

# ADHSREPORT

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- UND HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNGEN

Referate für Klinik und Praxis

**Ausgabe 55**

## Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. sc. hum. Manfred Döpfner, Köln  
 Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Mannheim  
 Prof. Dr. Michael Rösler, Homburg  
 Dr. rer. nat. Roland Fischer, Iserlohn

- **Recherchen**
- **Berichte**
- **Aktuelles aus Klinik und Praxis**

Editorial

55 A

### Neue Eckpunkte des zentralen adhs-netzes

*Manfred Döpfner, Tobias Banaschewski,  
Klaus Skrodzki und Michael Rösler*

Das *zentrale adhs-netz* wurde 2003 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit aufgebaut. Hauptziel des Netzwerkes ist die Förderung eines umfassenden Gesundheitsmanagements für Menschen mit ADHS. Durch die Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur ADHS auf nationaler und internationaler Ebene sollen die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS bestimmt und optimiert werden. Die Information von Fachleuten, Betroffenen und der Öffentlichkeit über ADHS ist eine wesentliche Aufgabe des Netzwerkes. Hierzu werden zwei internetbasierte Informationsplattformen betrieben. Die Informationen auf [www.zentrales-adhs-netz.de](http://www.zentrales-adhs-netz.de) richten sich primär an Fachleute aus medizinisch-therapeutischen Bereichen. Das ADHS-Infoportal ([www.adhs.info](http://www.adhs.info)) stellt evidenzbasierte zielgruppenspezifische Informationen für Betroffene und Angehörige sowie Pädagogen zur Verfügung. Eine enge Vernetzung mit Berufs-, Fach- und Selbsthilfeverbänden erfolgt in einem interdisziplinären Beirat. Der interdisziplinäre Beirat formuliert Empfehlungen an die Leitungsgruppe und bewertet die Arbeit des *zentralen adhs-netzes*. Ein Beirat

regionaler Netze, der sich aus Vertretern regionaler Versorgungsnetze zusammensetzt, formuliert die Interessen und Bedürfnisse der regionalen Netze, berät die Leitungsgruppe und gibt Anregungen zur Weiterentwicklung des *zentralen adhs-netzes*.



## zentrales adhs-netz

Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sind die Grundlage für die Arbeit des *zentralen adhs-netzes*. Wie das *zentrale adhs-netz* in einer gemeinsamen Presseerklärung mit dem Bundesministerium für Gesundheit mitteilt, wurden diese Eckpunkte aktualisiert. Grundlage dafür war eine Statuskonferenz mit 60 eingeladenen Experten. Diese Eckpunkte werden von 17 Fachverbänden unterstützt. (<http://www.zentrales-adhs-netz.de/ueber-das-netz/taetigkeit/eckpunktepapier-adhs-2016.html>).

## Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland\*:

- 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. 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].
- 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].
- 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].
- 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].

- 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].
- 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 Elterntraining 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].

- 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).

Darüber hinaus ist aus berufspolitischer Sicht eine leistungsgerechte Finanzierung der präventiven, diagnostischen und therapeutischen Leistungen durch die Krankenkassen notwendig [6, 12, 28, 29].

- 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].

- 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].
- 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.
- 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. bei Erziehern, Lehrern, Sozialarbeitern) sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat, ist es notwendig, das Wissen bezüglich der empirisch gesicherten Erkenntnisse zur ADHS (präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen) weiter auszubauen.
- 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 langfristige einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, 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 effektive 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].

\* 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. 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 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 Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPTV)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

#### Literatur

1. American Psychiatric Association/Falkai P, Wittchen HU, 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 SV, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Sonuga-Barke EJ & 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 LA, Sonuga-Barke EJ & 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 SA (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 PJ & 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 & Lehmkühl G (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*, Band 1. (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe
12. Döpfner M, Lehmkühl 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 HE, Ferrari AJ, Polanczyk GV, Moffitt TE, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA & Scott JG (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 SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, Rohde LA, Sonuga-Barke EJS, Tannock R & Franke B (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews (online)* doi:10.1038/nrdp.2015.20
15. Faraone SV, Biederman J & Mick E (2006). The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of followup studies. *Psychol. Med.* 36, 159–165
16. Faraone S, Perlis RH, Doyle AE, Smoller J W, Goralnick JJ, Holmgren MA, & 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, Plück 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, 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. *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 JT (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev*, 33(2), 215–228
21. Pelham WE & Fabiano GA (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit /hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184–214
22. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A & Rohde LA (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. Plück 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 EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin MT, 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, Lecendreau 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, HC, 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 EJS, Steinhausen HC & 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)

Therapie 55 B

**Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit ADHS im Internet: Der neue ADHS-Elterntainer**

*Stephanie Schürmann & Manfred Döpfner (Köln)*

hat, die sich jedoch in Erziehungssituationen überfordert fühlen. Das neue Angebot der AOK ist unter [www.adhs-elterntainer.de](http://www.adhs-elterntainer.de) für alle Interessierten frei zugänglich.

Der ADHS-Elterntainer basiert auf dem Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten – THOP (Döpfner et al., 2013) sowie auf dem Selbsthilfebuch „Wackelpeter und Trotz-kopf“ (Döpfner et al., 2011). Seit vielen Jahren hat sich dieses Konzept in der Begleitung von ADHS-Familien in der Praxis bewährt und das Therapieprogramm ist mittlerweile Standardmanual in der psychosozialen Behandlung von ADHS. In den letzten Jahren wurden an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln Erfahrungen mit telefonisch angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit ADHS und anderen expansiven Störungen gesammelt. Es wurden mehrere Wirksamkeitsstudien durchgeführt, die belegen, dass dieses Konzept bei der Verbesserung der Erziehungs-kompetenzen und der Verminderung von expansivem Verhalten effektiv ist (Ise et al., 2015; Kierfeld et al., 2013; Mokros et al., 2015). Das Online-Programm ist ein weiterer Schritt in der Entwicklung von Methoden, welche die psychologische Versorgung von Kindern mit ADHS und anderen expansiven Störungen verbessern sollen.

