



zentrales adhs-netz

Durchführungsprotokoll zur Diagnostik, Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen sowie weiterer Hilfemaßnahmen

1. Auflage, März 2011, Korrektur November 2011

Autoren

Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

Die Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement ist interdisziplinär mit Mitgliedern aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Ergotherapie und Jugendhilfe zusammengesetzt. Mitglieder: Manfred Döpfner (Leitung), Andrea Böckling, Irena Günther, Klaus Werner Heuschen, Andrea Kamrath, Ulrich Kohns, Renate Marx-Mollière, Brigitte Noack, Jürgen Prager, Andrea Schneider, Krasimira Staneva, Ulrich Umpfenbach, Tanja Wolff Metternich-Kaizman.

Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes

Prof. Dr. Manfred Döpfner (Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut, Köln)

Geschäftsführender Leiter

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mannheim)

Prof. Dr. Michael Rösler (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Homburg)

Dr. Klaus Skrodzki (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologe, Forchheim)

Zielsetzung des Durchführungsprotokolls

Dieses Durchführungsprotokoll zur Diagnostik, Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen sowie weiterer Hilfemaßnahmen hat zum Ziel, diagnostische und therapeutische Abläufe zu operationalisieren und damit zur Qualitätssicherung in diesem Bereich beizutragen. Die Durchführung der im Protokoll aufgeführten Maßnahmen setzt eine ausreichende Vergütung der zu erbringenden Leistungen voraus. Diesbezügliche Verhandlungen sind Aufgabe der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Das Durchführungsprotokoll greift auf die Vorgaben der deutschsprachigen Leitlinien der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände (Döpfner et al., 2007) sowie der pädiatrischen Fachverbände (Grosse & Skrodzki 2007) und auch auf die europäischen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von ADHS (Taylor et al., 2004, Banaschewski et al., 2006, 2008a,b) zurück. Es berücksichtigt auch die bereits andernorts publizierten Vorschläge zur konkreten Umsetzung dieser Leitlinien (Döpfner et al., 2000). Das Durchführungsprotokoll besitzt Prozesscharakter und wird kontinuierlich an die jeweils aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften angepasst.

Die einzelnen diagnostischen, therapeutischen und anderen Hilfeleistungen können von verschiedenen Berufsgruppen aus dem Gesundheits-, Jugendhilfe- und Schulsystem erbracht werden. Regionale Unterschiede in der Versorgungssituation führen zu unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in den einzelnen Regionen. Die im Durchführungsprotokoll beschriebenen Leistungen können nur dann von einer Fachkraft erbracht werden, wenn diese die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben erfüllt und die dafür notwendigen Kompetenzen besitzt. Verschiedene Berufsgruppen sind an der Erbringung einzelner Leistungen zur Diagnostik, Therapie und anderer Hilfemaßnahmen beteiligt, vor allem:

Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Fachärztinnen/Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Fachärztinnen/Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen/ Fachärzte für Allgemeinmedizin, Personen mit einer Ausbildung im pädagogischen, psychosozialen, psychologischen, (nichtärztlich) therapeutischen Bereich (u.a. Diplom-Pädagoginnen und -Pädagogen, Diplom-Psychologinnen und -Psychologen, Diplom-Heil/Sonder/Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Motopädinnen und Motopäden, Logopädinnen und Logopäden, Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher).

Das Durchführungsprotokoll wurde von der **Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement**, einer interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe des zentralen adhs-netzes, erarbeitet sowie den Mitgliedern des interdisziplinären Beirates des zentralen adhs-netzes zur Stellungnahme vorgelegt und nach weiterer Überarbeitung von der Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes am 05.03.2011 verabschiedet.

Phasen des Durchführungsprotokolls

Das Durchführungsprotokoll berücksichtigt folgende 6 Phasen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses:

1. Erkennung und Verdachtsdiagnose
2. Diagnostik und Differentialdiagnostik
3. Indikationsstellung
4. Beratung, Psychoedukation und Schulung von Patienten und Bezugspersonen
5. Therapie
 - 5.1. Familien-, kindergarten- und schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen
 - 5.2. Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und symptomorientierte Entwicklungsförderung
 - 5.3. Pharmakotherapie
 - 5.3.1. Kontrollierte medikamentöse Einstellung
 - 5.3.2. Medikamentöse Dauertherapie
6. Verlaufskontrolle

Inhaltsverzeichnis

1	Erkennung und Verdachtsdiagnose	- 5 -
1.1	Erkennung und Verdachtsdiagnose: Übersicht.....	- 5 -
1.2	Erkennung und Verdachtsdiagnose: Methoden	- 5 -
2	Diagnostik und Differentialdiagnostik	- 6 -
2.1	Diagnostik und Differentialdiagnostik: Übersicht	- 6 -
2.2	Diagnostik und Differentialdiagnostik: Methoden	- 7 -
3	Indikationsstellung	- 9 -
4	Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen	- 11 -
4.1	Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen: Übersicht	- 11 -
4.2	Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen: Methoden	- 11 -
5	Therapie	- 12 -
5.1	Familien-, kindergarten- und schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen	- 12 -
5.1.1	Familien-, kindergarten- und schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen: Übersicht	- 12 -
5.1.2	Komponenten familienzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome in der Familie einschließlich Elternt raining.....	- 13 -
5.1.3	Komponenten kindergarten- oder schulzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome einschließlich Erzieher- / Lehrertraining	- 14 -
5.2	Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und symptomorientierte Entwicklungsförderung	- 15 -
5.2.1	Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und symptomorientierte Entwicklungsförderung: Übersicht.....	- 15 -
5.2.2	Komponenten patientenzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome einschließlich Spiel-, Aufmerksamkeits- und Selbstmanagementtraining	- 16 -
5.3	Pharmakotherapie	- 18 -
5.3.1	Kontrollierte medikamentöse Einstellung.....	- 18 -
5.3.1.1	Kontrollierte medikamentöse Einstellung: Übersicht	- 18 -
5.3.1.2	Kontrollierte medikamentöse Einstellung: Methoden	- 18 -
5.3.2	Medikamentöse Dauertherapie.....	- 20 -
5.3.2.1	Medikamentöse Dauertherapie: Übersicht.....	- 20 -
5.3.2.2	Medikamentöse Dauertherapie: Methoden	- 20 -
6	Verlaufskontrolle	- 22 -
6.1	Verlaufskontrolle: Übersicht.....	- 22 -
6.2	Verlaufskontrolle: Methoden	- 22 -
7	Anhang	- 25 -
7.1	Liste diagnostischer Verfahren	- 25 -
7.2	Liste von Elternt rainings	- 28 -
7.3	Liste von Trainingsmanualen für patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und zur symptomorientierten Entwicklungsförderung	- 31 -

Grundlagenliteratur: Nationale und europäische Leitlinien und Leitfäden

- 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 & Adolescent Psychiatry* 15(8), 476-495.
- 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, 97-107.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- 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. (Hrsg.), *Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- 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, 1/7-1/30.

1 Erkennung und Verdachtsdiagnose

1.1 Erkennung und Verdachtsdiagnose: Übersicht

Anlass	Eltern, Erzieher, Lehrer oder Kinder / Jugendliche äußern Probleme, die auf ADHS hinweisen könnten
Ziel	<ul style="list-style-type: none">• Erkennen von Symptomen von ADHS• Erkennen von Hinweisen auf andere Störungen
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">• Exploration und Screening-Fragebogen
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none">• Bei Hinweisen auf eine ADHS-Symptomatik: Diagnostik & Differentialdiagnostik durch qualifizierten Untersucher

1.2 Erkennung und Verdachtsdiagnose: Methoden

Maßnahmen	Methoden
Exploration und Screening-Fragebogen	<ul style="list-style-type: none">• ADHS-Bogen (Eltern, Erzieher, Lehrer, klinische Beurteilung)

