



*Edition*

---

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 65

Birte Gebhardt  
Emily Finne  
Oda von Rahden  
Prof. Dr. Petra Kolip

unter Mitarbeit von  
Prof. Dr. Gerd Glaeske und Edda Würdemann

## ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der  
Gmünder ErsatzKasse GEK

Bremen/Schwäbisch Gmünd  
September 2008



## *Edition*

---

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 65

ADHS bei Kindern und Jugendlichen – Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse

Herausgeber: GEK – Gmünder ErsatzKasse  
Medizinisches Versorgungsmanagement  
Gottlieb-Daimler-Straße 19  
73529 Schwäbisch Gmünd  
Telefon (07171) 801-0  
[www.gek.de](http://www.gek.de)

Autorinnen: Birte Gebhardt, Emily Finne, Oda von Rahden, Prof. Dr. Petra Kolip  
Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Universität Bremen, FB 11  
Grazer Str. 2, 28359 Bremen  
[www.praevention.uni-bremen.de](http://www.praevention.uni-bremen.de)

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Edda Würdemann  
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen  
FB 11, Parkallee 39, 28209 Bremen  
[www.arzneimittelversorgungsforschung.de](http://www.arzneimittelversorgungsforschung.de)

Verlag Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10,  
53757 St. Augustin

ISBN 978-3-537-44065-5

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

# Inhalt

<b>VORWORTE</b>	<b>10</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>15</b>
<b>2 STAND DER AD(H)S-FORSCHUNG</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Störungsbild AD(H)S</b>	<b>17</b>
2.1.1 Definition	17
2.1.2 Symptome	17
2.1.3 Komorbidität	19
2.1.4 Diagnosekriterien	20
2.1.5 Kritik an der Diagnosestellung	22
2.1.6 Ursachen und Einflussfaktoren	23
2.1.7 Besondere Potenziale AD(H)S-betroffener Kinder	27
<b>2.2 Prävalenz und Inzidenz</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Behandlungsoptionen</b>	<b>28</b>
2.3.1 Leitlinienempfehlungen zur multimodalen Behandlung	29
2.3.2 Psychoedukation	30
2.3.3 Verhaltenstherapie des Kindes/Jugendlichen	31
2.3.4 Medikamentöse Therapie	31
2.3.5 Maßnahmen der Jugendhilfe	37
2.3.6 Stationäre Behandlung	38
2.3.7 Alternative Behandlungsoptionen	38
2.3.8 Ausgewählte Studienergebnisse zu multimodalen Verfahren	39
<b>2.4 Übergang in das Erwachsenenalter</b>	<b>41</b>
<b>2.5 Situation der Eltern</b>	<b>42</b>
<b>2.6 Aktuelle Problemfelder in der AD(H)S-Versorgung</b>	<b>43</b>
<b>3 FRAGESTELLUNGEN DER GEK-STUDIE</b>	<b>45</b>

<b>4</b>	<b>METHODIK</b>	<b>46</b>
<b>4.1</b>	<b>Teilstudie I: Elternbefragung</b>	<b>46</b>
4.1.1	Qualitative Interviews	46
4.1.2	Quantitative Befragung	47
<b>4.2</b>	<b>Teilstudie II: Behördenbefragung</b>	<b>52</b>
4.2.1	Stichprobe und Untersuchungsablauf	52
4.2.2	Fragebogen	53
<b>4.3</b>	<b>Teilstudie III: Analyse der GEK-Daten (Prof. Dr. Gerd Glaeske, Edda Würdemann)</b>	<b>54</b>
4.3.1	Fragestellung	54
4.3.2	Datengrundlage und Methodik	54
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>55</b>
<b>5.1</b>	<b>Teilstudie I A: Elternbefragung – Qualitative Interviews</b>	<b>55</b>
5.1.1	Weg zur Diagnose	55
5.1.2	Therapieverlauf	56
5.1.3	Informationsquellen	56
5.1.4	Kooperation mit Schule oder Kindergarten	57
5.1.5	Ursachenzuschreibung	57
5.1.6	Zukunftswünsche	57
<b>5.2</b>	<b>Teilstudie I B: Elternbefragung – Quantitative Befragung</b>	<b>58</b>
5.2.1	Rücklauf	58
5.2.2	Stichprobenbeschreibung	58
5.2.3	Auftreten der AD(H)S-Problematik, Komorbiditäten und sonstige Erkrankungen	62
5.2.4	Diagnoseprozess	69
5.2.5	Symptome und Medikamenteneinnahme der Eltern	82
5.2.6	Behandlungsprozess	83
5.2.7	Medikamentöse Behandlung	90
5.2.8	Beurteilung der Behandlung	98
5.2.9	Information und Unterstützung	106
5.2.10	Zusammenarbeit mit Schule oder Kindergarten	109
5.2.11	Kontakte zu anderen Betroffenen	112
5.2.12	Erwachsen werden mit AD(H)S	113

<b>5.3</b>	<b>Teilstudie II: Behördenbefragung</b>	<b>117</b>
5.3.1	Stichprobenbeschreibung	117
5.3.2	Übersicht der Ergebnisse nach thematischen Schwerpunkten	118
5.3.3	Vergleich nach Bundesländern	121
5.3.4	Zukünftige Verbesserungsoptionen	124
<b>5.4</b>	<b>Teilstudie III: Auswertung der GEK-Routinedaten (Prof. Dr. Gerd Glaeske &amp; Edda Würdemann)</b>	<b>126</b>
5.4.1	Versicherte mit Stimulanzenverordnungen	126
5.4.2	Anzahl verordneter Amphetamin-Rezepturen im Jahr 2006	128
5.4.3	Häufigkeit der Stimulanzenverordnungen an Kinder und Jugendliche nach Facharztgruppen	131
5.4.4	Veränderungen hinsichtlich der Ausgaben, Packungszahl und verordneter Tagesdosen (2005 zu 2006)	141
5.4.5	Entwicklung der Kosten, Packungszahl und verordneter DDD in den verschiedenen KV-Regionen	142
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>147</b>
<b>7</b>	<b>GLOSSAR</b>	<b>161</b>
<b>8</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>167</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG ZU KAPITEL 5.4</b>	<b>175</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Diagnose von AD(H)S nach ICD-10 bzw. nach DSM-IV	21
Abb. 2:	Biopsychosoziales Modell der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	23
Abb. 3:	Entwicklung der Verordnungsmenge von Methylphenidat in Deutschland seit 1997	37
Abb. 4:	Anzahl Antwortende nach Bundesländern	59
Abb. 5:	Altersverteilung der betroffenen Kinder	61
Abb. 6:	Häufigkeit der Kernsymptomatik nach Geschlecht	63
Abb. 7:	Anzahl der von AD(H)S-Symptomen betroffenen Lebensbereiche	63
Abb. 8:	Anteil der Kinder mit deutlichen oder massiven Problemen in verschiedenen Lebensbereichen	64
Abb. 9:	Leidensdruck des Kindes und Belastung der Familie durch die AD(H)S-Problematik vor einer Behandlung	65
Abb. 10:	Anteil deutlich von typischen komorbiden Problemen betroffene Kinder	66
Abb. 11:	Anzahl komorbider Probleme neben AD(H)S	67
Abb. 12:	Häufige Erkrankungen neben AD(H)S	69
Abb. 13:	Alter bei Erstdiagnose nach Geschlecht	71
Abb. 14:	An der Diagnosestellung beteiligte Fachpersonen	75
Abb. 15:	An der Diagnosestellung beteiligte Fachpersonen differenziert nach Hauptbehandler	76
Abb. 16:	Anteil mit Auffälligkeiten vor einem Alter von 6 bzw. 7 Jahren	79
Abb. 17:	Diagnosetypen nach Geschlecht	80
Abb. 18:	Übereinstimmung mit den Leitlinienkriterien für eine AD(H)S-Diagnosestellung (kombiniert)	81
Abb. 19:	Übereinstimmung mit den Leitlinienkriterien für eine AD(H)S-Diagnosestellung (einzeln)	81
Abb. 20:	AD(H)S-Symptome bei den Eltern	83
Abb. 21:	Bewertung der Bestandteile der Psychoedukation	84

Abb. 22: Bewertung der Umsetzbarkeit von Erziehungsmaßnahmen im Alltag	85
Abb. 23: Gründe, empfohlene Behandlungen nicht umzusetzen	88
Abb. 24: Gründe, Psychotherapien nicht umzusetzen	89
Abb. 25: Anzahl Kinder, die in einem bestimmten Alter Methylphenidat-Präparate oder Amphetaminrezepturen eingenommen haben	91
Abb. 26: Prozentsatz der Kinder, die in einem bestimmten Alter Methylphenidat-Präparate oder Amphetaminrezepturen erhalten haben	92
Abb. 27: Häufigkeit von Arztkontakten in den ersten Wochen der medikamentösen Behandlung	93
Abb. 28: Häufigkeit von Arztkontakten im weiteren Behandlungsverlauf	94
Abb. 29: Untersuchungen zur Kontrolle der Medikamentenwirkung und Nebenwirkungen im Verlauf	95
Abb. 30: Ausmaß der Belastung durch Nebenwirkungen	95
Abb. 31: Gründe für das Absetzen der Medikamente	97
Abb. 32: Erfolgswertung für durchgeführten Maßnahmen	99
Abb. 33: Hilfreichste Behandlung	100
Abb. 34: Verbesserungen in den verschiedenen Problem- und Symptombereichen	102
Abb. 35: Beurteilung des Behandlungserfolgs und -verlaufs	103
Abb. 36: Bewertung des Behandlungserfolgs (Einzelangaben)	103
Abb. 37: Bewertung des Behandlungsverlaufs (Einzelangaben)	104
Abb. 38: Bewertung der aktuellen Situation in verschiedenen potenziellen Problembereichen	105
Abb. 39: Häufigkeit genutzter Informationsquellen	106
Abb. 40: Beurteilung des eigenen Informationsstandes im Zusammenhang mit AD(H)S	107
Abb. 41: Unterstützungsbedarf im Alltag	109
Abb. 42: Beurteilung der Lehrenden im Umgang mit den Problemen des Kindes	111
Abb. 43: Nutzung verschiedener Austauschmöglichkeiten	113
GEK-Edition	7

Abb. 44: Weiterer Behandlungsbedarf im Erwachsenenalter nach Therapieform	114
Abb. 45: Einschätzung eines Zurechtkommens ohne Medikamente	115
Abb. 46: Prozentanteil Jugendlicher mit Unterstützungsbedarf in verschiedenen Lebensbereichen	116
Abb. 47: Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzientherapie/Jahr	137
Abb. 48: Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzien- und Ergotherapie/Jahr	137
Abb. 49: Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzientherapie und Logopädie/Jahr	138
Abb. 50: Durchschnittliche DDD pro Versichertem nach Therapieform und Altersgruppen/Jahr	139
Abb. 51: Durchschnittliche DDD pro Versichertem mit Stimulanzien- und Ergotherapie/Jahr	140
Abb. 52: Durchschnittliche DDD pro Versichertem mit Stimulanzientherapie und Logopädie/Jahr	141
Abb. 53: Anteil der GEK-Versicherten mit Stimulanzienverordnung an den Gesamtversicherten der GEK in der Altersgruppe 6-18 Jahre im Jahr 2006 in Prozent (Behandlungsprävalenz)	146

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Häufigkeit anderer Diagnosen vor AD(H)S	72
Tab. 2: Durchgeführte diagnostische Untersuchungen	77
Tab. 3: Übersicht Diagnosetypen	79
Tab. 4: Häufigkeit und Bewertung kindbezogener Therapien/Maßnahmen	86
Tab. 5: Häufigkeit und Bewertung familien- und umweltbezogener Therapien/Maßnahmen	87
Tab. 6: GEK-Versicherte nach Alter und Geschlecht (2006)	126
Tab. 7: Versicherte mit Stimulanzienverordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht (2005/2006)	127
Tab. 8: Vergleich 2005/2006: Anzahl Versicherte mit Stimulanzienverordnungen/Anzahl Verordnungen	127



Tab. 9:	6-18jährige Versicherte mit Stimulanzenverordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (2006)	128
Tab. 10:	Amphetaminverordnungen in 2006	129
Tab. 11:	ICD-10 Kennzahl/Diagnose	130
Tab. 12:	Versicherte (Vs) mit mindestens 1 Stimulanzenverordnung (StimVo) und F90.-Diagnose	130
Tab. 13:	Versicherte mit ICD-10 F90.-Diagnose (n=6.787), 2004	130
Tab. 14:	Verordner von MPH und/oder Atomoxetin für Kinder unter 6 Jahren/Anteil Verordnungen (Vo) (2006)	131
Tab. 15:	Verordner von MPH und/oder Atomoxetin für 6-18jährige/Anteil Verordnungen (2006)	131
Tab. 16:	Verordner von MPH und/oder Atomoxetin für über 18-Jährige/Anteil Verordnungen (2006)	132
Tab. 17:	Versicherte mit Stimulanzientherapie nach Altersgruppen und Geschlecht	133
Tab. 18:	Versicherte mit Stimulanzientherapie nach Altersgruppen und Kosten	133
Tab. 19:	Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Ergotherapie nach Altersgruppen und Geschlecht	134
Tab. 20:	Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Ergotherapie nach Altersgruppen und Kosten	135
Tab. 21:	Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Logopädie nach Altersgruppen und Geschlecht	136
Tab. 22:	Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Logopädie nach Altersgruppen und Kosten	136
Tab. 23:	Regionale Verteilung der Stimulanzenverordnungen nach KV-Regionen für beide Geschlechter (Ausgaben in Euro)	143
Tab. 24:	Regionale Verteilung der Stimulanzenverordnungen nach KV-Regionen für beide Geschlechter (Packungsanzahl)	144
Tab. 25:	Regionale Verteilung der Stimulanzenverordnungen nach KV-Regionen für beide Geschlechter (in verordneten DDD)	145

## Vorwort von Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender der GEK

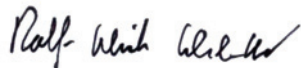
Das Krankheitsbild Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erlangt in der Öffentlichkeit immer höhere Aufmerksamkeit. Gleichwohl gibt es viele Informationslücken hinsichtlich dieser Krankheit, sowohl bei direkt wie auch indirekt Betroffenen. Selbst in Fachkreisen wird die Komplexität und Behandlungsnotwendigkeit von ADHS häufig nicht im eigentlich erforderlichen Umfang wahrgenommen. Der zu schnelle Griff in den Medikamentenschrank gehört zu den Hauptvorwürfen bei der Behandlung von ADHS.

Die zunehmende Bedeutung von ADHS hat uns dazu bewogen, uns tiefgründiger mit dieser Krankheit zu beschäftigen. Dabei lag es uns insbesondere am Herzen, dass auch die Betroffenen zu Wort kommen. Diese Erkrankung ist nicht nur für das betroffene Kind bzw. Jugendlichen von hoher Bedeutung. In aller Regel verursacht ADHS Beeinträchtigungen und Belastungen für die gesamte Familie. Für die GEK als familienfreundliche Krankenkasse ist es daher nahe liegend, mehr Transparenz in das Versorgungsgeschehen dieses Krankheitsbildes zu bringen. Die Studie basiert dabei auf einer Elternbefragung, einer bundesweiten Behördenbefragung zum Umgang mit ADHS in Schulen sowie einer Auswertung von Verordnungsdaten zu Arznei- und Heilmitteln der GEK.

Umfassende und eingehende Informationen aller Beteiligten über ADHS sollten wesentlicher Bestandteil jeglicher Therapie sein. Bemerkenswert ist in diesem Kontext, dass sich viele betroffene Personen nicht sehr gut informiert fühlen. Zu selten wird das in Leitlinien empfohlene multimodale Behandlungskonzept durchgeführt. Die Auswertungen der Arzneimittelverordnungen zeigen deutliche regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede in den Verordnungshäufigkeiten auf. Dies lässt darauf schließen, dass die Wahl der Therapie sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Die Elternbefragung legt dar, dass die Kinder in der Schule häufig Probleme haben, die teilweise aus Überforderung der Lehrerinnen und Lehrer resultieren. Dies geht einher mit einem starken Anstieg der Diagnosehäufigkeit mit dem Eintritt der Kinder ins Schulalter.

Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei ADHS um eine vielschichtige Problematik handelt. Dieser Report gibt allen Lesern eine sachliche Übersicht zu diesem Thema und zeigt Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung bei betroffenen Kindern und Eltern. Mein Dank gilt den beteiligten Wissenschaftlern sowie allen Eltern, die sich die Zeit für die umfangreiche Befragung genommen haben.

Schwäbisch Gmünd, im September 2008



Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

## Vorwort Prof. Dr. Petra Kolip und Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

Kaum ein Thema im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit wird in der Fachwelt wie in der allgemeinen Öffentlichkeit so kontrovers diskutiert wie AD(H)S. Die polarisierende Diskussion tut leider denen wenig gut, die im Zentrum dieser Debatte stehen sollten: die davon betroffenen Familien. Väter und Mütter fühlen sich häufig allein gelassen und sie sind schnell mit Vorurteilen und Schuldzuschreibungen konfrontiert. Die Kinder fallen durch ihr Verhalten auf, sie stören im sozialen Umfeld und häufig wird den Eltern signalisiert, sie hätten ihr Kind nicht „im Griff“. Entscheiden sie sich für eine Medikamentenverordnung, müssen sie sich allzu oft mit dem Vorwurf auseinander setzen, sie stellten ihr Kind mit Medikamenten ruhig, die gravierende Nebenwirkungen haben können und deren Langzeitfolgen bislang nur wenig untersucht sind. Bislang wird die Perspektive der betroffenen Familien nur selten wissenschaftlich in den Blick genommen. Dies ist umso erstaunlicher, als in den vergangenen Jahren die Sicht der Nutzer des Versorgungssystems zunehmend Bedeutung erhält und Erkrankten sowie ihren Angehörigen eine zunehmend wichtige Rolle bei den Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie zugesprochen wird.

In der fachwissenschaftlichen Diskussion herrscht Konsens, dass der Störung AD(H)S ein komplexes Ursachenbündel zu Grunde liegt, und dass sie nach einer sorgfältigen Diagnostik verlangt, die eine Abgrenzung von anderen Störungen beinhaltet. Zur Diagnosestellung gehören eine ausführliche Erfassung der Vorgeschichte aus der Perspektive der Betroffenen und der Bezugspersonen ebenso wie eine körperliche Untersuchung, die Beobachtung des Kindes bzw. Jugendlichen sowie eine sorgfältige Erfassung der Symptomatik mithilfe spezieller Fragebögen und Tests. Ähnlich komplex wie die Diagnostik sollte auch die Therapie sein. Mittlerweile liegen Leitlinien<sup>1</sup> vor, die eine Behandlung auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz unterstützen. Diese sehen ein multimodales Behandlungskonzept vor. Die verschiedenen Elemente reichen von der Beratung und Aufklärung über die Störung und den Umgang mit der Erkrankung (Psychoedukation\*) über verhaltenstherapeutische Maßnahmen bis zur medikamentösen Therapie, die i. d. R. erst das letzte Element der therapeutischen Kette sein sollte.

Nach den Daten des aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) sind in Deutschland knapp 5 % aller Kinder und Jugendlichen von AD(H)S betroffen, bei weiteren 5 % liegt ein Verdacht auf AD(H)S vor (Schlack et al., 2007). Darunter sind etwa viermal mehr Jungen als Mädchen und ein großer Teil von ihnen erhält eine Medikamentenverordnung. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen stellt sich die Frage, ob diese Kinder und

---

<sup>1</sup> Alle im Text mit \* gekennzeichneten Begriffe sind im Glossar am Ende dieses Berichts kurz erläutert.