Mit dem ADHS-Elterntainer startet die AOK ein neues Hilfsangebot für Eltern in schwierigen Erziehungssituationen. Das wissenschaftlich fundierte Online-Programm bietet umfassende und kostenlose Unterstützung für Mütter und Väter, die durch Verhaltensprobleme ihrer Kinder besonders belastet sind. Es kann für Eltern von Kindern mit einer voll ausgeprägten ADHS-Symptomatik oder oppositioneller Symptomatik, aber auch für Eltern hilfreich sein, deren Kind keine entsprechend ausgeprägte Störung

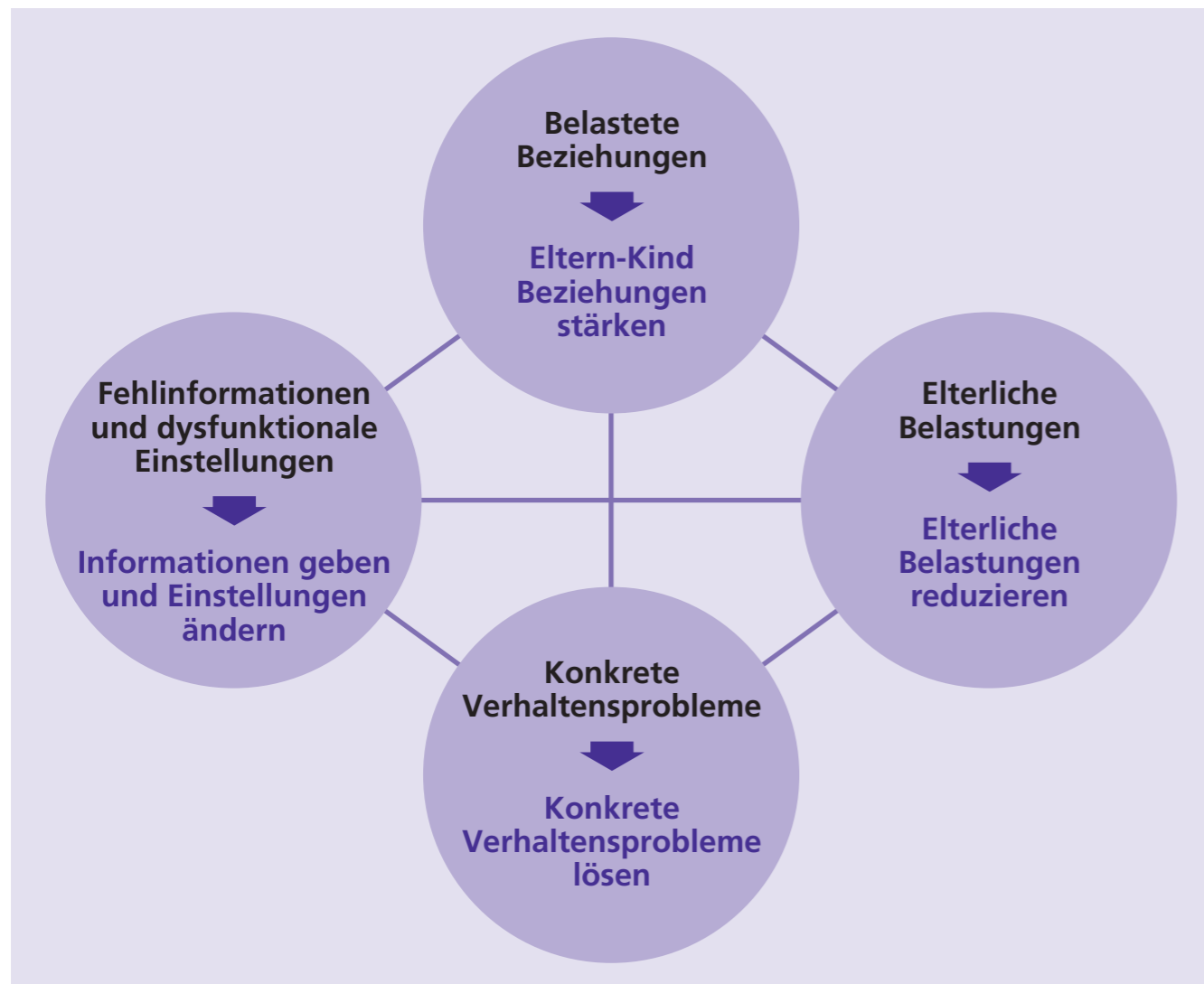


Abb. 1: Störungs- und Interventionskonzept

Grundlage des Online-Programms ist ein Störungs- und Interventionskonzept, das auf vier Pfeilern basiert (siehe Abb. 1). Danach können vier Ansatzpunkte für die Interventionen identifiziert werden:

- **Fehlinformationen und dysfunktionale Einstellungen** der Eltern können zu vielfältigen Fehlern in der alltäglichen Erziehung führen. Daher ist es wichtig, den Eltern Informationen zu ADHS und anderen expansiven Störungen zu geben und dysfunktionale Einstellungen (z. B. „das macht mein Kind alles nur absichtlich“) zu verändern. Dies kann dazu beitragen, die Verhaltensprobleme des Kindes zu vermindern.
- **Belastete Beziehungen** zwischen Eltern und Kind sind häufig Folge der Verhaltensprobleme des Kindes, sie verstärken diese jedoch auch in einem Teufelskreis immer weiter. Zudem können belastende Eltern-Kind-Beziehungen aus anderen Familienproblemen erwachsen.

Die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehungen kann daher ein wichtiger Baustein sein, der auch zur Verminderung der Verhaltensprobleme des Kindes beiträgt.

- **Elterliche Belastungen** ergeben sich nicht nur aus der Verhaltensproblematik des Kindes, sondern können sich aus vielen anderen Quellen speisen, z. B. aus eigenen psychischen Problemen (z. B. eigener ADHS, Depression), aus Partnerschaftsproblemen, anderen Familienproblemen, Problemen am Arbeitsplatz. Elterliche Belastungen können die Verhaltensprobleme des Kindes weiter verstärken. Daher kann die Verminderung von elterlichen Belastungen auch eine Verminderung der Verhaltensprobleme des Kindes unterstützen.
- **Konkrete Verhaltensprobleme** des Kindes können von den Eltern durch erzieherische Strategien und spezifische Maßnahmen deutlich vermindert werden. Abbildung 2 zeigt die Struktur des ADHS-Elterntainers.

Verhaltensprobleme lösen	Beziehung zum Kind stärken	Sich selbst nicht vergessen	ADHS – Was ist das?
Wutanfall Hausaufgaben Chaos im Kinderzimmer Ständiges Unterbrechen Medienkonsum Unruhe beim Essen Geschwisterstreit			
Problem erkennen: Was läuft schief?	Wie gut ist Ihre Beziehung?	Kommen Sie zu kurz?	Merkmale von Kindern mit ADHS
Problem analysieren: Teufelskreis & Strukturen ändern	Was mögen Sie an Ihrem Kind?	Stärken und Schwächen	Zusätzliche Probleme
Regeln festlegen	Spaß- und Spielzeit	Alltag planen	Was sind die Ursachen?
Wirkungsvolle Aufforderungen geben	Wie können Sie Ihr Kind stärken?	Selbst auftanken	Wie entwickeln sich die Kinder weiter?
Positive Konsequenzen setzen		Besondere Herausforderungen	Was kann helfen?
Natürliche negative Konsequenzen setzen			Medikamente
Belohnungspläne einsetzen			

Abb. 2: Struktur des ADHS-Elterntainers (vier Module)

Auf der Grundlage des Störungs- und Interventionskonzeptes sind für den ADHS-Elterntainer **vier Module** entwickelt worden.