2 Diagnostik und Differentialdiagnostik

2.1 Diagnostik und Differentialdiagnostik: Übersicht

Anlass	Kind / Jugendlicher wird zur Abklärung von ADHS vorgestellt
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Diagnosekriterien für ADHS und Bestimmung des Schweregrades der Symptomatik • Differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen oder somatischen Erkrankungen • Erfassung komorbider Symptome und Diagnose komorbider Störungen / Erkrankungen und deren Schweregrad • Beurteilung des intellektuellen Entwicklungsstandes, der schulischen Leistungsfähigkeit, einschließlich Hinweisen auf umschriebene Entwicklungsstörungen • Erfassung psychosozialer Belastungen und störungsaufrechterhaltender Bedingungen • Erfassung der Einschränkungen des Funktionsniveaus und der Lebensqualität und der subjektiven Belastung des Patienten und der Familie
Mögliche Maßnahmen (Spezifikation siehe Kapitel 2.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration der Eltern und anderer Bezugspersonen zu den o.g. Aspekten unter Einschluss von Fragebögen • Exploration des Patienten zu den o.g. Aspekten evtl. unter Einschluss von Fragebögen • Erhebung von Informationen aus dem sozialen Umfeld (Kindergarten/Schule) und aus dem therapeutischen Umfeld (z.B. Ergo-/Mototherapeut, Frühförderung) evtl. unter Einschluss von Fragebögen • Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen • Körperliche Untersuchung, einschließlich neurologischer und motoskopischer Untersuchung und orientierende Prüfung des Hör- und Sehvermögens; ggf. Labordiagnostik, EEG und andere spezialisierte organische Abklärung • Testpsychologische Untersuchung (Intelligenz-, Entwicklungs-, Teilleistungs- und neuropsychologische Diagnostik)
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose und Differentialdiagnose • Stellung der Indikation für therapeutische und andere Interventionen und Behandlungsplanung

2.2 Diagnostik und Differentialdiagnostik: Methoden

Maßnahmen		Methoden
Exploration der Eltern/ Erziehungsberechtigten, des Patienten	M	<ul style="list-style-type: none"> • Freie Exploration der Eltern bzw. anderer Bezugspersonen • Freie Exploration des Patienten, wenn möglich auch ohne Anwesenheit der Eltern
	E	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (DCL-ADHS) • Explorationschema für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten (ES-HOV) oder Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Explorationsbogen ADHS/ADS
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifische Explorationshilfen und Checklisten zur Diagnostik komorbider Störungen, z.B. aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II)
Fragebogen zur Erfassung der ADHS- Symptomatik (Eltern, Lehrer/Erzieher, Patienten)	M	<ul style="list-style-type: none"> • FBB-ADHS-V-Eltern (3-6 J.), FBB-ADHS-Eltern (6-18 J.)
	E	<p>Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FBB-ADHS-Lehrer, FBB-ADHS-V-Erzieher (3-6 J.) • SBB-ADHS (Selbsturteil ab 11 Jahren)
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Keine
Fragebogen zur Erfassung komorbider Störungen und von Lebensqualität (Eltern, Lehrer/Erzieher, Patienten)	M	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Hinweise aus Exploration keine
	E	<p>Zur Erfassung besonders häufig auftretender oppositioneller Verhaltensauffälligkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • FBB-SSV oder ODD / ADHD-Checkliste (SNAP) <p>Zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten im Schulalter</p> <ul style="list-style-type: none"> • SDQ Deu – Eltern (3-4 J.) / Eltern (4-16 J.) / Lehrer (4-16 J.) / Patient (11-16 J.) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen für Eltern zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten CBCL 4-18 (4-18 Jahre) • Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen TRF (6-18 Jahre) • Fragebogen für Jugendliche YSR (ab 11 Jahren) <p>Zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten im Vorschulalter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Elternfragebogen VBV-EL (3-6 Jahre) • Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Erzieherfragebogen VBV-ER (3-6 Jahre) <p>Zur Erfassung von Lebensqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventar zur Lebensqualität von Kindern (ILK)

M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1

Maßnahmen		Methoden
	I	Spezifische Fragebögen zur Diagnostik komorbider Störungen <ul style="list-style-type: none"> z.B. aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II)
Erhebung von Informationen aus dem sozialem Umfeld (Kiga/Schule) evtl. unter Einschluss von Fragebögen	M	<ul style="list-style-type: none"> Freie Exploration der Lehrer / Erzieher/ Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Informationen von Lehrern/Erziehern/Therapeuten (z.B. Zeugnisse)
	E	<ul style="list-style-type: none"> FBB-ADHS-Lehrer, FBB-ADHS-V-Erzieher (3-6 J.)
	I	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltensbeobachtung im Kindergarten / in der Schule Verhaltensbeobachtung während Übungsbehandlungen (Moto-/ Ergo-/ Sprachtherapie)
Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen	M	<ul style="list-style-type: none"> Freie Beobachtung
	E	<ul style="list-style-type: none"> Verhalten während der Untersuchung (VEWU)
	I	<ul style="list-style-type: none"> Psychopathologische Befund-Dokumentation (PSYPA)
Beurteilung des Entwicklungsstandes und der Intelligenz sowie neuropsychologischer Funktionen	M	<ul style="list-style-type: none"> Klinische Einschätzung aufgrund der Exploration von Eltern, Lehrern und Patienten und aufgrund der Verhaltensbeobachtung Entwicklungsdiagnostik zum Ausschluss umschriebener Entwicklungsstörungen und von Intelligenzabweichungen
	E	<ul style="list-style-type: none"> Eindimensionale Intelligenzdiagnostik (CFT, CPM) Mehrdimensionale Intelligenzdiagnostik (K-ABC, HAWIK-IV)
	I	<ul style="list-style-type: none"> Testverfahren zur Prüfung von Aufmerksamkeitsleistungen und exekutiven Funktionen, umschriebener Entwicklungsstörungen
Körperliche Untersuchung	M	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese zu Schwangerschaft, Geburt, körperlichen Erkrankungen Orientierende internistische und neurologisch-motoskopische Untersuchung einschließlich Seh- und Hörprüfung
	E	<ul style="list-style-type: none"> Keine
	I	<ul style="list-style-type: none"> Labordiagnostik (z. B. Schilddrüse, Allergien), EEG, EKG Andere spezialisierte organische Abklärung

M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
 Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1

3 Indikationsstellung

Intervention	Indikation
Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen	Wird immer durchgeführt, ist Grundlage aller weiteren Interventionen
Verhaltenstherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Primäre Intervention bei leichtem bis mittleren Schweregrad der Symptomatik und damit einhergehender leichter bis mittlerer Funktionseinschränkung und einer hinreichenden Therapie-Compliance für Verhaltenstherapie. Beratung, Psychoedukation und Schulung von Patienten und Bezugspersonen sind Bestandteile der Verhaltenstherapie. Innerhalb der verhaltenstherapeutischen Interventionen sind familienzentrierte Interventionen (Elterntrainings) und kindergarten- / schulzentrierte Interventionen hauptsächlich durchzuführen. Patientenzentrierte Interventionen können ergänzend eingesetzt werden und gewinnen mit zunehmendem Alter der Patienten an Bedeutung. • Sekundäre Intervention (als Kombinationsbehandlung) bei behandlungsbedürftiger Residualsymptomatik oder komorbider Symptomatik bei teilweise erfolgreicher Pharmakotherapie und einer hinreichenden Therapie-Compliance für ergänzende Verhaltenstherapie. • Sekundäre Intervention (als Alternativbehandlung) nach erfolgloser Pharmakotherapie und einer hinreichenden Therapie-Compliance für Verhaltenstherapie. • Sekundäre Intervention bei starkem Schweregrad der Symptomatik, wenn Pharmakotherapie verweigert wird oder keine hinreichende Therapie-Compliance für Pharmakotherapie hergestellt werden konnte. In diesem Fall kann die Bearbeitung der Gründe für die Verweigerung / mangelnde Compliance für Pharmakotherapie auch ein Ziel verhaltenstherapeutischer Interventionen sein.
Symptomorientierte Entwicklungsförderung	<p>Die Wirksamkeit symptomorientierter Entwicklungsförderung des Patienten zur Behandlung der ADHS-Kernsymptomatik ist nur begrenzt empirisch überprüft. Eine engmaschige Erfolgskontrolle durch den delegierenden Arzt oder Psychotherapeuten ist besonders indiziert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primäre Intervention bei spezifischen Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration von leichtem bis mittleren Schweregrad sowie bei Störungen anderer Entwicklungsfunktionen und einer hinreichenden Therapie-Compliance für symptomorientierte Entwicklungsförderung. • Sekundäre Intervention bei behandlungsbedürftiger Residualsymptomatik hinsichtlich Aufmerksamkeit oder Konzentration oder komorbider Symptomatik bei teilweise erfolgreicher Pharmakotherapie und einer hinreichenden Therapie-Compliance für ergänzende symptomorientierte Entwicklungsförderung.