Jugendlichen angemessen versorgt sind, ob die Diagnostik adäquat ist und die Behandlung dem multimodalen Konzept folgt. Es ist ein großes Verdienst der Gmünder ErsatzKasse GEK, dass sie dieser Frage nachgegangen ist und die Universität Bremen beauftragt hat, Mütter und Väter von Kindern zu befragen, die im Jahr 2006 mindestens eine Diagnose oder eine Verordnung eines für die Behandlung von AD(H)S typischen Medikaments erhalten haben. Gleichzeitig wurden auch die Heilmittelverordnungen für diese Kinder analysiert (z. B. im Hinblick auf die Verordnung von Ergotherapie). Die Studie weist darauf hin, dass an zahlreichen Punkten Verbesserungsbedarf besteht. Nur drei dieser Punkte sollen hier herausgegriffen werden. So fällt zuerst ins Auge, dass das empfohlene multimodale Behandlungsschema nur selten realisiert wird. Zwar werden die Eltern und teilweise auch die Kinder über die Störung aufgeklärt, eine Einbindung des sozialen Umfeldes (insbesondere der Lehrerinnen oder Erzieher<sup>2</sup>) erfolgt jedoch nur selten, und die Übertragung von Empfehlungen in den Alltag gelingt häufig nur schwer. Die empfohlene Verhaltenstherapie\*, die laut Leitlinien erprobt werden sollte, bevor Medikamente verordnet werden, erhielt nur jedes vierte betroffene Kind – der Eindruck entsteht, dass vor allem die therapeutischen Angebote, die mit Kommunikation und Interaktion verbunden sind, zu selten in der Therapie eingesetzt werden. Zum zweiten fällt auf, dass die Schule ein erhebliches Problempotenzial birgt. Mit dem Schuleintritt erhöht sich der Problemdruck und die Notwendigkeit der Behandlung steigt. Aber häufig sind Lehrer und Lehrerinnen überfordert, weisen den Eltern die Verantwortung zu und unterstützen das betroffene Kind in der Therapie nur wenig. Mut machen hier die Ergebnisse der Behördenbefragung, die ebenfalls Teil der Studie war: In einigen Bundesländern, z. B. in Thüringen, werden Lehrerinnen systematisch geschult und die Schulbehörden und Kultusministerien halten vielfältige Unterstützungsangebote für das Lehrpersonal bereit. Und schließlich wird durch die Befragung deutlich, dass der Übergang in das Erwachsenenalter ein Problem darstellt. Jugendliche, die z. B. eine Verordnung eines methylphenidathaltigen Arzneimittels<sup>3</sup> erhalten, müssen sich damit auseinandersetzen, dass nach dem 18. Geburtstag die Verordnungen nicht mehr zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erfolgen können. Bislang werden die kurz vor der Volljährigkeit stehenden Jugendlichen selten systematisch auf diese Lebensphase vorbereitet, in der die gängigsten Medikamente nicht mehr verordnet werden. Auch hier stellt sich die Frage, wie eine angemessene Betreuung und Beratung aussehen könnte, die den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird.

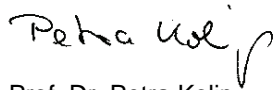
---

<sup>2</sup> Wir haben uns entschieden, in diesem Dokument männliche und weibliche sowie neutrale Bezeichnungen im Wechsel und eher entgegen den konventionell erwarteten Geschlechtszuordnungen zu verwenden.

<sup>3</sup> Methylphenidat ist ein Arzneimittel mit stimulierender, aufmerksamkeitsfokussierender Wirkung. Er gehört zu den Amphetamin-ähnlichen Substanzen, die derzeit hauptsächlich zur medikamentösen Behandlung von AD(H)S eingesetzt werden. Die Verschreibung fällt in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz.

Die GEK hat mit der AD(H)S-Studie einmal mehr ein kontroverses Thema aufgegriffen und sich der Frage nach der adäquaten Versorgung gestellt. Und es war längst überfällig, dass in einer solchen Studie auch einmal die betroffenen Familien zu Wort kommen: Sie illustrieren den – oftmals langen und mühsamen – Weg bis zur Diagnose, sie beschreiben die Schwierigkeiten in der Therapie und benennen Hindernisse, aber auch förderliche soziale Rahmenbedingungen für den Umgang mit den Kindern. Die Reaktion auf den Fragebogen hat uns stark berührt: Zahlreiche Väter und Mütter haben die Gelegenheit genutzt, beim Forschungsteam anzurufen, um ihre Erfahrungen zu berichten. Oft baten sie um Hilfe bei der Suche nach Informationen, guten medizinischen Angeboten oder nach geeigneten Schulen. Dies hat uns verdeutlicht, dass es noch immer einen großen Beratungs- und Gesprächsbedarf gibt und viele Fragen im aktuellen Versorgungsgeschehen unbeantwortet bleiben. Wir hoffen sehr, dass die Studie Ansatzpunkte zu einer verbesserten Beratung und Betreuung von AD(H)S-betroffenen Kindern und ihren Familien liefert und dass den beteiligten Akteuren an einer Optimierung der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe gelegen ist.

Bremen, im September 2008



Prof. Dr. Petra Kolip



Prof. Dr. Gerd Glaeske



# 1 Einleitung

Die mit dem Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (kurz: AD(H)S)<sup>4</sup> beschriebenen Symptome von Unaufmerksamkeit, hyperaktivem Verhalten und starker Impulsivität stellen heute eines der am häufigsten diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder dar. Während über die große und zunehmende Verbreitung der Symptomatik weitgehende Einigkeit in der Fachwelt besteht, gibt es zu den Fragen, ab welchem Ausmaß von einer Störung zu sprechen ist, wie viele Kinder betroffen sind, welche Ursachen zu Grunde liegen und welche Behandlung anzuraten ist, sehr kontroverse Debatten in der allgemeinen Öffentlichkeit wie auch in der Wissenschaft.

Ein großer Teil der inzwischen sehr extensiven Forschung zu diesem Thema konzentriert sich auf Ursachen, Symptome und Typen von AD(H)S. Insbesondere über die Ursachen ist ein Streit entbrannt, in dem Vertreter eines primär medizinisch-(patho)genetischen Erklärungsansatzes den Verfechtern sozialpsychologischer oder multifaktorieller Theorien gegenüberstehen. Die beiden hier etwas überzeichneten Extrempole stellen sich in etwa so dar: Die eine Seite spricht von einem Anteil von bis zu 10-15 % betroffenen Kinder und einer möglicherweise noch höheren Dunkelziffer. Die Ursache der Erkrankung liegt aus ihrer Sicht eindeutig in einer (genetisch bedingten) Hirnstörung, die medikamentös erfolgreich zu behandeln ist. Die andere Seite versteht AD(H)S dagegen als eine „Modediagnose“, die es eigentlich gar nicht gibt. Die Ursache sehen Vertreterinnen dieser Position in schlechten (sozialen) Rahmenbedingungen und erzieherischer Überforderung der Eltern. Eine, auch sportliche, Beanspruchung der Kinder durch die Eltern könne das Problem meist beheben.

Die mittlerweile weit verbreitete medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien wie Ritalin<sup>®</sup> ist ein Kernpunkt des Streits. Hintergrund ist ein exponentieller Anstieg der Verordnungsmengen der bei AD(H)S verschriebenen Präparate: In den letzten 15 Jahren ist die Verordnung von Methylphenidat um mehr als das 100-fache angestiegen (GEK-Arzneimittelreport, 2007). Ob dieser Anstieg den Ausgleich einer vorher bestehenden Unterversorgung oder eine Über- bzw. Fehlversorgung darstellt, ist immer noch umstritten.

Während es jedoch zu Ursachen und Behandlungsmaßnahmen vielfältige v. a. medizinische Forschungsarbeiten gibt, ist die Perspektive der betroffenen Kinder und ihrer Eltern bisher noch unzureichend untersucht. Die Eltern finden sich zwischen den Polen der Debatten in einer Situation wieder, in der sie für

---

<sup>4</sup> Weitere häufige Bezeichnungen für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bzw. Varianten sind „Hyperkinetische Störung (HKS)“, „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) mit und ohne Hyperaktivität“, „Hyperaktivität“, „ADHD“, „ADD“ oder umgangssprachlich auch „Zappelphilipp-Syndrom“. In diesem Bericht haben wir – wie auch im Fragebogen – die Kurzbezeichnung „AD(H)S“ als Oberbegriff gewählt, welche die Ausprägungen mit und ohne Hyperaktivität umfasst.

ihr Kind über die bestmögliche Behandlung bzw. den Umgang mit der Symptomatik entscheiden müssen. Häufig fühlen sie sich stark angegriffen, wenn sie mit dem Vorurteil konfrontiert werden, AD(H)S sei keine Krankheit, sondern auf Erziehungsfehler, Familienprobleme (z. B. Trennung der Eltern), vorgeburtliche Traumata oder ähnliche Einflussfaktoren zurückzuführen. Gleichzeitig ist es für sie oft auch eine sehr schwierige Entscheidung, ihr Kind einer medikamentösen Behandlung auszusetzen, da sie dann ggf. mit der Meinung konfrontiert würden, sie wollten ihr Kind pharmakologisch „zähmen“ oder „zurichten“ und richteten mehr Schaden als Nutzen an. Hinzu kommt, dass die Behandlung eines Kindes mit AD(H)S komplex ist – die Einnahme von Medikamenten ist nur ein kleiner Baustein einer Diagnostik- und Behandlungskette, deren Komplexität viele Eltern, aber auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte überfordern kann.

Die vorliegende Studie rückt die Perspektive von Eltern in den Vordergrund, die sich zu einer medikamentösen Behandlung entschieden haben. Sie will die Erfahrungen von Eltern, deren Kinder unter AD(H)S leiden und aus diesem Grund bereits medikamentös behandelt wurden, näher beleuchten und Ansatzpunkte für Verbesserungen der Versorgungssituation aus Sicht der Eltern aufzeigen. Die Darstellung von Ergebnissen einer umfangreichen Befragung von GEK-versicherten Eltern, deren Kinder die für AD(H)S typischen Medikamente verschrieben bekommen, bildet daher den Schwerpunkt der Studie. Ergänzt wird dieser durch die Ergebnisse qualitativer Eltern-Interviews sowie die Resultate einer bundesweiten Behördenbefragung zum Umgang mit AD(H)S in Schulen. Die Ergebnisse der Analyse der Verordnungsdaten, die als Grundlage für die Befragungsstudie dienten, sind im Kapitel 5.4 (Teilstudie III) dokumentiert. Ziel der Arbeit ist *nicht*, über Eltern von Kindern mit AD(H)S und ihren Umgang mit dieser Erkrankung zu urteilen oder Schuld zuzuweisen. Vielmehr soll die Arbeit ein genaueres Bild der aktuellen Versorgungslage aus der Sicht der Eltern zeichnen, mögliche Defizite aufzeigen und Ansatzpunkte für zukünftige Verbesserungen darstellen.



## 2 Stand der AD(H)S-Forschung

Die folgenden Abschnitte stellen kurz den aktuellen Stand der Forschung zum Thema AD(H)S sowie die wesentlichen Stränge der dahinter liegenden Diskussionen dar. Im Rahmen dieses Berichts ist es nicht möglich, auf alle Bereiche im Detail einzugehen. Vielmehr soll er eine Übersicht bieten, die zu einer vertiefenden Auseinandersetzung mit der Thematik anregen mag.

### 2.1 Störungsbild AD(H)S

#### 2.1.1 Definition

Die Bezeichnung AD(H)S steht für eine verminderte Fähigkeit zur Selbststeuerung bei Kindern und Jugendlichen, die sich in den drei Hauptsymptomen Aufmerksamkeitsstörung, körperliche Unruhe/Hyperaktivität und Impulsivität niederschlägt (BZgA, 2005). Gemäß der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S der Kinder- und Jugendärzte e.V. liegt AD(H)S vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt ist, nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und zu deutlicher Beeinträchtigung in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt. Die Symptome sollen nicht ausschließlich im Rahmen einer tief greifenden Entwicklungsstörung oder Psychose auftreten und nicht besser durch andere somatische oder psychiatrische Störungen erklärt werden können (Arbeitsgemeinschaft AD(H)S der Kinder- und Jugendärzte, 2007). Die Klassifikation des Krankheitsbildes wird in Abschnitt 2.1.4 noch einmal detailliert dargestellt.

#### 2.1.2 Symptome

Die Kardinalsymptome\* des Krankheitsbildes AD(H)S sind

- verminderte Aufmerksamkeit,
- Impulsivität und
- Hyperaktivität.

Wenn die Hyperaktivität nicht oder nur gering ausgeprägt ist, spricht man auch von ADS.

Je nach Ausprägung der einzelnen Symptombereiche sind die Kinder leicht ablenkbar und bringen angefangene Aufgaben nicht zu Ende, haben Schwierigkeiten, sich über längere Strecken zu konzentrieren und/oder sind von Ruhelosigkeit und ständigem Herumzappeln geprägt. Dabei ist bei Jungen die Hyperaktivität häufig stärker ausgeprägt als bei Mädchen, die eher zu einem träumerisch-abwesenden Verhalten neigen (Döpfner, 2005). Im Buch „Der

Struwelpeter“ aus dem Jahre 1845, geschrieben von dem Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann, werden die typischen Charaktere als „Zappelphilipp“ und „Hanns Guck-in-die -Luft“ nachgezeichnet.

Die Symptomatik unterscheidet sich in Abhängigkeit vom Alter der betroffenen Kinder. Kleinkinder und Grundschul Kinder fallen meist stärker durch ihre ausgeprägte Hyperaktivität, ständiges Herumklettern und Abbrechen von gerade begonnenen Aktivitäten auf. Bei Jugendlichen ist dieser Symptombereich deutlich reduziert, hier stehen eher Aufmerksamkeitsprobleme im Vordergrund, die häufig zu schulischen Schwierigkeiten führen (BZgA, 2005).

Im Verlauf der Erkrankung können eine Vielzahl sozialer und psychischer Probleme auftreten, z. B.

- Ablehnung durch Gleichaltrige oder das soziale Umfeld
- Ablenkbarkeit und Leistungsschwächen im Unterricht,
- Umschulungen und Klassenwiederholungen,
- oppositionell-aggressives Verhalten.

Die Betroffenen leiden häufig unter ihren erheblichen familiären, schulischen und später auch beruflichen Problemen.

Die beschriebenen Verhaltensweisen bzw. Symptome treten grundsätzlich auch bei Kindern ohne AD(H)S mehr oder weniger ausgeprägt auf. Die Grenzen zwischen normalem und auffälligem Verhalten sind fließend, weshalb die Diagnose AD(H)S häufig kontrovers diskutiert wird. Erschwerend kommt hinzu, dass AD(H)S nicht durch medizinische Tests eindeutig nachzuweisen ist.

Entgegen früherer Annahmen haben neuere Untersuchungen gezeigt, dass die Symptome von AD(H)S nicht immer mit der Pubertät abklingen. Man geht davon aus, dass diese bei einem großen Teil der Betroffenen bis in das Erwachsenenalter fortbestehen, wobei jedoch die Prävalenzschätzungen\* zwischen mindestens einem Drittel (Bundesärztekammer, 2005) und 65 % (Wolraich et al., 2005) schwanken. Dabei verändert sich häufig die Symptomatik: Die Hyperaktivität wird weniger dominant, während Aufmerksamkeitsprobleme stärker ins Gewicht fallen (Wolraich et al., 2005; Wender, 2000)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Dies liegt u. a. an den sich ändernden Umgebungsanforderungen. Während Kinder und Jugendliche meist noch stärker unter elterlicher Anleitung stehen, wird von (jungen) Erwachsenen mehr selbständiges Arbeiten von zunehmend mehr Bezugspersonen erwartet (Wolraich et al., 2005).

### 2.1.3 Komorbidität\*

Eine isolierte AD(H)S ist die Ausnahme. Schätzungen zufolge treten bei etwa zwei Drittel der von AD(H)S-Symptomen betroffenen Kinder zusätzliche Störungen auf. Häufig vertreten sind:

- *Aggressivität/Probleme mit aggressiv-oppositionellem Problemverhalten:* Diese Problematik tritt häufig bei AD(H)S auf und erfordert ein ähnliches verhaltenstherapeutisches Vorgehen (wie z. B. mit dem strukturierten Behandlungsprogramme THOP – Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten von Döpfner, Schürmann & Frölich, 2002). „Die Diagnose ADHS [erhöht] das Risiko für oppositionelle und Sozialverhaltensstörungen um mehr als das zehnfache. In klinischen Inanspruchnahmestichproben finden sich zwischen 54 und 67 % der Kinder, die auch die diagnostischen Kriterien für eine oppositionelle Störung erfüllen. Da die oppositionelle Störung als Vorläufer der Sozialverhaltensstörung aufzufassen ist, finden sich bei 44-50 % der Adoleszenten mit ADHS auch Probleme des Sozialverhaltens. Diese Form der Komorbidität ist prognostisch sehr bedeutsam.“ (Bundesärztekammer, 2005, S. 157).
- *Emotionale (meist depressive) Symptome:* Auch affektive Störungen zeigen eine Häufung bei Kindern mit AD(H)S. Zwischen 15 und 75 % der Kinder mit AD(H)S leiden an Stimmungsschwankungen (Bundesärztekammer, 2005). Diese können eine Indikation\* für eine Psychotherapie des Kindes darstellen und sowohl neben der AD(H)S-Problematik bestehen als auch ihre Folge sein. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2007) wird bemerkt, dass emotionale Probleme bei der Diagnostik am häufigsten übersehen werden.
- *Angststörungen:* Auch Ängste treten häufig zusammen mit der AD(H)S-Symptomatik auf. Besonders Ängste vor der Schule oder soziale Ängste sind häufig (möglicherweise wiederum als Folge der Verhaltensprobleme und -schwierigkeiten). Bei ca. 10 bis 50 % von Kindern mit AD(H)S sind Angststörungen zu verzeichnen (im Mittel 25 bis 30 %) (vgl. im Folgenden Döpfner, 2000, Barkley, 2006).
- *Motorische Defizite/Koordination:* Neben der erhöhten Impulsivität sind motorische Defizite Ursache häufiger Verletzungen und Unfälle (bei bis zu 50 % der Kinder).
- *Sprach- oder Sprechstörung* treten bei bis zu 50 % der Kinder mit AD(H)S-Diagnose auf.
- *Dissoziales Verhalten* stellt bei durchschnittlich 33 bis 45 % der AD(H)S-betroffenen Kinder ein zusätzliches Problem dar.

- *Lernprobleme/schulische Leistungsdefizite:* z. B. Rechenprobleme betreffen 12 bis 33 %, Lese-Rechtschreib-Schwäche 8 bis 39 % der Kinder.
- *Drogen- oder Alkoholmissbrauch:* Das Risiko für einen Substanzmissbrauch ist bei AD(H)S-betroffenen Jugendlichen (insbesondere bei nicht behandelten) erhöht. Ein Missbrauch von Medikamenten oder Drogen durch den Jugendlichen oder im unmittelbaren Umfeld sowie eine Störung des Sozialverhaltens im Jugendalter stellen jeweils eine relative Kontraindikation\* zur Verschreibung von Methylphenidat dar, da die Gefahr des Missbrauchs oder Handels mit Stimulanzien zu berücksichtigen ist.

Die sehr großen Spannweiten der Häufigkeiten assoziierter Störungen weisen darauf hin, dass sehr große Unterschiede je nach untersuchter Population bestehen (z. B. Klinik vs. ambulanter Bereich, Alter der Kinder). Sie sind zudem ein Hinweis darauf, dass zahlreiche Fragen noch ungeklärt sind, so dass hier insgesamt noch Forschungsbedarf besteht.

#### 2.1.4 Diagnosekriterien

Die beiden Klassifikationssysteme<sup>6</sup> ICD-10 (Internationale Klassifikation der Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation, in Deutschland für die Diagnoseverschlüsselung und ärztliche Abrechnung mit Krankenkassen verbindlich) und DSM-IV (Klassifikationssystem psychischer Störungen der American Psychiatric Association, auf das sich auch einige deutsche Fachgesellschaften beziehen und welches vielen internationalen Forschungsprojekten zu Grunde liegt) entsprechen sich in weiten Teilen. Sie kombinieren jedoch die Hauptkriterien für AD(H)S unterschiedlich (ICD-10-GM 2008, DSM IV). Die Hauptdifferenz besteht darin, dass nach den in Deutschland anzuwendenden ICD-10-Kriterien *Symptome in allen drei Bereichen* (Impulsivität, Aufmerksamkeit und Hyperaktivität) auftreten müssen. Liegen diese ohne eine Störung des Sozialverhaltens vor, spricht man von einer „einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung“. Tritt zusätzlich eine Störung des Sozialverhaltens auf, wird dies als „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ bezeichnet<sup>7</sup>. Dagegen erlaubt das US-amerikanische System DSM-IV eine Diagnose auch, wenn nur Probleme im Bereich der Aufmerksamkeit oder der Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen.

---

<sup>6</sup> Diese Klassifikationssysteme dienen der einheitlichen Verschlüsselung von Diagnosen und sind Grundlage für die ärztlichen Abrechnungssysteme.

<sup>7</sup> Allerdings gibt es im Klassifikationssystem ICD-10 eine Restkategorie, wenn Diagnosekriterien für eine Hyperkinetische Störung nicht voll erfüllt sind, die Verwendung wird aber nicht empfohlen.

