

## **Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland<sup>1)</sup>**

**1. ADHS ist eine psychische Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sich vor allem auf kognitiver und Verhaltensebene äußert und die mit erheblichen Belastungen und Beeinträchtigungen einhergeht.** Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS zeigen charakteristische und im Lebensverlauf sich wandelnde Merkmale von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität, die nicht notwendigerweise alle gemeinsam auftreten, jedoch in mehreren Lebensbereichen (Familie, Schule, Beruf, Freizeit) zu beobachten sind. Diese Kernsymptome gehen in der Mehrzahl der Fälle mit anderen psychischen Störungen und Auffälligkeiten einher und sie verursachen bei den Betroffenen deutliche Belastungen und Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen Beziehungen, der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit und der Möglichkeiten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen. ADHS stellt somit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar [1, 3, 6, 11, 13, 20, 25].

**2. ADHS tritt häufig auf und kann einen chronischen Verlauf vom Kindesalter bis ins Erwachsenenalter haben.** Etwa 3 bis 6 % der Kinder und Jugendlichen leiden an ADHS, wobei die Störung bei Jungen häufiger auftritt als bei Mädchen. Im Erwachsenenalter liegt die Häufigkeit von ADHS bei etwa 3%. ADHS ist eine chronische Störung und bei vielen Betroffenen persistiert die Symptomatik bis weit ins Erwachsenenalter hinein [5, 10, 15, 22].

**3. Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor, die weitere Erforschung der Ursachen ist jedoch notwendig.** ADHS zählt zu den psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, über die bereits viele Erkenntnisse hinsichtlich der Ursachen gut gesichert sind. Genetische Ursachen haben den größten Anteil bei der Entstehung von ADHS, wobei Umweltfaktoren an der Entwicklung der ADHS beteiligt sind. Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge jedoch noch nicht abschließend geklärt. Eine weitere Erforschung der Ursachen von ADHS ist daher notwendig [7, 8, 14, 16].

### **zentrales adhs-netz**

Uniklinik Köln  
Robert-Koch-Straße 10  
50931 Köln

**Tel** 0221 478-89876  
**Fax** 0221 478-89879  
**Email** [zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de](mailto:zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de)  
**Web** [www.zentrales-adhs-netz.de](http://www.zentrales-adhs-netz.de)

### **Leitung**

Prof. Dr. Manfred Döpfner (Köln)  
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski (Mannheim)  
Prof. Dr. Michael Rösler (Homburg)  
Dr. Klaus Skrodzki (Forchheim)

### **Koordination**

Hannah Liebermann

**4. ADHS lässt sich zuverlässig diagnostizieren.** Wie alle psychischen Störungen ist die ADHS durch ein typisches Muster definiert, das sich aus mehreren Einzelsymptomen zusammensetzt, die in den international anerkannten Diagnosekriterien (von ICD-10, DSM-5) definiert sind und die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Bei diesen Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen, wie dies bei psychischen Störungen immer und auch bei körperlichen Erkrankungen nicht selten der Fall ist. ADHS kann aber von Normvariationen durch die Zahl und Schwere der Symptome und die damit einhergehende deutliche Beeinträchtigung meist in mehreren Lebensbereichen abgegrenzt werden. In Einzelfällen kann, wie bei vielen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen, die Differenzialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen oder auch zur Normvariation schwierig sein. Insbesondere die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern sowie die Diagnostik assoziierter psychischer Störungen bedürfen besonderer Expertise. Auch die ADHS mit vorherrschend unaufmerksamem Erscheinungsbild, das gehäuft beim weiblichen Geschlecht auftritt, kann differenzialdiagnostisch schwer abzugrenzen sein. Insgesamt lässt sich ADHS mit gleicher Sicherheit und Verlässlichkeit, wie andere psychische Störungen diagnostizieren [1, 6, 11, 27, 30].

**5. Die frühzeitige Verminderung von ADHS-Symptomen und die Prävention ihrer negativen Auswirkungen sind möglich und sollten flächendeckend umgesetzt werden.** Mehrere auch im deutschen Sprachraum entwickelte Interventionsprogramme haben sich in der Prävention von expansiven Verhaltensauffälligkeiten einschließlich von ADHS-Symptomen bewährt und Studien belegen, dass sich ADHS-Symptome und assoziierte Auffälligkeiten durch psychosoziale Interventionen stabil vermindern lassen (indizierte Prävention). Die systematische Implementierung solcher evidenzbasierter Programme im Vorschul- und Schulalter sollte nun eingeleitet werden [17, 18, 23].