Intervention	Indikation
Pharmakotherapie	<ul style="list-style-type: none">• Primäre Intervention (nach oder parallel zu Beratung, Psychoedukation und Schulung von Patienten und Bezugspersonen) bei starkem Schweregrad der Symptomatik und damit einhergehender starker Funktionseinschränkung und einer hinreichenden Therapie-Compliance für Pharmakotherapie.• Sekundäre Intervention (als Kombinationsbehandlung) bei behandlungsbedürftiger Residualsymptomatik bei teilweise erfolgreicher Verhaltenstherapie und einer hinreichenden Therapie-Compliance für ergänzende Pharmakotherapie.• Sekundäre Intervention (als Alternativbehandlung) nach erfolgloser Verhaltenstherapie und einer hinreichenden Therapie-Compliance für Pharmakotherapie.• Sekundäre Intervention bei mittlerem Schweregrad der Symptomatik, wenn Verhaltenstherapie verweigert wird oder keine hinreichende Therapie-Compliance für Verhaltenstherapie hergestellt werden konnte.

4 Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen

4.1 Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen: Übersicht

Anlass	Diagnose von ADHS und Beginn therapeutischer Interventionen
Ziele & Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none">• Erfassen der subjektiven Störungskonzepte und Interventionserwartungen von Patienten und Bezugspersonen• Vermittlung von Kenntnissen zu Diagnose, Ursache, Prognose und zu Behandlungsoptionen bei Patient und Bezugspersonen, auch unter Einsatz schriftlicher Materialien• Erarbeitung eines gemeinsamen Störungskonzeptes und eines gemeinsamen Interventionsplanes unter Anwendung therapeutischer Gesprächsführung, auch unter Einsatz schriftlicher Materialien• Erkennen und Bearbeiten von Sorgen im Zusammenhang mit der Diagnose und Verminderung der subjektiven Belastungen• Aufbau günstiger Erziehungsstrategien bei Bezugspersonen und Strategien zum Umgang mit konkreten Alltagsproblemen<ul style="list-style-type: none">▪ durch Strukturierung der Abläufe in der Familie, im Kindergarten / in der Schule▪ durch positive Zuwendung bei angemessenem Verhalten▪ durch angemessene Aufforderungen und Grenzsetzungen in einer eindeutigen Weise• Verminderung von problemaufrechterhaltenden Bedingungen in der Familie, dem Kindergarten / der Schule und im weiteren psychosozialen Umfeld• Aufbau und Stärkung von Änderungsmotivation beim Patienten und bei Bezugspersonen
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none">• Wenn die Symptomatik nicht hinreichend vermindert ist, Einleitung konkreter Therapieschritte• Wenn die Symptomatik hinreichend vermindert ist oder die Beteiligten keine Therapie wünschen, Beendigung der Intervention

4.2 Beratung, Psychoedukation, Anleitung und Schulung von Patienten und Bezugspersonen: Methoden

Komponenten aus Elterntrainings siehe Kapitel 5.1.2

Liste von Elterntrainings siehe Kapitel 7.2

5 Therapie

5.1 Familien-, kindergarten- und schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen

5.1.1 Familien-, kindergarten- und schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen: Übersicht

Anlass	Diagnose von ADHS und Beginn therapeutischer Interventionen
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation der zu verändernden Zielsymptome (bzgl. ADHS und komorbider Störungen) in der Familie, der Schule und im Freizeitbereich • Verminderung der Zielsymptomatik in der Familie • Verminderung der Zielsymptomatik in der Schule • Verminderung der Zielsymptomatik im Freizeitbereich
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung, Psychoedukation und Schulung von Patienten und Bezugspersonen wie unter 4. beschrieben • Exploration und Festlegung der zu verändernden Zielsymptome in der Familie, der Schule und im Freizeitbereich • Familienzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome sowie komorbider Symptome in der Familie einschließlich Elternt raining • Kindergarten- oder schulzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome sowie komorbider Symptome in der Schule einschließlich Erzieher- / Lehrertraining • Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome sowie komorbider Symptome einschließlich Spiel-, Aufmerksamkeits- und Selbstmanagementtraining (s. Kapitel 5.2)
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Beendigung der Therapie, wenn die Symptomatik hinreichend vermindert ist, sich nicht weiter vermindern lässt oder die Beteiligten keine Therapie wünschen • Überprüfung der Indikation ergänzender oder alternativer Pharmakotherapie wenn eine behandlungsbedürftige Restsymptomatik besteht oder die Therapie nicht erfolgreich ist

Liste von Elternt rainings siehe Kapitel 7.2

5.1.2 Komponenten familienzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome in der Familie einschließlich Elternt raining (in Anlehnung an Döpfner et al., 2000)

1. Identifikation spezifischer Problemsituationen und Problemverhaltensweisen (Zielprobleme) in der Familie und Kontrolle ihres Verlaufs.
2. Analyse positiver und negativer Konsequenzen für angemessenes und für auffälliges Verhalten (Verhaltensanalyse) gemeinsam mit den Eltern. Meist zeigt sich ein inkonsistentes Erziehungsverhalten mit unklaren Familienregeln und fehlenden positiven und negativen Konsequenzen bei angemessenem bzw. problematischem Verhalten.
3. Wenn negative Eltern-Kind-Interaktionen dominieren, sollten zunächst Interventionen zur Steigerung der positiven Aufmerksamkeit und Zuwendung der Eltern zum Kind auch während spezieller Spielzeiten durchgeführt werden.
4. Anleitung der Eltern zum wirkungsvollen Äußern von Aufforderungen und von Grenzsetzungen sowie von Zuwendung, wenn Aufforderungen und Grenzen beachtet werden. Diese Verhaltensweisen sollen in individuellen Situationen eingeübt werden.
5. Erarbeitung von angemessenen negativen Konsequenzen bei auffälligem Verhalten des Kindes. Diese Konsequenzen sollten eng mit dem Problemverhalten verknüpft sein und sie sollten jedes Mal erfolgen, wenn das Problemverhalten auftritt. Diese Verhaltensweisen sollen in individuellen Situationen eingeübt werden.
6. Anwendung von Token-Systemen, um angemessenes Verhalten in spezifischen Situationen zu verstärken. Als Eintauschverstärker sollten beliebte Aktivitäten materiellen Verstärkern vorgezogen werden.
7. Anwendung von Verstärker-Entzugs-Systemen (response cost), um besonders häufiges Problemverhalten zu vermindern.
8. Anwendung von Auszeit vor allem bei ausgeprägten Formen von oppositionellem Verhalten und wenn negative Konsequenzen auf das Problemverhalten (siehe Punkt 5) nicht hinreichend erfolgreich sind. Diese Intervention muss besonders sorgfältig durchgeführt und kontrolliert werden.
9. Im Jugendalter werden statt Token-Systemen therapeutische Verträge eingesetzt und Selbstmanagement-Verfahren vermehrt genutzt. Problemlöse- und Kommunikationstrainings sowie Methoden der kognitiven Umstrukturierung werden zur Verminderung von Konflikten zwischen Eltern und Adoleszenten eingesetzt.

5.1.3 Komponenten kindergarten- oder schulzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome einschließlich Erzieher- / Lehrertraining

(in Anlehnung an Döpfner et al., 2000)