Dies führt im DSM-IV zu einer Differenzierung von drei Subtypen von AD(H)S:

- Mischtyp einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
- Vorherrschend unaufmerksamer Typ
- Vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ

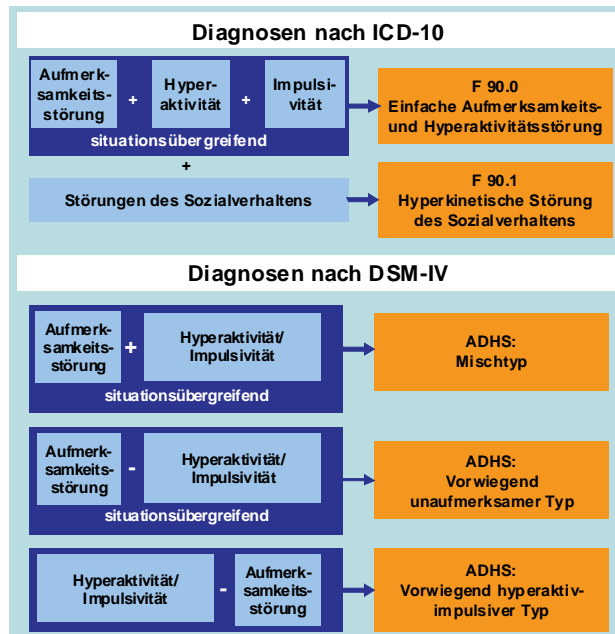


Abb. 1: Diagnose von AD(H)S nach ICD-10 bzw. nach DSM-IV<sup>8</sup>

Besonders bei Mädchen ist der vorherrschend unaufmerksame Typus stark vertreten. „Da das hyperaktive Verhalten fehlt, wird der Mangel an Konzentrationsfähigkeit oft übersehen und AD(H)S nicht erkannt.“ (Döpfner, 2005, S. 8). Dies könnte zum Teil für die geringeren Prävalenzraten\* bei Mädchen verantwortlich sein.<sup>9</sup>

In beiden Klassifikationssystemen wird die Diagnose nur dann vergeben, wenn die Symptome über ein halbes Jahr bestehen, situationsübergreifend auftreten (d. h. in mindestens zwei Bereichen, z. B. Kindergarten/Schule, Familie, Klinik) und deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozia-

<sup>8</sup> Quelle: Döpfner, 2000

<sup>9</sup> Vergleichende Prävalenzschätzungen, die in beiden Klassifikationssystemen nach Jungen und Mädchen differenzieren, liegen unseres Wissens bislang nicht vor (Anm. d. Verf.).

len, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sind (Döpfner, 2000).

Nach ICD-10 müssen erste Symptome bereits vor dem 7. Lebensjahr d. h. einem Alter von 6 Jahren aufgetreten sein, laut DSM-IV vor dem Alter von 7 Jahren. Die ICD-10 benennt für eine AD(H)S-Diagnose folgende Ausschlusskriterien (d. h. bei Vorliegen der folgenden Störungen sollte AD(H)S in der Regel nicht diagnostiziert werden bzw. nur unter sehr speziellen Bedingungen):

- Affektive Störungen (z. B. manische Episoden)
- Angststörungen
- Schizophrenie
- Tief greifende Entwicklungsstörungen (z. B. Autismus\*)

Der Vergleich der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV ist vor allem dann von Bedeutung, wenn Angaben zur Prävalenz\*, Inzidenz\* und auch Therapieerfolgen aus verschiedenen Ländern und Studien miteinander verglichen werden, denn die Prävalenzraten fallen unter den weiter gefassten Diagnosekriterien des DSM-IV durchgängig höher aus (vgl. auch Kapitel 2.2).

### **2.1.5 Kritik an der Diagnosestellung**

In der wissenschaftlichen Debatte gibt es Stimmen, die sich gegen eine (zu häufige) Diagnosestellung von AD(H)S aussprechen. Riedesser (2006) sieht in dieser Etikettierung z. B. eine unzulässige Vereinfachung komplexer psychischer und sozialer Probleme, eine auf Medikation gerichtete Sichtweise des Problems, eine Stigmatisierung des Kindes und eine Behinderung eines differenzierten Forschungsprozesses (Riedesser, 2006; Amft, 2006). Abgeordnete der Partei Bündnis 90/Die Grünen bemängelten in einer Anfrage an den Bundestag die Diagnosestellung auf Basis einer relativ unspezifischen Symptomatik, die auch bei anderen Verhaltensstörungen im Kindesalter auftreten oder durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden kann (Bundestags-Drucksache, 2006). Um diesen „diagnostischen Unschärfen“ zu begegnen, fordern Döpfner und Lehmkuhl (2006) eine umfassende Diagnostik, die unter anderem eine ausführliche Ermittlung der Vorgeschichte und Exploration der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen, die Erfassung der AD(H)S-Symptomatik mit Hilfe spezieller Fragebögen, körperliche Untersuchungen, Beobachtungen des Kindes/Jugendlichen in der Untersuchungssituation sowie häufig auch Intelligenz und Leistungstests sowie neuropsychologische Untersuchungen umfasst. „Nur so lässt sich die multifaktorielle Ätiologie angemessen abbilden und man begegnet der Gefahr vereinfachter Erklärungskonzepte und sich daraus ableitender therapeutischer Maßnahmen.“ (Lehmkuhl & Döpfner, 2006, S. 119).

## 2.1.6 Ursachen und Einflussfaktoren

Die Ursachen der AD(H)S-Symptomatik sind bis heute nicht abschließend geklärt. Wie eingangs dargestellt, gibt es heftige Auseinandersetzungen darüber, ob AD(H)S primär genetisch bedingt und somit ererbt ist oder Umweltfaktoren die entscheidende Rolle spielen. Es gilt mittlerweile jedoch als gesichert, dass es sich insgesamt um ein *multikausales Geschehen* handelt, in dem genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung der Symptomatik zusammenwirken. Die verschiedenen Faktoren werden jedoch sehr unterschiedlich gewichtet und daher im Folgenden separat dargestellt. Abbildung 2 zeigt übersichtsartig, welche unterschiedlichen Ursachen aktuell diskutiert und in Forschungsprojekten weiter überprüft werden.

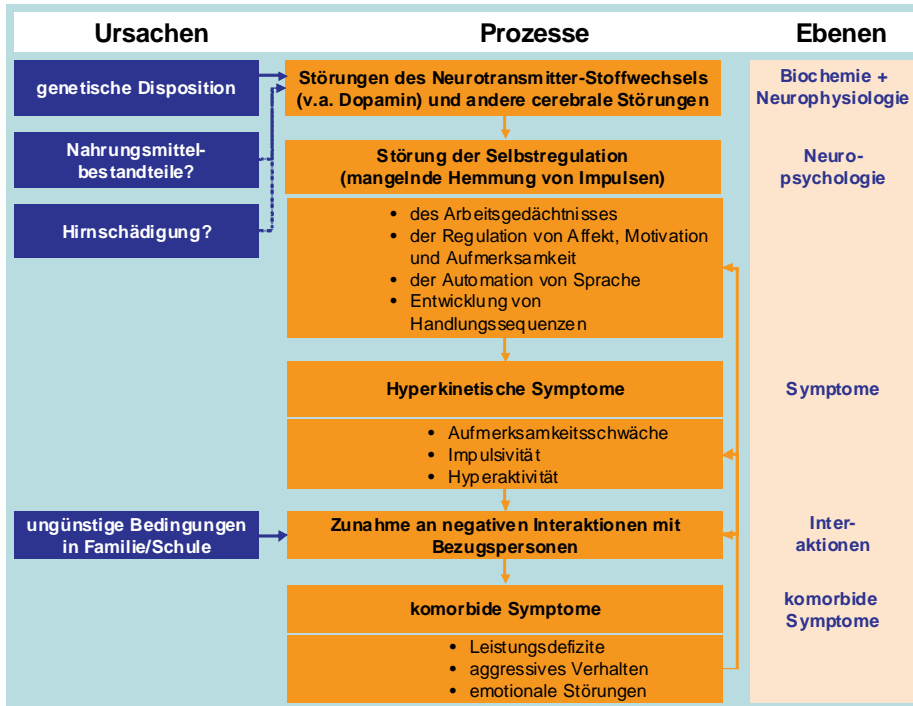


Abb. 2: Biopsychosoziales Modell der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Quelle: Döpfner 2000

### **2.1.6.1 Genetische Disposition**

Hinweise auf eine genetische Disposition für AD(H)S-Erkrankungen haben verschiedene Adoptions- und Zwillingsstudien geliefert. Adoptionsstudien zeigten bei biologischen Eltern von Kindern mit AD(H)S eine höhere Häufigkeit von AD(H)S-Symptomen als bei Adoptiveltern (Levy, 1997). Zwillingsstudien dokumentierten bei eineiigen Zwillingen deutlich häufiger eine Betroffenheit beider Kinder als bei zweieiigen Zwillingen (Sprich et al., 2000). Allerdings ist bei der familiären Übertragung von AD(H)S zu beachten, dass die Studien bei Eltern von Kindern mit AD(H)S auch für eine Vielzahl anderer psychiatrischer Erkrankungen erhöhte Risiken ergaben. Auch die Interpretation von Zwillingsstudien hat vorsichtig zu erfolgen, da in den vorliegenden Studien teilweise methodische Schwachpunkte festzustellen sind (z. B. Bewertung der Symptome nur durch die Mutter, „Ratereffekte“).<sup>11</sup> Zudem konzentrierten sich Zwillingsstudien bisher primär auf den Symptombereich der Hyperaktivität (Schlack et al., 2007).

Molekulargenetische Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Entwicklung von AD(H)S-Symptomen Veränderungen der Dopamin-Rezeptor-Gene\* (DAT-Gene) zu Grunde liegen, die zu einer geringeren Verfügbarkeit von Dopamin im synaptischen Spalt\* zwischen den Nervenzellen zu führen scheinen (Krause & Krause 2007; Barkley, 2006; Döpfner, 2000). Dopamin ist ein Botenstoff (Neurotransmitter), der für die Kommunikation zwischen Nervenzellen im zentralen Nervensystem verantwortlich ist und unter anderem für koordinierte Bewegung, emotionale Steuerung und zielgerichtete Aufmerksamkeit sorgt. Allerdings sind diese genetischen Veränderungen der Dopamin-Rezeptoren in der Bevölkerung weit verbreitet, „erhöhen das Risiko für AD(H)S jeweils nur gering (1.2 bis 1.9-fach) und erklären jeweils weniger als 5 % der Verhaltensvarianz.“ (Bundesärztekammer, 2005, S. 21).

### **2.1.6.2 Organpathologische Befunde**

Wie aus diesen genetischen Faktoren physiologische bzw. organpathologische Veränderungen entstehen, ist bislang noch nicht geklärt. Einige Untersuchungen konnten mittels bildgebender Verfahren (MRI\*, fMRI\*, PET\*, SPECT\*) bei Patientinnen mit AD(H)S strukturelle Veränderungen im Gehirn nachweisen. Diese geben ebenfalls Hinweise darauf, dass die Symptomatik auf einen veränderten Dopamin-Stoffwechsel zurückzuführen sein könnte (Krause et al., 2000). Pharmakologische und elektrophysiologische Befunde stützen die These, dass dieses Neurotransmitter-System eine wesentliche Rolle in der Entste-

---

<sup>11</sup> Unter anderem zeigten sich bei zweieiigen Zwillingen negative Zusammenhänge mit einer AD(H)S-Symptomatik der Eltern, die biologisch nicht zu erklären sind. Zu vermuten ist hier eine „Geschwister-Konkurrenz-Situation“, in der die Symptome des einen Zwillingen diejenigen des anderen überlagern und so von der Mutter im Kontrast weniger wahrgenommen werden (Thapar, 1999).



hung von AD(H)S spielen könnte (Bundesärztekammer, 2005). Allerdings haben verschiedene Studien mit bildgebenden Verfahren zu inkonsistenten Befunden geführt. In den meisten Fällen erschwerten „erhebliche Unterschiede in den Altersgruppen und in der Verteilung der Geschlechter und die kleinen Fallzahlen [...] eine Vergleichbarkeit der Studien untereinander.“ (Fegert et al., 2002, S. 9). Übereinstimmend stellten die Studien jedoch bei AD(H)S-betroffenen Personen geringere Volumina verschiedener Hirnareale (präfrontaler Cortex\*, Nucleus caudatus\*, Globus pallidus\*, Cerebellum\*) sowie bei unbehandelten AD(H)S-Patienten eine Erhöhung der Dopamintransporter-Dichte<sup>12</sup> fest (Fegert et al., 2002). Die bei AD(H)S-Patienten im SPECT festgestellten erhöhten DAT-Verfügbarkeiten, können durch Methylphenidat (MPH) korrigiert werden; finden sich primär keine erhöhten Werte für die DAT-Verfügbarkeit, wirkt Methylphenidat kaum oder gar nicht (Krause et al., 2006).

Eine aktuelle Studie des US-amerikanischen National Institute of Mental Health wies bei Kindern mit AD(H)S eine insgesamt normale, jedoch deutlich zeitverzögerte Entwicklung einiger Bereiche der Hirnrinde nach. Dies betraf insbesondere Bereiche, die für die Kontrolle der Aufmerksamkeit, abstraktes Denken, Planungsvermögen oder Impulskontrolle verantwortlich sind. Diese erreichten bei Kindern ohne AD(H)S ihre maximale Dicke ca. drei Jahre früher als bei Kindern mit AD(H)S (NIMH, 2007).

### **2.1.6.3 Entwicklungspsychologische Faktoren**

Eine alternative Erklärung für die Ursache von AD(H)S stammt aus der Entwicklungspsychologie und berücksichtigt äußere Faktoren wie die zunehmende Reizüberflutung, zum Beispiel durch Fernsehen und Computerspiele sowie eine Erziehung mit mangelnder Zuwendung und fehlender Grenzziehung. Anhänger eines *entwicklungspsychologisch orientierten Erklärungsansatzes* sehen die wesentliche Ursache der AD(H)S-Problematik in einer mangelnden Passung zwischen Kind und Umwelt. „So sind beispielsweise schulische Unter- oder Überforderung häufig nur Ausdruck eines ‚Misfits‘. In diesem Fall ist der Schüler weder krank noch gestört, sondern benötigt einen Unterricht, der seinem Entwicklungs- und Leistungsstand angepasst ist.“ (Amft, 2006, S. 73).

Vertreter entwicklungspsychologischer Ansätze kritisieren die Überbewertung der genetischen Faktoren, die aus ihrer Sicht erst durch Umwelt und Beziehungsfaktoren aktiviert werden (von Lüpke, 2006). Von Lüpke zufolge haben verschiedene Studien gezeigt, dass überstimulierendes Verhalten der Eltern in der Interaktion mit Säuglingen ein Risikofaktor für die spätere AD(H)S-Entwicklung war, und Angst und Stress der Mutter während der Schwangerschaft zu Überaktivität, Unaufmerksamkeit und emotionalen Problemen der

---

<sup>12</sup> Der Dopamintransporter (DAT) übernimmt eine Schlüsselrolle für die neuronale Dopaminaktivität, da er für den Rücktransport von Dopamin aus dem synaptischen Spalt in das präsynaptische Neuron sorgt.

Kinder geführt haben. Allerdings weist von Lüpke selbst darauf hin, dass es sich hierbei um prospektive, nicht-randomisierte Studien handelt und Einflussfaktoren in der Schwangerschaft nicht unmittelbar in Bezug zu späteren Auffälligkeiten gesetzt werden können.

Laut Mattner (2006) ist an den neurobiologischen Konzeptionen auffällig, dass „innerhalb der diagnostischen Blickreduzierung dieser Konzeptionen die oftmals als problematisch erkannten psychosozialen Lebenshintergründe von betroffenen Kindern als mögliche primäre Verursachungen der Verhaltensprobleme weitestgehend bewusst ausgeblendet bleiben.“ (Mattner, 2006).

Die Bundesärztekammer vertritt in ihrer Stellungnahme den Standpunkt, dass ungünstige psychosoziale Bedingungen als exogener Risikofaktor gelten und insbesondere bei Fällen schwerer Deprivation\* in der frühen Kindheit bedeutsam sind. Allerdings sieht sie diese Faktoren primär verantwortlich für den Schweregrad der Symptomatik und das Auftreten von assoziierten Verhaltensauffälligkeiten und weniger für das Auftreten einer AD(H)S-Symptomatik an sich (Bundesärztekammer 2005, S. 22).

Vertreterinnen des biopsychosozialen Modell betonen hingegen, dass Faktoren wie das Erziehungsverhalten der Eltern sowie die schulische Umgebung – auch wenn sie nicht die Ursache von AD(H)S darstellen – in ihrem Zusammenreffen mit durch AD(H)S ausgelösten Schwierigkeiten einen nicht unbeträchtlichen Einfluss auf den Verlauf der Problematik und die weitere Entwicklung des Kindes nehmen können. Aus diesem Grund messen sie diesen Faktoren auch in der Therapie der AD(H)S eine große Bedeutung bei.

#### **2.1.6.4 Sonstige Einflussfaktoren**

Neben diesen Hauptrichtungen der Ursachenforschung sind weitere Themenfelder in der Diskussion, insbesondere Untersuchungen zu Einflüssen während Schwangerschaft und Geburt.

Inwieweit *Einflüsse während Schwangerschaft und Geburt* zur Ausprägung der AD(H)S-Symptome beitragen, ist nicht abschließend geklärt. Es gilt als gesichert, dass Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft das AD(H)S-Risiko erhöhen (Bundesärztekammer, 2005). Laut der Studie einer Mannheimer Forschungsgruppe, die 362 Kinder von der Geburt bis zu ihrer späten Kindheit begleitet hat, entwickelten Kinder von rauchenden Müttern 4 mal häufiger Leitsymptome von AD(H)S als Kinder von Nichtraucherinnen (Sonderheft ADHS, 2004). Auch in weiteren Studien zeigte sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Rauchen und dem Vorliegen von AD(H)S-Symptomen. Allerdings ist noch zu klären, ob das Rauchen tatsächlich einen exogenen Einflussfaktor darstellt. Daneben besteht auch die Vermutung, dass die betroffenen Frauen rauchen, weil sie selbst (unwissentlich) von AD(H)S betroffen sind und die stimulanzenartige Wirkung von Nikotin zur Dämpfung eigener Symptome nutzen (Krause & Krause 2007). Dies würde den Zusam-

menhang zwischen Rauchen in der Schwangerschaft und AD(H)S ebenfalls erklären, jedoch eher auf die Vererbbarkeit einer Veranlagung für AD(H)S-Symptome verweisen.

Störungen des Fettsäurestoffwechsels sowie ein verringerter Zink-Serumspiegel werden im Zusammenhang mit AD(H)S diskutiert, konnten bislang jedoch nicht als verursachende Faktoren nachgewiesen werden. Zusammenhänge mit Erkrankungen wie Neurodermitis sind nach bisherigen Untersuchungsergebnissen eher unwahrscheinlich. Weitere Untersuchungen bleiben abzuwarten (Bundesärztekammer, 2005).

Die lange Zeit diskutierte Rolle von Nahrungsmitteln (Zucker, Phosphate, Zusatzstoffe) hat sich in den meisten bisherigen Studien nicht bestätigt. Allerdings hat eine aktuelle randomisierte\*, doppel-blind\* und placebokontrollierte\* Studie in England gezeigt, dass Kinder auf den Konsum von Getränken mit künstlichen Farbstoffen und Zusätzen im Vergleich zum Placebo\* mit signifikant mehr hyperaktiven Symptomen reagierten (McCann et al., 2007). Es handelte sich allerdings um Kinder im Alter von 3 und 8 bzw. 9 Jahren aus der Normalbevölkerung. Insofern ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf AD(H)S-betroffene Kinder noch zu prüfen.

Bei einem kleinen Teil AD(H)S-betroffener Kinder führt eine oligoantigene Diät<sup>13</sup> zu einer Verminderung der Symptome, so dass auch hier sicher weiterer Forschungsbedarf besteht (BZgA, 2005, vgl. hierzu Abschnitt 2.3.7).

### **2.1.7 Besondere Potenziale AD(H)S-betroffener Kinder**

Während über die vielen schwierigen und belastenden Eigenschaften AD(H)S-betroffener Kinder häufig berichtet wird, bleiben die positiven Eigenschaften und Potenziale dieser Kinder meist im Hintergrund. So handelt es sich bei ihnen oft auch um sehr intelligente und kreative Kinder, die z. B. in Schulklassen auch deshalb motorisch auffällig werden, weil sie sich unterfordert fühlen. Ein Wechsel in Schuleinrichtungen für Hochbegabte kann in manchen Fällen sinnvoll sein (Glaeske, 2007). Auch berühmten Persönlichkeiten wie Albert Einstein oder Wolfgang Amadeus Mozart werden AD(H)S-typische Verhaltensweisen nachgesagt. Die Fähigkeit, mit großer Energie neue Ideen rasch in Ergebnisse umsetzen zu wollen, eine große Offenheit für Neues sowie Hilfsbereitschaft und Empathie kennzeichnen viele hyperaktive Kinder (Drüe, 2007).

„Das Potenzial, welches in diesen Kindern schlummert, hat unsere Gesellschaft nicht erkannt.“<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Spezielle Diätform, bei der mit Auslassversuchen nach Lebensmitteln gefahndet wird, die symptomauslösend wirken.

<sup>14</sup> Mit der letzten Frage des Fragebogens wurde den Befragten die Möglichkeit eröffnet, Erfahrungen oder Anregungen zu notieren. Dies wurde in großem Umfang genutzt. Einige

Allerdings können diese prinzipiell positiven Eigenschaften schnell ins Gegenteil umschlagen, „wenn statt Kreativität und Ideenreichtum inneres Getriebensein und Zerstreuung, statt Tatendrang und Energie die Arbeitssucht des Workaholic [...] sie beherrschen“ (Drüe, 2007, S. 48).

