, bevor eine Diagnose und die Indikation für eine medikamentöse Therapie gestellt werden kann (vgl. [Döpfner et al., 2000 a](#)). Unsystematische Erfahrungen und Berichte aus vielen Teilen Deutschlands weisen darauf hin, daß diese Standards häufig nicht eingehalten werden.
- **Nichtberücksichtigung von Behandlungsalternativen.** Die Diagnose einer ADHS impliziert jedoch nicht automatisch eine medikamentöse Therapie. Die genannten Leitlinien weisen darauf hin, daß alternativ zur medikamentösen Behandlung Verhaltenstherapie indiziert sein kann. Bei Kindern, die nicht massiv von der Symptomatik betroffen sind (und das ist die Mehrheit der diagnostizierten Kinder), wird in den deutschen und den europäischen Leitlinien die Verhaltenstherapie sogar als Methode der ersten Wahl empfohlen. Die Ergebnisse der Kölner Multimodalen Therapiestudie ([Döpfner et al., 2002 a](#)) zeigen, daß sich bei annähernd

2/3 der Kinder mit ADHS im Verlauf einer Verhaltenstherapie mit dem Therapieprogramm THOP ([Döpfner et al., 2002 b](#)) die Symptome soweit vermindern lassen, daß eine Stimulanzientherapie nicht mehr indiziert ist. Allerdings macht es wenig Sinn, allzu lange verhaltenstherapeutisch zu behandeln, wenn sich unter dieser Therapie keine Veränderungen einstellen. Dann ist eine ergänzende oder alternative Therapie mit Psychostimulanzien indiziert. Die Ergebnisse der bahnbrechenden US-amerikanischen MTA-Study (Multisite Multimodal Treatments Study of ADHD) werden in der Fachöffentlichkeit oft fälschlicherweise als ausschließliche Bestätigung der medikamentösen Therapie interpretiert. Bei genauerem Hinschauen erkennt man jedoch, daß sich bei allen geprüften Interventionen erhebliche Veränderungen im Verlauf der Behandlungen einstellten und daß sich die (sehr umfangreiche) multimodale Verhaltenstherapie mit kind-, familien- und schulzentrierten Interventionen in ihrer Wirksamkeit auf 16 Ergebnisvariablen nicht von der medikamentösen Therapie unterscheidet. Die medikamentöse Therapie erweist sich lediglich bei Eltern- und Lehrerbeurteilungen von Unaufmerksamkeit und bei der Lehrerbeurteilung von Hyperaktivität im Vergleich zur Verhaltenstherapie als wirksamer ([MTA Cooperative Group, 1999 a,b](#); Pelham, 1999).

