

Standards zur Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung - AD(H)S im Kindes- und Jugendalter

für Entwicklungs- u. Sozialpädiatrische Ambulatorien bzw. Zentren sowie niedergelassene ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen

Definition: Nach derzeit anerkannter Definition „liegt **AD(H)S** vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt ist, nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und zu Störungen in den sozialen Bezugssystemen, der Wahrnehmung und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt“¹, bzw. „sind **Hyperkinetische Störungen** durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt“².

Für detaillierte Inhalte das Störungsbild betreffend wird auf die gängigen Lehrbücher bzw. bekannten Diagnoseklassifikationssysteme wie DSM-IV oder ICD-10 verwiesen.

In diesem Papier war es gemeinsames Ziel Kriterien zu definieren, welche für das ambulante diagnostische und therapeutische Vorgehen als **institutionsübergreifender Standard** empfohlen werden.

A.) Diagnostik:

Dem Störungsbild des AD(H)S liegt oftmals eine multifaktorielle Genese zugrunde und das Bild selbst weist keine scharfe und sichere Entität auf. Darüber hinaus gibt es eine Fülle von Differenzialdiagnosen, welche eine phänomenologisch ähnliche Symptomatik hervorrufen können. Eine **gesicherte Diagnose** ist daher nur auf Grundlage einer

- **mehrdimensionalen Abklärung**

im Sinne einer **multiaxialen Diagnostik** zu stellen.

Eine solche mehrdimensionale Abklärung hat **in jedem Fall** die

- **biologische**
- **psychische** und
- **soziale**

Entwicklungsdimension des Kindes zu berücksichtigen und auf fachlich qualifiziertem Niveau zu untersuchen.

Für die ordnende Zusammenschau der erhobenen Befunde sowie der div. diagnostischen Aspekte der Einzelprofessionen und für die sich daraus ableitenden **Diagnosestellung** ist es sinnvoll im Rahmen eines „**Gesamtbehandlungsplans**“ eindeutig die Rolle der Fallführung („case-manager“) zu definieren. Dieser ist nunmehr der zentrale Befundempfänger sowie Kommunikator und Koordinator der weiteren Maßnahmen sowohl im interdisziplinären Diskurs wie auch gegenüber Eltern und betroffenem Kind.

¹ Leitlinien d. Deutschen Ges. f. Sozialpädiatrie u. Jugendmedizin sowie d. AG ADHS der Kinder- u. Jugendärzte e.V.

² Leitlinien der Deutschen Ges. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie

Durchführung:

1.) Die Grundlage der Diagnostik (aller Altersgruppen) ist das Erheben einer **ausführlichen Anamnese** von Eltern und Kind bzw. Jugendlichen i. S. von:

- Vorstellungsgrund / Aktuelle Anamnese
- Störungsspezifische Problemanamnese („Kernsymptomatik“)
- Schwangerschafts-, Geburts- u. Neugeborenenanamnese
- Entwicklungsanamnese (inkl. Ressourcen und Stärken des Kindes)
- Familienanamnese
- Sozialanamnese (inkl. Erhebung abnormer psychosozialer Bedingungen, familiärer Ressourcen sowie Interaktionsanamnese)
- Außenanamnese mit Einverständnis der KE (z.B. bei Kindergarten, Schule, GE)

Differierende Umfeldbelastungen und Problemeinschätzung können mit standardisierten Fragebögen (wie CBCL, SDQ, DISYPS-HKS, Conners Bögen, etc.) erhoben werden.

Die Erhebung der Kernsymptomatik mittels **standardisierter Fragebögen** ist jedoch kein ausreichendes Instrument um **alleine daraus** eine Diagnose zu begründen. Ihr Wert liegt v.a. in der Erfassung von situationsübergreifenden oder variierenden Umfeldbelastungen und im Bereich der Verlaufsbeobachtung.

(ein detaillierter Explorations-Leitfaden inkl. diagnostischem Entscheidungsbaum ist unter „AWMF online Leitlinien“ zu finden) s.^{1,2}

2.) Die **Untersuchung** oder **externe Informationseinholung** beinhaltet **obligat**:

- Medizinisch:
 - Kinderärztlich-interne Untersuchung
 - Entwicklungsneurologisch-Neuropädiatrische Diagnostik
 - Kinderpsychiatrische Diagnostik (bei Hinweis auf andere kinder- u. jugendpsychiatrische Störung)
- Psychologisch:
 - Entwicklungs- u. Begabungsdagnostik / (Teil-)Leistungsdiagnostik (z.B.: Bayley-Scales, Griffiths-Scales, AID 2, HAWIK III, K-ABC, WET; SLR-T, ZAREKI, BUEVA, ...)
 - Persönlichkeitsdiagnostik / projektive und explorationsunterstützende Verfahren (z.B.: Sceno, SET, CAT, Zeichenverfahren, Rorschach, ...)
 - Begutachtung von Interaktion / Bindung / Familiendynamik (z.B.: SAT, GEV-B, H-MIM, Fit-KIT, FAST, Familienbrett, ...)
- Pädagogisch (evtl. Sozialarbeiterisch):
 - Verhaltensbeobachtung (im Einzel-, Familien- u./o. Kontakt mit Gleichaltrigen, evtl. videogestützt)
 - Lebenswelten des Kindes (Erziehungsstil, pädagog. Umfeld wie Kindergarten, Schule, etc.)
 - Situative Einflüsse (aktuell wichtige Beziehungen, life events, etc.)

Diese Zuordnung von Inhalten zu Berufsfeldern ist keineswegs als strenge Grenzziehung zu verstehen. Die Zuständigkeitsgrenzen der Professionen für einzelne Untersuchungsinhalten sind vielfach überschneidend. Jede Person möge daher den Teil zur Diagnostik beitragen, in welchem sie den Zugang zum Kind und das nötige Fachwissen hat.

3.) Bei Bedarf sind **fakultativ** zu ergänzen:

- Ergotherapeutische u./o. logopädische Begutachtung
- Beobachtung des Sozialverhaltens in diagnostisch – therapeutischen Gruppen
- Überprüfung von Sinnesfunktionen (Pädaudiologie, Pädophthalmologie)
- Medizinisch-apparative o. Labordiagnostik wie EEG, MRI, Schilddrüsenfunktion, etc.
- Aufmerksamkeitstests (wie KITAP, TOVA, o.ä.) sowie
- neuropsychologische Diagnostik (wie. WCS - Test , Zoo-Spiel, FWI -Test, etc.)

Spezifische Aufmerksamkeitstests wie auch explizite **neuropsychologische Diagnostik** kommen bis dato nur selten (und mit gezielter) Indikation zum Einsatz.

Form, Methodik und **Spektrum** der Untersuchungen wie auch die empfohlene Therapie müssen **dem Lebensalter** des Kindes entsprechend **angepasst** werden. In verschiedenen Entwicklungsphasen sind unterschiedliche Aspekte einer möglichen Symptomentstehung zu beachten und daher entsprechend altersadäquate diagnostische Instrumente zu verwenden.

Neben der obligaten Untersuchung des **allgemeinen Entwicklungs- u. Begabungsprofils** sowie der Exploration der **Familiendynamik** für jede Altersstufe (s.o.) ist für Säuglinge und Kleinkinder schwerpunktmäßig an videogestützte Interaktions- u./o. Bindungsdiagnostik sowie psychosoziale Stress- u. Traumanamnese; für Vorschulkinder vorrangig an Bindungsdiagnostik, Beachtung der Peer-Group-Dynamik (inkl. soziale u./o. kognitive Unter- o. Überforderung im Kindergarten, Geschwisterdynamik, etc.), Diagnostik von SI – Störung (Wahrnehmungsverarbeitungsstörung) sowie (projektive) Persönlichkeitsdiagnostik; und für Schulkinder: v.a. an Teilleistungsdiagnostik, (projektive) Persönlichkeitsdiagnostik sowie an soziale u./o. kognitive Unter- o. Überforderung in der Schule inkl. Gruppendynamik zu denken bzw. entsprechende Verfahren zum Einsatz zu bringen.

Andere, in ihrem z.T. ähnlichen Erscheinungsbild aber von AD(H)S abzugrenzende **Vorstellungsgründe** oder auch definitive **Differenzialdiagnosen** sind:

- Altersentsprechendes hohes Aktivitätsniveau, v.a. jüngerer Kinder
- Geistige Behinderung o. Minderbegabung mit Überforderungsproblematik
- Hochbegabung mit unterstimulierendem Umfeld
- Teilleistungsschwächen u./o. Sinnes- u. Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen
- Milieubedingte u. erlebnisreaktive Verhaltensstörungen (wie inkonsistentes elterliches Erziehungsverhalten, mangelnde Wärme in den familiären Beziehungen, etc.)
- Psychische Störungen (wie Störung des Sozialverhaltens, der Impulskontrolle, Oppositionelles Verhalten, Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung, Zwangsstörung, Depression)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Tic-Störungen (einschl. Tourette-Syndrom)
- Anfallsleiden (z.B. Absencen-Epilepsie)
- Nebenwirkung medikamentöser (Dauer-) Therapie (z.B. Barbiturate, ...)
- Persönlichkeitsveränderung durch somatische Krankheit o. psychotrope Substanzen
- Folgen eines Schlafapnoesyndroms
- Schilddrüsenüberfunktion
- Psychosen des Kindes- u. Jugendalters