### ADHS – was ist das?

Hier erhalten die Eltern in sechs Bausteinen Informationen über die Merkmale von Kindern mit ADHS und ihre zusätzlichen Probleme sowie über die Ursachen der Störung. Zudem können sich die Eltern darüber informieren, wie sich die Störung weiter entwickeln kann, welche Behandlungsformen hilfreich sind und welche Rolle die medikamentöse Therapie spielt.



### Beziehung zum Kind stärken

Hier erfahren die Eltern in vier Bausteinen, wie Sie die Beziehung zu Ihrem Kind stärken und Ihr Kind wieder mit seinen positiven Seiten wahrnehmen können. Im Einzelnen schätzen die Eltern die eigene Beziehung zum Kind ein, sie arbeiten heraus, was sie an ihrem Kind mögen, sie lernen die Spaß- und Spielzeit kennen und sie erfahren, wie sie ihr Kind weiter stärken können.



### Sich selbst nicht vergessen

Um die Belastungen von Eltern zu erkennen und zu vermindern, werden sie in fünf Bausteinen angeleitet, ihre eigene Belastung zunächst einzuschätzen, die eigenen Stärken und Schwächen zu identifizieren, den Alltag besser zu planen, Erholungspausen einzulegen und mit besonderen Herausforderungen (z. B. belastende Partnerschaft, Alleinerziehende, eigene psychische Belastungen) umzugehen.



### Verhaltensprobleme lösen

In diesem größten Modul lernen die Eltern wirksame Methoden, um konkrete Problemsituationen mit ihrem Kind besser zu bewältigen. Diese Methoden werden anhand von sieben typischen Problemsituationen vorgestellt. Zunächst werden Problemsituationen anhand kurzer Filmsequenzen vorgestellt und die Eltern sollen eine, für ihre Situation typische, Problemsituation auswählen. Anhand jeder dieser Problemsituationen werden die Eltern in sieben Schritten angeleitet, die konkrete Problematik besser zu bewältigen. Kurze Videos zeigen den Eltern die Umsetzung dieser konkreten Schritte:

	Problem erkennen: Was läuft schief?
	Problem analysieren: Teufelskreis & Strukturen ändern
	Regeln festlegen
	Wirkungsvolle Aufforderungen geben
	Positive Konsequenzen setzen
	Natürliche negative Konsequenzen setzen
	Belohnungspläne einsetzen

Der ADHS-Elterntainer kann von Eltern völlig eigenständig genutzt werden. Er kann jedoch auch in therapeutische Prozesse eingebunden werden. Erste Erfahrungen werden im Verlauf des nächsten halben Jahres gesammelt. Die Akzeptanz und die Wirksamkeit eines solchen Zugangs sind völlig unbekannt. Dies soll in den nächsten Jahren in begleitenden Studien untersucht werden.

### Literatur

- Döpfner M, Schürmann S & Frölich J (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). (5. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Döpfner M, Schürmann S & Lehmkuhl G (2011). Wackelpeter und Trotz-kopf. Hilfen für Eltern bei ADHS-Symptomen, hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (4. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Ise E, Kierfeld F & Döpfner M (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behaviour. *The Journal of Primary Prevention*, 36, 33–40. doi: 10.1007/s10935014-0374-z
- Kierfeld F, Ise E, Hanisch C, Görtz-Dorten A & Döpfner M (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* 22, 553-565. doi:10.1007/s00787-013-0397-7
- Mokros L, Benien N, Mütsch A, Kinnen C, Schürmann, S, Wolf Metternich-Kaizman T, Breuer D, Hautmann C, Ravens-Sieberer U, Klasen F & Döpfner M (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweitem Angebotes – eine Beobachtungsstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43, 275-288. doi: 10.1024/1422-4917/a000348

## Therapie

55 C

### Soziale Kompetenztrainings bei aggressivem Verhalten

Anja Görtz-Dorten (Köln)

Mehr als die Hälfte der Kinder mit ADHS zeigen auch oppositionelles und aggressives Verhalten und Kinder mit dieser zusätzlichen Problematik haben eine ungünstigere Verlaufsprognose (Döpfner et al., 2013). Die pharmakologische Behandlung von ADHS vermindert häufig auch die aggressive Symptomatik.

Dies ist jedoch nicht immer der Fall und häufig persistieren aggressive Symptome auch nach optimaler Pharmakotherapie. Zur Behandlung von aggressivem und oppositionellem Verhalten haben sich einerseits Elterntrainings bewährt, wie z. B. das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP), das sowohl auf die Verminderung von ADHS-Symptomen als auch von oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen zielt. Mehrere Studien zeigen, dass sich durch THOP neben den ADHS-Symptomen tatsächlich auch oppositionelle und aggressive Symptome vermindern lassen (vgl. Döpfner et al., 2013). Auch Metaanalysen (z. B. Daley et al., 2015) belegen die Wirksamkeit von Elterntrainings auf die oppositionell-aggressive Symptomatik bei Kindern mit ADHS.

### Soziale Problemlöse- und Kompetenztrainings

Bei der Behandlung von aggressivem Verhalten haben sich zudem soziale Problemlöse- und Kompetenztrainings bewährt. Sie sind vor allem indiziert, wenn aggressives Verhalten durch Störungen in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung, der Affekt- und Impulskontrolle oder durch soziale Kompetenzdefizite auf der Verhaltens-ebene (mit)verursacht wird. Solche Interventionen sind vor allem bei älteren Kindern und bei Jugendlichen hilfreich, bei denen gleichaltrigenbezogene Aggressivität als Problematik dominiert, weil diese Symptomatik durch umfeldzentrierte Interventionen oft nicht hinreichend gut erreicht werden kann. Eine kognitiv-behaviorale Therapie des Kindes/Jugendlichen kann als Einzel- oder als Gruppentherapie durchgeführt werden. Bereits im Kindergartenalter können diese Interventionen eingesetzt werden, sie müssen aber dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst werden.