**6. Die Behandlung von ADHS erfordert einen individuellen multimodalen Ansatz.** In der Regel ist für eine wirkungsvolle Therapie eine Kombination verschiedener individuell angepasster Behandlungskomponenten notwendig, die als multimodale Therapie bezeichnet wird. Neben verhaltenstherapeutisch fundierten Behandlungen im Einzel- und Gruppensetting (im Kindes- und Jugendalter einschließlich Elternt raining und Interventionen im Kindergarten und in der Schule) hat sich besonders die pharmakologische Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als wirkungsvoll erwiesen. Die Pharmakotherapie ist daher ein wesentlicher Behandlungsbaustein, sie ist jedoch nicht bei allen Patienten notwendig und sie bedarf einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept, das zumindest eine intensive Beratung der Betroffenen (im Kindes- und Jugendalter einschließlich ihrer Bezugspersonen) umfasst. Häufig, jedoch nicht immer, sind zusätzlich verhaltenstherapeutische Interventionen

indiziert. Die spezielle Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung und zu weiteren Interventionen ist - ebenso wie die Entscheidung über Zeitpunkt, Dauer und Dosis - in jedem Einzelfall sorgfältig und entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Langfristige Kontrollen von Wirkungen und Nebenwirkungen sind bei medikamentöser Therapie, wie bei allen anderen Behandlungsformen notwendig [2, 6, 11, 12, 19, 21, 25, 26, 30].

Andere Therapieverfahren umfassen Nahrungsmittelergänzung und Neurofeedback, deren Stellenwert im Rahmen einer multimodalen Therapie jedoch noch eingehender untersucht werden muss. Zur Behandlung assoziierter psychischer Störungen können weitere psychotherapeutische Interventionen auf verhaltenstherapeutischer, familiensystemischer oder tiefenpsychologischer Grundlage oder pharmakologische Interventionen indiziert sein [24].

**7. Eine umfassende und leitlinienorientierte Diagnostik, Prävention und Therapie muss weiter verbessert werden.** Die Diagnostik, Prävention und Therapie von Patienten mit ADHS orientiert sich an den evidenzbasierten Leitlinien, die international weitgehend vergleichbare Standards definieren. Diese Standards sind gegenwärtig noch nicht flächendeckend realisiert. Um eine leitliniengerechte Versorgung zu realisieren, müssen:

- (1.) die Zusammenarbeit der Fachpersonen innerhalb des Gesundheitssystems verbessert (siehe Eckpunkt 8),
- (2.) die Vernetzung mit anderen relevanten gesellschaftlichen Systemen verbessert (siehe Eckpunkt 9),
- (3.) die Kooperation mit der Selbsthilfe intensiviert (siehe Eckpunkt 10),
- (4.) die Fort- und Weiterbildung ausgebaut (siehe Eckpunkt 11) und
- (5.) die Forschung stärker unterstützt werden (siehe Eckpunkt 12).

**8. Eine fachgerechte Versorgung von Patienten mit ADHS innerhalb des Gesundheitssystems erfordert eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringer und die Schließung von Versorgungslücken.** Eine wirkungsvolle Prävention sowie die bedarfsgerechte diagnostische und therapeutische Versorgung von Patienten mit ADHS erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Psychotherapeuten und Heilmittelerbringern (z.B. Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Mototherapeuten) sowie mit Psychologen, Pädagogen und weiteren Fachkräften. In vielen Regionen haben sich Versorgungsnetze gebildet, die weiter gestärkt werden müssen und deren

Aufbau in unterversorgten Regionen unterstützt werden muss. Eine Finanzierung dieser interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Krankenkassen ist hilfreich. Die bestehenden ADHS-Verträge einzelner Krankenkassen mit Leistungserbringern können dabei hilfreich sein und sollten weiter ausgebaut werden. Weitere Versorgungslücken, beispielsweise im Angebot verhaltenstherapeutischer Interventionen und von Diagnostik- und Behandlungsangeboten für Erwachsene, müssen geschlossen werden. Der Übergang vom Jugendalter in das Erwachsenenalter ist mit einem Wechsel der Behandlung verbunden und bedarf besonderer Abstimmung [9, 28, 29].