„Wichtig ist es, die Potenziale dieser Kinder zu erkennen. Sie werden später großartige Persönlichkeiten, wenn wir sie vorher nicht zerstören.“

## 2.2 Prävalenz und Inzidenz

Die differierenden Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV führen zu einem Einschluss unterschiedlicher Kinder und Jugendlicher in wissenschaftlichen Untersuchungen zu AD(H)S. Daher fallen auch die auf ihrer Grundlage ermittelten Prävalenz- und Inzidenzraten unterschiedlich aus.

Aktuelle Prävalenzschätzungen für Deutschland liefert der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Schlack et al., 2007). Im Rahmen dieser bundesweiten Erhebung beantworteten die Eltern von insgesamt ca. 15.000 Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren schriftlich einen Fragebogen, der auch die Frage enthielt, ob jemals bei ihrem Kind eine AD(H)S-Diagnose gestellt wurde. Zusätzlich wurden anhand einer speziellen Skala (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Hyperaktivität) erhoben. Die Forscher schätzen nach den Elternangaben, dass insgesamt 4,8 % der Kinder und Jugendlichen jemals eine diagnostizierte AD(H)S hatten (Lebenszeitprävalenz\*). Weitere 4,9 % der Stichprobe können auf Basis der angegebenen Verhaltensauffälligkeiten als Verdachtsfälle gelten. Bei Jungen wurde AD(H)S um den Faktor 4,3 häufiger diagnostiziert als bei Mädchen. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter der Kinder an, wobei dieser Anstieg primär durch die Gruppe der Jungen verursacht wird. „Der stärkste Anstieg findet beim Übergang vom Vorschulalter in das Grundschulalter statt. Hier steigt die Häufigkeit sprunghaft von 2,4 % auf 8,7 % bei den Jungen.“ (Schlack et al. 2007, S. 830).

## 2.3 Behandlungsoptionen

Die Gruppe der von AD(H)S betroffenen Kinder ist sehr heterogen. Sie variiert hinsichtlich der Ausprägung der Kernsymptome, der Komorbiditäten (Begleiterkrankungen), des Ausmaßes der situativen gegenüber der situationsübergreifenden Manifestation, des Beginns der Störung und der Geschlechterverteilung. Diese Heterogenität macht nicht nur eine sorgfältige kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und differentialdiagnostische Abklärung, sondern auch eine individuell angepasste Behandlung erforderlich.

---

interessante Zitate haben wir zur besseren Illustration der entsprechenden Themenbereiche eingefügt. Rechtschreibfehler wurden dabei korrigiert.

Die Therapie von AD(H)S stützt sich darum auf ein multimodales Behandlungskonzept, das neben der Beratung und Aufklärung über die Störung und den Umgang mit der Erkrankung (Psychoedukation) v. a. verhaltenstherapeutische Maßnahmen und bei Bedarf die medikamentöse Therapie umfassen sollte (Caspers-Merk, 2002; Lehmkuhl et al., 2001).

### 2.3.1 Leitlinienempfehlungen zur multimodalen Behandlung

Für die Behandlung von AD(H)S liegen mittlerweile Leitlinien verschiedener ärztlicher Fachgesellschaften vor, die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde 2007 aktualisiert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Danach kann die multimodale Behandlung hyperaktiver Störungsbilder je nach Ausprägung folgende Interventionen umfassen:

- **Aufklärung und Beratung** (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter) und des Erziehers bzw. Klassenlehrers
- **Elternt raining** (auch in Gruppen) und Interventionen in der Familie
- **Familientherapie** (verhaltenstherapeutisch, strukturell, systemisch oder analytisch)
- **Interventionen in Kindergarten bzw. Schule** einschließlich Platzierungs-Interventionen (Wechsel der Gruppe/Klasse oder Schule) sowie Beratung und Aufklärung der Lehrer oder Erzieher)
- **Kognitive Therapie\* des Kindes/Jugendlichen** (ab dem Schulalter – jedoch *nicht* als isolierte Maßnahme)
- **Pharmakotherapie\*** (vorwiegend mit Methylphenidat)
- **Diätetische Behandlungen** (in seltenen Fällen)
- Ergänzend bei (teil-)stationärer Behandlung: **Mototherapie\* und Ergotherapie\***
- **Maßnahmen der Jugendhilfe (Erziehungshilfe, Familienbeistand)**

Alle weiteren Maßnahmen wie z. B. soziales Kompetenztraining, Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie sowie Übungsbehandlungen zur Verminderung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Teilleistungsschwächen) sind nur *ergänzend* – vorwiegend zur Behandlung von komorbiden Störungen – und nicht als alleinige Behandlungsformen der AD(H)S-Symptomatik empfohlen. Von *Festhaltetherapie\** und *phosphatarmer Diät* rät die Leitlinie eindeutig ab.

### **2.3.2 Psychoedukation**

Die Grundlage einer leitliniengerechten multimodalen Behandlung sollte die Psychoedukation bilden (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Dabei sind in jedem Fall die Eltern ausführlich zu beraten (Döpfner, 2005). Inhalte der Beratung sind Informationen über die Störung AD(H)S, ihre Verbreitung, den vermutlichen Verlauf und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie eine Beratung zu konkreten Erziehungsmaßnahmen in Problemsituationen. Zumindest ab dem Schulalter sollte (in altersangemessener Form) auch das betroffene Kind beraten werden. Das Kind ist dabei über die Störung AD(H)S, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären sowie zu Möglichkeiten des eigenen Umgangs mit typischen Problemen zu beraten. Sofern behandlungsbedürftige Symptome in der Schule auftreten, umfasst die Psychoedukation auch die Beratung und Aufklärung der Lehrer.

Diesen Baustein des multimodalen Modells bezeichnen (z. B. in der Ratgeberliteratur) auch betroffene Eltern selbst oft als wichtigste Maßnahme, da sie im Rahmen der Psychoedukation ein tieferes Verständnis für den Wahrnehmungs- und Reaktionsstil gewinnen und eine spezifisch darauf zugeschnittene Schulung für den Umgang mit ihren Kindern im Alltag erhalten. (Neuhaus, 2007).

#### **2.3.2.1 Familienzentrierte Interventionen**

*Verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie und Elternt raining* sowie bei älteren Kindern Selbstmanagement-Techniken sind angezeigt bei AD(H)S-induzierten Problemen zu Hause bzw. in der Familie. Die Eltern werden zu einem konsistenten Erziehungsverhalten mit regelmäßigem Verstärken angemessener Verhaltenselemente angeleitet. Selbst-Management-Interventionen mit Selbstbeobachtung, Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung sind ab dem Schulalter Bestandteil der Interventionen in der Familie. Ergänzend kann zur Klärung von problematischen Beziehungen in der Familie – insbesondere im Jugendalter – eine *Familientherapie* (unterschiedlicher Richtungen) angebracht sein.

#### **2.3.2.2 Interventionen im Kindergarten/in der Schule**

Bei behandlungsbedürftigen Symptomen in der Schule bzw. im Kindergarten sind *Lehrpersonen bzw. Erzieherinnen in die Behandlung einzubeziehen*. Dazu gehören zunächst Aufklärung und Beratung dieser Bezugspersonen. In Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern und Schulbehörde sollte eine angemessene Schule bzw. vorschulische Einrichtung gefunden werden. Häufig sind Schulwechsel zu einer anderen Schulform oder -art hilfreich.

In Kooperation mit der Lehrerin/Erzieherin sollten dann zunächst auf Gruppenebene unterstützende Maßnahmen durchgeführt werden, bevor – wenn dies

nicht ausreicht – spezielle verhaltenstherapeutisch orientierte individuelle Maßnahmen zum Einsatz kommen.

Diese beinhalten die Anwendung positiver Verstärkung und negativer Konsequenzen in umschriebenen Problemsituationen. Voraussetzung sind Kooperationsbereitschaft und ausreichende Ressourcen der Erzieher und Lehrer.

Als Teil schulbezogener Maßnahmen ist auch das *Selbstinstruktionstraining* im Rahmen einer kognitiven Therapie zu sehen.

### **2.3.3 Verhaltenstherapie des Kindes/Jugendlichen**

Auf die Psychoedukation aufbauend (sofern nicht allein ausreichend) folgen vorwiegend *verhaltenstherapeutische Maßnahmen* (Döpfner, 2000). Hierzu gehören direkte Interventionen mit dem Kind, Elternt raining und verhaltenstherapeutische Maßnahmen in Kindergarten oder Schule. Die Therapie nutzt z. B. Verfahren wie Verstärkerpläne, Selbstbeobachtung, Münzverstärker-Systeme, Response-Cost, Time-Out (Bundesärztekammer, 2005). Die Erfolge dieser Therapieform bei Kindern mit richtig diagnostiziertem AD(H)S haben sich besonders in den Langzeitbeobachtungen der MTA-Studie erwiesen (vgl. Abschnitt 2.3.8).

Die Wirksamkeit kognitiver Therapiemaßnahmen ist demgegenüber noch nicht hinreichend nachgewiesen. Eine kognitive Therapie mit Methoden der Selbstinstruktion und des Selbstmanagements ist erst bei Kindern ab dem Schulalter durchführbar. Sie wird jedoch nur in Kombination mit den Interventionen in Schule und Familie eingesetzt, da sich eine alleinige kognitive Therapie des Kindes als nicht erfolgreich erwiesen hat. Zum Bereich der kognitiven Therapie lässt sich auch das Spieltraining zur Verbesserung von Spielintensität und Spieldauer zählen, besonders bei Kindern im Kindergartenalter. In der Regel besteht eine Indikation für eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien erst, wenn alle psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen keine Wirkung zeigen (Döpfner, 2000).

### **2.3.4 Medikamentöse Therapie**

Eine medikamentöse Behandlung wird als indiziert angesehen, „wenn aus den ADHS-Symptomen erhebliche Probleme in der Familie oder der Schule resultieren, so dass die weitere Entwicklung des Kindes gefährdet ist; sich die ADHS-Verhaltensauffälligkeiten durch andere Therapiemaßnahmen (z. B. Verhaltenstherapie) nicht ausreichend vermindern lassen“ (Döpfner, 2005, S. 2). Sie ist *nicht* angezeigt, wenn die Probleme allein auf den familiären Rahmen begrenzt sind, da dann andere Ursachen als AD(H)S für die Symptomatik zu vermuten sind. Bei Kindern unter 6 Jahren sollte eine medikamentöse Behandlung nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen, „wenn Elternt raining, flankierende Maßnahmen und eine Teilnahme an speziellen Vorschuleinrichtungen nicht greifen“ (Döpfner, 2005, S. 26). Die Begrenzung ab dem 6. Lebensjahr ist

auch deshalb wichtig, weil die Arzneimittel aufgrund von klinischen Studien nur für Kinder ab diesem Alter zugelassen wurden. Die Anwendung für Kinder unter 6 Jahren wäre ein off-label-use\*, also eine Behandlung außerhalb der Zulassung, die nur unter ganz besonderen restriktiven Voraussetzungen durchgeführt werden sollte. Wird die Medikation nur zur Behandlung von Symptomen in der Schule (und nicht im familiären Rahmen) eingesetzt, kann sie auf die Schultage bzw. -vormittage beschränkt bleiben. Durch eine Pharmakotherapie wird in diesen Fällen deutlicher Symptomausprägung vielfach erst eine pädagogische oder therapeutische Arbeit mit dem Kind möglich oder erheblich erleichtert (Schmidt & Brink, 1995). Die medikamentöse Therapie kann die Symptomausprägung vorübergehend vermindern, sie kann jedoch die Ursachen nicht dauerhaft beeinflussen (Döpfner, 2005).

Bis 2005 wurde in Deutschland im Wesentlichen der Wirkstoff Methylphenidat (z. B. die Präparate Ritalin<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup> und Concerta<sup>®</sup>) verordnet, der in der Gruppe der Psychopharmaka zu den Psychostimulanzien zählt. Methylphenidat-haltige Arzneimittel unterstehen dem Betäubungsmittelrecht und dürfen daher nur auf speziellen Rezeptvordrucken verordnet werden. Seit dem Frühjahr 2005 ist als medikamentöse Behandlungsalternative auch das Nicht-Stimulans Atomoxetin\* erhältlich (in Deutschland seit März 2005 als Strattera<sup>®</sup> von der Firma Lilly angeboten). Dieses Präparat kann auf einem „normalen“ Rezept verschrieben werden. Nach dem derzeitigen Forschungsstand bezeichnet die Bundesärztekammer im Rahmen einer medikamentösen Behandlung Stimulanzien als Medikamente der ersten, Atomoxetin als Präparat der zweiten Wahl (Bundesärztekammer, 2005).<sup>15</sup> Daneben werden auch noch immer Amphetamin-haltige Rezepturen in durchaus nennenswertem Ausmaß verordnet.

#### **2.3.4.1 Stimulanzien-Therapie**

Methylphenidat (MPH) gehört zu den Psychostimulanzien vom Amphetamin\*-Typ, die die Freisetzung von Dopamin fördern und seine Wiederaufnahme aus dem synaptischen Spalt zwischen den Nervenzellen im Gehirn hemmen. Der therapeutische Effekt von Methylphenidat wird durch eine Erhöhung des synaptischen Dopaminspiegels erklärt, die durch eine Blockade des Dopamintransporters zustande kommen soll. Dabei konnte vor allem ein guter Effekt auf Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizite, Impulsivität, depressive Verstimmung und Irritabilität nachgewiesen werden, ohne dass sich eine Toleranz entwickelte (Wender et al., 1985).

---

<sup>15</sup> Weitere in der AD(H)S-Behandlung eingesetzte Nicht-Stimulanzien sind z. B. trizyklische Antidepressiva und Clonidin. Diese stellen jedoch Medikamente der dritten Wahl dar (d. h. sie sollten nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden) und werden daher in diesem Bericht nicht ausführlich dargestellt.



Zugelassen ist Methylphenidat in Deutschland nur für die Altersgruppe von 6 bis 18 Jahren. Zur Frage der Verordnung an jüngere Kinder sowie Erwachsene bestehen aktuell große Kontroversen. So sieht die Bundesärztekammer eine Methylphenidat-Therapie auch im Erwachsenenalter als indiziert: „Die Stimulanzienbehandlung mit Methylphenidat ist auch im Erwachsenenalter die Therapie der ersten Wahl“ (Bundesärztekammer, 2005, S. 29). Eine Aussage des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu dieser Frage steht noch aus. Zwar wurde mit Beschluss vom 20.12.2005 die Expertengruppe Off-Label im Bereich Neurologie/Psychiatrie mit der Erstellung einer Bewertung zur Anwendung von Methylphenidat bei AD(H)S im Erwachsenenalter beauftragt.<sup>16</sup> Wann jedoch eine entsprechende Empfehlung der Expertengruppen zu erwarten ist, ist derzeit noch nicht bekannt. Die Verordnung von Methylphenidat fällt unter die deutsche Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV, 1998). Zwar ist nach derzeitigem Wissensstand nicht davon auszugehen, dass eine Gabe von Stimulanzien bei Kindern körperlich abhängig macht (Döpfner, 2005, S. 27), eine Konzentrationserhöhung von Dopamin im Gehirn wird allerdings grundsätzlich als Voraussetzung und Prädiktor für ein Missbrauchspotenzial von Substanzen angesehen.

Verfügbar sind aktuell zwei verschiedene Präparat-Varianten: zum einen schnell freisetzende Präparate und zum anderen Retardpräparate\*, bei denen die Wirkung in einer ersten Phase rasch, in einer zweiten Phase verzögert eintritt. Bei schnell freisetzenden Methylphenidat-Präparaten tritt die Wirkung etwa nach einer halben Stunde und für die Dauer von etwa 4 Stunden ein. Schulkinder erhalten etwa 0,3 bis 1 mg des Wirkstoffs pro Kilogramm Körpergewicht, verteilt auf 1-3 Einzeldosen. Die Wirkung von Retardpräparaten hält 8 bis 12 Stunden an, so dass eine einmalige morgendliche Gabe ausreichen kann. Diese (wesentlich teureren) Medikamente sind angezeigt, wenn eine verlässliche Gabe mehrerer Dosen über den Tag verteilt nicht möglich ist (Bundesärztekammer, 2005).

Grundsätzlich ist eine genaue Bestimmung der individuell benötigten Dosierung in der Anfangsphase (Titrierung\*) erforderlich, ebenso eine kontinuierliche Beratung im monatlichen Abstand (Rezepte dürfen in der Regel nur für 30 Tage ausgestellt werden) sowie regelmäßige kontrollierte Therapiepausen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007).

Charakteristische Nebenwirkungen von Methylphenidat sind Appetitrückgang (auch über Jahre andauernd), Beschleunigung des Herzschlags und Erhöhung des Blutdrucks, Zunahme der elektrischen Aktivität des Gehirns (im EEG nachweisbar) und Schlafbeschwerden. In seltenen Fällen kann es zu depressi-

---

<sup>16</sup> Vgl. hierzu folgend Internetseiten [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/c16c5495cff945c1002567cb0043187a/5217fb79e6a1e20e002568d500490d6e/\\$FILE/offlabel-Auftr%C3%A4ge\\_A-Z\\_060306.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/c16c5495cff945c1002567cb0043187a/5217fb79e6a1e20e002568d500490d6e/$FILE/offlabel-Auftr%C3%A4ge_A-Z_060306.pdf) und <http://www.wodarg.de/politikfelder/gesundheit/787359.html> (letzter Aufruf: 18.02.2008)

ven Verstimmungen und Halluzinationen kommen (Bundesärztekammer, 2005). Die Häufigkeit motorischer Tics\* wird unterschiedlich beschrieben, Barkley (2006) spricht von etwa 15 % AD(H)S-betroffener Kinder, die „einfache“ Tics entwickeln. Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass bei 30 % aller AD(H)S-betroffenen Kinder Tics auftreten, die unter der Medikation mit Methylphenidat in Einzelfällen verstärkt werden oder neu auftreten (Bundesärztekammer, 2005, S. 33). Döpfner et al. (2000) nennen einen Anteil von 1 % der mit Methylphenidat behandelten Kinder, bei denen eine anhaltende Tic-Störung neu auftritt. Noch nicht endgültig geklärt ist die Frage, ob die zu verzeichnenden Wachstumsverzögerungen durch die medikamentöse Therapie oder durch die Erkrankung selbst ausgelöst werden (Wilens & Dittmann 2005). Die erreichte Endgröße wird höchstwahrscheinlich nicht beeinflusst (Barkley, 2006).

Methylphenidat wurde lange Zeit als sicheres, wirksames und gut verträgliches Medikament beschrieben (Goldmann et al., 1998). „Dies sowie das Erscheinen von Behandlungsempfehlungen, mag in der Bundesrepublik Deutschland – neben anderen Faktoren – zu einem Verordnungsanstieg beigetragen haben. Dieser zeigt sich in den Globaldaten des GKV-Arzneimittelindex [...] insbesondere seit Mitte der 90er Jahre.“ (Würdemann, 2005, S. 25).<sup>17</sup>

Ob dieser Anstieg den Ausgleich einer vorher bestehenden Unterversorgung oder eine Überversorgung darstellt, ist in der Fachwelt umstritten. Es könnte auch sein, dass gleichzeitig eine Unter- und Überversorgung vorliegt: „Gehen wir davon aus, dass in Deutschland knapp 4 bis 5 % der Kinder und Jugendlichen an ADHS erkrankt sind, dann handelt es sich um insgesamt rund 200.000 Kinder. Bis jetzt sind aber nur etwa 80.000 in Behandlung [...]. Gleichzeitig gibt es aber zahlreiche Hinweise darauf, dass Kinder mit Ritalin® behandelt werden, die es gar nicht benötigen. An der Berliner Charité brechen die Ärzte bei einem großen Teil ihrer jungen Patienten die medikamentöse Therapie erst einmal ab, wenn sie zu ihnen in Behandlung kommen.“ (Glaeske, 2007).

Laut Würdemann (2005) stellt sich unter Berücksichtigung der bereits dargestellten Nebenwirkungen verstärkt die Frage nach der Nutzen-Risiko-Bewertung. Trotz langjähriger Erfahrung mit dem Wirkstoff (Methylphenidat ist seit 1954 im Handel) fehlen immer noch Aussagen zu Langzeitfolgen der Behandlung und zur Therapie bei Kindern unter 6 Jahren. „Die breite und zum Teil unkritische Verwendung steht in auffälligem Kontrast dazu, wie wenig über Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und die langfristigen Folgen bei Einnahme im Kindesalter bekannt ist.“ (arznei-telegramm, 2002, S. 16). Eine Studie mit jungen Ratten hat Hinweise darauf ergeben, dass Methylphenidat das dopaminerge Nervensystem irreversibel stören kann. Die Gabe von Methylphenidat zu einem Zeitpunkt, an dem die zentralen Dopamin-Systeme noch nicht voll entwickelt sind, könnte laut Moll andere adaptive Anpassungen zur Folge haben als bei der gleichen Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt

---

<sup>17</sup> Vgl. hierzu auch Abschnitt 2.3.4.4.

oder in einer reiferen Entwicklungsstufe. Diese frühen, durch Methylphenidat hervorgerufenen, Veränderungen könnten dann bis zum Erwachsenenalter bestehen bleiben (Moll et al., 2001). Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf den Menschen ist jedoch stark umstritten. Moll (2001) selbst warnt vor einer unkritischen Übertragung, da die Gehirne der untersuchten Babyratten nicht direkt mit Gehirnen von Kindern oder Jugendlichen verglichen werden können.