- **Fehlende Integration der medikamentösen Behandlung in ein multimodales Behandlungskonzept.** Bislang enttäuschend waren die Ergebnisse der MTA-Study hinsichtlich der Wirksamkeit der kombinierten Stimulanzien- und Verhaltenstherapie im Vergleich zur isolierten Stimulanzientherapie. Hier zeigten erste Analysen kaum signifikante Unterschiede in den Effekten, obwohl tendenziell bessere Ergebnisse durch die kombinierte Behandlung erzielt wurden ([MTA Cooperative Group, 1999 a,b](#)) und bei kombinierter Therapie eine geringere Stimulanzienendosis ausreichte ([Vitiello et al., 2001](#)). Reanalysen mit einem Erfolgsmaß, das mehrere Erfolgsvariablen integrierte, belegen allerdings eine Überlegenheit der kombinierten Therapie 14 Monate nach Behandlungsbeginn ([Conners et al., 2001](#)) und eine weitere Analyse zeigt auch, daß die Erfolgsrate in der kombinierten Behandlung mit 68 % doch über jener der Stimulanzientherapie (56 %) liegt ([Swanson et al., 2001](#)). Darüber hinaus wird häufig übersehen, daß die Stimulanzientherapie-Bedingung eine genaue Titrierung der Medikation, monatliche Kontakte und den Einsatz von verhaltenstherapeutischen Selbsthilfemanualen beinhaltete, also schon einen umfassenderen Behandlungsansatz mit ausführlicher Beratung darstellte. Nach den europäischen und deutschen Leitlinien wird ein ausschließliches Verschreiben von Medikamenten nicht empfohlen, sondern zumindest eine Integration in einen umfassenden Beratungsansatz mit regelmäßigen Kontrollen für notwendig erachtet. Diese Vorgaben werden somit auch durch die neuesten Ergebnisse der MTA-Study gestützt (vgl. [Taylor, 1999](#)).
- **Mangelhafte Titrierung und Verlaufskontrolle.** Die Leitlinien der Fachgesellschaften und die Ergebnisse der MTA-Study weisen auf die Notwendigkeit einer genauen Überprüfung der Effekte der Stimulanzientherapie und eine individuelle Dosiseinstellung (Titrierung) hin. Dazu wurden genaue Titrierungsschemata ausgearbeitet (z. B. [Döpfner et al., 2000 a](#)). Damit wird die medikamentöse Einstellung eines Kindes oder Jugendlichen zu einer zeitintensiven Aufgabe, die genaue Verhaltensbeurteilungen durch Eltern und Lehrer erfordert. Dieser notwendige Aufwand wird nach den sicher nicht repräsentativen bundesweiten Rückmeldungen häufig nicht betrieben. Dies gilt auch für die nach den Leitlinien jährlich notwendige Überprüfung der Indikation für eine medikamentöse Weiterbehandlung (durch Auslaßversuche).

## Die Drogenbeauftragte hat Recht

Die Drogenbeauftragte hat Recht, wenn sie fordert, daß die medikamentöse Therapie nur im Rahmen eines umfassenden medizinischen Behandlungskonzeptes anzuwenden sei, das auch die Beratung der Eltern sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen

enthält. Sie liegt damit voll auf der Linie der von der [Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie \(2000\)](#) verabschiedeten Leitlinien zur Diagnostik und Therapie, die eine ausschließliche medikamentöse Therapie als nicht hinreichend einstufen und die bei weniger massiv ausgeprägter Symptomatik vor die medikamentöse Therapie eine Beratung und Verhaltenstherapie schalten, die nicht selten ausreichend sein kann. Bei medikamentöser Therapie ist eine begleitende kontinuierliche Beratung unter Anwendung verhaltenstherapeutischer Konzepte unabdingbar. Bei Fortbestehen von ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten ist eine begleitende Verhaltenstherapie indiziert. Allerdings fehlt es bei der Umsetzung der Leitlinien selten an der Einsicht der Behandler, sondern häufiger an den zeitlichen, personellen und fachlichen Ressourcen.

## Ein Gesamtkonzept ist nötig

In einem Gesamtkonzept für ein integriertes **Gesundheitsmanagement für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS** müßten die genannten Aspekte berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist jedoch zu beachten, daß Behandlungsmaßnahmen nur erfolgreich sein können, wenn sie in Anspruch genommen werden. Allerdings wird nur eine Minderheit der Kinder, die nach Angaben der Eltern, der Erzieher oder der Lehrer entsprechende Auffälligkeiten zeigen, auch tatsächlich in Behandlungseinrichtungen vorgestellt. Dies liegt vermutlich nur teilweise an dem mangelnden Behandlungsangebot, auch die (Mißerfolgs-)Erwartungen der Eltern bezüglich einer Beratung oder Therapie spielen hier eine wesentliche Rolle ([Döpfner et al., 2002 c](#)). Nicht nur die geringe Vorstellungsrate, auch die schiere Unmöglichkeit, alle Kinder mit diesen Auffälligkeiten einzeltherapeutisch zu versorgen, wenn sie denn alle vorgestellt würden, zwingt zur Entwicklung neuer Perspektiven.