Diese Interventionen werden umso wichtiger, je älter das Kind ist. Die Therapie sollte auf die jeweilige Problematik individuell zugeschnitten werden, wobei das Entwicklungsalter, die realen sozialen Problemsituationen und

jene Faktoren beachtet werden sollten, die in diesen Situationen das aggressive Verhalten vermutlich aufrechterhalten. Standardisierte Behandlungspakete, die verschiedene Interventionskomponenten integrieren, können nützlich sein, wenn sie auf die individuellen Situationen angepasst werden:

- Ein **Problemlösetraining** ist indiziert, wenn Tendenzen zur Fehlwahrnehmung und Fehlinterpretation sozialer Situationen oder eine mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeit (bei der Entwicklung und Bewertung von Handlungsalternativen, der Berücksichtigung von Handlungskonsequenzen) identifiziert werden können.
- Ein **Ärgerkontrolltraining** (Impulskontrolltraining) ist nötig, wenn Störungen in der Affekt- und Impulskontrolle vorliegen.
- Wenn sozial inkompetente Verhaltensweisen bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, bei der angemessenen Selbstbehauptung oder bei der Konfliktlösung identifizierbar sind, dann ist ein soziales **Fertigkeitentraining** zur Einübung entsprechender, kompetenter Verhaltensweisen erforderlich.
- Der Transfer auf das natürliche soziale Umfeld muss bei allen Interventionen durch entsprechende **Generalisierungstechniken** unterstützt werden, z. B. durch Selbstbeobachtung und weitere Selbstmanagementmethoden, Übungen im natürlichen Umfeld, positive Verstärkung von Verhaltensänderungen, Einbeziehung von Eltern, Erziehern, Lehrern oder Gleichaltrigen in die Intervention. Selbstmanagement-Strategien (etwa ab dem Alter von 9 Jahren) in Verbindung mit Interventionen in der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigen-Gruppe, die vor allem auf eine Veränderung der Konsequenzen bei aggressivem Verhalten (negative Konsequenzen) und bei sozial kompetentem Verhalten (positive Konsequenzen) abzielen, sind nötig, wenn aggressives oder dissoziales Verhalten kurzfristig erfolgreich ist und/oder sozial kompetentes Verhalten nicht belohnt wird.

### Wirksamkeit deutschsprachiger, sozialer Kompetenztrainings

Im deutschen Sprachraum wurden mehrere soziale Kompetenztrainings entwickelt; am weitesten verbreitet ist das Training mit aggressiven Kindern (Petermann & Petermann, 2012). Jedoch wurden nur wenige empirische auf ihre Wirksamkeit hin überprüft; zu diesen zählen das Verhaltenstherapeutische Intensivtraining zur Reduktion von Aggression, VIA (Grassmann & Stadler, 2009) sowie das Baghira-Training (Aebi et al., 2011). An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln wurden das Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV; Görtz-Dorten & Döpfner, 2010) und das Soziale computerunterstützte Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT; Görtz-Dorten & Döpfner, 2016) entwickelt.

## Therapieprogramm THAV

Das Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV, Görtz-Dorten & Döpfner, 2010) ist ein umfassendes Behandlungspaket zur multimodalen Behandlung von Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren mit aggressivem Verhalten besonders gegenüber Gleichaltrigen. Den Kern des Behandlungsprogramms bilden patientenzentrierte Interventionen in Form eines sozialen Kompe-

tenztrainings, das für das Einzelsetting entwickelt wurde, aber auch in Kleingruppen durchgeführt werden kann. Das Therapieprogramm bezieht dabei auch eltern- und familienzentrierte sowie schulzentrierte Interventionen mit ein. THAV ist als individualisierte Therapie konzipiert, in der einzelne Module und ihre Bausteine entsprechend den individuellen Problemen der Kinder zusammengestellt werden. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die fünf Module von THAV.

Modul I	Vorbereitung und Diagnostik
Bausteine 1–3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungs- &amp; Motivationsaufbau</li> <li>• Aufbau positiver Sichtweisen &amp; Ressourcenaktivierung</li> <li>• Problem- &amp; Zieldefinition, gemeinsames Störungskonzept</li> </ul>
Modul II	Sozial-kognitive Interventionen & Modifikation sozialer Interaktionen
Bausteine 4–6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindertraining: Veränderung aggressionserzeugender Kognitionen, dysfunktionaler Überzeugungen &amp; sozial-emotionaler Komponenten (z. B. Empathie)</li> <li>• Elterntertraining: Veränderung eigener dysfunktionaler Kognitionen, Unterstützung von Therapieaufgaben / von angemessenen Kognitionen beim Kind</li> </ul>
Modul III	Ärgerkontrolltraining & Modifikation sozialer Interaktionen
Baustein 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindertraining: Ärgersituationen/ärgerauslösende Kognitionen erkennen &amp; Entwicklung verschiedener Strategien zur Ärgerkontrolle</li> <li>• Elterntertraining: eigene Impulskontrolle, Unterstützung von Therapieaufgaben und von angemessener Ärgerkontrolle beim Kind</li> </ul>
Modul IV	Problemlöse- und Fertigkeitentraining & Modifikation sozialer Interaktionen
Bausteine 8–10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindertraining: Einübung adäquater Problemlösefertigkeiten (z. B. alternative Lösungen finden und bewerten) &amp; von sozial kompetentem Verhalten z. B.: bei Kontaktaufnahme, Konfliktlösung, Dominanztendenzen</li> <li>• Elterntertraining: eigene Konfliktlösung usw., Unterstützung von Therapieaufgaben und von angemessenem, sozial kompetentem Verhalten beim Kind</li> </ul>
Modul V	Abschluss
Baustein 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilanzierung</li> <li>• Rückfallprävention</li> <li>• Ablösung</li> </ul>

Tabelle 1: Module des Therapieprogramms für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV)

Für das Therapieprogramm THAV liegen Wirksamkeitsnachweise in drei Studien im Eigenkontrollgruppendesign (Einzeltherapie und Gruppentherapie) und einem randomisierten Kontrollgruppenstudiendesign vor, welche die Verminderung von Störungen des Sozialverhaltens im Verlauf der Intervention als auch eine spezifische Wirksamkeit belegen (Goertz-Dorten et al., 2015; 2016) [siehe auch: Studien-Update].

## Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT)

Das Soziale computerunterstützte Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT) (Görtz-Dorten & Döpfner, 2016) ist ein neues Problemlöse- und Kompetenztraining, mit dem aggressiv auffällige Kinder neue Lösungen für Gleichaltrigenkonflikte erlernen können. Es lässt sich gut in der Kombination mit dem Therapieprogramm THAV einsetzen.

Das Training basiert auf dem Modell der sozialen Informationsverarbeitung (Dodge & Schwartz, 1997; Döpfner, 1989), in dem von der Wahrnehmung sozialer Hinweisreize bis hin zu der Verarbeitung von Handlungskonsequenzen zwischen mehreren Phasen differenziert wird und es integriert verschiedene Elemente sozialer Kompetenztrainings, die der Modifikation der störungsaufrechterhaltenden Komponenten aggressiven Verhaltens dienen.