Fegert und seine Kollegen (2002) vertreten die Ansicht, dass „die chronische Gabe von Methylphenidat an Kinder deren Prädisposition\* für das Parkinson-Syndrom durch eine Verringerung der dopaminergen Innervation\* dramatisch erhöhen“ könnte“ (Fegert et al., 2002, S. 10). Andere Forscherinnen bezeichnen diese These als nicht haltbar, da es hierzu keine „seriös begründeten Annahmen“ gebe. Methylphenidat werde bereits seit über 60 Jahren in der ADHS-Therapie eingesetzt, ohne dass ein Zusammenhang mit Parkinson-Erkrankungen nachgewiesen werden konnte. In der Literatur sei darüber hinaus bislang kein Fall eines Methylphenidat-induzierten Parkinson-Syndroms beschrieben (Markwort & Zinke 2005, S. 43). Vor allem angesichts der kurzen Dauer der meisten Studien zur Anwendung von Methylphenidat sind hierzu jedoch keine abschließenden Aussagen möglich.

#### **2.3.4.2 Umgang mit Methylphenidat in anderen Ländern**

„Das Beispiel skandinavischer Länder zeigt, dass sich die Verordnungen von Methylphenidat durch strikte Auflagen begrenzen lassen. In Finnland und Schweden muss jede einzelne Behandlung mit Methylphenidat von der Arzneimittelbehörde genehmigt werden. Nach den Richtlinien der schwedischen Arzneimittelbehörde muss der Antrag schriftlich gestellt und detailliert begründet werden, einschließlich neurologisch-psychiatrischer Untersuchungsbefunde und der Darlegung nicht-medikamentöser Maßnahmen. Die Lizenz zur Therapie wird für ein Jahr erteilt, manchmal auch nur für vier bis sechs Monate. Ein schriftlicher Bericht, in dem die Entwicklung des Kindes und potenzielle Nebenwirkungen dokumentiert werden, ist Voraussetzung für die Lizenzverlängerung.“ (arznei-telegramm, 2002).

In Dänemark und Norwegen ist Ritalin® auch für die Weiterbehandlung im Erwachsenenalter zugelassen (Bundesärztekammer, 2005).

#### **2.3.4.3 Nicht-Stimulanzien-Therapie**

Bei Atomoxetin handelt es sich um einen selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer\*, der ursprünglich als Antidepressivum entwickelt wurde. Atomoxetin ist zugelassen für die Indikation AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen und unterliegt nicht dem Betäubungsmittelgesetz (Wolf, 2005). Wurde die Therapie im Kindesalter begonnen, ist eine Fortführung der Behandlung im Erwachsenenalter zulässig (Bundesärztekammer, 2005). Atomoxetin wird zumeist nur einmal täglich eingenommen.

Bezogen auf die Nebenwirkungen sprach die Bundesärztekammer noch im August 2005 von einem günstigen Nebenwirkungsprofil von Atomoxetin (Bundesärztekammer, 2005, S. 31). Auch Döpfner und Kollegen konstatierten, dass Atomoxetin im Regelfall gut vertragen werde. Zu den häufigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Atomoxetin gehörten unter anderem Verminderung des Appetits, Abdominalbeschwerden, Müdigkeit und Schwindel. „Diese Nebenwirkungen wurden [in einer klinischen Studie] als mild eingestuft und traten meist zu Therapiebeginn auf.“ (Sevecke et al, 2005). Ebenfalls im August 2005 verpflichtete jedoch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Firma Lilly, in den Beipackzettel ihres Atomoxetin-Präparat Strattera® den folgenden Absatz aufzunehmen. „Für Atomoxetin-haltige Arzneimittel ist [...] in die Fachinformation und an entsprechender Stelle der Packungsbeilage ein Warnhinweis aufzunehmen, aus dem eindeutig hervorgeht, dass Feindseligkeit (vorwiegend Aggressivität, oppositionelles Verhalten und Wut) sowie emotionale Labilität in klinischen Studien häufiger bei mit Atomoxetin behandelten Kindern und Jugendlichen beobachtet wurde als bei Kindern und Jugendlichen, die mit Placebo behandelt wurden. Zudem ist auf die mangelnde Wirksamkeit von Atomoxetin bei Depressionen hinzuweisen.“ (BfArM, 2005).

Ende September 2005 informierte die Herstellerfirma Lilly die Ärztinnen darüber hinaus in einem so genannten „Rote Hand Brief“ folgendermaßen über den aktuellen Stand der Erkenntnisse: „Der verschreibende Arzt sollte den Patienten sorgfältig hinsichtlich des Auftretens oder der Verschlimmerung von suizidalen Verhaltensweisen unter der Therapie mit Strattera® überwachen. Patienten und Eltern/Erziehungsberechtigte sollten auf das Risiko und mögliche Anzeichen und Symptome hingewiesen werden.“ (Rote-Hand-Brief, 2005).

Die 2007 aktualisierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie weist trotzdem nur auf folgendes Nebenwirkungsprofil hin: „Atomoxetin scheint im Vergleich zur Methylphenidat weniger stark ausgeprägte Nebenwirkungen auf Appetit und Schlaf zu haben, allerdings können häufiger Übelkeit und Müdigkeit auftreten.“

#### **2.3.4.4 Entwicklung der Verordnungszahlen**

Dieser Abschnitt stellt kurz die Ergebnisse der bundesweit repräsentativen Erhebungen des Arzneimittelindex dar. Diese werden ergänzt durch die Resultate einer speziell für die in der vorliegenden Studie betrachtete Versicherten-gruppe durchgeführten Arzneimittelanalyse (siehe Kapitel 5.4, Teilstudie III).

Die aktuellen Ergebnisse des Arzneimittelverordnungs-Reports 2007 (Schwabe & Paffrath, 2008) bestätigen den Trend der letzten Jahre/Jahrzehnte. Die Verordnungsmenge von Methylphenidat hat auch von 2005 zu 2006 eindrucksvoll zugenommen. Sie stieg erneut um knapp 20 % von 33 auf 39,3 Millionen DDD\* (Defined Daily Dose/festgelegt auf 30 mg) (vgl. Abb. 3).

Die Verordnungsmenge von Strattera® stieg auf einem sehr viel niedrigeren Ausgangsniveau um 68 % auf eine Verschreibungsmenge von 2,3 Millionen DDD. Dabei lagen die mittleren Kosten je DDD für Methylphenidat bei 2,19 Euro und damit deutlich unter denen von Strattera® mit durchschnittlich 8,54 Euro.

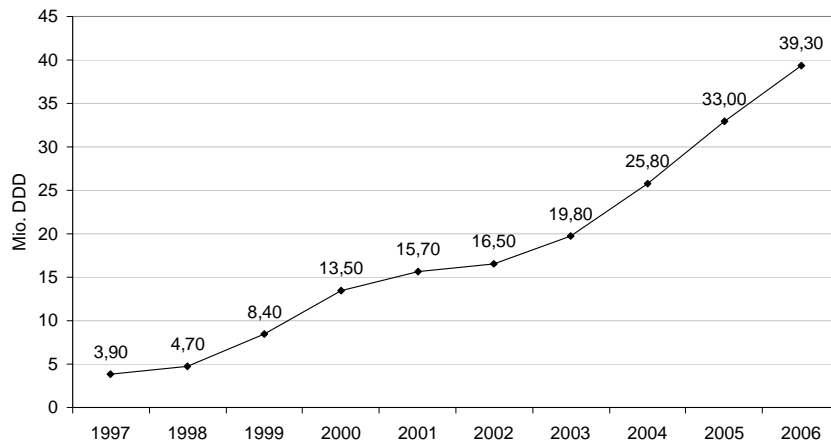


Abb. 3: Entwicklung der Verordnungsmenge von Methylphenidat in Deutschland seit 1997<sup>18</sup>

Im Rahmen der hier vorgestellten Studie wurden die Routinedaten der GEK ausgewertet. Die Analysen belegen einen Anstieg von 2005 zu 2006. Sie zeigen auch, dass die Verordnungen in den einzelnen KV-Bereichen stark schwanken. Die Ergebnisse werden ausführlich in Kapitel 5.4 vorgestellt.

### 2.3.5 Maßnahmen der Jugendhilfe

Bei extrem ausgeprägter AD(H)S- oder komorbider Symptomatik und mangelnden Ressourcen in der Familie können *ergänzende Maßnahmen der Jugendhilfe* u. a. auch teil- oder vollstationär erforderlich sein. In Kooperation mit der Jugendhilfe können z. B. Hilfe zur Erziehung bzw. Eingliederungshilfe entsprechend § 27 bzw. 35 a nach SGB VIII bewilligt werden (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2007).

<sup>18</sup> Quelle: Schwabe & Paffrath, 2008

### 2.3.6 Stationäre Behandlung

Die Behandlung von AD(H)S erfolgt im Regelfall ambulant. Nur bei stark ausgeprägter situationsübergreifender Symptomatik, welche die familiäre und schulische Integration gefährdet, und nach erfolgloser ambulanter Behandlung ist eine *teil- oder vollstationäre Behandlung* angezeigt. Hier können ergänzend *Ergotherapie* und *Mototherapie* sowie spezieller Kleingruppenunterricht zur Anwendung kommen. Zu beachten ist eine Absicherung des Transfers der Behandlungsergebnisse in den Alltag der Betroffenen.

### 2.3.7 Alternative Behandlungsoptionen

Bei einigen Kindern könnten möglicherweise Nahrungsmittelallergien zu der Symptomatik beitragen, die durch eine spezielle Eliminationsdiät („oligoantigene Diät“) aufgedeckt und gebessert werden können. Hierbei erhält das Kind zu Beginn nur Lebensmittel, die erfahrungsgemäß selten negative Symptome auslösen. Anschließend werden die weggelassenen Nahrungsmittel einzeln wieder zugefügt und getestet. Da es jeweils einige Tage dauern kann, bis allergene Symptome eines Lebensmittels auftreten, erfordert dieses Verfahren eine sehr intensive Betreuung und eine hohe Compliance\* (Verlässlichkeit) der Kinder (Breidenstein, 2005). Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007) ist die Anzahl der Kinder, denen eine solche Ernährungsumstellung hilft, vermutlich gering und eher im Vorschulalter zu finden. Die Bundesärztekammer spricht von 1 bis 2 % der betroffenen Kinder, denen eine solche Therapie hilft (Bundesärztekammer, 2005, S. 35). Die Selbsthilfeorganisation ADHS Deutschland beschreibt diese Diätform auf ihrer Website dagegen als wirksame ergänzende Behandlungsmethode bei einem „nicht zu vernachlässigenden Teil von Kindern/Jugendlichen“ und sieht sie bei einigen Betroffenen sogar als Alternative zu einer medikamentösen Therapie (ADHS Deutschland, 2008).

Von der Behandlung mit „AFA-Algen“-Produkten raten das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) eindeutig ab, da die ihnen nachgesagten positiven Eigenschaften (z. B. die Fähigkeit, Umweltgifte zu binden) bisher nicht in kontrollierten und damit aussagekräftigen Studien nachgewiesen werden konnten. Gesundheitsgefährdungen sind im Gegenzug nicht ausgeschlossen, da es sich bei AFA-Algen um Cyanobakterien handelt. „Von diesen Organismen ist bekannt, dass bestimmte Stämme Gifte bilden, die das Nervensystem angreifen und schädigen können. Außerdem können sie mit anderen Cyanobakterien verunreinigt sein, die leberschädigende Gifte (Microcystine) erzeugen“ (BGVV, 2002).

EEG-Biofeedback bzw. Neurofeedback wird unter der Annahme durchgeführt, dass AD(H)S-Betroffene unter einer Beeinträchtigung der zentralnervösen Aktivierungsregulation leiden. Biofeedback bezeichnet eine Methode, mit der Patienten und Patientinnen lernen können, Selbstkontrolle über z. B. Muskelak-

tivität, Atmung oder Herzschlag zu erwerben. Bisherige Studien konnten Trainingseffekte der entsprechenden EEG-Parameter zeigen (Strehl et al., 2004), ob diese langfristig stabil sind, ist jedoch noch unklar (Bundesärztekammer, 2005).

Einzelne kleinere Studien zu körperorientierten Verfahren (z. B. Yoga) zeigen, dass diese besonders bei medikamentös behandelten Kindern gute Effekte zeigen (Haffner et al., 2006). Umfangreichere Arbeiten wären jedoch auch hier erforderlich, um signifikante Effekte nachweisen zu können. Welche Rolle sportliche Betätigung bzw. Bewegungsfreiräume im Alltag haben können, ist bisher weitgehend unklar, obwohl die ansteigende Häufigkeit der Störung zum Teil mit auf eine bewegungsarme bzw. -eingeschränkte und reizüberflutende Umgebung der Kinder zurückgeführt wird.

Die Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel (z. B. das derzeit häufig beworbene Mittel Zappelin) wie auch die der sehr häufig eingesetzten ergotherapeutischen Maßnahmen ist für die Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik nicht belegt. Ergotherapie kann jedoch z. B. in der teilstationären Therapie als ergänzende Maßnahme sinnvoll sein (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007; Bundesärztekammer, 2005).

### **2.3.8 Ausgewählte Studienergebnisse zu multimodalen Verfahren**

Die größte und umfangreichste Studie, die bisher in der Kinderpsychiatrie durchgeführt wurde, ist die MTA-Studie (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) aus dem Jahr 1999 mit 579 Kindern zwischen 7 und 9,9 Jahren.<sup>19</sup> Die Untersuchung wurde von verschiedenen in den USA und Kanada führenden AD(H)S-Kliniken unter Leitung der unabhängigen nationalen Gesundheitsbehörde NIH (National Institutes of Health) durchgeführt. Zu Beginn wurden die Kinder per Zufall einer von vier verschiedenen Behandlungsgruppen zugewiesen (MTA Cooperative Group, 2004):

**A.** Medikation, d. h. fast ausschließlich Methylphenidat-Behandlung mit placebo-kontrollierter Einstellphase und sehr genauem Kontrollschema.

**B.** Psychosoziales Behandlungsprogramm, vor allem Verhaltenstherapie mit Elternterapie, Interventionen in der Schule, kind-zentrierte Therapie in zweiwöchentlichem Sommerlager, Lehrerinstruktion und -supervision.

---

<sup>19</sup> Von den teilnehmenden Kindern waren 80 % Jungen und 20 % Mädchen. 30 % hatten zuvor eine medikamentöse Behandlung erhalten, wurden aber später unabhängig davon zufällig einer der Behandlungsgruppen zugeordnet. Alle mussten dem Mischtyp nach DSM-IV entsprechen. Komorbiditäten waren hingegen kein Ausschlusskriterium, da eine hohe Komorbiditätsrate nach Sicht der Forscher typisch für AD(H)S ist: 33,5 % der Teilnehmenden wiesen eine Angststörung auf, 14,3 % Verhaltensstörungen, 39,9 % zeigten aggressiv-oppositionelles Verhalten, 3,8 % litten an affektiven Störungen und 10,9 % an Tic-Störungen. Nur 31,8 % wiesen keinerlei Komorbiditäten auf.

### C. Kombination von A und B

D. Kontrollgruppe mit Routinetherapie (Community Care), Behandlung gemäß den lokalen Gegebenheiten, rund 60 % erhielten eine medikamentöse Therapie.

Ziel der Untersuchung war es, die Wirkungen mehrerer Therapieansätze miteinander zu vergleichen. Gemessen wurden Verbesserungen der AD(H)S-Kernsymptomatik, oppositionell-aggressiven Verhaltens, von Angstsymptomen, Sozialverhalten und Eltern-Kind-Auseinandersetzungen<sup>20</sup> (Jensen et al., 2001).

Die erste *Auswertung nach 14 Monaten* ergab, dass die medikamentöse Behandlung mit dreimal täglicher Gabe von Methylphenidat (A) und die Kombinationstherapie mit Methylphenidat plus Verhaltenstherapie (C) der alleinigen Verhaltenstherapie (B) oder der Routinetherapie beim Kinderarzt vor Ort (D) überlegen waren. Während das Verhalten von 68 % der Kinder aus Gruppe C (medikamentöse Therapie in Kombination mit einer Verhaltenstherapie) und 56 % der Kinder aus Gruppe A (medikamentöse Therapie) nach 14 Monaten als unauffällig/symptomfrei bezeichnet werden konnte, waren es in Gruppe B nur 34 % und in Gruppe D in 25 % der Fälle.

Bei einem *Drei-Jahres-Follow-Up* konnten 85 % der Ausgangsstichprobe (485 Patienten) erneut untersucht werden. Die Ergebnisse waren überraschend, denn die nach 14 Monaten gezeigten Effekt-Unterschiede zwischen den vier Gruppen waren nach 36 Monaten nicht mehr nachzuweisen. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Auswertungen entsprechend der zu Beginn zugewiesenen Gruppen (Intention-to-treat-Analysen\*) durchgeführt wurden, die Teilnehmerinnen jedoch in allen Gruppen die Möglichkeit hatten, später ihre Behandlung zu ändern. So hatte z. B. in Gruppe B (entsprechend der ursprünglichen Zuweisung erhielten die Teilnehmenden nur Verhaltenstherapie) im Zeitverlauf die zusätzliche Medikamenteneinnahme zugenommen und in den Gruppen A und C (entsprechend der Zuweisung alleinige Medikamenteneinnahme bzw. kombinierte Therapie) abgenommen. Deshalb nahmen nach 36 Monaten in Gruppe B 45 %, in den Gruppen A und C ca. 70 % Medikamente ein. Die Verbesserungen in der Gruppe B fielen jedoch trotz geringerer Medikamenteneinnahmen nicht geringer aus als die in den Gruppen A und C. Dies deutet darauf hin, dass in der langfristigen Betrachtung die medikamentöse oder kombinierte Therapie einer alleinigen Verhaltenstherapie nicht überlegen ist.

In den zur Erklärung dieser Ergebnisse durchgeführten Analysen konnten drei verschiedene Verlaufgruppen identifiziert werden: Bei dem größten Teil der Patienten (52 %) erfolgte in den ersten 14 Monaten eine starke Verbesserung, die sich dann stabilisierte. Bei 34 % der Patienten fand eine kontinuierliche Verbesserung statt, bei 14 % erfolgte zwar in den ersten 14 Monaten eine star-

---

<sup>20</sup> Im Original als „parent-child arguing“ bezeichnet.



ke Verbesserung, die sich aber in der Folgezeit vollständig verlor. Nur in der Gruppe mit kontinuierlicher Verbesserung führte eine medikamentöse Therapie zu einem besseren Ergebnis, als die anderen in der Studie eingesetzten Verfahren, wobei dieser Effekt jedoch gering war. Insgesamt bedeutet dies, dass die ursprüngliche Botschaft der MTA-Studie, „dass Medikamente das alleinige Mittel der Wahl seien, deutlich zurückgenommen werden muss“ (Döpfner, 2007, S. 6).

Nach 36 Monaten zeigte sich bei den medikamentös behandelten Teilnehmenden eine durchschnittliche Längenminderung um 2 cm und eine Gewichtsabnahme von 2,7 kg sowie im Vergleich zu einer repräsentativen Kontrollgruppe signifikant erhöhte Raten an Substanzmissbrauch und Delinquenz.

In der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie (KAMT), die ebenfalls Patienten über einen langjährigen Zeitraum nachverfolgte, wurden initial 75 Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren mit einer hyperkinetischen Störung ambulant behandelt. Nach einer sechswöchigen Phase der Psychoedukation und des Beziehungsaufbaus wurde ein Teil der Gruppe zunächst verhaltenstherapeutisch, der andere Teil medikamentös mit Stimulanzien behandelt. Anschließend konnte nach Bedarf mit der jeweils anderen Therapieform kombiniert werden. Es zeigte sich, dass 72 % der Kinder, die initial eine Verhaltenstherapie erhielten, keine zusätzliche medikamentöse Behandlung benötigten. Bei denjenigen, die zusätzlich Arzneimittel erhielten, zeigten diese nur minimale Effekte. Von den Kindern, die ausschließlich mit Verhaltenstherapie behandelt wurden, zeigten 50 bis 60 % in der Familie und 30 bis 40 % in der Schule nur noch minimale Verhaltensauffälligkeiten. Die Kombination von Stimulanzientherapie und Verhaltenstherapie zeigte bei Problemen in der Familie keinen Vorteil, war jedoch bei der Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten in der Schule überlegen. Hier zeigten 60 bis 80 % nur noch minimale Verhaltensauffälligkeiten.<sup>21</sup>

## 2.4 Übergang in das Erwachsenenalter

Eine besondere Problematik für AD(H)S-betroffene Kinder stellt sich beim Übergang in das Erwachsenenalter dar. Zwar ändert sich die Symptomatik, wesentliche Beeinträchtigungen bleiben jedoch bei vielen Betroffenen bestehen. So nimmt unter anderem die motorische Unruhe/Hyperaktivität ab, erhalten bleiben jedoch häufig Konzentrationsstörungen, ein Mangel an Selbstorganisation, eine hohe Reizoffenheit, emotionale Labilität, Antriebsstörungen sowie depressive Verstimmungen und Angstsymptome (Medical Tribune, 2007). Wenn in der Kindheit und Jugend auf Grund der AD(H)S-Symptomatik der Aufbau sozialer Beziehungen erschwert bzw. negativ geprägt war, ist dies zu-

---

<sup>21</sup> Langzeitergebnisse werden derzeit zur Publikation vorbereitet, sind aber noch nicht einsehbar.

dem ein wichtiger Einflussfaktor auf die Entwicklung im Erwachsenenalter: negative Kontakte zu Altersgenossen (Peers) korrelieren in hohem Maß mit späteren Anpassungsstörungen und akademischem Misserfolg (Daly et al., 2007).