Bei ADHS handelt es sich um ein sehr häufig auftretendes Problem mit hohem Chronifizierungsrisiko, das erhebliche unmittelbare Gesundheitskosten und gesellschaftliche Kosten nach sich zieht (z. B. Kosten im Bereich der Jugendhilfe, des Strafvollzuges, der Sonderbeschulung) - ganz zu schweigen von den enormen individuellen Belastungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst und ihrer Angehörigen. Viele der Komponenten von Disease-Management-Programmen für (körperlich) chronisch Kranke ([Lauterbach & Stock, 2001](#)) lassen sich auf die Problematik bei Kindern mit expansiven Störungen anwenden und zu einem Konzept für ein umfassendes Gesundheitsmanagement für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS entwickeln, das präventive und therapeutische, Pädagogische, sonderpädagogische, psychologische und medizinische Ansätze integriert. Nach [Lauterbach und Stock \(2001\)](#) ist Disease-Management ein integrativer Ansatz, der die episodenzugewandene, sektoral aufgesplittete Versorgung von einzelnen chronisch Kranken durch eine systematische, evidenzbasierte, sektorenübergreifende und kontinuierliche Versorgung eines Patientenkollektivs von chronisch Kranken über alle Krankheitsstadien und Versorgungseinrichtungen hinweg ersetzt. Ein solcher Ansatz läßt sich auch auf Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen übertragen. Dabei müßten folgende Komponenten berücksichtigt werden:

- **Evidenzbasierte Leitlinien für Professionelle zur Früherkennung, Prävention, Diagnostik und Therapie**, die wichtige Orientierungspunkte bei der Diagnostik und Therapie von ADHS und im weiteren Umfang für expansive Störungen (ADHS und aggressiv-dissoziale Störungen) liefern. Hier sind mit den internationalen und nationalen Leitlinien für die Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen und mit Störungen des Sozialverhaltens ([Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2000](#); [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997](#); [Taylor et al., 1998](#)) und den daraus abgeleiteten Leitfäden Kinder- und Jugendpsychotherapie ([Döpfner et al., 2000 a, b](#); [Petermann et al., 2001 a](#)) wichtige Schritte bereits erfolgt. Diese Leitlinien bedürfen jedoch der Erweiterung um Richtlinien zur Prävention, die bislang nur am Rande thematisiert wird.