Neben diesem umfassenden Diagnosespektrum auf der Seite des Kindes darf eine häufige - leider aber auch häufig zu gering beachtete - Dimension als Ursache für ungewöhnliches kindliches Verhalten nicht übersehen werden: **psychosoziale Belastung** oder **schwere (evtl. chronische) psychische oder körperliche Erkrankung von Mutter oder Vater** oder anderen nahen Bezugspersonen. Nach Beeinträchtigung der psychischen u./o. organischen

Gesundheit (wie Angst- o. Zwangserkrankung, Depression, chronische o. lebensbedrohliche somatische Erkrankung, etc.) und psychosozialen Belastungen (wie Armut, Arbeitslosigkeit, Streit- o. Krisensituation in der Partnerschaft, etc.) soll im Rahmen der Anamnese immer **gezielt** gefragt werden, da eine solche Problematik sonst oftmals nicht bekannt wird.

Eine weitere wesentliche Fragestellung ist die Einordnung einer spezifischen Symptomatik als **komorbide Störung**. Nach verschiedenen Untersuchungen ist **AD(H)S in bis zu 2/3 der Fälle von einer kinder- u. jugendpsychiatrischen Störung begleitet** (umschriebene Entwicklungsstörungen sind hierbei noch nicht einmal berücksichtigt).

Häufige **komorbide Störungen** sind:

- Oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens
- Andere Störungen des Sozialverhaltens
- Angst- u. Affektstörungen
- Aggressive Verhaltensstörung
- Umschriebene Entwicklungsstörungen (inkl. Lernstörungen, Teilleistungsschwächen)
- Tic-Störungen (inkl. Tourette – Syndrom)
- Kindliche Depression

B.) Therapie:

Analog zum mehrdimensionalen Ansatz der Diagnostik ist auch die **Behandlung umfassend** d.h. unter Einbeziehen aller drei o.g. Dimensionen zu gestalten.

Sie beinhaltet ein grundsätzlich **stufenweises Vorgehen**:

- 1.) **Information** über das Störungsbild und die Behandlungsmöglichkeiten
- 2.) **Eingehende Aufklärung und Beratung („Psychoedukation“)** von Eltern, Kind bzw. Jugendlichen und pädagogischem Umfeld (evtl. **Elterntaining** u./o. Interventionen in der Familie und in Kindergarten oder Schule) mit dem **Ziel** eines **angemessenen Störungskonzeptes** des familiären und pädagogischen Umfelds sowie eines **förderlichen Umganges** mit dem Kind
- 3.) **Behandlung des Kindes** einzeln o. in Gruppen mit dem **Ziel** einer **Verbesserung** der **sozialen Regulationsfähigkeit** und des **Selbstmanagements** (je nach Schwerpunkt des Problems und regional verfügbarem Angebot durch kognitive u./o. psychodynamische Psychotherapie, Psychomotorik / Motopädagogik, Maßnahmen der Heilpädagogik, funktionelle Therapie wie Ergotherapie oder Logopädie, usw.); Spez. Eltern-Kind-Behandlung bei Kleinkind oder systemischer Intervention.
- 4.) **Medikamentöse** Behandlung (für Kinder > 6 Jahre, darunter nur in **Ausnahmefällen**)

Für den Großteil hyperkinetischer Kinder ist eine nicht-medikamentöse Intervention die Methode der ersten Wahl. Sollte es durch diese Maßnahmen nicht zu einem ausreichenden Erfolg kommen, ist in der Abfolge der therapeutischen Angebote als 4. Schritt auch eine **medikamentöse Therapie** zu erwägen.

Eine sehr rasche, evtl. primäre Pharmakotherapie ist in Ausnahmefällen nur dann angezeigt, wenn eine stark ausgeprägte, situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit einer hohen Belastungssituation des Patienten und seines Umfelds (z.B. drohende Umschulung in Sonderschule o.ä.) vorliegt.

Vor einer Behandlung mit Psychostimulanzien (i.S. Methylphenidat) sind **folgende Abklärungen** erforderlich:

- Bereitschaft der Familie zur Mitarbeit
- Größe, Gewicht, Blutdruck, Pulsfrequenz (regelmäßige Kontrollen)
- bei Jugendlichen Drogenmissbrauch thematisieren und wenn möglich ausschließen
- gezielte Frage nach Tics u./o. Anfallsleiden

Es sollte im Rahmen **aller diagnostischen und therapeutischen Schritte**, besonders aber zu Beginn und im Verlauf einer medikamentösen Therapie eine Selbstverständlichkeit sein auch mit dem Kind **altersadäquat befragende und aufklärende Einzelgespräche** zu führen (warum es kommt, wie seine Problemsicht ist, ob und was es selbst verändern will, weshalb es ein Medikament nehmen soll, welche Wirkung und Nebenwirkung dieses evtl. haben kann, etc.). Diese Verantwortung ist nicht an die Eltern delegierbar.