Abb. 3: Puppenspiel in THAV und ScouT

ScouT besteht aus einer interaktiven DVD und einem Manual und ist für Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren entwickelt worden, die aggressives Verhalten besonders Gleichaltrigen gegenüber zeigen. Anhand von kindgemäßen und attraktiven Materialien sollen die Kinder schrittweise lernen, Konfliktsituationen mit Gleichaltrigen auf der kognitiven, der emotionalen und der Verhaltens-ebene kompetent zu bewältigen. Somit stehen die Art und Weise, mit der sich Kinder sozialen Situationen nähern und die kognitiven und emotionalen Prozesse, die ihren Interaktionen vorhergehen und sie begleiten, im Mittelpunkt des Programms. ScouT enthält Filmbeispiele,

Arbeitsblätter, Erläuterungen und Bearbeitungsvorschläge für Therapeuten und kann sowohl zur Diagnostik als auch zum Training von sozial-kognitiven Problemlöseprozessen, Prozessen der Emotionsregulation und von sozialen Fertigkeiten eingesetzt werden.

Der Hauptinhalt der DVD sind Filme zu fünf verschiedenen Konfliktsituationen, in denen der Hauptakteur auf eine Enttäuschung, auf verbale Aggression, auf eine unwahre Behauptung, auf körperliche Aggression und auf eine Abwertung reagiert (siehe Abbildung 3,4 und 5).





Mit diesen Konfliktsituationen sind die meisten Kinder in dieser oder einer ähnlichen Form gut vertraut. Die Problemsituationen werden aus der Perspektive des Hauptakteurs und seiner Interaktionspartner geschildert. Das Kind soll sich mit der Hauptperson und dessen Problemen identifizieren bzw. auseinandersetzen.



Abb. 4: ScouT-DVD, Filmauswahl

Anschließend an jede Situation stehen vier Lösungsalternativen (sozial kompetent, sozial unsicher, verbal aggressiv, körperlich aggressiv) als mögliche Reaktionen zur Auswahl. Die Kinder können jene Variante auswählen, die am besten beschreibt, wie sie sich an Stelle des Hauptakteurs verhalten und was sie dabei denken oder fühlen würden. Diese Reaktionen können dann jeweils in einem kurzen Film betrachtet werden.

Nach diesem Film können die Kinder dann in weiteren kurzen Filmsequenzen sehen, wie die jeweilige Situation sich weiter entwickelt und welche Konsequenzen das Verhalten des Hauptakteurs nach sich zieht. Innere Dialoge der Hauptfiguren geben dabei jeweils einen Einblick in die Bewertung der Situation (Gedanken) und verdeutlichen die Gefühle aus der Sicht des Hauptakteurs und aus der Perspektive des jeweiligen Interaktionspartners.

<b>Ausgangssituation (Meine Welt):</b> 1. <i>Darf ich mitspielen? (Reaktion auf Enttäuschung)</i> 2. <i>Da fehlt etwas! (Reaktion auf unwahre Behauptung)</i> 3. <i>Das ist mein Ball! (Reaktion auf körperliche Aggression)</i> 4. <i>Du hast es kaputt gemacht! (Reaktion auf verbale Aggression)</i> 5. <i>Blödes Bild! (Reaktion auf Abwertung)</i>				
Beschreibung der Ausgangssituation und eigener Gedanken, Gefühle und Handlungstendenzen in einer solchen Situation				
<b>Lösungsalternativen (Wege):</b>				
<b>sozial unsicher (SU)</b>	<b>sozial kompetent (SK)</b>	<b>verbal aggressiv (VA)</b>	<b>körperlich aggressiv (KA)</b>	
<b>Pro Lösungsalternative</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation von Gedanken, Gefühlen, die dem Verhalten zugrunde liegen</li> <li>• Antizipation der Handlungskonsequenzen</li> <li>• Bewertung der Lösung</li> </ul>				
<b>Handlungskonsequenz</b>	<b>Handlungskonsequenz</b>	<b>Handlungskonsequenz</b>	<b>Handlungskonsequenz</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation der besten Lösung</li> <li>• Transfer auf eigene Situationen einschließlich Rollenspiel und Therapieaufgaben</li> </ul>				

Filmmaterial
  Bearbeitung mit Hilfe von PC oder Arbeitsblättern

Abb. 5: Thematischer Aufbau des ScouT-Programms

Das Programm hilft dem Therapeuten und dem Kind bei der Bearbeitung durch gezielte Explorationsfragen zu den einzelnen Situationen. Mit Hilfe der Identifikationsfigur soll das Kind sich mit dessen Problemen auseinandersetzen. Anhand der Fragen können Problemlösestrategien und -defizite exploriert und im zweiten Schritt modifiziert werden. Hierzu können zusätzlich auch verschiedene Arbeitsblätter verwendet werden, die sich als pdf-Dateien ebenfalls auf der DVD befinden.

ScouT wird derzeit in einer kombinierten Eigenkontrollgruppenstudie und randomisierten Kontrollgruppenstudie überprüft. Erste Zwischenanalysen zeigen eine Verminderung der aggressiven Symptomatik im Verlauf der Intervention sowie eine spezifische Wirksamkeit bezüglich der Reduktion aggressiven Verhaltens (Görtz-Dorten & Döpfner, 2016).

**Literatur**

Aebi M, Perriard R, Stiffler Scherrer B & Wettach R (2011). Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten: Das Baghira-Training. Göttingen: Hogrefe

Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, Sonuga-Barke EJS & on behalf of the European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 835–847

Döpfner M, Frölich J & Lehmkuhl G (2013). Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1. (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

Görtz-Dorten A & Döpfner M (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe

Görtz-Dorten A & Döpfner M (2010). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV). Göttingen: Hogrefe

Goertz-Dorten A, Benesch C, Hautmann C, Berk-Pawlitzeck E, Faber M, Lindenschmidt T, Stadermann R, Schuh L & Doepfner M (2015). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders. *Psychotherapy Research* (online).doi:10.1080/10503307.2015.1094587

Görtz-Dorten A, Benesch C, Faber M, Lindenschmidt T, Schuh L & Döpfner M (2016). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders - A randomized controlled trial with an active control group. (Submitted for publication)

Grassmann D & Stadler C (2009). Verhaltenstherapeutisches Intensivprogramm zur Reduktion von Aggression. Wien: Springer

Petermann F & Petermann U (2012). Training mit aggressiven Kindern. 13. überarb. Aufl., Weinheim: Beltz

Lebensspanne (ESCALife). ESCALife ist eines von neun Forschungsverbänden zu psychischen Erkrankungen, die vom BMBF von 2015 – 2019 mit insgesamt bis zu 35 Mio. Euro gefördert werden. Der ESCALife-Forschungsverbund besteht aus international etablierten Arbeitsgruppen aus zehn deutschen universitären Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Psychiatrie (Bochum, Homburg/Saar, Köln, Mannheim, Marburg, Oldenburg, Rostock, Tübingen, Würzburg) und wird von einem Zentrum zur Koordination klinischer Studien (Freiburg) unterstützt. Informationen zu ESCALife finden sich auf der homepage des Forschungsverbundes (<http://www.esca-life.org>).