Die Symptomatik resultiert häufig in einer mangelnden Alltagsorganisation, verbunden mit der Unfähigkeit zu planvollem, vorausschauenden Vorgehen, Vergesslichkeit und ungewollter Unpünktlichkeit sowie einer chaotischen, insuffizienten Arbeitsweise, die zu häufigen Arbeitsplatzwechseln und finanziellen Schwierigkeiten führen kann. Im zwischenmenschlichen Bereich kommt es oft zu Scheidungen, Unzufriedenheit in der Partnerschaft, Erziehungsproblemen mit den Kindern und instabilen Freundschaften. Zudem zeigen die Betroffenen teilweise ein exzessives Verhalten bezogen auf die Bereiche Essen, Trinken, Sexualität, Rauchen, Sport und Freizeit (Bundesärztekammer, 2005).

Allerdings können Erwachsene mit AD(H)S auch sehr erfolgreich im Beruf sein, wenn dieser z. B. sehr strukturierte Rahmenbedingungen und die Möglichkeit bietet, die für sie typische Fähigkeit zur Hyperfokussierung (d. h. sehr starke Konzentration auf eine Tätigkeit, wobei alle anderen Umgebungsreize ausgeblendet werden) einzusetzen. Auf der anderen Seite birgt die geringe Frustrationsintoleranz die Gefahr vorschnellen Aufgebens und Scheiterns (Medical Tribune, 2007).

Die Diagnosestellung bei erwachsenen Patienten ist erschwert, weil die in Deutschland verbindlichen Diagnosekriterien der ICD-10 zwar die Möglichkeit bieten, AD(H)S auch als persistierende Störung im Erwachsenenalter zu diagnostizieren, die erwachsenentypische Ausgestaltung jedoch nicht näher definiert ist (Bundesärztekammer, 2005). Auch die medikamentöse Behandlung ist nur eingeschränkt möglich, da das häufigste für Kinder verschriebene Medikament im Erwachsenenalter nicht mehr zugelassen ist. Es wird aktuell nur im Rahmen eines individuellen Heilversuches verordnet (Bühning, 2007). Daher wird für viele medikamentös behandelte Kinder/Jugendliche im Alter von 18 Jahren ein Wechsel zu einem für Erwachsene zugelassenen Wirkstoff wie z. B. Atomoxetin notwendig, oder aber es findet ein off-label-use statt (vgl. auch Abschnitt 2.3.4.4).

## 2.5 Situation der Eltern

Sehr stark betroffen von der AD(H)S-Erkrankung ihres bzw. ihrer Kinder sind fast immer auch die Eltern. Als wesentliche Probleme beschreiben sie (z. B. Drüe, 2007, Neuhaus, 2007):

- eigene Schuldzuweisungen

*„In der ‚schlimmsten‘ Zeit meines Kindes fühlte ich mich sehr allein gelassen und wäre froh gewesen, eine neutrale Anlaufstelle zu haben. Ich zweifelte an mir selber und fragte mich immer wieder, was ich falsch*

*gemacht habe, die anderen drei Kinder waren doch ‚normal‘ und alle wurden gleich erzogen. Mein Kind fragte mich, warum es auf der Welt wäre, es wollte sterben, das war grauenvoll.“*

- Vorwürfe von außen, die eigene mangelnden Erziehungskompetenz in eine Erkrankung des Kindes umzudeuten

*„Die Krankheit wird von vielen nicht als solche anerkannt. Viele sind der Meinung, das sind nur Erziehungsfehler oder das Kind ist einfach auf-sässig und dumm. Das Problem ist, dass die Kinder sehr schnell zu Außenseitern werden und aus dieser Ecke nie mehr rauskommen. Ich fühle mich inzwischen kraftlos und frustriert, da ich seit Jahren gegen diese Probleme ankämpfe.“*

- die Ablehnung des Kindes von anderen u. a. auf Grund seines hyperaktiven Verhaltens.

*„Es hieß oft, wann kommst du mal wieder vorbei, aber bitte ohne deinen Sohn, der ist z. B. zu laut, zu hippelig“*

Der alltägliche Stress mit dem Kind, die aufwändige Suche nach der richtigen Behandlung, Überlegungen zum Schulwechsel etc. führen häufig zur Überlastung der Erziehungspersonen und hier insbesondere der Mütter. Dies kann in der Folge zu Vereinsamung, Partnerschaftsproblemen bis hin zur Trennung und einer inneren Ablehnung des Kindes führen.

*„Eigentlich könnte ich so vieles erzählen, aber für mich fällt es sehr schwer. Es war eine grausame Zeit. Meine Psyche ist kaputt gegangen, dadurch habe ich meine Arbeit verloren, aber ich bereue es nicht. Ich konnte meinem Sohn helfen.“*

## 2.6 Aktuelle Problemfelder in der AD(H)S-Versorgung

Für Deutschland weisen Döpfner und Lehmkuhl (2002) auf der Grundlage von Erfahrungsberichten und Studien auf folgende Probleme in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S bzw. Hyperkinetischen Störungen (HKS) hin:

- **Mangelhafte Diagnostik und Nichtberücksichtigung von Behandlungsalternativen** (bei den Kindern, die nicht massiv von der Symptomatik betroffen sind – also der Mehrheit – sollte die Verhaltenstherapie das Verfahren erster Wahl sein)
- **Fehlende Integration der medikamentösen Behandlung in ein multimodales Therapiekonzept** (die MTA-Studie weist langfristig auf die Überlegenheit einer multimodalen Behandlung über eine sorgfältige medikamentöse Behandlung hinaus hin)

- **Mangelhafte Titrierung und Verlaufskontrolle** (die Autoren sehen Hinweise dafür, dass die zeitaufwändige Dosiseinstellung und Verlaufskontrolle sowie regelmäßige kontrollierte Auslassversuche nicht ausreichend umgesetzt werden).

Auch eine Stellungnahme der Bundesärztekammer betont unter anderem den Bedarf an weiterer Forschung zur Versorgungssituation, v. a. in den Punkten angemessene Diagnostik und Behandlung. „Im Hinblick auf die Versorgung stellen sich, ausgehend von der Prävalenz der Störung, Fragen nach der adäquaten Diagnostik, vor allem auch der Differenzialdiagnostik. Die therapeutische Versorgung von Patienten mit AD(H)S/HKS ist bisher wenig untersucht worden. So ist zum Beispiel wenig bekannt, wie lange und wie häufig und in welcher Kombination einzelne Behandlungskomponenten eingesetzt werden. Darüber hinaus stellt sich die Frage der Compliance. Es besteht z. B. ein krasses Missverhältnis zwischen der häufigen Anwendung ergotherapeutischer Maßnahmen und dem Wissen über ihre Wirksamkeit. Gleiches gilt für die tiefenpsychologischen Behandlungsansätze. Auch Fragen der Aus- bzw. Weiterbildung der Ärztinnen, die AD(H)S/HKS-Patienten verschiedener Altersstufen behandeln und ihre Familien beraten, sind wenig untersucht.“ (Bundesärztekammer, 2005, S. 51).

Viele betroffene Eltern beklagen – z. B. in Selbsthilfeforen – vor allem die negative Situation in den Schulen. Aus ihrer Sicht mangelt es den Lehrern an Akzeptanz und Verständnis für die AD(H)S-Problematik und auch die aktuelle Schulpolitik in den Bundesländern greift das Thema bislang zu wenig auf. Darüber hinaus nehmen sie große Informationsdefizite in ihrer Umgebung wahr und eine Verbreitung schlecht recherchierte Informationen durch die Medien, welche viele Eltern, Lehrende, Erzieher und betroffene Erwachsene zusätzlich verunsichern (vgl. z. B. [www.ads-selbsthilfe.de](http://www.ads-selbsthilfe.de) oder [www.elternforen.com](http://www.elternforen.com)).

Diese zum Teil unterschiedlichen Problemwahrnehmungen von Seiten der Professionellen und der Eltern, die zum einen Fragen der Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle und zum anderen den praktischen Umgang mit der AD(H)S-Problematik im (Schul-)alltag betreffen, sollen in der vorliegenden Studie aufgegriffen werden.

### 3 Fragestellungen der GEK-Studie

Die GEK-Studie bearbeitet drei Hauptfragestellungen: Basierend auf den oben dargestellten Problemfeldern bilden der Prozess der Diagnosestellung sowie Behandlungsmaßnahmen und -erfolge den Schwerpunkt einer Elternbefragung (Teilstudie I). Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei vor dem Hintergrund der steigenden Verschreibungszahlen auf der medikamentösen Behandlung. Auch die Situation in Schulen steht im Fokus des Interesses und wird als Querschnittsproblematik in verschiedenen Unterabschnitten aufgegriffen. Ergänzt werden diese Kernbereiche durch Fragen zur Ausprägung und Belastung durch die Kernsymptomatik und Komorbiditäten und die Ermittlung des Bedarfs der Eltern an zusätzlichen Informationen, begleitenden therapeutischen Maßnahmen sowie weiteren Hilfestellungen. Ein besonderes Augenmerk richtete sich darüber hinaus auf Beratungs- und Behandlungsbedarfe an – wie bereits dargestellt – bisher noch vergleichsweise wenig beforschten Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter.

Dem aktuellen Umgang mit AD(H)S in Schulen aus Sicht der zuständigen Behörden widmet sich eine zweite Teilstudie, die auf Basis einer Befragung der Kultusministerien bzw. Schulbehörden die Situation in verschiedenen Bundesländern sowie regionale Besonderheiten aufzeigt. Von Interesse war hierbei, ob es in den Bundesländern bereits Leitlinien oder Regularien zum Umgang mit AD(H)S in Schulen gibt, wie diese ausgestaltet sind, und wie die Länder den aktuellen Fortbildungsstatus bzw. -bedarf der Lehrer beurteilen. Zudem sollte ermittelt werden, ob es Bundesländer gibt, die im Umgang mit AD(H)S in Schulen eine Vorreiter- bzw. Vorbildfunktion übernehmen könnten.

In einer dritten Teilstudie wurden GEK-Routinedaten zu Diagnosen und Verordnungen (Heil- und Arzneimittel) analysiert, um die Verbreitung von ADHS – auch im regionalen Vergleich – darstellen zu können.

## 4 Methodik

Die vorliegende Untersuchung gliedert sich in drei Teilstudien: Teilstudie I umfasst eine qualitative und quantitative Elternbefragung zu Diagnosestellung, Versorgung und Informationsbedarf, Teilstudie II bezieht sich auf eine bundesweite Befragung von Schulbehörden und Kultusministerien. In Teilstudie III stand die Auswertung der GEK-Daten (Diagnosen, Verordnungen der Arzneimittel- und Heilmitteldaten) im Mittelpunkt. Die folgenden Abschnitte erläutern kurz die Methodik der Teilstudien.

### 4.1 Teilstudie I: Elternbefragung

#### 4.1.1 Qualitative Interviews

Kernstück der Elternbefragung (Teilstudie I) ist ein standardisierter Fragebogen, der an GEK-versicherte Eltern verschickt wurde, die mindestens ein Kind haben, das Methyphenidat verordnet bekommen hat. Eine erste Fassung des Fragebogens wurde auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche erstellt. Um zu überprüfen, ob dieser Fragebogen für die Studie geeignet ist, wurden vier qualitative Interviews durchgeführt. Diese sollten dazu dienen, auch Themenbereiche und Schwierigkeiten aufzudecken, die auf Grund von sozialen Tabuisierungen in standardisierten Befragungen tendenziell verschwiegen werden und den Fragebogen um Themenkomplexe zu erweitern, denen die Interviewten in der qualitativen Befragung große Bedeutung beimessen.

Der für diese ergänzende Befragung entwickelte Interviewleitfaden umfasste folgende Themenbereiche:

- Erste Hinweise auf Auffälligkeiten beim Kind
- Weg zur Diagnose
- Betreuung durch den/die behandelnde Ärztin
- Therapieverlauf
- Zugang zu Informationen über die Erkrankung
- Ursachenzuschreibung
- Einstellung der Eltern zu Medikamenten
- Kooperation mit Lehrern oder Erziehern
- Planung, bzw. Gestaltung der Phase des Übergang ins Erwachsenenalter
- Zukunftsperspektive

#### **4.1.1.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf**

Die Rekrutierung der befragten Eltern erfolgte über Aufrufe in verschiedenen Internetforen und fand im April 2007 statt. Die Aufrufe richteten sich an Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher, die eine medikamentöse AD(H)S-Therapie erhielten und umfassten eine Beschreibung des Forschungsprojektes. Weiterhin wurden verschiedene Selbsthilfegruppen in Bremen und dem Bremer Umland angeschrieben und um die Vermittlung von Eltern für ein Interview gebeten.

Auf diese Weise konnten vier Eltern gefunden werden, die zur Teilnahme an der Befragung bereit waren. Drei der Interviews wurden aufgrund der größeren Entfernung des Wohnorts der Eltern telefonisch geführt, eines fand zu Hause bei der Befragten statt. Drei Interviews wurden mit Müttern, eines mit einem Vater geführt. Die AD(H)S-betroffenen Kinder der befragten Personen waren drei Mädchen und zwei Jungen, deren Alter zwischen 6 und 18 Jahre lag. Zwei der Familien hatten noch ein weiteres Kind mit der Diagnose oder dem Verdacht auf AD(H)S. Zwei der befragten Mütter waren selbst an AD(H)S erkrankt bzw. befanden sich gerade im Diagnoseprozess.

Die Interviews wurden im Mai 2007 durchgeführt. Im Vorfeld wurde mit den Eltern ein Termin festgelegt, an dem die Projektmitarbeiterin die Eltern anrief. Nachdem die Eltern ihr Einverständnis zur digitalen Aufzeichnung des Gesprächs gegeben hatten, wurde ein Aufnahmegerät gestartet. Die Dauer der Interviews lag zwischen 30 und 60 Minuten.

Zur Auswertung der Interviews wurden die Gespräche abgehört und inhaltsanalytisch zusammengefasst.

#### **4.1.2 Quantitative Befragung**

##### **4.1.2.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf**

Die Stichprobe für den Versand des Elternfragebogens umfasste alle Eltern von bei der GEK versicherten Kindern, die im Jahr 2006 6 bis 18 Jahre alt waren und mindestens eine Arzneimittelverordnung eines für die Behandlung von AD(H)S typischen Medikaments erhalten haben (Methylphenidat, Atomoxetin oder Amphetamine). Die hierzu notwendigen Daten wurden durch die Analyse der GEK-Daten ermittelt (siehe Kapitel 5.4). Die Zuordnung der Adressdaten und der Versand erfolgten zentral durch die GEK, so dass eine Personenidentifizierung durch die Forschenden ausgeschlossen ist. Ausgeschlossen wurden inzwischen nicht mehr GEK-Versicherte sowie Zwillingspaare.<sup>22</sup> In einer ersten Versandaktion im August 2007 erhielten alle Eltern einen Brief, der ein Anschreiben, den Fragebogen sowie einen an die Universität Bremen adressierten und frankierten Rückumschlag enthielt. Familien, in denen mehrere Kinder

---

<sup>22</sup> Vgl. weiter unten.

entsprechende Verschreibungen erhalten hatten, bekamen nur einen Fragebogen, da sich die Erhebung auf die Behandlung des ältesten betroffenen Kindes bezog.<sup>23</sup> Insgesamt wurden 5.108 Fragebögen verschickt. Die Fragebögen wurden auf der ersten Seite mit einer Pseudonummer versehen, um den Datensatz der Befragung für zukünftige Auswertungen mit dem Stammdatensatz verbinden zu können. Es war zunächst keine Rücksendefrist angegeben. Eine Erinnerungsschreiben mit der Möglichkeit, bei Bedarf einen neuen Fragebogen anzufordern, wurde Anfang Oktober 2007 mit einer Rücksendefrist bis Ende Oktober an diejenigen Personen versandt, die noch nicht geantwortet hatten<sup>24</sup>. Die Erfassung der Fragebogeninhalte erfolgte mit dem statistischen Programm SPSS 15.0, für offene Antwortmöglichkeiten wurden zusätzliche Kategorien gebildet sowie die ergänzenden Freitexte erfasst.<sup>25</sup>

Die eingegebenen Daten wurden auf Fehler bei der Dateneingabe und Plausibilität überprüft und Fehleingaben korrigiert. Bei widersprüchlichen Angaben wurde der entsprechende Fragebogen insgesamt nochmals überprüft, um eventuelle Hinweise auf die Bedeutung der Angaben zu erhalten. Sofern sich Widersprüchlichkeiten dadurch aufklären ließen (z. B. durch zusätzliche Angaben im Fragebogen), wurden die Angaben entsprechend korrigiert.

#### **4.1.2.2 Fragebogen**

Ziel der Befragung war es, mögliche Defizite im Diagnose und Behandlungsprozess aufzudecken, Erfahrungen der Eltern mit verschiedenen Behandlungsformen zu ermitteln und festzustellen, in welchen Bereichen die Eltern zusätzlichen Bedarf an Information, Unterstützung oder Kooperation wahrnehmen.

Der verwendete Fragebogen wurde größtenteils für die vorliegende Studie neu entwickelt. Dazu wurden zunächst vorliegende Untersuchungen und Instrumente zur Erhebung der AD(H)S-Symptomatik sowie zu Behandlungsablauf und -beurteilung gesichtet. Da kaum Studien zur Behandlung von AD(H)S aus Elternsicht vorliegen, konnte hier nicht auf erprobte Instrumente zurückgegriffen werden. Die Fragen zum Ablauf der Diagnostik und Behandlung (inkl. Aufklärung und Beratung sowie Zusammenarbeit mit der Schule) im Fragebogen orientieren sich eng an dem in den Leitlinien zur Hyperkinetischen Störung der

---

<sup>23</sup> Dieses Vorgehen begründet sich primär darin, dass durch den längeren Verlauf bei älteren Kindern vielfältigere Behandlungserfahrungen vorliegen und zusätzlich Erfahrungen und Bedarfe beim Übergang von AD(H)S-Patientinnen ins Erwachsenenalter besser erhoben werden können. Für die Erhebung aller Kinder wären auf Grund der Komplexität des Diagnose- und Behandlungsgeschehens separate Fragebögen erforderlich gewesen, was im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als nicht praktikabel eingeschätzt wurde.

<sup>24</sup> Um die Anonymität zu sichern, ermittelte die Universität Bremen die noch nicht eingegangenen Pseudonummern. Die Verbindung mit den jeweiligen Adressen und den Versand der Fragebögen nahm die GEK vor.

<sup>25</sup> Wir bedanken uns herzlich bei der Praktikantin Svenja Richter, der Projektmitarbeiterin Janna Stern sowie den studentischen Hilfskräften Jenny Andreas und Stefanie Dreger, die uns an vielen Punkten technisch und methodisch unterstützt haben.



Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003; die aktualisierte Fassung der Leitlinien von 2007 war zum Zeitpunkt der Fragebogenentwicklung noch nicht verfügbar, weicht aber nicht nennenswert von der zu Grunde gelegten Version ab ) empfohlenen Vorgehen sowie auf die ausführlicheren Ausführungen in dem Leitfaden von Döpfner et al. (2000).

Das Format zur Erfassung des Erfolgs verschiedener Behandlungen sowie der medikamentösen Behandlung in verschiedenen Altersstufen ist in einigen Punkten angelehnt an den Fragebogen der ADHD-Profilstudie (Huss & Högl, 2002).

Zur Erfassung der AD(H)S-Symptomatik selbst liegen zwar verschiedene erprobte Instrumente vor, die jedoch für den Zweck der vorliegenden Untersuchung zu ausführlich schienen, in der vorwiegend die Problembelastung vor einer Behandlung retrospektiv erfasst werden sollte. Die Ausprägung der Kernsymptomatik wurde daher nur global erfasst, wobei sich die konkrete Beschreibung der Symptome an den Diagnosekriterien des ICD-10 sowie an der Häufigkeit der Nennung dieser Symptome in Elterninterviews (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1998) orientierte. Zur Erfassung der Beeinträchtigung durch die AD(H)S-Symptomatik in verschiedenen Lebensbereichen wurde auf Items des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ; Goodman, 1997, 1999) zurückgegriffen.