**9. Eine umfassende Versorgung von Patienten mit ADHS erfordert spezifische Hilfestellungen in anderen gesellschaftlichen Systemen sowie eine enge Vernetzung mit dem Gesundheitssystem.** Da Patienten mit ADHS unter Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen leiden, sind neben der Therapie in diesen Bereichen gezielte Unterstützungen und Hilfen in allen betroffenen Lebensbereichen notwendig, die weiter verbessert werden müssen. Dabei kommt den Bereichen Schule und Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu. Um diese zusätzlich notwendigen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen, in Schulen (z.B. Inklusion), in der Jugendhilfe, in der Berufsförderung und der Rehabilitation zu optimieren, ist eine weitere Stärkung der Kooperation im Rahmen regionaler Netzwerke notwendig [9, 28, 29].

**10. Die Zusammenarbeit der Fachpersonen und Fachstellen mit der Selbsthilfe trägt zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit ADHS bei und muss weiter intensiviert werden.** Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt ADHS-Betroffene und ihre Angehörigen bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme. Im konstruktiven Dialog zwischen Selbsthilfeorganisationen und Fachkräften sollten die jeweiligen Beiträge zur Versorgung optimiert werden.

**11. Die Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung von Leistungserbringern im Gesundheitssystem und von Fachkräften in anderen gesellschaftlichen Systemen muss intensiviert werden.** Obwohl das Wissen um ADHS und ihre adäquate Behandlung bei Leistungserbringern im Gesundheitssystem und Fachkräften in anderen gesellschaftlichen Systemen (z.B. Erziehern, Lehrern, Sozialarbeitern) sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat, ist es notwendig, das Wissen bezüglich der empirisch gesicherten Erkenntnisse zur ADHS, präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen weiter auszubauen.

**12. Die Erforschung von ADHS in Deutschland muss weiter gefördert werden.** Sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch für das Erwachsenenalter erfolgt die weitere Erforschung der Ursachen von ADHS, ihres Verlaufs, der Effekte präventiver und therapeutischer Interventionen auf hohem Niveau und deutsche Wissenschaftler sind in internationalen Forschungs- und Leitliniengruppen aktiv eingebunden. Diese Forschungsaktivität muss weiter unterstützt und ausgebaut werden, weil sie mittel- und langfristig einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS leistet.

**13. In der Öffentlichkeit sind Fehlinformationen über das Störungsbild und seine Behandlung noch immer weit verbreitet, eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit ist daher notwendig.** Schulen, Tageseinrichtungen und andere Erziehungsinstitutionen sowie an der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beteiligte Verwaltungen (Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt, Strafvollzug und Polizei) sollten verstärkt über ADHS informiert werden. Öffentlichen Medien und der Fachöffentlichkeit sollten vermehrt evidenzbasierte Informationen zur ADHS und effektiven präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden. Das kann dazu beitragen, dass den Menschen mit ADHS mit größerem Verständnis begegnet wird, ihre Chancen zur Integration und Teilhabe sich verbessern und sie mehr Möglichkeiten haben, ihre besonderen Begabungen in die Gesellschaft einzubringen [4, 9, 31].

---

<sup>1)</sup> Diese Eckpunkte sind eine überarbeitete und aktualisierte Fassung des Papiers „Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ vom 29. Oktober 2002. Grundlage dieser Überarbeitung durch das *zentrale adhs-netz* war die Statuskonferenz ADHS, die vom 08. bis 09. Dezember 2014 in Berlin stattfand. Eingeflossen in dieses Eckpunktepapier 2016 sind Stellungnahmen des *zentralen adhs-netzes* oder anderer Organisationen, bei denen das *zentrale adhs-netz* mitgearbeitet hat sowie Eckpunktepapiere des *zentralen adhs-netzes* zu ADHS und Schule und ADHS und Jugendhilfe (<http://www.zentrales-adhs-netz.de/ueber-das-netz/taetigkeit/arbeitsgruppen.html>). Die vorläufige Fassung wurde im interdisziplinären Beirat des zentralen adhs-netzes am 28.11.2015 und im Beirat der regionalen ADHS-Netze am 07.11.2015 diskutiert und anschließend von der Leitungsgruppe überarbeitet und am 15.01.2016 von ihr verabschiedet.