Die Evidenz für individualisierte – altersspezifische und adaptiv-gestufte – multimodale Behandlungsalgorithmen unter Routinebedingungen fehlt weitgehend. Dies gilt insbesondere für spezifische Subpopulationen, z. B. im Vorschulalter, bei komplexen Fällen mit schwerer Symptomatik und/oder ausgeprägter Komorbidität oder im Erwachsenenalter, wenn nichtpharmakologische Interventionen indiziert sind. Ziel ist es, die Wirksamkeit und Effektivität individualisierter und gestufter multimodaler Behandlungsprogramme versorgungsnah zu evaluieren und Prädiktoren für das individuelle, therapeutische Ansprechen zu identifizieren.

Das 48-monatige Arbeitsprogramm umfasst vier multi-zentrische, klinische Behandlungsstudien, welche die Altersspannen vom Vorschulkind bis zum jungen Erwachsenen abdecken (ESCApreschool, ESCAschool, ESCAdol, ESCAlate). In diesen Studien werden leitliniengerechte, gestufte Behandlungsalgorithmen („stepped care designs“) hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Verträglichkeit und Akzeptanz in observationalen und randomisierten Behandlungsarmen verglichen. Die Algorithmen reichen von der Frühintervention und Prävention bis hin zu intensiven, multimodalen, individualisierten Interventionen und umfassen evidenzbasierte, psychosoziale, verhaltenstherapeutische und pharmakologische Behandlungsbausteine. Abbildung 5 zeigt beispielhaft das Studiendesign der ESCAschool-Studie, in die mehr als 500 Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren mit der Diagnose einer ADHS eingeschlossen werden sollen.

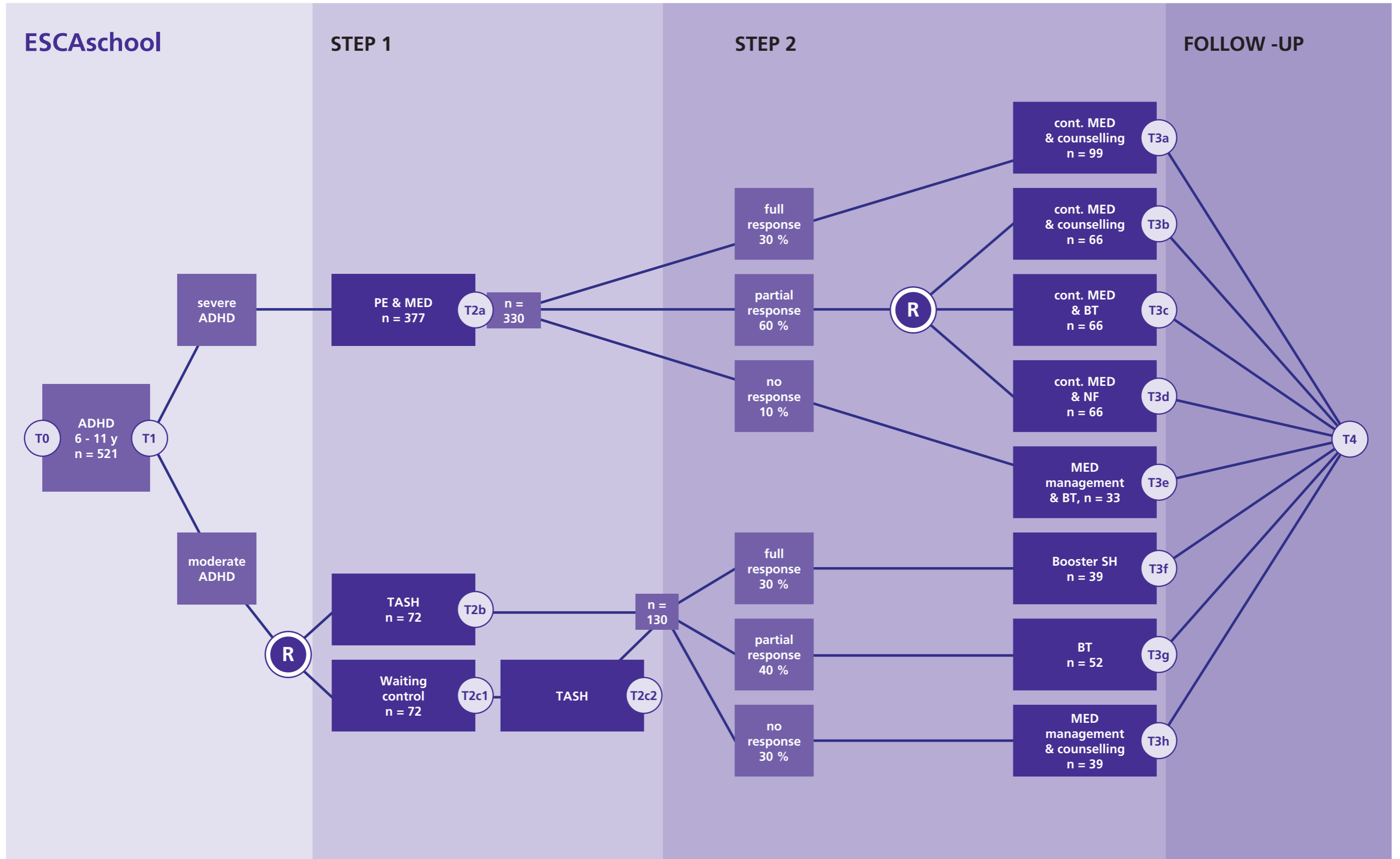
55 D

**Therapie**

**Die ESCA-Studie**

*Manfred Döpfner (Köln),  
Tobias Banaschewski (Mannheim) &  
Michael Rösler (Homburg/Saar)*

Seit 2015 unterstützt das Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Forschungsverbund zur evidenzbasierten, stufenweisen Versorgung von ADHS über die



BT: Behaviour therapy    MED: Medication    NF: Neurofeedback    PE: Psychoeducation    R: Randomization  
 SH: Self-help    TASH: telephone-assisted self-help    T0: assessment for eligibility    T1-4: study visits (outcome parameters)