1. Besprechung der Struktur der Gruppe / Klasse und der Anforderungen (z.B. Klassengröße, Kind sollte nahe beim Lehrer sitzen, stärker strukturiertes Lernen als Freiarbeit, Wechsel von Unterrichtsaktivitäten, Festlegen von Verhaltensregeln für die ganze Klasse und entsprechende positive bzw. negative Konsequenzen. Im Kindergarten: Anleitung des Kindes zum Spiel in einem bestimmten Spielbereich und zu ausdauerndem Spiel).
2. Identifikation spezifischer Problemsituationen und Problemverhaltensweisen (Zielprobleme) im Kindergarten /in der Schule und Kontrolle ihres Verlaufs.
3. Analyse positiver und negativer Konsequenzen für angemessenes und für auffälliges Verhalten (Verhaltensanalyse) gemeinsam mit der Erzieherin/Lehrerin. Häufig fällt es der Bezugsperson schwer vor allem in der Gruppensituation konsistent mit positiven bzw. negativen Konsequenzen bei angemessenem bzw. problematischem Verhalten zu reagieren.
4. Wenn negative Erzieher/Lehrer-Kind-Interaktionen dominieren, sollten zunächst Interventionen zur Steigerung der positiven Aufmerksamkeit und Zuwendung der Bezugspersonen zum Kind (z.B. regelmäßige kurze positive Rückmeldung nach Ende des Unterrichtes).
5. Diskussion von Möglichkeiten zum wirkungsvollen Äußern von Aufforderungen und von Grenzsetzungen sowie von Zuwendung, wenn Aufforderungen und Grenzen beachtet werden, vor allem unter Berücksichtigung des Gruppenkontextes.
6. Erarbeitung von angemessenen negativen Konsequenzen bei auffälligem Verhalten des Kindes. Diese Konsequenzen sollten eng mit dem Problemverhalten verknüpft sein und sie sollten jedes Mal erfolgen, wenn das Problemverhalten auftritt.
7. Anwendung von Token-Systemen, um angemessenes Verhalten in spezifischen Situationen zu verstärken. Die Eintauschverstärkung kann im Kindergarten / in der Schule (z.B. spezielle Spielzeit oder weniger Hausaufgaben), zu Hause oder beim Therapeuten (z.B. spezielle Spielzeit) erfolgen.
8. Anwendung von Verstärker-Entzugs-Systemen (response cost), um besonders häufiges Problemverhalten (z.B. ständiges Aufstehen im Unterricht, Stören anderer) zu vermindern.
9. Anwendung von Auszeit (das Kind muss das Klassenzimmer /den Gruppenraum verlassen) vor allem bei ausgeprägten Formen von oppositionellem Verhalten und wenn negative Konsequenzen auf das Problemverhalten (siehe Punkt 6) nicht hinreichend erfolgreich sind. Das Verlassen des Klassenzimmers/des Gruppenraumes darf von dem Kind aber nicht als belohnend erlebt werden. Die Aufsichtspflicht muss sichergestellt sein. Diese Intervention muss besonders sorgfältig durchgeführt und kontrolliert werden.
10. Im Jugendalter werden statt Token-Systemen therapeutische Verträge eingesetzt und Selbstmanagement-Verfahren vermehrt genutzt.

5.2 Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und symptomorientierte Entwicklungsförderung

5.2.1 Patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und symptomorientierte Entwicklungsförderung: Übersicht

Anlass	<p>Spezifische Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration, Selbstorganisation oder anderer Funktionen.</p> <p><i>Die Wirksamkeit patientenzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen und von symptomorientierter Entwicklungsförderung des Patienten zur Behandlung der ADHS-Kernsymptomatik ist nur begrenzt empirisch überprüft. Es werden Trainings aufgelistet, die in Manualform vorliegen und bei denen geringstenfalls Hinweise auf Wirksamkeit vorliegen. Die Durchführung dieser Trainings bedarf einer spezifischen Qualifikation. Eine engmaschige Erfolgskontrolle durch den delegierenden Arzt oder Psychotherapeuten ist besonders indiziert.</i></p>
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung von spezifischen Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Selbstorganisation oder anderer Beeinträchtigungen von Entwicklungsfunktionen
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Selbstinstruktionstraining • Förderung von Selbstorganisation und Selbstmanagement • Mitbehandlung komorbider Funktionsstörungen (z.B. Lese-, Rechtschreibfähigkeit, motorische Funktionen, Sprachfunktionen) • Anleitung von Eltern und anderen Bezugspersonen in diesen Bereichen
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Beendigung der Therapie, wenn die Symptomatik hinreichend vermindert ist, sich nicht weiter vermindern lässt oder die Beteiligten keine Therapie wünschen • Anregung zur Überprüfung der Indikation anderer Therapien, wenn eine behandlungsbedürftige Restsymptomatik besteht oder die Therapie nicht erfolgreich ist

Liste von Trainingsmanualen für patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und zur symptomorientierten Entwicklungsförderung s. Kapitel 7.3

5.2.2 Komponenten patientenzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verminderung der ADHS-Kernsymptome einschließlich Spiel-, Aufmerksamkeits- und Selbstmanagementtraining
(in Anlehnung an Döpfner et al., 2000)

Intervention & Zielsetzung	Komponenten
<p>Spieltraining Zielsetzung: Verbesserung von Spielintensität und Spieldauer (besonders bei Kindern im Kindergartenalter)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestaltung einer positiven und tragfähigen Beziehung zum Kind 2. Bestimmung der Ansatzpunkte der Intervention durch Beobachtung des Kindes in Spielsituationen mit unterschiedlichem Strukturierungsgrad 3. Aufbau eines intensiven und ausdauernden Spiel- und Beschäftigungsverhaltens (Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken, wie Ziel- und Regelabsprache und Erfragen von Handlungsplänen, verbale oder aktionale Rückführung des Kindes zur Spielsituation und soziale Verstärkung einzelner Spielhandlungen) 4. Stabilisierung des Spiel- und Beschäftigungsverhaltens durch Förderung der Selbststeuerung und Ausblendung der Fremdsteuerung 5. Steigerung der Anforderungen an das Spiel- und Beschäftigungsverhalten des Kindes 6. Stabilisierung der Effekte und Generalisierung auf das Spielverhalten des Kindes in der Familie durch Integration der Eltern bei erfolgreicher Veränderung des Spiel- und Beschäftigungsverhalten in der Therapiestunde und Anleitung zur Durchführung des Spieltrainings als Spiel- und Übungsstunde zu Hause
<p>Selbstinstruktions- und Aufmerksamkeitstraining (ab dem Schulalter) Zielsetzung: Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeiten und reflexiven Problemlösestrategien des Kindes (anhaltendes Zentrieren der Aufmerksamkeit, bessere Kontrolle der Impulse, Entwicklung von Handlungsplänen, dadurch besseres Lösen von Aufgaben)</p>	<p>Das Kind lernt am Modell des Therapeuten, indem dieser laut denkt, wie man mit Schwierigkeiten umgehen kann (Erkennen von Schwierigkeiten, Überlegung verschiedener Lösungsmöglichkeiten und Abwägung, Abschätzung der Angemessenheit von Lösungsmöglichkeiten, Kontrolle der Richtigkeit der Lösung, Selbstbestätigung des Erfolgs)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Überprüfung der Indikation des Selbstinstruktionstrainings <ul style="list-style-type: none"> - Indikation: ergänzend, wenn selbst unter günstigen Bedingungen ein ausgeprägt impulsives, leicht ablenkbares, wenig konzentriertes oder wenig durchstrukturiertes Arbeitsverhalten zu beobachten ist - Nicht anzuwenden bei Vorschulkindern oder bei sechs bis siebenjährigen Kindern mit ausgeprägter hyperkinetischer Symptomatik oder mit verminderter Intelligenz 2. Entwicklung von Problembewusstsein und Besprechung der Ziele des Selbstinstruktionstrainings mit dem Kind

Intervention & Zielsetzung	Komponenten
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Aufbau eines planvollen und reflexiven Arbeitsverhaltens: <ul style="list-style-type: none"> - Einführung in die Technik des lauten Denkens - Einführung der Signalkarten - Einüben der Selbstinstruktion - Unterstützende Interventionen (Token-Systeme) - Anwendung der Selbstinstruktion auf schulische Aufgaben 4. Generalisierung des Arbeitsverhaltens auf reale Situationen <ul style="list-style-type: none"> - Übergang zu geflüsterter Selbstinstruktion - Anwendung von Selbstmanagement-Techniken - Kombinationen mit Interventionen im Unterricht 5. Anleitung der Eltern und Kombination mit anderen Interventionen in der Familie
<p>Selbstmanagement (ab dem Schulalter, 2. Klasse) Zielsetzung: In den kritischen Situationen soll der Patient alternatives, angemessenes Verhalten zeigen, indem er versucht, sich an bestimmte Regeln zu halten und indem er sich für eine erfolgreiche Situationsbewältigung selbst positiv verstärkt</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erarbeitung von Verhaltenszielen 2. Diskussion von Vor- und Nachteilen der Verhaltensziele 3. Erarbeitung von einzelnen Schritten der Zielerreichung 4. Implementierung dieser Schritte und Selbstbeobachtung mit Selbstbewertung und Selbstverstärkung

5.3 Pharmakotherapie

5.3.1 Kontrollierte medikamentöse Einstellung

5.3.1.1 Kontrollierte medikamentöse Einstellung: Übersicht

Anlass	Indikation für Pharmakotherapie
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung auf kurzfristige Symptomminderung und potentielle unerwünschte Arzneimittelwirkungen • Anpassung und Optimierung der Dosis entsprechend den individuellen Bedingungen (Titrierung)
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung notwendiger körperlicher Untersuchungen und Prüfung von Kontraindikationen • Feststellung der Ausgangssymptomatik und Identifikation der Zielsymptome, die vermindert werden sollen • Beginn der medikamentösen Therapie und Prüfung erster Effekte und unerwünschter Wirkungen • Dosisanpassung
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Optimale Dosierung mit optimaler Minderung von Symptomen und Funktionseinschränkungen und bei Bedarf Einleitung ergänzender pharmakologischer oder nicht-pharmakologischer Interventionen • Beendigung der medikamentösen Behandlung oder Wechsel zu anderem Medikament