Die Behandlung kann meist **ausreichend erfolgreich ambulant** durchgeführt werden. Eine teilstationäre oder stationäre Therapie kann in folgenden Fällen indiziert sein:

- bei besonders schwer ausgeprägter hyperkinetischer Symptomatik;
- bei besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (z.B. Störungen des Sozialverhaltens) bzw. schwieriger diagnostischer Zuordnung der Symptomatik;
- bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten bzw. in der Schule oder bei besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen;
- nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie.

Ein gut funktionierendes Netzwerk ist unabdingbar für die Diagnostik und Behandlung von AD(H)S bzw. Kindern u. Jugendlichen mit hyperaktivem Verhalten!

Aufgabe dieses Netzwerkes aller mit dem Kind befassten Professionen ist es einen integrativen Behandlungsplan zu erstellen und diesen in regelmäßigen Abständen gemeinsam mit Eltern und Kind zu evaluieren.

Wien, im Oktober 2005

Dieses Papier ist in Konsensbildung (Verfahren: Arbeitsgruppe und E-mail-Kommunikation) untenstehender Personen und der durch sie repräsentierten Institutionen entstanden.

Ziel war es eine Vereinheitlichung des Vorgehens in Diagnostik und Therapie des AD(H)S in der ambulanten Versorgung durch institutionelle und niedergelassene Anbieter zu erreichen.

Koordination und Texterstellung: K. Vavrik¹, F. Brandstetter²

MitarbeiterInnen in der Arbeitsgruppe: A. Asisi², B. Blaha-Hausner², D. Eulert-Fuchs², M. Freiling³, T. Hansbauer⁴⁺¹⁷, I. Lochner², B. Mally¹, E. Pilz², M. Posch², B. Schuh-Tüchler², S. Skribot-Schandl¹, E. Stadlmaier², S. Stefan¹, L. Stejfova⁵, L. Vodopiuz⁶, M. Waldenmaier¹

Sich dem Konsens mit Anregungen, Kommentar bzw. Ergänzungen anschließend:

A. Artner¹², D. Baumgartner¹⁵, M. Baumgartner⁷, B. Burian-Langegger¹⁴, B. Flucher¹³, B. Hackenberg³, M. Hartmann¹³, E. Hauser¹¹, K. Kranewitter¹³, W. Leixnering⁹, L. Ölsböck¹³, E. Pokorny¹⁶, P. Scheer¹⁰, L. Thun-Hohenstein⁸

¹ Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse, Wien, ² Zentrum für Entwicklungsförderung, Wien, ³ Tagesklinik für Psychosomatik, AKH Wien, ⁴ Heilpädagogik Hinterbrühl, ⁵ Ambulatorium Strebersdorf, Wien, ⁶ Ambulatorium Märzstrasse, Wien, ⁷ Sozialpädiatrisches Zentrum, Amb. Sonnenschein, St. Pölten, ⁸ Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Salzburg, ⁹ Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Linz, ¹⁰ Psychosomatik d. Universitätskinderklinik, Graz, ¹¹ Sozialpädiatrisches Zentrum im Thermenklinikum, Mödling, ¹² Ambulatorium, Wr. Neustadt, ¹³ Entwicklungsdiagnostisches Ambulatorium, Salzburg, ¹⁴ Institute für Erziehungshilfe, Wien, ¹⁵ Bundesfachgruppenobmann f. Kinder- u. Jugendheilkunde, ¹⁶ Fachgruppenobmann f. Kinder- u. Jugendheilkunde, Wien, ¹⁷ St. Anna Kinderspital, Wien

Testregister der Abkürzungen

- AID 2: Adaptives Intelligenz Diagnostikum 2
- BUEVA: Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter
- CAT: Kinder-Apperzeptions-Test
- CBCL: Child Behavior Checklist
- DISYPS: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV
- FAST: Familiensystemtest
- FWI-Test: Farbe-Wort-Interferenztest
- GEV-B: Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindungsdiagnostik
- HAWIK III: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III
- H-MIM: Heidelberger Marschak Interaktionsmethode
- K-ABC: Kaufman Assessment Battery for Children
- KITAP: Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder
- SAT: Separation Anxiety Test
- SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire
- SET: Satzergänzungstest
- SLRT: Salzburger Lese- und Rechtschreibtest
- TOVA: Test of Variables of Attention
- WCS-Test: Wisconsin Card Sorting Test
- WET: Wiener Entwicklungstest