Eine Frage zur Belastung der Eltern durch AD(H)S-Symptome wurde einer Umfrage der World Federation of Mental Health (2004) entnommen.

Für die standardisierte Beurteilung der Behandlung sowie die aktuelle Problembelastung bzw. Lebensqualität liegen für den Einsatz in der Qualitätssicherung kinder- und jugendpsychiatrischer Maßnahmen in Marburg entwickelte und erprobte Instrumente vor, die in den Fragebogen integriert wurden. Dabei handelt es sich zum einen um die Elternversion des Fragebogens zur Behandlungsbeurteilung (Mattejat & Remschmidt, 1998), der die subjektive Versorgungsqualität aus Sicht der Betroffenen erfasst. Dieser Fragebogen (FBB) wurde für den Einsatz in der Praxis, wie auch zu Forschungszwecken im Kontext von stationären und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen bei verschiedensten psychischen Störungen entwickelt. Er wurde hier in der Kurzversion, jedoch für die eigene Fragestellung geringfügig modifiziert und um einzelne Items erweitert, verwendet. Zur Erfassung des aktuellen Befindens der Kinder aus Elternsicht wurde das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Mattejat & Remschmidt, 2006) eingesetzt. Das Instrument (ILK) soll die Bedeutung der psychischen Erkrankung und ihrer Behandlung auf die Lebensqualität erfassen (Mattejat et al., 1998). Es liegen Vergleichswerte sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch aus klinischen Stichproben vor.

Fragen zum Unterstützungsbedarf, insbesondere beim Übergang ins Erwachsenenalter, berücksichtigten die Thematisierung verschiedener Problemberei-

che in der an Eltern bzw. Betroffene gerichteten Beratungsliteratur (Neuhaus, 2001).

Der Fragebogenentwurf wurde von sieben Eltern probeweise ausgefüllt, die ebenfalls über den beschriebenen Aufruf in Internetforen dafür gewonnen wurden. Anhand von Anmerkungen im Fragebogen, Auffälligkeiten bei der Beantwortung sowie schriftlichen Rückmeldungen zu Verständlichkeit, Länge und Bedeutsamkeit der einzelnen Fragen wurden einige Formulierungen überarbeitet bzw. Fragen vereinfacht. Trotz der Länge des Fragebogens wurden die einzelnen Fragen von den Eltern durchgehend als wichtig beurteilt.

Der Fragebogen gliedert sich in die folgenden Abschnitte:

*Allgemeine Angaben zur Person des/der Befragten*

- Person des/der Befragten
- Alter
- Bundesland
- Wohnumfeld
- Anzahl Kinder mit und ohne AD(H)S
- Geburtsdatum des ältesten betroffenen Kindes
- Geschlecht des Kindes
- Schulkind ja/nein
- Wohnverhältnisse des Kindes

*Auftreten der AD(H)S-Symptomatik*

- Alter bei ersten Auffälligkeiten
- Feststellung von Auffälligkeiten
- Zeitspanne bis zu professioneller Beratung
- Erster professioneller Ansprechpartner
- Alter bei Feststellung von AD(H)S
- Andere vorangegangene Diagnosen
- Ausprägung der Problematik vor der Behandlung
- Dauer der Symptomatik vor Diagnosestellung
- Leidensdruck des Kindes
- Auswirkung der Störung auf verschiedene Bereiche des Alltagslebens

- Belastung der Familie
- Komorbidität
- AD(H)S-Problematik der Eltern
- Medikamenteneinnahme der Eltern

#### *Diagnoseprozess und Behandlungsentscheidung*

- Hauptbehandlerin/Hauptbehandler
- In Diagnoseprozess einbezogene Personen/Experten
- Durchgeführte Untersuchungen

#### *Behandlung*

- Aufklärung und Beratung der Eltern und des Kindes (Psychoedukation)
- Liste von kindbezogenen und familien- bzw. umweltbezogenen Behandlungsmaßnahmen (Alter bei Beginn, Dauer, Erfolg)
- Hindernisse bei der Umsetzung von Maßnahmen
- Medikamentöse Behandlung
  - Art der Medikamente, Alter und Dauer der Einnahme, Verordner
  - Titrierungsprozess
  - Wirkungen und Nebenwirkungen
  - Durchführung und Erfahrungen mit Einnahmepausen
  - Gründe für das Absetzen der Medikamente
- Symptomverbesserungen
- Zufriedenheit mit dem gesamten Behandlungsprozess
- Aktuelle Situation und Problembelastung

#### *Information und Unterstützung*

- Genutzte Informationsquellen
- Einschätzung des Informationsstandes
- Wahrgenommener Unterstützungsbedarf

#### *Zusammenarbeit mit Schule oder Kindergarten*

- Beratung mit Lehrern/Erziehern sowie der Schulbehörde
- Umgang von Lehrerinnen/Erzieherinnen mit AD(H)S
- Beteiligung von Lehrern/Erziehern an der Behandlung

#### *Kontakte zu anderen Betroffenen*

- Formen des Austauschs
- Ebenen des Austauschs

#### *Erwachsen werden mit AD(H)S*

- Einschätzung des zukünftigen Behandlungsbedarfs
- Besonderer Unterstützungsbedarf
- Weitere Behandlungsplanung

#### *Soziodemographie*

- Höchster Bildungsabschluss der Eltern
- Berufstätigkeit
- Durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen

#### *Ergänzungen*

- Platz für weitere Anmerkungen/Erfahrungen (offene Fragestellung).

## 4.2 Teilstudie II: Behördenbefragung

### 4.2.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf

Viele der von AD(H)S betroffenen Kinder haben insbesondere in der Schule Schwierigkeiten (Konzentrationsprobleme, Stören, Sozialverhalten) und können eine Belastung für den gesamten Klassenverband darstellen. Da in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit mit Lehrern und Schulbehörden als wesentlich für den Verlauf der Erkrankung zu beurteilen ist, erfolgte neben der Befragung der Eltern auch eine Befragung der Schulbehörden und Kultusministerien der Bundesländer.

Der Fragebogen wurde durch ein persönliches Interview mit einer Behördenmitarbeiterin in diesem Bereich vorbereitet und anschließend an die Gesundheitsförderungsbeauftragten der Länder sowie weitere zuständige Abteilungen (z. B. Schulentwicklung, Schule und Gesundheit) in den Bundesländern versandt, da diese als passendste Ansprechpartner für den nicht ganz eindeutig

zuzuordnenden Themenbereich „AD(H)S in Schulen“ angesehen wurden. Da für diesen Befragungsteil öffentlich zugängliche Adressen bzw. Personenangaben verwendet werden konnten und eine Anonymisierung nicht notwendig war, versandte die Universität Bremen Fragebögen einschließlich frankierter und an die Universität Bremen adressierter Rückumschläge direkt an die Befragten. Der Versand erfolgte Mitte November 2007 mit einer Rücksendefrist bis Ende Dezember 2007.

#### **4.2.2 Fragebogen**

Ziel der Behördenbefragung war die Erhebung des aktuellen Umgangs der Behörden mit der AD(H)S-Problematik insgesamt, des Vorliegens spezieller Leitlinien und Curricula für Schulen und Lehrerinnen, spezifischer Fortbildungsangebote und deren Nutzung sowie des Umgangs mit AD(H)S-betroffenen Kindern und Eltern in den Schulen. Das oben erwähnte Vorgespräch gab Anlass zu der Vermutung, dass die Intensität der Auseinandersetzung mit der AD(H)S-Problematik und die daraus resultierenden Angebote in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich sind. Daher wurden die Eingangsfragen relativ offen gehalten, um Möglichkeit zur Darstellung unterschiedlicher Ausgangssituationen zu bieten. Im Anschreiben wurde den Befragten die Möglichkeit nahe gelegt, für Fragen, die sie selbst nicht beantworten können, Verantwortliche in anderen Behörden, Abteilungen oder Instituten hinzuzuziehen. Der Fragebogen enthielt folgende Fragestellungen:

- Bundesland, Behörde und Funktion des/der Befragten
- Aktuelle Befassung der Behörde mit der AD(H)S-Problematik
- Andere in diesem Bereich aktive regionale Akteure
- (Gemeinsames) Verständnis der Problematik
- Empfehlungen/Curricula zum Umgang mit AD(H)S in Schulen
- Angebotene Fortbildungsmaßnahmen für Lehrer
- Umgang mit AD(H)S in Schulen (Einbezug von Psychologinnen, Therapieempfehlungen und -angebote)
- Notwendige Verbesserungen aus Sicht der Befragten

## 4.3 Teilstudie III: Analyse der GEK-Daten (Prof. Dr. Gerd Glaeske, Edda Würdemann)

### 4.3.1 Fragestellung

Mittels einer Analyse der Routinedaten der GEK sollten folgende Fragen beantwortet werden.

- Wie hoch ist der Anteil von Kindern mit Stimulanzienverordnungen, die ebenfalls Verordnungen für Ergotherapie- oder Logopädie-Behandlungen erhalten?
- Wird die Menge der verordneten Tagesdosen (DDD) der Stimulanzien von begleitend zur Arzneimitteltherapie durchgeführten Ergotherapien und/oder Logopädiebehandlungen beeinflusst?
- Gibt es einen Einfluss auf die Dauer der Stimulanzientherapie, wenn begleitend Ergotherapie und/oder Logopädie-Behandlungen vorgenommen werden?

### 4.3.2 Datengrundlage und Methodik

Basis der vorliegenden Analyse sind die Verordnungsdaten für Arzneimittel und Heilmittel sowie die Diagnosedaten aller 0-18jährigen Versicherten der Gmünder Ersatzkasse GEK, die im Jahr 2006 mindestens eine Arzneimittelverordnung mit dem ATC Code N06BA04 (Methylphenidat, MPH), ATC Code N06BA09 (Atomoxetin) oder eine Amphetamin-Rezeptur erhalten haben. Die Daten liegen personenbezogen, aber pseudonymisiert vor, so dass zwar personenbezogene Auswertungen möglich sind, die Personenidentifizierung aber ausgeschlossen ist. Die Datenauswertung schlossen die ambulanten Diagnosen (nach ICD 10) ein, die seit 2004 von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassen übermittelt werden müssen (siehe auch Glaeske & Würdemann, 2008). Die vorliegenden Daten wurden entsprechend den bereits seit vielen Jahren erstellten GEK-Arzneimittel-Reporten analysiert (beispielhaft Glaeske & Janhsen, 2007).

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Teilstudie I A: Elternbefragung – Qualitative Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier Interviews, die mit Eltern AD(H)S-betroffener Kinder geführt wurden, thematisch zusammengefasst vorgestellt. Diese dienen vor allem dazu, den Fragebogen um Aspekte zu ergänzen, die Eltern mit AD(H)S-Kindern besonders wichtig sind, in der wissenschaftlichen Literatur aber nur am Rande diskutiert werden. Damit sollte in der Befragung der Perspektive der betroffenen Eltern besonders Rechnung getragen werden.

#### 5.1.1 Weg zur Diagnose

Vom Auftreten der ersten Auffälligkeiten des Kindes bis zur Diagnosestellung vergingen bei allen Kindern mehrere Jahre. Während dieser Zeit wurden diverse Maßnahmen und Behandlungen durchgeführt, von denen sich die Eltern eine Besserung der Symptomatik versprachen, ohne dass diese jedoch eintrat. Hierzu zählen neben verschiedenen Diäten Ergotherapie, Psychotherapien und Erziehungstrainings. In zwei Fällen führten die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zur stationären Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo die Kinder wegen Verhaltensauffälligkeiten behandelt wurden, ohne dass es zur Diagnostik der AD(H)S kam. Teilweise verschlimmerte sich die Symptomatik während der stationären Behandlung. Die Reizbarkeit und Nervosität führte bei einem Kind zur zweimaligen Wiederholung einer Klasse. Mehrere Kinder der befragten Eltern wurden phasenweise vom Unterricht freigestellt, da sie als nicht beschulbar galten. Von Schulwechseln des Kindes aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten berichteten drei der befragten Eltern.

Neben den Selbstvorwürfen wegen der Verhaltensauffälligkeiten des eigenen Kindes sahen sich die Eltern außerdem diversen Anschuldigungen von Erzieherinnen, Lehrpersonen und anderen Personen aus dem sozialen Umfeld ausgesetzt. Den Eltern wurde mangelnde Erziehungskompetenz vorgeworfen, was als ursächlich für die Problemlage angesehen wurde. Dies trifft in besonderem Maße auf die Familie zu, deren Kind zum Befragungszeitpunkt bereits volljährig war und dessen Kindheit in eine Zeit fiel, zu der die Erkrankung AD(H)S noch weniger bekannt war.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass alle Familien einen langen Leidensweg hinter sich hatten, bis die Diagnose AD(H)S gestellt wurde. Dementsprechend berichteten alle befragten Eltern, dass die Diagnosestellung eine Erleichterung darstellte.

### 5.1.2 Therapieverlauf

Nachdem die Diagnose gestellt wurde, wurden drei Kinder der interviewten Eltern sogleich medikamentös behandelt. Die Eltern berichteten, dass sich die Symptomatik daraufhin verbesserte, was in Hinblick auf den Schulbesuch von großer Bedeutung war. Ein Elternteil berichtete, dass die medikamentöse Behandlung den Zustand des Kindes nur geringfügig verbesserte, dass ohne diese Behandlung ein Schulbesuch jedoch gänzlich unmöglich sei.

Alle Kinder waren neben der medikamentösen Behandlung auch in psychotherapeutischer Behandlung, wobei hier von verschiedenen Therapieformen wie Gruppentherapie oder Verhaltenstherapie berichtet wurde. Einige der befragten Eltern konnten nicht angeben, welche Therapieform ihr Kind erhielt.

Eine Familie hatte nach Stellung der Diagnose zuerst versucht, ohne medikamentöse Behandlung auszukommen. In dieser Zeit erhielt das Kind Ergotherapie. Aufgrund einer Eskalation in der Schule wurde jedoch sechs Monate später die medikamentöse Behandlung parallel zur Ergotherapie begonnen.

Im Therapieverlauf wurden zwei Familien von AD(H)S-Spezialisten betreut, die regelmäßige Kontrollen durchführten. Bei den anderen beiden Familien war das nicht der Fall. Über kontrollierte Einnahmepausen berichtete keins der befragten Elternteile.

Das Elternteil des volljährigen Kindes gab an, dass das Kind die Behandlung seiner Erkrankung mittlerweile weitgehend in die eigenen Hände genommen habe und vor kurzem die AD(H)S-Medikamente abgesetzt habe.

### 5.1.3 Informationsquellen

Alle Eltern berichteten, dass sie vor Stellung der Diagnose nichts oder nur wenig über die Erkrankung AD(H)S wussten. Trotzdem waren es zum Teil die Eltern, die, durch Fernsehberichte u. ä. aufmerksam geworden, den Anstoß zur Klärung der Diagnose AD(H)S gaben.

Insgesamt wurde die Informationslage zum Thema AD(H)S von den Eltern als unzureichend beurteilt. Nur wenige Ärzte seien in der Lage, über die Krankheit zu informieren. Das meiste Wissen über die Erkrankung hatten sich die befragten Eltern über Selbsthilfegruppen, das Internet oder Fachbücher angeeignet. Ein Elternteil gab an, dass die Broschüre des Pharmakonzerns, der das Medikament seines Kindes herstellt, am meisten Informationen zum Thema enthalten habe. Beim Zugang zu Informationen fällt auf, dass die Informationen nicht an betroffene Eltern herangetragen werden, sondern sie sich selbst intensiv um den Zugang bemühten. Weiterhin wird von mehreren Eltern der Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Familien im Rahmen von Selbsthilfegruppen als sehr hilfreich hervorgehoben. Ein Teil der befragten Eltern bringt sich aktiv in die Arbeit von Selbsthilfegruppen ein, indem beispielsweise Vorträge zum Thema an Schulen organisiert werden.



#### **5.1.4 Kooperation mit Schule oder Kindergarten**

Insgesamt wird der Wissensstand der Lehrerinnen und Erzieherinnen von den befragten Eltern als sehr schlecht eingeschätzt. Da alle Kinder der befragten Eltern bereits die Schule besuchten, beziehen sich die Aussagen der Eltern kaum auf die Kooperation mit Erziehern, sondern in der Hauptsache auf die Situation in der Schule.

Erfolg oder Misserfolg des Schulbesuchs hängen nach Aussage der Eltern stark von der Bereitschaft der Lehrerin ab, sich mit der Problematik AD(H)S auseinanderzusetzen. So berichten die Eltern von sehr positiven Erfahrungen mit Lehrerinnen, die sich auf das betroffene Kind einstellen, ebenso von Lehrern die jegliche Zusammenarbeit verweigern, indem sie beispielsweise ablehnen, einen Fragebogen zur Symptomlage des Kindes auszufüllen. In einem Fall wurden durch die Eltern der Schule gegenüber rechtliche Schritte angedroht, um die weitere Beschulung des Kindes und ein Mindestmaß an Kooperation durchzusetzen.

In der Regel beschränkte sich der Austausch zwischen Lehrern und Eltern auf die Feststellung, dass sich das Kind mit der Einnahme der Medikamente in der Klasse angemessener verhält.

#### **5.1.5 Ursachenzuschreibung**

Auf die Frage, worin sie die Krankheitsursache für AD(H)S sehen, waren alle befragten Eltern der Ansicht, dass es sich um eine Erbkrankheit handle. Ein Elternteil gab an, dass die Ursache nach wie vor ungeklärt sei und von einer vererbten Stoffwechselstörung als Auslöser auszugehen sei.

Die Feststellung, dass es sich um eine vererbte Erkrankung handelt, wurde bei allen befragten Elternteilen dadurch bekräftigt, dass es noch weitere betroffene Familienmitglieder gab. Hiervon waren Geschwisterkinder und/oder Elternteile selbst betroffen.

#### **5.1.6 Zukunftswünsche**

Auf die Frage, welche Wünsche sie in Hinblick auf die AD(H)S-Erkrankung an die Zukunft haben, wurden von den befragten Eltern verschiedene Aspekte geäußert. Neben einer größeren Toleranz der Gesellschaft wünschten sich alle Eltern eine bessere Aufklärung von Lehrern. Darüber hinaus wurden eine bessere Erreichbarkeit von Spezialisten sowie bessere Elterninformationen durch die behandelnde Ärztin gewünscht.

Zwei der befragten Elternteile wünschten sich weiterhin eine Abklärung der eigenen Diagnose AD(H)S, da sie den Verdacht hatten, selbst daran zu leiden. Der Umstand, dass AD(H)S auch bei Erwachsenen vorkommt, war ihnen erst durch die intensive Beschäftigung mit der Thematik wegen des erkrankten eigenen Kindes bekannt geworden.

## 5.2 Teilstudie I B: Elternbefragung – Quantitative Befragung

### 5.2.1 Rücklauf

Insgesamt haben 2.298 Eltern geantwortet, was einer Brutto-Rücksende-Quote von 45,0 % entspricht und in diesem Kontext ein zufrieden stellendes Ergebnis darstellt.

30-mal wurde der Fragebogen jedoch entweder leer zurückgeschickt oder die Eltern teilten telefonisch mit, dass sie ihn nicht ausfüllen würden. In etwa der Hälfte dieser Fälle schrieben die Eltern, ihr Kind habe kein AD(H)S (obwohl als Auswahlkriterium für alle Angeschriebenen eine AD(H)S-typische Stimulanzien-Verschreibung vorliegen musste).<sup>26</sup> Die Netto-Rücksende-Quote beträgt somit 44,4 % (n = 2.266).

Überraschend gaben bei der Frage nach der Anzahl der Kinder in der Familie insgesamt 60 Befragte an, weder ein Kind mit AD(H)S, noch eines mit Verdacht auf AD(H)S zu haben. Da diese Eltern trotzdem den Fragebogen mit sehr spezifischen Fragestellungen (z. B. Alter bei AD(H)S-Diagnose) ausgefüllt hatten, wurden die Fragebögen einzeln auf Plausibilität dieser Angabe überprüft. Es kann vermutet werden, dass die Ursache für diese Inkonsistenz in der sprachlichen Formulierung liegt. In einem Teil der Fälle deuteten die beschriebenen Probleme eher auf eine ADS-Erkrankung hin, und einige Eltern brachten in Begleitkommentaren zum Ausdruck, dass ihr Kind zwar unter ADS (also einer Ausprägung ohne Hyperaktivität), nicht aber unter ADHS leide. Alle 60 Fälle wurden in die Auswertung einbezogen, da die Kinder anscheinend jeweils auf AD(H)S hin behandelt wurden und sich die Angaben auf diese Behandlung beziehen.