5.3.1.2 Kontrollierte medikamentöse Einstellung: Methoden

Maßnahmen		Methoden
Durchführung notwendiger körperlicher Untersuchungen und Prüfung von Kontraindikationen	M	<ul style="list-style-type: none"> • freie Exploration der Eltern zu Hinweisen auf psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen des Kindes oder in der Familie, die potentielle Kontraindikationen darstellen können • Bestimmung von Körpergröße und Körpergewicht (anhand eines Wachstumsdiagramms), Blutdruck und Pulsfrequenz (in einer grafischen Darstellung)
	E	<ul style="list-style-type: none"> • Checkliste zur medikamentösen Therapie von ADHS (CM-ADHS) • Labor (Blutbild, Leberwerte)
	I	<ul style="list-style-type: none"> • EEG, EKG • Weitere organische Abklärung
Feststellung der Ausgangssymptomatik und Identifikation der Zielsymptome, die vermindert werden sollen	M	<ul style="list-style-type: none"> • Freie Exploration der Eltern, des Patienten und der Lehrer mit Bestimmung der ADHS-Zielsymptome, die in der Schule, der Familie oder in der Freizeit verändert werden sollen • Freie Exploration der Beteiligten zur Bestimmung von Symptomen, die unter Medikation möglicherweise auftreten / zunehmen könnten
	E	Zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • ADHS-TAP-Eltern / Lehrer oder FBB-ADHS • Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen (im ADHS-TAP oder NW-ADHS)

M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation

Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1

Maßnahmen		Methoden
	I	<ul style="list-style-type: none"> Keine
Beginn der medikamentösen Therapie und Prüfung erster Effekte und unerwünschter Wirkungen	M	<ul style="list-style-type: none"> Aufklärung der Eltern und des Patienten über die Medikation, die geplante Behandlung, die erwarteten Ergebnisse und die potentiellen unerwünschten Arzneimittelwirkungen Abklärung von Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen bei den Beteiligten Bestimmung der Eingangsdosis und der Einnahmemodalität (wann, mit/ohne Frühstück usw.) Nach einem angemessenen Zeitraum entsprechend der Fachinformation der jeweiligen Substanz freie Exploration der Eltern, des Patienten und wenn möglich der Lehrer mit Bestimmung der Veränderung auf den ADHS-Zielsymptomen, der Dauer der Veränderungen über den Tag und der Veränderung von potentiellen unerwünschten Arzneimittelwirkungen
	E	Zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> ADHS-TAP-Eltern / Lehrer oder FBB-ADHS-Eltern / Lehrer Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen (im ADHS-TAP oder NW-ADHS)
	I	<ul style="list-style-type: none"> Placebo-kontrollierter Behandlungsversuch Messung von Blutdruck und Pulsfrequenz EKG und andere Kontrolluntersuchungen
Optimierung der Therapie	M	<ul style="list-style-type: none"> Bestimmung der veränderten Dosis und der Einnahmemodalität Nach einem angemessenen Zeitraum entsprechend der Fachinformation der jeweiligen Substanz freie Exploration der Eltern, des Patienten und wenn möglich der Lehrer mit Bestimmung der Veränderung auf den ADHS-Zielsymptomen, der Dauer der Veränderungen über den Tag und der Veränderung von potentiellen unerwünschten Arzneimittelwirkungen
	E	Zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> ADHS-TAP-Eltern / Lehrer oder FBB-ADHS-Eltern / Lehrer Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen (im ADHS-TAP oder NW-ADHS)
	I	<ul style="list-style-type: none"> Messung von Blutdruck und Pulsfrequenz EKG und andere Kontrolluntersuchungen

M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
 Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1

5.3.2 Medikamentöse Dauertherapie

5.3.2.1 Medikamentöse Dauertherapie: Übersicht

Anlass	Erfolgreiche Einstellung auf eine Medikation
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisierung erreichter Behandlungseffekte • Verminderung der eventuell neu aufgetretenen Symptomatik • Aufrechterhalten der zuverlässigen Medikamenteneinnahme
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolluntersuchungen einschließlich Exploration der Eltern, des Patienten und möglichst auch der Lehrer in mindestens 6-monatigem Abstand zur Überprüfung der langfristigen Effekte und potentieller unerwünschter Arzneimittelwirkungen • Durchführung von Dosisanpassungen • Einleitung und Beendigung möglicher ergänzender Interventionen • Auslassversuche etwa alle 12 Monate
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Langfristig optimale Dosierung mit optimaler Minderung von Symptomen und Funktionseinschränkungen und bei Bedarf Einleitung ergänzender pharmakologischer oder nicht-pharmakologischer Interventionen • Beendigung der Langzeitbehandlung

5.3.2.2 Medikamentöse Dauertherapie: Methoden

Maßnahmen		Methoden
Kontrolluntersuchungen einschließlich Exploration der Eltern, des Patienten und möglichst auch der Lehrer in mindestens 6-monatigem Abstand	M	Zusätzlich zu allgemeiner Verlaufkontrolle (siehe Punkt 6) <ul style="list-style-type: none"> • Freie Exploration der Eltern, des Patienten und möglichst auch der Lehrer mit Bestimmung der Veränderung auf den ADHS-Zielsymptomen, der Dauer der Veränderungen über den Tag und der Veränderung von Symptomen, die unter Medikation möglicherweise auftreten / zunehmen könnten • Messung von Körpergewicht, Körpergröße, Blutdruck und Pulsfrequenz
	E	Zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • ADHS-TAP-Eltern / Lehrer oder FBB-ADHS-Eltern / Lehrer • Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen (im ADHS-TAP oder NW-ADHS) • CBCL/ SDQ-Deu/ ILK
	I	<ul style="list-style-type: none"> • EKG, Labor (Blutbild, Leberwerte) • Weitere organische Abklärung
Auslassversuche in der Regel alle 12 Monate	M	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nicht bei akzidentellem Auslassen Symptomrückkehr belegt ist, sollte ein kontrollierter Auslassversuch erfolgen • Bei Psychostimulanzien Absetzen der Medikation (evtl. zunächst an Wochenenden oder in Ferienzeiten. Wenn darunter eine hinreichende Symptomkontrolle vorliegt, Auslassversuch in der Schulzeit). Bei unklaren Ergebnissen, Fortsetzung des Auslassversuchs mit regelmäßiger Rückmeldung

*M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1*

Maßnahmen	Methoden
	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Atomoxetin Reduktion auf 50% der Ausgangsdosis. Bei erfolgreicher Symptomkontrolle nach etwa 4 Wochen Absetzen der Medikation (möglichst im Kontext von Ferien). Danach Kontrolle der Stabilität der Effekte unter Belastung (Schulzeit). • Freie Exploration der Eltern, des Patienten und möglichst auch der Lehrer mit Bestimmung der Veränderung auf den ADHS-Zielsymptomen, Veränderung von Symptomen, unter Medikation möglicherweise auftreten / zunehmen könnten, Veränderungen in der Stimmung und Befindlichkeit und anderer psychischer Auffälligkeiten.
	<p>E Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADHS-TAP-Eltern / Lehrer oder FBB-ADHS-Eltern / Lehrer • Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen (im ADHS-TAP oder NW-ADHS) • SDQ-Deu/CBCL/YSR/TRF
	<p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placebo-kontrollierter Auslassversuch

*M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1*

6 Verlaufskontrolle

6.1 Verlaufskontrolle: Übersicht

Anlass	Therapie von Kind / Jugendlichenem
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung des Verlaufs der ADHS-Symptomatik • Überprüfung des Verlaufs komorbider Symptomatik und anderer Probleme und Belastungen • Überprüfung der Einschränkungen des Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der subjektiven Belastung des Patienten und der Familie
Mögliche Maßnahmen (Spezifikation siehe Kapitel 6.2.)	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration der Eltern und anderer Bezugspersonen zu den o.g. Aspekten unter Einschluss von Fragebögen • Exploration des Patienten zu den o.g. Aspekten evtl. unter Einschluss von Fragebögen • Erhebung von Informationen aus dem sozialen Umfeld (Kindergarten/Schule) und aus dem therapeutischen Umfeld (z.B. Ergo-/Mototherapeut, Frühförderung) evtl. unter Einschluss von Fragebögen • Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen • Bei Indikation: Testpsychologische Untersuchung (Intelligenz-, Entwicklungs-, Teilleistungs- und neuropsychologische Diagnostik)
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterführung, Modifikation oder Beendigung der Therapie