Abb. 6: Studiendesign der ESCASchool-Studie



Je nach Schweregrad der ADHS (moderate versus schwere ADHS) erfolgt die Therapie entsprechend den aktuellen Leitlinien nach unterschiedlichen Behandlungsalgorithmen (siehe Abbildung 6). Bei stark ausgeprägter ADHS wird im ersten Schritt eine Psychoedukation in Verbindung mit einer medikamentösen Therapie für drei Monate durchgeführt (PE & MED). In Abhängigkeit vom Behandlungserfolg wird entweder diese Therapie weitergeführt (wenn Symptome im ersten Schritt weitgehend abgebaut wurden) oder sie wird durch Verhaltenstherapie bzw. durch Neurofeedback ergänzt (wenn Symptome im ersten Schritt vermindert wurden, aber bedeutsame Symptome noch persistieren) oder es wird eine alternative Pharmakotherapie eingeleitet (wenn die medikamentöse Behandlung in Stufe 1 nicht erfolgreich war). Bei Patienten mit einer moderaten ADHS wird zunächst eine telefonassistierte Selbsthilfe (TASH) für die Eltern der Kinder eingeleitet und im zweiten Schritt, wird in Abhängigkeit vom Behandlungserfolg dieser Selbsthilfe, diese entweder mit einigen Aufwärm Sitzungen (booster) fortgesetzt, oder sie wird durch eine Verhaltenstherapie vor Ort ergänzt oder eine medikamentöse Behandlung angeboten.

Mit diesem Design kann beispielsweise den Fragen nachgegangen werden, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die von einer individuell optimierten Pharmakotherapie hinreichend profitieren und deshalb keine weiteren, ergänzenden Interventionen benötigen, wie hoch der Anteil von Patienten ist, bei denen eine ergänzende Verhaltenstherapie wirkungsvoll ist, und welche Interventionen bei Patienten angezeigt sind, bei denen trotz vorangehender, leitlinienbasierter Routinebehandlung keine hinreichende Remission erreicht werden konnte.

Ergänzend zu diesen Behandlungsstudien sollen im Projekt ESCAbraun mittels bildgebender Verfahren (Elektroenzephalographie, Magnetresonanztomographie, Diffusions-Tensor-Bildgebung, transkranielle Sonographie) sowie durch multimodale und multivariate Mustererkennung valide neurobiologische Prädiktoren des individuellen, therapeutischen Ansprechens auf intensive, nichtpharmakologische Interventionen identifiziert werden. In Verbindung mit psychopathologischen und soziodemografischen Merkmalen sollen dadurch perspektivisch Kriterien einer individualisierten Indikationsstellung für spezifische, psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungsoptionen entwickelt werden.

protokolle für Neurofeedback untersuchen, überprüfen, ob sich auf neurophysiologischer Ebene tatsächlich Veränderungen nachweisen lassen und den Transfer gezielt unterstützen.

## Studien-Update

55 E

*Cortese et al. (2016)*

### **Neurofeedback for Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials**

*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55, 444 – 455*

#### **Zusammenfassung**

**Zielsetzung:** Die Arbeitsgruppe führte Metaanalysen mit randomisierten, kontrollierten Studien durch, um die Effekte von Neurofeedback auf ADHS-Symptome und auf neuropsychologische Defizite bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu überprüfen.

**Methode:** In den Datenbanken PubMed, Ovid, Web of Science, ERIC and CINAHAL wurde eine systematische Suche bis 30.08.2015 durchgeführt. Die Studien wurden hinsichtlich ihrer Qualität mit dem Cochrane Risk of Bias Tool bewertet.

**Ergebnisse:** 13 Studien mit 520 Patienten wurden eingeschlossen. Signifikante Effekte konnten auf ADHS-Symptome festgestellt werden, die von Personen beurteilt wurden, welche die Behandlungsbedingungen gut kannten (d.h. bei nicht-verblindeten Beurteilern, in der Regel die Eltern): Für ADHS-Gesamtsymptomatik ergab sich eine standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) von 0.35 (95 % Konfidenzintervall: 0.11 bis 0.59) für Unaufmerksamkeit von 0.36 (95 % Konfidenzintervall: 0.09 bis 0.63; für Hyperaktivität/Impulsivität von 0.26 (95 % Konfidenzintervall: 0.08 bis 0.43). Keine signifikanten Effekte wurden gefunden, wenn die Einschätzungen von vermutlich verblindeten Beurteilern zugrunde gelegt wurden (z. B. von Lehrern, die nicht genau über die Intervention informiert wurden) und auch nicht, wenn nur Studien analysiert wurden mit einer aktiven Kontrollbedingung oder einem vorgetäuschten Neurofeedback. Die Ergebnisse waren vergleichbar, wenn nur Frequenzbandtrainings untersucht wurden. Die Effekte auf neuropsychologische Maße für kognitive Hemmung und für Aufmerksamkeitsleistungen waren nicht signifikant. Das Risiko für einen Studien-Bias war für viele Bereiche nicht eindeutig zu beurteilen.

**Schlussfolgerung:** Die Evidenz dafür, dass Neurofeedback eine wirkungsvolle Behandlung für ADHS darstellt, kann auf der Grundlage von gut kontrollierten Studien mit Erfolgsmaßen, die vermutlich verblindet sind, nicht belegt werden. Zukünftige Anstrengungen sollten Standard-

#### *Kommentar:*

*Diese Metaanalyse aus der European ADHD Guidelines Group erhöht den Zweifel an der Wirksamkeit von Neurofeedback, wenn man weitgehend verblindete Maße zugrunde legt (z. B. Urteile von Lehrern, die nicht genau wissen, ob eine Therapie durchgeführt wird). Sie zeigt, dass Neurofeedback im Urteil von Eltern wirkungsvoll ist, wenn die Eltern wissen, dass eine solche Behandlung durchgeführt wird. Allerdings liegen auch hier die Effekte eher im unteren Bereich. In Studien, die nicht eine reine Wartekontrolle, sondern eine aktive Kontrollbedingung oder eine sogenannte Sham-Kontrolle eingeführt hatten (bei der ein Neurofeedback vorgetäuscht wird, das Kind also eine Rückmeldung erhält, die nicht mit seiner aktuellen Hirnaktivität in Beziehung steht), konnten keine Effekte festgestellt werden. Außerdem ist unklar, ob die grundlegende Annahme tatsächlich verifiziert werden kann, dass nämlich durch das Neurofeedback tatsächlich Änderungen in der Hirnaktivität angestoßen werden, die Veränderungen in der ADHS-Symptomatik bewirken. Es ist also nicht auszuschließen, dass ein Großteil der gefundenen Effekte von Neurofeedback eher unspezifischer Natur sind (z. B. vermehrte Aufmerksamkeit, gezielte Verstärkung von aufmerksamem Verhalten durch eingesetzte Token-Systeme). Allerdings ist die Befundlage von vergleichbaren Metaanalysen zu klassischen, verhaltenstherapeutischen Interventionen ähnlich: Effekte auf die ADHS-Symptomatik vor allem bei unverblindeten Beurteilern. Man mag zugunsten der Verhaltenstherapie einwenden, dass die Stabilität dieser unverblindeten Effekte über Monate und Jahre besser gesichert sind als bei Neurofeedback und auch, dass natürlich die Induktion von Hoffnung eine psychologische Intervention ist, die auch explizit in der Verhaltenstherapie eingesetzt wird. Was jedoch bleibt, sind deutliche Zweifel an der Wirksamkeit von Neurofeedback, die allerdings dadurch gemindert werden, dass einzelne Studien tatsächlich eindeutige Effekte erzielt haben und dass dies vor allem für Studien gilt, die einen definierten Standard bei der Durchführung von Neurofeedback eingehalten haben. Wie immer: weitere Forschung ist notwendig. Für die Praxis aber gilt bis auf Weiteres: Setzen Sie nicht zu sehr auf das „Pferd“ Neurofeedback und unterlassen Sie vor allem nicht zu lange andere, möglicherweise wirkungsvollere Interventionen.*