- **Evidenzbasierte präventive Programme auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Altersstufen.** Präventive Programme können einerseits allgemeine Erziehungsinformationen durch kurze Ratgeber über verschiedene Medien (Fernsehen, Zeitschriften, Bücher) vermitteln und einen breiten Personenkreis ansprechen (universelle Prävention). Zusätzlich sind Programme nötig, die Mediatoren (Erzieher, Lehrer, Ärzte) einsetzen können, wenn sie gezielt nach Rat gefragt werden oder wenn sie selbst die Notwendigkeit einer präventiven Maßnahme erkennen (selektive oder indizierte Prävention). Gruppenangebote (z. B. über Elternkurse) sind eine weitere wichtige Komponente. Ein beispielhaftes Präventionsprogramm, das systematisch verschiedene dieser Stufen einbezieht, ist das von Sanders in Australien entwickelte und empirisch evaluierte Triple-P-Programm ([Sanders, 1999](#), [Sanders et al., 2000 a, b](#)), das mittlerweile auch im deutschen Sprachraum vorliegt ([Kuschel et al., 2000](#)). Da der Übergang von Prävention zu therapeutischer Intervention fließEND ist (weil die Grenzen zur psychischen Störung fließEND sind), können auch alle anderen im folgenden genannten Komponenten unter dem Aspekt der Prävention eingesetzt werden. Auch für Präventionsprogramme gilt, daß ihr Einsatz und die damit verbundenen Kosten nur dann gerechtfertigt sind, wenn ihre Wirksamkeit empirisch belegt ist, wenn sie also als evidenzbasiert betrachtet werden können. Die Effekte von Prävention werden international seit einiger Zeit intensiv untersucht, im deutschen Sprachraum beschäftigen sich seit kurzem zwei Forschungsgruppen (Universität Braunschweig und Universität Köln) mit der Wirksamkeit präventiver Interventionen. Wolff Metternich und Mitarbeiter (in diesem Heft) stellen einen diesen Ansätze vor.
- **Evidenzbasierte Ratgeber und Patientenleitlinien,** die Eltern, Erzieher, Lehrer und auch Kinder oder Jugendliche selbst aufklären und Anleitungen zur Problembewältigung geben. Trotz eines teilweise unübersehbaren Ratgebermarktes fehlt es an Materialien, die sich eng an die Methoden anlehnen, welche in den Leitlinien für Therapeuten formuliert und die evidenzbasiert sind. Die kleine Ratgeberreihe, die in Verbindung mit der Reihe Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie ([Döpfner et al., 2000 d, e](#); [Petermann et al., 2001 b](#)) publiziert wird, versucht dieses Konzept zu verwirklichen und auch das umfassendere Elternbuch, das sich an das Therapieprogramm THOP anlehnt ([Döpfner et al., 2000 c](#)), entspricht diesem Konzept. Die Wirksamkeit solcher Ratgeber (Bibliotherapie) ist bislang für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen kaum untersucht worden. An der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln wird gegenwärtig eine Studie durchgeführt, welche die Wirksamkeit von Bibliotherapie überprüft.
- **Empirisch geprüfte Instrumente zur Diagnostik und Verlaufskontrolle.** Auch unter Fachleuten läßt sich weiterhin eine hohe diagnostische Unsicherheit feststellen. Die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von ADHS geben klare Orientierungspunkte für die Diagnostik und die Leitfäden ([Döpfner et al., 2000 a, b](#)) beschreiben die diagnostischen Strategien (inklusive habstrukturierter Exploration, standardisierter Fragebögen und Testverfahren) detailliert. Psychometrisch überprüfte Fragebogenverfahren liegen bereits vor ([Döpfner & Lehmkuhl, 2000](#); [Döpfner et al., in Vorbereitung](#)) und ihre weitere Überprüfung und Normierung ist in vollem Gange. Besonders die Diagnostik im Jugend- und Erwachsenenalter ist noch nicht befriedigend gelöst. Görtz und Mitarbeiter (in diesem Heft) beschreiben die Ergebnisse von Studien zur Erfassung von ADHS im Jugendalter durch das Elternurteil und das Urteil Jugendlicher.
- **Individuelle therapeutische Interventionen auf der Grundlage evidenzbasierter Therapieprogramme.** Die in den Leitlinien für Diagnostik und Therapie benannten psycho- und pharmakotherapeutischen Verfahren können als evidenzbasiert bezeichnet werden, wengleich weitere Therapiestudien zur Absicherung dieser Methoden und zu ihrer Weiterentwicklung dringend geboten sind. Im deutschen Sprachraum wurden vor allem zwei Psychotherapieverfahren empirisch geprüft - das Aufmerksamkeitstraining von [Lauth und](#)

[Schlottke \(1999\)](#) und das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) ([Döpfner et al., 2002 c](#)). Im angloamerikanischen Sprachraum wurden in letzter Zeit vor allem eltern-, kindergarten- und schulzentrierte Ansätze (wie sie vor allem im THOP eingesetzt werden) weiter verfolgt und ihre Wirksamkeit wurde in mehreren Studien nachgewiesen (z. B. in der MTA-Study), während Selbstinstruktionsprogramme aufgrund empirischer Studien mittlerweile als wenig hilfreich eingeschätzt werden (vgl. [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997](#)). Die meisten Programme wurden jedoch mit Kindern im Grundschulalter durchgeführt, für das Vorschulalter und für das Jugendalter liegen kaum empirisch bewährte Programme vor. Rademacher und Mitarbeiter (in diesem Heft) beschreiben ein neu entwickeltes Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Aktivitäts- und Affekt-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST), das bei Jugendlichen mit ADHS und den häufig begleitenden affektiven, motivationalen und Leistungsstörungen indiziert ist.

