

ADHS und Zukunfts- träume

Hintergrundinformation

Basiswissen ADHS

Definition

Die drei typischen Anzeichen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Überaktivität. Diese Merkmale können unterschiedlich stark ausgeprägt sein:

- Einige Kinder sind vorwiegend impulsiv-hyperaktiv.
- Andere Kinder sind vorwiegend unaufmerksam.
- Es gibt auch Kinder, bei denen alle drei Merkmale auftreten.

Eine ADHS liegt definitionsgemäß vor, wenn diese Merkmale das Kind in verschiedenen Lebensbereichen und Situationen, z. B. in der Schule und in der Familie, beeinträchtigen. Die Merkmale müssen bereits vor dem 6. Lebensjahr aufgetreten sein und ohne Unterbrechung über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten anhalten. Um sicher zu sein, dass ein Kind oder Jugendlicher eine ADHS aufweist, müssen andere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen, die ähnliche Anzeichen hervorrufen können, ausgeschlossen werden.¹

Ursachen

Die Ursachen sind nicht endgültig geklärt. Als gesichert gilt das Zusammenwirken von genetischen und neurobiologischen Faktoren. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass bestimmte Umwelteinflüsse, wie z. B. Alkohol- und Nikotineinwirkungen im Mutterleib, einen Einfluss auf die Entstehung einer ADHS haben können. Psychosoziale Faktoren können den Ausprägungsgrad und den Verlauf der Störung beeinflussen. Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien zeigen, dass eine Veranlagung für ADHS in hohem Maße vererbt wird.^{2,3}

Fallzahlen

Weltweit sind durchschnittlich etwa 5 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in verschiedenen Kulturen von ADHS betroffen. Zwischen Nordamerika, Europa, Afrika, Asien und Südamerika gibt es keine bedeutsamen Häufigkeitsunterschiede.^{4,5}

Betroffene mit der Diagnose in Deutschland (gemäß repräsentativer Schätzung):⁶

- 4,8 Prozent der 3- bis 17-Jährigen
- Am häufigsten wurde ADHS mit 11,3 Prozent bei den 11- bis 13-jährigen Jungen festgestellt.
- Jungen erkranken etwa viermal häufiger als Mädchen (7,9 vs. 1,8 Prozent).



- Bei Jungen ist Hyperaktivität häufig stärker ausgeprägt. Mädchen neigen eher zu träumerisch-abwesendem Verhalten (ADS).
- Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind häufiger betroffen (6,4 Prozent) als Kinder aus Familien mit mittlerem (5,0 Prozent) und höherem sozioökonomischen Status (3,2 Prozent).
- Kinder mit Migrationshintergrund erhalten seltener eine Diagnose als Kinder ohne Migrationshintergrund (3,1 vs. 5,1 Prozent).
- Ost-West- und Stadt-Land-Unterschiede sind nicht zu verzeichnen.

Zusätzlich zu den diagnostizierten Fällen gibt es in Deutschland Kinder, bei denen der Verdacht auf eine ADHS besteht (gemäß repräsentativer Schätzung):⁷

- 4,9 Prozent der 3- bis 17-Jährigen (6,4 Prozent der Jungen, 3,6 Prozent der Mädchen)

Begleiterkrankungen

50 bis 80 Prozent aller ADHS-Kinder sind von Begleiterkrankungen betroffen. Am häufigsten sind:⁸

- Motorische Entwicklungsstörungen (bis zu 50 Prozent); treten z. B. auf als versehentliches Umstoßen von Gegenständen, Anstoßen an Türen, schlechte Handschrift
- Oppositionelle Verhaltensstörungen (45-55 Prozent); treten z. B. auf als häufige und ausgeprägte Wutanfälle, geringe Frustrationstoleranz
- Depressive Störungen (25-30 Prozent)
- Rechenschwäche (12-33 Prozent)
- Lese- und Rechtschreibstörung (8-39 Prozent)
- Tics (12-34 Prozent), z. B. Blinzeln, Schulterzucken, Räuspern, Lautäußerungen

Diagnostik

Für die Erkennung und Behandlung einer ADHS im Kindesalter sind in Deutschland aktuell die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)¹ maßgeblich, die das richtige Vorgehen bei der Diagnostik beschreiben. Folgende Verfahren sollen dabei zum Einsatz kommen:

- Exploration (Befragung) des Umfeldes: Gespräche mit Eltern, Lehrern und Erziehern, um ein möglichst genaues Bild der Lebenssituation und des Verhaltens des Kindes zu erhalten
- Direkte Verhaltensbeobachtung
- Körperliche und psychologische Untersuchungen (Konzentrations-, Entwicklungs- und Intelligenztests)

ADHS und Zukunfts- träume



ADHS und Zukunfts- träume

Behandlung

Die Behandlung sollte verschiedene Maßnahmen individuell kombinieren (multimodale Therapie). Sie kann folgende Maßnahmen umfassen:¹

- Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter), der Erzieher bzw. des Klassenlehrers mit dem Ziel, konkrete Problemsituationen zu verbessern (muss immer durchgeführt werden)
- Elterntraining und Interventionen in der Familie (einschließlich Familientherapie)
- Interventionen im Kindergarten oder in der Schule (Platzierung, Schulbegleiter/Integrationshelfer)
- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Selbstinstruktionstraining)
- Medikamentöse Therapie
- Diätetische Behandlungen und Neurofeedback können unter Umständen hilfreich sein

Erfolg und Angemessenheit der Behandlung müssen regelmäßig kontrolliert werden. Bei medikamentöser Behandlung sollte der behandelnde Arzt in Abstimmung mit dem Kind und seinen Eltern regelmäßig Auslassversuche durchführen und dokumentieren.

Behandlung mit Medikamenten:¹

Für die Behandlung der ADHS sind in Deutschland verschiedene Medikamente zugelassen, die sich unter anderem hinsichtlich ihres Wirkprofils voneinander unterscheiden. Vor einer Behandlung mit Medikamenten muss eine körperliche Untersuchung einschließlich Blutdruck- und Pulsmessung erfolgen. Der behandelnde Arzt muss erfragen, ob in der Familie Herzerkrankungen oder plötzliche Todesfälle vorgekommen sind. Ist das der Fall oder gibt es Hinweise auf ein Anfallsleiden des Kindes (Epilepsie), so müssen weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Wann ist eine Behandlung mit Medikamenten erforderlich?

1. Wenn aus den ADHS-Symptomen erhebliche Probleme in der Familie oder der Schule resultieren, sodass die weitere Entwicklung des Kindes gefährdet ist.⁹
2. Wenn mit nicht-medikamentösen Maßnahmen (z. B. Gespräche, Verhaltenstherapie) keine befriedigende Besserung der Verhaltensauffälligkeiten erkennbar ist und eine deutliche Beeinträchtigung im Leistungs- und psychosozialen Bereich mit Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und deren Eltern sowie eine Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes besteht.¹
3. Es sollten keine Medikamente gegeben werden, wenn Probleme allein auf den familiären Rahmen begrenzt sind.¹



Die Diagnostik und Behandlung sollten durch einen Spezialisten für ADHS durchgeführt werden.

Der Übergang in das Erwachsenenalter

Bei bis zu 60 Prozent der Betroffenen besteht die ADHS auch im Erwachsenenalter fort.¹⁰ Oft verändern sich dabei die Symptome: Die körperliche Unruhe nimmt ab und an ihre Stelle tritt oft eine innere Unruhe. Konzentrationsstörungen bleiben unverändert bestehen und treten in den Vordergrund. Zur medikamentösen Behandlung von ADHS-Patienten ab dem 18. Lebensjahr stand in Deutschland zunächst nur der Wirkstoff Atomoxetin zur Verfügung.¹¹ Im April 2011 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dann erstmals ein ADHS-Medikament mit dem Wirkstoff Methylphenidat auch für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen. Dies bedeutet eine wesentliche Ausweitung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten.¹²

- ¹ Hyperkinetische Störungen (F 90). Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage; 2007:239-254.
- ² Schmid G. Ätiologie, in: Kahl KG, Puls JH, Schmid S (Hrsg.). Praxishandbuch ADHS. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York; 2007:7-10.
- ³ Banaschewski T et al. Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Kindheit und Entwicklung; Juli 2004,13(3):137-147.
- ⁴ Polanczyk G et al. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. Am J Psych; 2007;164(6):942-948.
- ⁵ Goldman LS et al. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA; 1998 Apr 8;279(14):1100-1107.
- ⁶ Repräsentative Schätzungen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) (Schlack R, Hölling H, Kurth BM, Huss, M. Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitschutz; 2007(50):827-835, zit. in Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Abschnitt 3. 8 („Aufwachsen in psychischer Gesundheit – Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS“), im Folgenden zit. als Sachverständigenrat 2009:323f.
- ⁷ Sachverständigenrat 2009:324.
- ⁸ Behn B. Komorbidität und Differenzialdiagnose, in: Kahl KG, Puls JH, Schmid S (Hrsg.). Praxishandbuch ADHS. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York; 2007:37-44.
- ⁹ Döpfner M. Was wissen wir heute über AD(H)S?, in: Schulte-Markwort M, Zinke M. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie. Springer. Bad Homburg; 2005:6-10.
- ¹⁰ Puls JH. Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf, in: Kahl KG, Puls JH, Schmid S (Hrsg.). Praxishandbuch ADHS. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York; 2007:5.
- ¹¹ Sachverständigenrat 2009:342f.
- ¹² Pressemitteilung des BfArM vom 15.04.2011, online unter <http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Presse/mitteil2011/pm02-2011.html?nn=1009636> (letzter Zugriff am 04.05.2011)

ADHS und Zukunfts- träume