6.2 Verlaufskontrolle: Methoden

Maßnahmen		Methoden
Exploration der Eltern und anderer Bezugspersonen, des Patienten	M	<ul style="list-style-type: none"> • Freie Exploration der Eltern bzw. anderer Bezugspersonen • Freie Exploration des Patienten, wenn möglich auch ohne Anwesenheit der Eltern
	E	<ul style="list-style-type: none"> • ADHS – Klinische Gesamteinschätzung (ADHS-KGE)
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Explorationsschema für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten (ES-HOV)
Verfahren zur Verlaufskontrolle in kurzen Abständen	M	<ul style="list-style-type: none"> • Keine
	E	<ul style="list-style-type: none"> • Problembogen
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Keine

M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
 Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1

Maßnahmen		Methoden
Fragebogen zur Erfassung der ADHS-Symptomatik (Eltern, Patienten) zur Verlaufskontrolle in größeren Abständen (mehrere Monate)	M	<ul style="list-style-type: none"> FBB-ADHS-V-Eltern (3-6 J.), FBB-ADHS-Eltern (6-18 J.)
	E	Zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> SBB-ADHS (Selbsturteil ab 11 Jahren)
	I	<ul style="list-style-type: none"> Keine
Fragebogen zur Erfassung komorbider Störungen und von Lebensqualität (Eltern, Lehrer, Patienten) zur Verlaufskontrolle in größeren Abständen (mehrere Monate)	M	<ul style="list-style-type: none"> ohne Hinweise aus Exploration keine
	E	<ul style="list-style-type: none"> ohne Hinweise aus Exploration keine
	I	Wenn Auffälligkeiten in der Eingangsdiagnostik festgestellt wurden: <p>Zur Erfassung besonders häufig auftretender oppositioneller Verhaltensauffälligkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> FBB-SSV oder ODD/ADHD-Checkliste (SNAP) <p>Zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten im Schulalter</p> <ul style="list-style-type: none"> SDQ Deu – Eltern (3-4 J.)/ Eltern (4-16 J.) / Lehrer (4-16 J.)/ Patient (11-16 J.) oder <ul style="list-style-type: none"> Fragebogen für Eltern zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten CBCL 4-18 (4-18 J.) Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen TRF (6-18 J.) Fragebogen für Jugendliche YSR (ab 11 Jahren) <p>Zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten im Vorschulalter</p> <ul style="list-style-type: none"> Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Elternfragebogen VBV-EL (3-6 J.) Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder – Erzieherfragebogen VBV-ER (3-6 J.) <p>Zur Erfassung von Lebensqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> Inventar zur Lebensqualität von Kindern (ILK) <p>Spezifische Fragebögen zur Diagnostik komorbider Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> z.B. aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II)

M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
 Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1

Maßnahmen		Methoden
Erhebung von Informationen aus dem sozialem Umfeld (Kiga/Schule) evtl. unter Einschluss von Fragebögen zur Verlaufskontrolle in größeren Abständen	M	<ul style="list-style-type: none"> • Freie Exploration der Lehrer / Erzieher/ Therapeuten (auch telefonisch) oder schriftliche Informationen von Lehrern/Erziehern/Therapeuten (z.B. Zeugnisse)
	E	<ul style="list-style-type: none"> • FBB-ADHS-Lehrer, FBB-ADHS-V-Erzieher (3-6 J.)
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensbeobachtung im Kindergarten / in der Schule • Verhaltensbeobachtung während Übungsbehandlungen (Moto-/ Ergo-/ Sprachtherapie)
Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung während der Exploration und anderer Untersuchungen	M	<ul style="list-style-type: none"> • Freie Beobachtung
	E	<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten während der Untersuchung (VEWU)
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologische Befund-Dokumentation (PSYPA)
Bei Indikation: Testpsychologische Untersuchung (Intelligenz-, Entwicklungs-, Teilleistungs- und neuropsychologische Diagnostik)	M	<ul style="list-style-type: none"> • Keine
	E	<ul style="list-style-type: none"> • Keine
	I	<ul style="list-style-type: none"> • Testverfahren zur Prüfung von Intelligenz, Aufmerksamkeitsleistungen und exekutiven Funktionen, umschriebener Entwicklungsstörungen

M = Minimalstandard, E = Empfehlung, I = ergänzend bei Indikation
 Liste diagnostischer Verfahren siehe Kapitel 7.1

7 Anhang

7.1 Liste diagnostischer Verfahren

Verfahren	Quelle	Kommentar
ADHS-Bogen	Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS-Bogen) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität unbekannt • Keine Normierung
ADHS-KGE	ADHS – Klinische Gesamteinschätzung (ADHS-KGE) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Globale klinische Einschätzungen des aktuellen Status und der Veränderungen finden in der Pharmakotherapie-forschung häufig Anwendung und haben sich als veränderungssensitiv erwiesen.
ADHS-TAP-Eltern ADHS-TAP-Lehrer	ADHS-Tagesprofilbogen für Eltern/ Lehrer (ADHS-TAP-Lehrer/ Eltern) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Keine Normierung
BADO	Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO) [Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F.: zugänglich auf der Homepage des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie. DGKJP/BAG/BKJPP 1998].	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich Dokumentationssystem
CBCL 4-18	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) [Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen; bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K.. (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD) 1998].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
CFT	CFT 1: Grundintelligenztest Skala 1 (Eine partielle Adaptation des «Culture Fair Intelligence Tests - Scale 1» von R.B. Cattell. Einsatzbereich: Kinder von 5;3 bis 9;5 Jahren. Verwendung in Kindergarten, Vorschule, Grundschule und Sonderschule.) [Cattell, R. B., Weiß, R. H. & Osterland, J.: CFT 1. (5., revidierte Aufl.). Hogrefe 1997]. CFT 20-R: Grundintelligenztest Skala 2 - Revision. (Erfassung des allgemeinen intellektuellen Niveaus (Grundintelligenz) im Sinne der »General Fluid Ability« nach Cattell. Einsatzbereich: Kinder und Jugendliche von 8;5 bis 19 Jahren; Erwachsene von 20 bis 60 Jahren (Teil 1).) [Weiß, R.H.. CFT 20-R. Hogrefe 2008].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
CM-ADHS	Checkliste zur medikamentösen Therapie von ADHS (CM-ADHS) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich Dokumentationssystem
CPM	Coloured Progressive Matrices (CPM) (Eindimensionaler, figuraler Matrizentest zur sprachfreien Erfassung des allgemeinen Intelligenzpotentials bei Kindern. Einsatzbereich von 3,9 bis 11,8 Jahren) [Raven, J. C.; deutsche Bearbeitung von Bulheller, S. und Häcker, H. (3., neu norm. Aufl.). Pearson Assessment 2002].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung

Verfahren	Quelle	Kommentar
DCL-ADHS	Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (DCL-ADHS) [Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G.: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-II. Huber 2008]. [Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C.: Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Keine Normierung
DISYPS-II	Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II) [Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G.: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-II. Huber 2008].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
ES-HOV	Explorationsschema für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten (ES-HOV) [Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G.: Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 1. Hogrefe 2000]. [Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C.: Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich Explorationshilfe / Dokumentationssystem
Explorationsbogen ADHS/ADS	Explorationsbogen ADHS/ADS [Kohns, U.: zugänglich auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (AG ADHS) oder auf www.drkohns.de]	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich Explorationshilfe / Dokumentationssystem
FBB-ADHS FBB-ADHS-V	Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS) & Fremdbeurteilungsbogen für Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS-V) [Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G.: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-II. Huber 2008]. [Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C.: Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
FBB-SSV	Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV) [Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G.: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-II. Huber 2008].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
HAWIK IV	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder - IV (HAWIK-IV) [Petermann, F., Petermann, U.: Übersetzung und Adaption der WISC-IV® von David Wechsler (3. erg. Aufl.). Huber 2010].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
ILK	Inventar zur Lebensqualität von Kindern (ILK) [Mattejat, F., Remschmidt, H.: Inventar zur Lebensqualität von Kindern (ILK). Huber 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
K-ABC	Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), Deutsche Version [Kaufman, A. S., Kaufman, N. L.; deutsche Bearbeitung von P. Melchers & U. Preuß: Individualtest zur Messung von Intelligenz und Fertigkeit bei Kindern (8., unveränderte Aufl.). Pearson Assessment 2009].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
NW-ADHS	Fragebogen über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten (NW-ADHS) (modifizierte Fassung des im Leitfaden Hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000) publizierten Fragebogens SERS-D) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C.: Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität nicht untersucht • Keine Normierung