## Studien-Update 55 F

Goertz-Dorten et al. (2015)

**Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/ Conduct Disorders**

Psychotherapy Research (online). doi: 10.1080/10503307.2015.1094587

**Zusammenfassung**

*Zielsetzung:* Gruppenbasierte, kognitive Verhaltenstherapie für Kinder mit aggressivem Verhalten ist bei der Verminderung von Verhaltensproblemen wirkungsvoll und erzielt dabei geringe bis mittlere Effekte. In dieser Studie wird die Wirksamkeit eines individualisierten Behandlungsprogramms für Kinder mit aggressivem Verhalten untersucht.

*Methode:* In einem Eigenkontrollgruppen-Design mit einer Wartephase und einer Behandlungsphase werden 60 Jungen im Alter von 6 bis 12 Jahren mit gleichaltrigenbezogenem, aggressivem Verhalten untersucht. Der Verlauf der Erfolgsparameter während einer sechswöchigen Wartephase wurde mit dem Verlauf in der nachfolgenden Therapiephase (24 wöchentliche Sitzungen mit dem Kind und durchschnittlich 8 Elternkontakte) durch Multilevel Modelling verglichen. Haupterfolgsparameter war das von den Eltern beurteilte gleichaltrigenbezogene, aggressive Verhalten. Weitere Erfolgsparameter umfassten Elternurteile und Selbstopurteile zu aggressivem und prosozialem Verhalten.

*Ergebnisse:* Im Verlauf der Therapie konnten auf allen von den Eltern beurteilten Erfolgsparametern signifikante Effekte festgestellt werden und die Vergleiche mit dem Verlauf in der Wartezeit belegen eine stärkere Verminderung aggressiven Verhaltens und eine stärkere Verbesserung prosozialem Verhaltens in der Therapiezeit. Im Selbstopurteil der Patienten zeigten sich ebenfalls auf allen Parametern signifikante Veränderungen im Verlauf der Therapie, doch waren diese Veränderungen im Vergleich zur Wartezeit nur bei den Störungen der sozialen Interaktion signifikant.

*Schlussfolgerung:* Das Therapieprogramm ist eine wirkungsvolle Behandlung bei Kindern mit gleichaltrigenbezogenem, aggressivem Verhalten.

*Kommentar:*

*Diese Studie überprüft erstmals die Wirksamkeit des Therapieprogramms für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV; Görtz-Dorten & Döpfner, 2010). Ein substanzieller Anteil der Patienten hatte neben der Störung des Sozialverhaltens auch die Diagnose einer ADHS. In der Studie konnten große Effekte mit Effektstärken gefunden werden, die teilweise über 1,0 lagen. Das Eigenkontrollgruppen-Design hat im Vergleich zu randomisierten Kontrollgruppenstudien gewisse methodische Schwächen. Allerdings liegt auch eine Analyse aus dieser Studie vor, die im randomisierten Kontrollgruppen-Design im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe Effekte belegen kann. Darüber hinaus ist die Stabilität der Effekte in einer weiteren Studie belegt worden. Beide Analysen werden gegenwärtig publiziert.*

**Literatur**

Görtz-Dorten A & Döpfner M (2010). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV). Göttingen: Hogrefe

**Für Ihre Notizen**


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wichtiger Hinweis:**

Aus urheberrechtlichen Gründen ist es uns leider nicht mehr möglich, Ihnen Originalarbeiten per Fax-Anforderung zur Verfügung zu stellen. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis!

# ADHSREPORT

---

## Aufruf der Herausgeber:

Der ADHS-Report erscheint viermal jährlich. Wir rufen alle, die sich an der Gestaltung des ADHS-Reports aktiv beteiligen möchten, auf, uns Beiträge, Vorschläge und Meinungen zukommen zu lassen. Wir hoffen, mit diesem Konzept einen Beitrag zur Unterstützung all derer zu leisten, die sich um die therapeutische Versorgung von Menschen mit diesem Störungsbild kümmern.

### Bitte senden Sie die Beiträge direkt an:

*Prof. Dr. Manfred Döpfner*, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln

**E-Mail:**  
**manfred.doepfner@uk-koeln.de**

Die Beiträge sollten nicht mehr als zwei Seiten (zweispaltig) umfassen und als Papierausdruck sowie als Datei (Word) eingereicht werden. Die Herausgeber behalten sich vor, nach Rücksprache mit den Autoren Kürzungen vorzunehmen. Es können nur Beiträge berücksichtigt werden, die zwei Monate vor Publikation des Heftes eingereicht werden.

---

**MEDICE** Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG  
Postfach 2063, 58634 Iserlohn

Service-Tel.-Nr. 0800 - 4 34 75 32 · Service-Fax-Nr. 0800 - 4 34 75 31 (gebührenfrei)



GEMEINSAM  
**ADHS**  
BEGEGNEN  
MEDICE – EINE GUTE WAHL

### ADHS-Report

Wissenschaftliche Leitung: *Prof. Dr. Manfred Döpfner*, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln, E-Mail: manfred.doepfner@uk-koeln.de. *Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski*, Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J5, 68159 Mannheim. *Prof. Dr. Michael Rösler*, Direktor des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS), 66426 Homburg. *Dr. Roland Fischer*, 58638 Iserlohn

Projektleitung: Barbara Kotzolt, 58638 Iserlohn  
Koordination: Anna-Maria Gehrke, 58638 Iserlohn

---