## **Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes**

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Köln

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Mannheim

Prof. Dr. Michael Rösler, Homburg

Dr. Klaus Skrodzki, Forchheim

## **Dieses Eckpunktepapier wird unterstützt von folgenden Fachverbänden und Organisationen:**

- ADHS Deutschland e.V.
- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (AG ADHS)
- Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e.V. (AG NNP)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
- Berufsverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED)
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)
- Berufsverband der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BVDP)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)
- Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen e.V. (DBM)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, DGPS)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)



## Literatur

1. American Psychiatric Association / Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5® Göttingen: Hogrefe.
2. 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.
3. Banaschewski, T., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Döpfner, M., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E., & Taylor, E. (Hrsg.). (2015). ADHD and Hyperkinetic Disorder (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
4. Barkley, R. A. (2002). International consensus statement on ADHD. January 2002. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 5(2), 89-111.
5. Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157(5), 816-818.
6. Bundesärztekammer (Hrsg.). (2007). *Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stellungnahme herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
7. Burt, S. A. (2009) Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychol. Bull.* 135, 608–637.
8. Chang, Z., Lichtenstein, P., Asherson, P. J. & Larsson, H. (2013) Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry* 70, 311–318.
9. Döpfner, M., Banaschewski, T., Krause, J., & Skrodzki, K. (2010). Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 131–136.
10. Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & BELLA Study Group. (2008). How often do children meet ICD-10/ DSM-IV criteria of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder? Parent based prevalence rates in a national sample-results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (supplement 1), 59-70
11. Döpfner, M., Frölich, J., & Lehmkuhl, G. (2013). Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*, Band 1. (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
12. 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.
13. Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Polanczyk, G. V., Moffitt, T. E., Murray, C. J., Vos, T., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2014). The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *J Child Psychol Psychiatry*, 55(4), 328-336. doi: 10.1111/jcpp.12186

14. Faraone, S.V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J.K., Ramos-Quiroga, J.A., Rohde, L.A., Sonuga-Barke, E.J.S., Tannock, R. & Franke, B. (2015) Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews (online)* doi:10.1038/nrdp.2015.20.
15. Faraone, S.V., Biederman, J. & Mick, E. (2006) The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol. Med.* 36, 159–165.
16. Faraone, S.V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005) Molecular genetics of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Biol. Psychiatry* 57, 1313–1323.
17. Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plücker, J., Brix, G., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 95-112.
18. Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plücker, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-396
19. National Institute for Health and Clinical Excellence (2013) Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Issued: September 2008 last modified: March 2013. NICE clinical guideline 72. [guidance.nice.org.uk/cg72](http://guidance.nice.org.uk/cg72)
20. Nigg, J.T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev*, 33(2), 215-228.
21. Pelham, W.E. & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit /hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
22. Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi: 10.1111/jcpp.12381
23. Plücker, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour *Prevention Science*, 16, 233–241.
24. Sonuga-Barke, E.J.S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M.T., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., van der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., Wong, I., Sergeant, J., & on behalf of European ADHD Guidelines Group. (2013). Non-pharmacological interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170, 275-289.
25. Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A., & Döpfner, M. (Hrsg.). (2010). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer.
26. Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H.-C., & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 1, 17-30.
27. WHO (Hrsg.) (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (9., veränd. Aufl.)*. Bern: Huber.



28. Zentrales adhs-netz (2009). Eckpunkte zu ADHS und Schule. Stand: 02.04.2009, [http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber\\_das\\_Netz/Taetigkeit/Arbeitsgruppen/ADHS\\_und\\_Schule/Eckpunktepapier\\_zu\\_ADHS\\_und\\_Schule.pdf](http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber_das_Netz/Taetigkeit/Arbeitsgruppen/ADHS_und_Schule/Eckpunktepapier_zu_ADHS_und_Schule.pdf)
29. Zentrales adhs-netz (2010). Eckpunkte zu ADHS und Jugendhilfe. Stand: 23.11.2010, [http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber\\_das\\_Netz/Struktur/Arbeitsgruppen/Eckpunkte\\_zu\\_ADHS\\_und\\_Jugendhilfe.pdf](http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber_das_Netz/Struktur/Arbeitsgruppen/Eckpunkte_zu_ADHS_und_Jugendhilfe.pdf)
30. Zentrales adhs-netz (Hrsg.). (2012a). *Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll*. Göttingen: Hogrefe.
31. Zentrales adhs-netz (2012b). Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zu häufigen Fehlinformationen der Presse zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stand: 19.03.2012, [http://www.zentrales-adhs-netz.de/uploads/media/Stn\\_zan\\_Fehlinformationen\\_Presse\\_verabsch.\\_01.pdf](http://www.zentrales-adhs-netz.de/uploads/media/Stn_zan_Fehlinformationen_Presse_verabsch._01.pdf)