Verfahren	Quelle	Kommentar
ODD/ADHD-Checkliste (SNAP)	ADHD/ODD-Eltern- und Lehrerfragebogen [Steinhausen, H.-C.: deutsche Übersetzung der Swanson, Nolan and Pelham IV Rating Scale (SNAP-IV): zugänglich auf der Homepage des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich]. (http://www.kjpd.zh.ch/internet/gd/kjpd/de/fachpersonen/praxismat.html)	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität der deutschen Fassung nicht untersucht • Keine Normierung
PSYPA	Psychopathologische Befund-Dokumentation (PSYPA) [Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C.: Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden. Göttingen: Hogrefe 1999].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Keine Normierung
SBB-ADHS	Selbstbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (SBB-ADHS) [Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G.: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-II. Huber 2008]. [Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C.: Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
SDQ-Deu	Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [zugänglich auf der Homepage http://www.sdqinfo.com/]. [Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 581-586]. [Woerner et al., (2002): Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30, 105-112.].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität der deutschen Fassung für Elternurteil belegt, für deutsche Fassung des Lehrer- und Selbsturteils nicht belegt • Normierung des Elternurteils vorhanden; des Lehrer- und Selbsturteils nicht vorhanden
TRF	Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF) [Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen; bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K.. (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD) 1998].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Keine deutsche Normierung; orientierend US-Normen
VBV-EL VBV-ER	Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder. Eltern-Fragebogen (VBV-EL) und Erzieher-Fragebogen (VBV-Er). [Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. H.: Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV). Beltz 1993].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung
VEWU	Beurteilungsbogen: Verhalten während der Untersuchung [Döpfner, M., Petermann, F. : Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 2 (2., überarbeitete Aufl.). Hogrefe 2008].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Keine Normierung
YSR	Fragebogen für Jugendliche (YSR) [Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen; bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K.. (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD) 1998].	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität / Validität belegt • Normierung

7.2 Liste von Elterntrainings

Es werden Elterntrainings aufgelistet, die in manualisierter Form vorliegen und für die in wissenschaftlichen Studien zumindest Hinweise auf eine Wirksamkeit vorliegen. Die Manuale bedürfen in der Regel der individuellen Anpassung. Die Durchführung dieser Trainings bedarf einer spezifischen Qualifikation. Es gibt Elterntrainings, die spezifisch für Eltern von Kindern mit ADHS entwickelt und evaluiert worden sind und Elterntrainings, in denen generelle Erziehungsstrategien vermittelt werden. Prinzipiell sind spezifische Elterntrainings vorzuziehen.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>Aust-Claus, E. (2010). ADS. Das Elterntaining. Manual für den ADS-ElternCoach. OptiMind Media.</p> <p><u>Zusätzliche Materialien:</u></p> <p>Aust-Claus, E., Hammer, P.-M. (2003): ADS. Eltern als Coach. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom /ADS-Elterntaining auf DVD. OptiMind Media.</p> <p>Aust-Claus, E., Hammer, P. M.: ADS - Eltern als Coach (2003). Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom /Praktisches Workbook für Eltern. OptiMind Media.</p>	<p>spezifisches Elterntaining Gruppentraining</p> <p>Altersbereich: Kinder und Jugendliche von 5 bis 14 Jahren</p> <p>Trainerausbildung wird angeboten (www.opti-mind.de)</p> <p>Manuale zu beziehen unter: www.opti-mind.de</p>	<p>Kein eindeutiger Wirksamkeitsbeleg, jedoch Hinweise auf Wirksamkeit in einer Prä-Post-Verlaufsstudie:</p> <p>Moosbrugger, H., Höfling, V. (2006): Evaluationsbericht zum Wirkungsnachweis des ADS-Elterntainings nach dem Optimind-Konzept. http://www.opti-mind.de/evaluationsstudien.html</p>
<p>Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2007). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). (4. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.</p>	<p>Spezifisches Elterntaining</p> <p>Modular aufgebautes Manual primär für Einzeltherapie; wird aber auch für Gruppentherapie eingesetzt.</p> <p>Altersbereich: Kinder von ca. 3 bis 12 Jahren</p> <p>Trainerausbildung wird angeboten (www.akip.de)</p>	<p>Wirksamkeitsnachweis in 5 Studien: 4 (teilweise randomisierte) Kontrollgruppenstudien, eine Prä-Post-Verlaufsstudie:</p> <p>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. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen - Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108.</p> <p>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.</p> <p>Dreiskörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Kindheit und Entwicklung 15: 255–266.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2011). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (4. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.</p>	<p>Spezifisches Manual zur Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen</p> <p>Altersbereich: Kinder von 3 bis 12 Jahren</p>	<p>Wirksamkeitsnachweis als angeleitete Selbsthilfe (mit Telefonberatung): in einer Prä-Post-Verlaufsstudie und in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie:</p> <p>Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliothherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, 377-386.</p> <p>Kierfeld, F., Hanisch, C. & Döpfner, M. (2012). Bibliothotherapy: Efficacy of a self help program for parents of hard to manage preschool children: a randomized control group trial. Submitted for publication.</p>
<p>Honkanen-Schoberth, P., Jennes-Rosenthal, L (2004). Starke Eltern Starke Kinder. Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes. Mehr Freude – weniger Stress mit den Kindern. Handbuch für Elternkursleiterinnen und Elternkursleiter. Deutscher Kinderschutzbund (DKSB) Bundesverband e.V. Hannover (Hrsg.). Eigenverlag des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) Bundesverband e.V..</p>	<p>Allgemeines Elterntraining</p> <p>Zielgruppe: Zielgruppe sind grundsätzlich alle Eltern, eine spezifische Zielgruppenansprache (Ein-Eltern-Familien, Patchworkfamilien, bestimmte Altersstufen) ist möglich</p> <p>Manual kann nur im Rahmen der Schulungen des DKSB zur Elternkursleitung erworben werden</p>	<p>Kein Wirksamkeitsnachweis bei auffälligen Kindern oder bei Risikokindern. Hinweise auf verändertes Erziehungsverhalten im Prä-Post-Vergleich. Bei Rauer (2009) keine Wirksamkeit auf auffälliges Verhalten:</p> <p>Rauer, W. (2009). Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®: Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen - eine bundesweite Studie. Würzburg: Ergon.</p> <p>Tschöpe-Scheffler, S. (2004). Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern – Starke Kinder®“. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 35, 51-66.</p>
<p>Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm. Göttingen: Hogrefe.</p>	<p>Spezifisches Elterntraining</p> <p>Gruppentraining</p> <p>Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren</p>	<p>Wirksamkeitsnachweis bei expansiv auffälligen Kindern in zwei Kontrollgruppenstudien und einer Prä-Post-Verlaufsstudie:</p> <p>Konrad, G. (2002). Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Frankfurt: Peter Lang.</p> <p>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.</p> <p>Lauth, G.W., Otte, A.T. & Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially disruptive children. Emotional and Behavioral Difficulties. 14, 117-126.</p>
<p>Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.</p>	<p>Spezifisches Elterngruppen- und paralleles Erziehergruppentraining hauptsächlich für Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren mit expansiven Verhaltensweisen</p> <p>Trainerausbildung wird angeboten (www.akip.de)</p>	<p>Wirksamkeitsnachweis in einer randomisierten Parallel-Kontrollgruppenstudie (paralleles Eltern- und Erziehertraining) und in zwei Eigenkontrollgruppenstudien:</p> <p>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.</p> <p>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</p>

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
		<p>Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>, 38, 95-112.</p> <p>Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf. <i>Verhaltenstherapie</i>, 20 (4), 265-273.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>, 29, 379-396.</p>
<p>Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K.M.T. (2006). Trainermanual für das Triple P Einzeltraining. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C.</p>	<p>Allgemeines Elterntraining</p> <p>Einzel- und Gruppentraining Mehrebenen-Modell (universelle, selektive, indizierte Prävention)</p> <p>Das Triple P-Elternarbeitsbuch ist ein Manual zur Selbsthilfe für Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 12 Jahren.</p> <p>Altersbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder bis 12 Jahre • Jugendliche (Teen Triple P-Gruppentraining) <p>Triple P-Trainerfortbildung wird angeboten (www.triplep.de)</p> <p>Manuale sind nur im Rahmen der Fortbildung erhältlich.</p>	<p>International empirische Wirksamkeitsnachweise bei Kindern mit ADHS; in Deutschland Wirksamkeitsnachweis als universelle Prävention.</p> <p>Das Parenting & Family Support Center der Universität Queensland (Australien) hat einen Großteil der publizierten Studien zur Evaluation von Triple P zusammengetragen und über seine Internetseite für alle Interessierten zugänglich gemacht. http://www.pfsc.uq.edu.au/publications/evidence_base.html</p> <p>Publikationen zur Evaluation von Triple P (Auswahl)</p> <p>Dadds, M.R., Sanders, M.R. & James, J.E. (1987). The generalization of treatment effects in parent training with multidistressed parents. <i>Behavioral Psychotherapy</i>, 4, 289-313.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nowak, C. & Heinrichs, N. (2008) A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating</p>