- **Erinnerungssysteme, “Watch-dogs“ (per Post, Telefon, E-Mail, Computer-Programme).** Erinnerungssysteme, wie sie in Bereich der Medizin mittlerweile gelegentlich eingesetzt werden, sind bei der Behandlung psychischer Störungen weitgehend unbekannt. Erinnerungssysteme sollen Patienten (sowie ihre Eltern, aber auch Erzieher oder Lehrer) und Therapeuten zur Ausschöpfung von Vorsorgemaßnahmen und Kontrolluntersuchungen anleiten und die Initiierung sowie Umsetzung von Therapieschritten unterstützen. Möglicherweise läßt sich der Wirkungsgrad der therapeutischen Versorgung durch solche Erinnerungssysteme mehr steigern als durch neue Therapieformen, weil ein erheblicher Verlust an Effektivität dadurch festzustellen ist, daß Therapien nicht fortgesetzt, kontinuierliche Nachkontrollen nicht eingehalten und vor allem vereinbarte Interventionen in der Familie und im Kindergarten oder in der Schule nicht umgesetzt werden. Erinnerungssysteme können vermutlich helfen, einen Teil dieser Effektivitätsminderung aufzufangen. Allerdings fehlt es unseres Wissens bislang völlig an Erfahrungen in diesem Bereich.
- **Patienten- und Therapeuten-Informationssysteme (Videos, Internetplattformen, Datenbanken, Hotlines und Call-Center).** Solche Systeme sollen evidenzbasierte und verständliche Informationen Patienten und ihren Eltern vermitteln, aber auch Therapeuten, Erzieher und Lehrer mit spezifischen Informationen versorgen. Auch hier betreten wir für den Bereich der psychischen Störungen nahezu völliges Neuland. Doch scheint die Zeit und die Technik reif, diese Wege zu beschreiten.
- **Fortbildungen für Therapeuten, Erzieher, Lehrer und Mitarbeiter der Jugendhilfe.** Sie vermitteln evidenzbasierte Diagnostik-, Präventions- und Therapie- und Interventionsprogramme.
- **Evidenzbasierte Angebote von Eltern- und Selbsthilfegruppen.** Eltern- und Selbsthilfegruppen stellen eine wichtige, nicht zu unterschätzende Komponente in einem umfassenden Gesundheitsmanagement für Kinder und Jugendlichen mit ADHS dar. Sie können wesentliche Inhalte evidenzbasierter diagnostischer, Pädagogischer und therapeutischer Strategien vermitteln. Wichtig ist, daß solche Gruppen sich vor ideologischer Einseitigkeit hüten, was den meisten auf Bundesebene organisierten Verbänden gerade in den letzten Jahren erfreulicherweise gelungen ist.

Der Entwurf eines Gesamtkonzeptes für ein integriertes Gesundheitsmanagement für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS mag noch sehr lückenhaft sein, er soll jedoch darauf hinweisen, daß eine Vernetzung von Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen notwendig ist, und daß dafür sehr konkrete Konzepte ausgearbeitet werden können, die nicht nur Lippenbekenntnisse bleiben müssen. In diesem Sinne bitten wir die Leser, die Beiträge dieses Themenheftes auch als Bausteine eines umfassenden Gesundheitsmanagements zu betrachten.

## Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 85-121.
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L. & Costello, E. J. (2000). Stimulant treatment for Children: A Community Perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975-984.
- Baumgärtel, A., Wolraich, M. & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.
- Brühl, B., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) - Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 116-126.
- Conners, C. K., Epstein, J. N., March, J. S., Angold, A., Wells, K. C., Klaric, J., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Elliot, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Hoza, B., Jensen, P. S., Kraemer, H. C., Newcorn, J. H., Pelham, W. E., Severe, J. B., Vitiello, B. & Wigal, T. (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 159-167.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag..
- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. (4., vollst. überarb. u. erw. Aufl.; S. 153-189). Göttingen: Hogrefe..
- Döpfner, M., Breuer, D. & Lehmkuhl, G. (2002a). The Cologne Multimodal Intervention Study (COMIS): Study design and global treatment outcomes. Paper submitted for publication..
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000a). Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (BD. 1). Göttingen: Hogrefe..
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000d). Ratgeber Hyperkinetische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie. (BD. 1) Göttingen: Hogrefe..
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). (2., korr. u. erg. Aufl.). Bern: Huber..
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000b). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (BD. 2). Göttingen: Hogrefe..
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000e). Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie. (BD. 2) Göttingen: Hogrefe..
- Döpfner, M., Schindler, S., Plück, J. & Lehmkuhl, G. (2002c). Parental problem perception, need for professional help and referral of children and adolescents with behavioral and emotional problems. Paper submitted for publication..
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002b). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). (3., erw. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union..
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2000c). Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. (2., überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union..

- Döpfner, M., Steinhausen, H.-C. & Lehmkuhl, G. ((inVorbereitung)). Kinder-Diagnostik-System KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe..
- Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Berner, W., Englert, E., Lenz, K., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G., Poustka, F. & Steinhausen, H. C. (1997). Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben - eine multizentrische Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 548-565.
- Kuschel, A., Miller, Y., Köppe, E., Lübke, A., Hahlweg, K. & Sanders, M. R. (2000). Prävention von oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 20-29.
- Lauterbach, K. W. & Stock, S. (2001). : Reform des Risikostrukturausgleichs. Disease Management wird aktiviert. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, 1935-1937.
- Lauth, G. W. & Schlottke, P. F. (1999). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Diagnostik und Therapie (4., korr. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union..
- MTA Cooperative Group (1999a). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and Mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Pelham, W. E. (1999). The NIMH multimodal treatment study for attention-deficit hyperactivity disorder: just say yes to drugs alone?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 981-990.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001a). Aggressiv-dissoziale Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (BD. 3) Göttingen: Hogrefe..
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001b). Ratgeber Aggressives Verhalten. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie. (BD. 3) Göttingen: Hogrefe..
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A. & Bor, W. (2000a). The Triple P-Positive Parenting Program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.
- Sanders, M. R., Montgomery, D. T. & Brechman-Toussant, M. L. (2000b). The mass media and the prevention of child behavior problems: the evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 939-948.
- Schubert, I., Lehmkuhl, G., Spengler, A., Döpfner, M. & von Ferber, L. (2001). Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, 541-544.
- Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., Clevenger, W., Davies, M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Newcorn, J. H., Owens, E. B., Pelham, W. E., Schiller, E., Severe, J. B., Simpson, S., Vitiello, B., Wells, K., Wigal, T. & Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the END of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 168-179.
- Taylor, E. (1999). Development of clinical services for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1097-1099.
- Taylor, E., Sergeant, J., Döpfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H. & Eisert, H. G. (1998). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 184-200.
- Vitiello, B., Severe, J. B., Greenhill, L. L., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Bukstein, O. G., Elliott, G. R., Hechtman, L., Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., March, J. S., Newcorn, J. H., Swanson, J. M. & Cantwell, D. P. (2001). Methylphenidate dosage for children with ADHD over time under controlled conditions: lessons from the MTA. *Journal of the American Academy of Child and*



*Adolescent Psychiatry*, 40, 188-196.

Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Pinnock, T. Y., Baumgärtel, A. & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324.

### **Anschrift**

Manfred Döpfner, Prof. Dr., Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Robert-Koch-Straße 10, D-50931 Köln,  
Gerd Lehmkuhl, Prof. Dr., Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Robert-Koch-Straße 10, D-50931 Köln.