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>& Sanders, M. R. (2007). Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>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.</p>		<p>Variables. Clin Child Fam Psychol Review, 11 (3), 114-144..</p> <p>Sanders, M.R. (1999). The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behaviour and emotional problems. Child and Family Psychology Review, 2, 71-90.</p> <p>Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A. & Bor, W. (2000). 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.</p> <p>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.</p>

7.3 Liste von Trainingsmanualen für patientenzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen und zur symptomorientierten Entwicklungsförderung

Die Wirksamkeit patientenzentrierter verhaltenstherapeutischer Interventionen und von symptomorientierter Entwicklungsförderung des Patienten zur Behandlung der ADHS-Kernsymptomatik ist nur begrenzt empirisch überprüft. Es werden Trainings aufgelistet, die in Manualform vorliegen und bei denen geringstenfalls Hinweise auf Wirksamkeit vorliegen. Die Durchführung dieser Trainings bedarf einer spezifischen Qualifikation. Eine engmaschige Erfolgskontrolle durch den delegierenden Arzt oder Psychotherapeuten ist besonders indiziert.

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>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. OptiMind media .</p> <p><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.</p>	<p>Einzel- oder Kleingruppentraining</p> <p>Altersbereich: Kinder von 5 - 8 Jahren</p> <p>Trainerfortbildung wird angeboten: www.optimind.de</p> <p>Manual zu beziehen unter: www.opti-mind.de</p>	<p>Kein Wirksamkeitsnachweis, aber Hinweise auf Effekte im Prä-Post-Vergleich.</p> <p>Evaluierung des OptiMind-Trainingsprogramms. http://www.opti-mind.de/evaluationsstudien.html.</p>

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>Ettrich, C. et al. (2004). Konzentrations Trainings- Programm für Kinder, Bd.1, Vorschulalter (2., durchges. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.</p>	<p>Konzentrations Trainings- programme für die drei Altersgruppen Vorschule (Bd. 1), 1. und 2. Klasse (Bd. 2), 3. und 4. Klasse (Bd. 3).</p> <p>+ Arbeitshefte zu jeweiligem Programm</p>	<p>Hinweise auf Wirksamkeit in kleineren Kontrollgruppenstudien:</p> <p>Bergmann, G. (1996). Veränderungswerte kognitiver Parameter bei Vorschulkindern in Abhängigkeit vom Einsatz eines Konzentrations- Trainings- Programms. Diss., Universität Leipzig.</p> <p>Forcker-Tutschkus, A. (1996). „Konzentrations Trainingsprogramm in Verbindung mit progressiver Muskelrelaxation – Eine empirische Studie an Vorschulkindern“. Diss., Universität Leipzig.</p> <p>Jeschke, B. (1996). Konzentrations- Trainings- Programm für Vorschulkinder unter Einbezug von Entspannungstechniken. Diplomarbeit. Institute für Psychologie., Universität Leipzig.</p> <p>Mayer, K. (1996). Untersuchungen zu einem Konzentrations- Trainings- Programm im Vorschulalter. Diss., Universität Leipzig.</p> <p>Schuhmann, U. (1995). Konzentrationstraining im Vorschulalter – eine Möglichkeit zur Verbesserung des Erreichens der allgemeinen Schulreife. Diplomarbeit, Institute für Psychologie. Universität Leipzig.</p>
<p>Jacobs, C. et al. (2008). Training für Kinder mit Aufmerksamkeits- störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.</p>	<p>Gruppentraining</p> <p>Altersbereich: Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 13 Jahren</p>	<p>Positive Veränderungen im Prä-Post-Vergleich belegt. Keine Kontrollgruppenstudie.</p> <p>Jacobs, C., Petermann, F. (2005). Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter: Konzept und Wirksamkeit des ATTENTIONER- Programms. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26, 317-341.</p> <p>Jacobs, C., Petermann, F. (2007). Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern – Langzeiteffekte eines neuropsychologischen Gruppenprogramms ATTENTIONER. Kindheit und Entwicklung, 16, 40-49</p>
<p>Krowatschek, D. et al. (2007): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder. (7., unveränderte Aufl.). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.</p> <p>Krowatschek, D. et al. (2010). Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten, Vorschule und Eingangsstufe (3., unveränderte Aufl.). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.</p> <p>Krowatschek, D. et al. (2007): Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche (MKT-J). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.</p>	<p>Einzel- oder Gruppentraining</p> <p>3 Manuale: Vorschulkinder, Kinder, Jugendliche Altersbereich 1: Kindergarten- und Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsstörung en und Verhaltensschwierigkeiten; für den Einsatz im Kindergarten, in der Vorschule und in der Arbeit mit entwicklungsverzögerten Kindern</p> <p>Altersbereich 2: Schulkinder mit impulsivem Arbeitsstil, langsame, verträumte, sich immer wieder ablenkende Kinder.</p> <p>Altersbereich 3: Jugendliche</p> <p>Therapeutischer Einsatz: begleitende Elternabende</p>	<p>Kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis. Mehrere Diplom-Arbeiten / Dissertationen mit teilweise widersprüchlichen Ergebnissen.</p> <p>Beck, M. (1998). Therapiebaukasten oder Trainingsprogramm? In: Evaluation als Maßnahme der Qualitätssicherung. Pädagogisch- psychologische Interventionen auf dem Prüfstand. Tübingen: Dgvt- Verlag.</p> <p>Claes, M. (1996). Auswirkungen des Marburger Konzentrationstrainings auf das Verhalten von Mutter und Kind. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Marburg.</p> <p>Dreisörner, T. (2004). Zur Wirksamkeit von Trainings bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. Unveröffentlichte Dissertation an der Universität Göttingen.</p> <p>Dröge, C. (1996). Evaluation des Marburger Verhaltenstrainings für überaktive Kinder anhand einer systematischen Verhaltensbeobachtung. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Marburg.</p> <p>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.</p> <p>Witte, S. (2001). Entwicklung und Evaluation eines videogestützten Selbstinstruktionstrainings für aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Dissertation, Universität Göttingen.</p>

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>Lauth, G.W., Schlotzke , P.F. (2009). Training mit aufmerksamkeitsgestört en Kindern. (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.</p>	<p>Einzel- oder Gruppensetting (1-3 Kinder)</p> <p>Altersbereich: Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren</p>	<p>Wirksamkeitsnachweis in mehreren Kontrollgruppenstudien:</p> <p>Lauth, G. W. (1996). Effizienz eines metakognitiv-strategischen Trainings bei lern- und aufmerksamkeitsbeeinträchtigten Grundschulern. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25, 21-32.</p> <p>Lauth, G. W. , Linderkamp, F. (1998). Durchführungspraktikabilität eines Trainingsprogrammes für aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 45, 81-90.</p> <p>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 (S. 109-124). Lengerich: Papst Science Publishers.</p> <p>Linderkamp, F. (2002). Katamnestische Untersuchung zum Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 23, 53-73.</p> <p>Naumann, K. (2000). Katamnestische Untersuchung eines kognitiv-behavioralen Therapieprogramms für aufmerksamkeitsgestörte/hyperaktive Kinder – Ein- bis Zwei-Jahres Follow-Up. Unveröffentlichte Dissertation: Universität Tübingen.</p>
<p>Winter, B., Arasin, B. (2007). Ergotherapeutisches Trainingsprogramm bei ADHS (ETP-ADHS). In: Winter, B., Arasin, B. (2007). Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme.</p>	<p>Konzipiert als Einzeltraining; Durchführung als Gruppentraining ist möglich</p> <p>Altersbereich: Kinder im Grundschulalter</p> <p>kindzentrierte und umfeldzentrierte Interventionen</p>	<p>Hinweise auf Wirksamkeit in einer Kontrollgruppenstudie:</p> <p>Arasin, B. (2009). Evaluation des Ergotherapeutischen Trainingsprogramms (ETP) bei ADHS. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln: Universität Köln.</p>