### 5.2.2 Stichprobenbeschreibung

Zu Beginn und am Ende des Fragebogens wurden einige allgemeine Angaben zur Person und Familie der Befragten erhoben. Diese Daten dienen zum einen zur Beschreibung der Stichprobe. Außerdem erlauben sie über die Kontrolle des Non-Response-Bias<sup>27</sup> Aussagen über die Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe.

---

<sup>26</sup> Ausgeschlossen aus der Auswertung wurden zusätzlich zwei „Geschwisterbögen“, bei denen die Eltern den Fragebogen für jedes Kind separat ausgefüllt hatten. Damit die Angaben dieser Eltern jedoch nicht doppelt in die statistischen Auswertungen eingehen, wurden hier jeweils nur die Angaben, die sich auf das ältere Kind bezogen, für die Auswertung berücksichtigt.

<sup>27</sup> Wie Armstrong und Overton zeigen konnten, gilt es als ein Indiz für geringe Non-Responder-Effekte, wenn sich die Antworten der spät Antwortenden wenig von den früh Antwortenden unterscheiden, da die spät Antwortenden wiederum häufig den nicht Antwortenden (non-responder) sehr ähnlich sind (Armstrong & Overton, 1977).

Zunächst wurde ermittelt, wer den Fragebogen ausgefüllt hat (Mutter, Vater oder sonstige Bezugsperson) und das Alter dieser Person wurde erfragt. Um regionale Unterschiede in den Behandlungen des Kindes und Erfahrungen der Eltern zu ermitteln, wurde nach dem Bundesland sowie der Größe des Wohnortes (Großstadt, Mittelstadt, Kleinstadt, ländliche Gebiete) gefragt. Aus den Analysen der GEK-Arzneimitteldaten (siehe Kapitel 5.4 sowie Fegert et al., 2002) ist bekannt, dass deutliche regionale Unterschiede in der Verschreibungshäufigkeit von Psychostimulanzien bestehen.

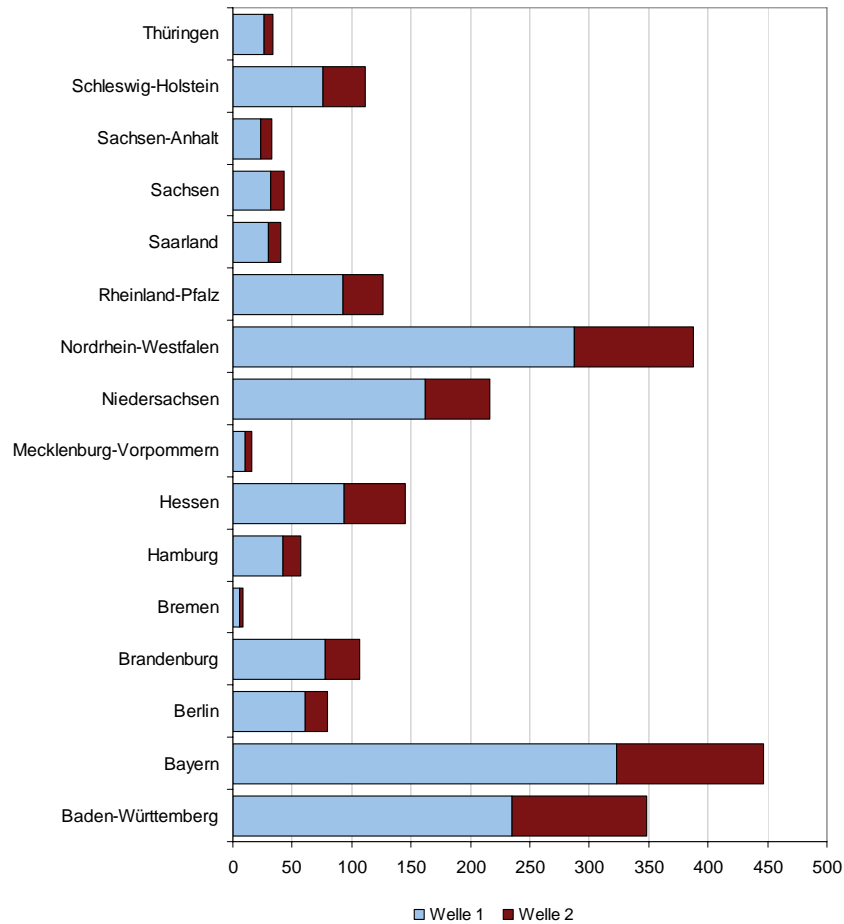


Abb. 4: Anzahl Antwortende nach Bundesländern

Zum Großteil füllten die Mütter der betroffenen Kinder den Fragebogen aus (85,1 % der Antwortenden, Väter: 5,9 %, Mutter und Vater gemeinsam: 6,7 %, sonstige Personen: 2,3 %). Bei den sonstigen Personen handelte es sich um Pflege- oder Adoptiveltern, Großeltern oder Erzieher in Wohneinrichtungen. In zwei Fällen hatten betroffene Jugendliche den Fragebogen gemeinsam mit ihren Eltern ausgefüllt. Das Durchschnittsalter aller antwortenden Bezugspersonen lag bei knapp 41 Jahren und reichte von 23 bis 70 Jahren.

Die meisten Antwortenden stammen aus den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (vgl. Abb. 4). In diesen Bundesländern ergab auch die GEK-Arzneimittelanalyse erhöhte Behandlungsprävalenzen. In einzelnen bayrischen und baden-württembergischen Postleitzahlengebieten lagen deutlich überdurchschnittliche Behandlungsprävalenzen vor (4-5 %, statt durchschnittlich 1,8 %; siehe Kapitel 5.4). Der Anteil Antwortender in der ersten und zweiten Erhebungswelle (August und nach Erinnerungsschreiben im Oktober) unterschied sich nicht signifikant zwischen den Bundesländern (vgl. Abb. 4). Dies deutet darauf hin, dass diesbezüglich keine bedeutsamen Non-Responder-Effekte zu verzeichnen sind.

Von den Antwortenden lebte mit knapp 40 % ein deutlich größerer Teil in einer Stadt mit weniger als 5.000 Einwohnern als es der Verteilung in der Gesamtbevölkerung entspricht (Anteil in der Gesamtbevölkerung 16,1 %<sup>28</sup>). Auch hier unterschied sich die Verteilung nicht bedeutsam zwischen den Antwortenden. Es wurden nur Familien angeschrieben, in denen mindestens ein Kind zwischen 6 und 18 Jahren im Jahre 2006 eine Stimulanzienverordnung erhielt mit der Bitte, den Fragebogen für das älteste betroffene Kind auszufüllen (falls mehrere Kinder in der Familie eine Verordnung erhielten).

Die Eltern wurden gebeten, alle Fragen zum Diagnose- und Behandlungsprozess für ihr ältestes wegen AD(H)S medikamentös behandeltes Kind zu beantworten, falls sie mehrere betroffene Kinder haben. Dieses Vorgehen ist in den folgenden Überlegungen begründet: Da Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung erhoben werden sollten, konnten sich die Fragen nur auf medikamentös behandelte Kinder beziehen. Zudem sollte die Befragung Erfahrungen und Bedürfnisse im Übergang ins Erwachsenenalter ermitteln – diese sind am besten mit Bezug auf das älteste Kind zu erheben, bei dem außerdem durch den längeren Verlauf die meisten Behandlungserfahrungen vorliegen.

Das Alter dieser betroffenen Kinder lag durchschnittlich bei knapp 13 Jahren. Die jüngsten Kinder waren 6 Jahre alt, das älteste 27. Das Kind, auf das sich die Befragung bezog, war in 83 % der Fälle ein Junge. In allen Altersgruppen befanden sich deutlich mehr Jungen als Mädchen (vgl. Abb. 5). Die Altersverteilung unterschied sich dabei nicht bedeutsam zwischen Jungen und Mädchen.

---

<sup>28</sup> Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2007, S. 40

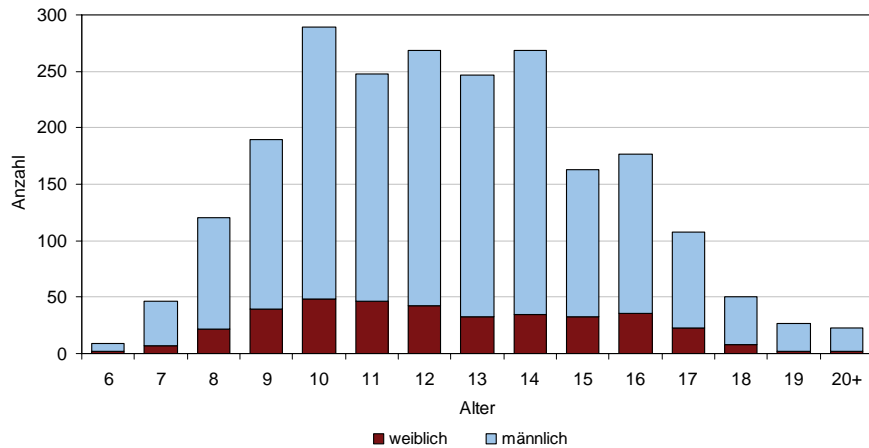


Abb. 5: Altersverteilung der betroffenen Kinder

Durchschnittlich hatten die befragten Familien zwei Kinder. Mehr als ein betroffenes Kind fand sich in 18,6 % der befragten Familien, maximal waren es vier Kinder mit AD(H)S oder Verdacht auf AD(H)S (bei 0,3 % der Befragten).

Überwiegend verfügten die antwortenden Eltern über einen Haupt- (31,3 %) oder Realschulabschluss (41,0 %), 20,7 % hatten Abitur. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung waren damit Personen mit Realschulabschluss überrepräsentiert.<sup>29</sup> Bezogen auf das Einkommen zeigte sich, dass die Mehrheit über ein Haushaltsnettoeinkommen zwischen 2.000 und 4.000 Euro verfügte.<sup>30</sup> Die Mehrzahl der Mütter war teilzeit- oder stundenweise beschäftigt (53,2 %) oder nicht berufstätig (23,9 %), während die Väter in mehr als 90 % (91,8 %) der Familien einer Vollzeittätigkeit nachgingen.

Die meisten Kinder waren zum Zeitpunkt der Befragung Schulkinder, einige hatten die Schule bereits beendet, und bei nur sehr wenigen handelte es sich – auch begründet durch das Mindestalter von 6 Jahren – um Vorschulkinder. Die Kinder lebten zu fast 70 % bei beiden Eltern, seltener bei Mutter und neuem Partner oder nur bei der Mutter. Eine geringe Zahl lebte beim Vater, bei Pflege- oder Adoptiveltern, den Großeltern oder sonstigen Personen.

<sup>29</sup> In der deutschen Gesamtbevölkerung verfügten im Jahr 2006 41,2 Prozent über einen Hauptschulabschluss, 29,7 % über einen Realschulabschluss und 22,9 % über Fach-/Hochschulreife (Statistisches Bundesamt, 2006).

<sup>30</sup> Zum Vergleich: Auch in der Gesamtbevölkerung verfügte der Großteil im Jahr 2006 über ein Einkommen in diesem Bereich. 2005 verfügten 15 % der Familien mit Kindern unter 18 Jahren über ein monatliches Nettoeinkommen von weniger als 1.300 Euro, 45,2 % zwischen 1.300 und 2.600 Euro, 31,2 % zwischen 2.600 und 4.500 Euro und 8,6 % 4.500 Euro und mehr (Statistisches Bundesamt, 2006, S. 47).

### 5.2.3 Auftreten der AD(H)S-Problematik, Komorbiditäten und sonstige Erkrankungen

Die Eltern wurden zunächst dazu befragt, in welchem Alter bei ihren Kindern erste Verhaltensauffälligkeiten auftraten, wie stark die unterschiedlichen Symptomatiken – retrospektiv betrachtet – ausgeprägt waren und in welchem Maße sie verschiedene Lebensbereiche betrafen. Außerdem wurde der Leidensdruck vor einer Behandlung wegen AD(H)S, die Ausprägung komorbider Symptome sowie weiterer nicht direkt AD(H)S-assoziierter Erkrankungen erfragt.

#### ***Auftreten der AD(H)S-Problematik***

Die Auswertungen zeigten, dass das *Alter bei ersten Verhaltensauffälligkeiten* durchschnittlich bei knapp 5 Jahren lag, mit einer Altersspanne von 0 bis 18 Jahren. Insgesamt 17,7 % der Befragten hatten Auffälligkeiten schon vor dem Alter von 3 Jahren beobachtet, 4 % bereits vor dem ersten Geburtstag. Bei der Mehrheit (55,6 %) wurden Auffälligkeiten in einem Alter von 3 bis 6 Jahren deutlich. Im Durchschnitt fielen Mädchen mit einem Alter von 5,3 Jahren signifikant später auf als Jungen mit 4,8 Jahren. Dies könnte vor allem in der bei Mädchen häufigeren Symptomausprägung ohne Hyperaktivität begründet liegen (vgl. dazu Abschnitt 5.2.4 der Ergebnisse), die insgesamt in den ersten Lebensjahren weniger auffällig ist.

Zwischen Stadt- und Landbevölkerung und auch zwischen den Bundesländern unterschied sich das Alter bei ersten Auffälligkeiten dagegen nicht bedeutsam.

Die Ausprägung der Symptomatik in den drei Kategorien Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität wurde jeweils vierstufig erfasst („gar nicht“, „kaum“, „deutlich“, „massiv“). Die drei Kategorien wurden jeweils nur allgemein abgefragt, da eine differenzierte Erfassung einzelner Symptome retrospektiv schwierig erschien.<sup>31</sup> Die Eltern wurden darauf hingewiesen, dass die Ausprägung der Symptome jeweils im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern zu bewerten war.

Nach Angaben der befragten Eltern waren 94,9 % der Kinder vor der Behandlung deutlich oder massiv von Aufmerksamkeitsproblemen betroffen. Probleme im Bereich Hyperaktivität waren bei 70,2 % mindestens deutlich, Impulsivitätsprobleme bei 79,5 %. Dabei zeigten Jungen signifikant häufiger deutliche oder massive Symptome im Bereich Hyperaktivität (73,7 % vs. 60,8 % der Mädchen) sowie Impulsivität (82,0 % vs. 75,5 %). Kein Geschlechtsunterschied bestand im Bereich der Aufmerksamkeitsprobleme (95,5 und 95,8 %; Abb. 6).

---

<sup>31</sup> Die drei Kategorien wurden jeweils durch konkrete Symptome veranschaulicht, wobei die beispielhafte Nennung sich in an den Diagnosekriterien des ICD-10 sowie an der Häufigkeit der Nennung dieser Symptome in Elterninterviews (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1998) orientierte.

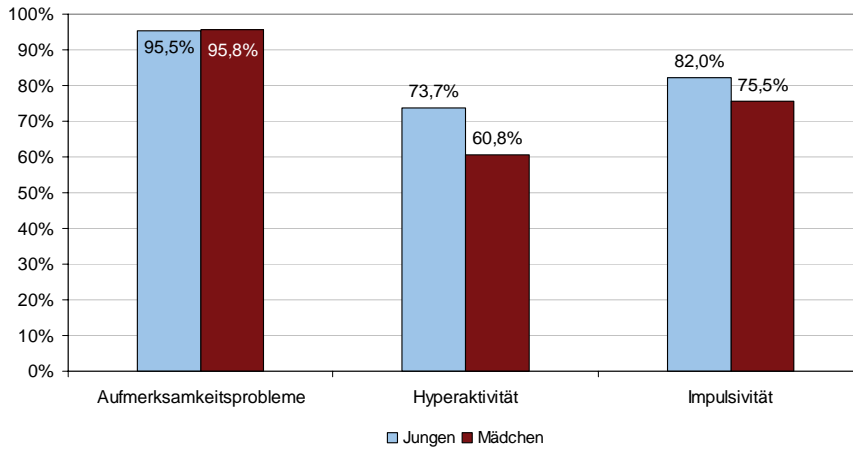


Abb. 6: Häufigkeit der Kernsymptomatik nach Geschlecht

Bei 61,5 % der Kinder zeigten sich in allen drei Bereichen deutlich oder massiv ausgeprägte Probleme. Ein Prozent der Kinder hatte nach Angabe der Eltern in keinem dieser drei Bereiche deutliche oder massive Probleme gehabt (Abb. 7).

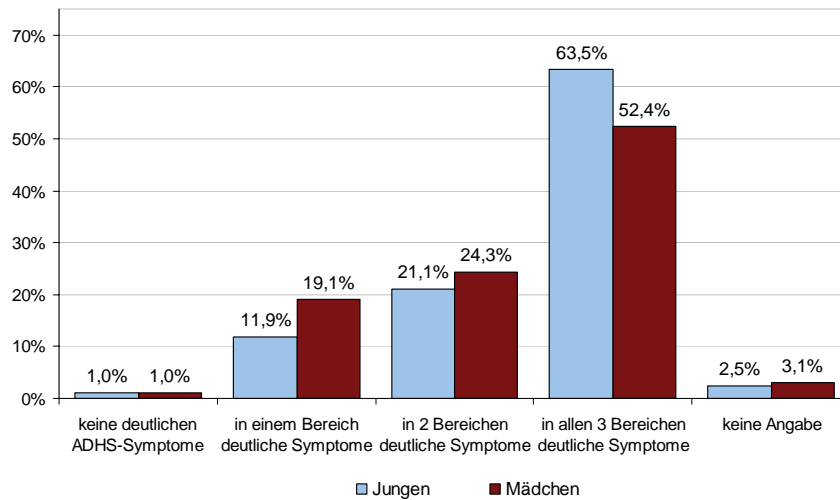


Abb. 7: Anzahl der von AD(H)S-Symptomen betroffenen Lebensbereiche

Inwiefern die AD(H)S-Symptomatik die Kinder in verschiedenen Lebensbereichen belastete, zeigte die Auswertung einer Frage nach der Situation vor einer Behandlung zuhause, mit Freunden, in der Schule/im Kindergarten sowie in der Freizeit (Abb. 8).

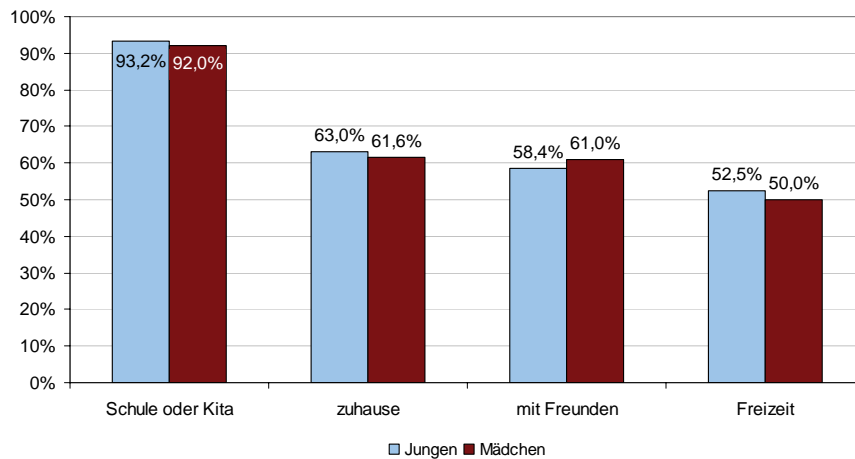


Abb. 8: Anteil der Kinder mit deutlichen oder massiven Problemen in verschiedenen Lebensbereichen

Fast alle Eltern (knapp 93 %) konstatierten hier deutliche Probleme in Schule bzw. KiTa.

*„Der Leistungsdruck in der Schule war bei uns das größte Problem und beeinträchtigte die Stimmung in der Familie.“*

*„Das schlimmste an unserem ADS-Problem waren die Schule und die Lehrer. Sie waren vollkommen überfordert und setzten unseren Sohn häufig unter Druck. Wir passten einfach nicht in ihr Konzept.“*

Der Freizeitbereich war mit 52 % aus Sicht der Eltern am geringsten von der Problematik betroffen (vgl. Abb. 8).

Angesichts der relativ deutlichen Ausprägung der Symptome zeigte sich bei der Auswertung von Fragen zum Leidensdruck der Kinder und ihrer Familien vor der Behandlung ein interessantes Ergebnis (vgl. Abb. 9): 29,3 % der Eltern beurteilten den Leidensdruck ihrer Kinder vor der Behandlung als gar nicht vorhanden oder kaum ausgeprägt. Den Leidensdruck der Familien schätzten sie dagegen höher ein, hier berichten 81,6 % der befragten Eltern von einer deutlichen oder schweren Belastung.



„Zeitweise drehte sich in unserem Haushalt alles nur noch um dieses Kind und ich hatte immer das Gefühl, die anderen Kinder werden vernachlässigt.“

„Nicht nur die Eltern sind massivem Druck ausgesetzt, sondern auch die Geschwisterkinder ohne ADS. Unsere Kinder haben beide auf ihre Art gelitten. Das ADS-Kind, weil der kleine Bruder alles besser geschafft hat. Der kleine Bruder, weil er immer alles ausbügeln wollte, um Frieden zu haben. Manchmal wäre eine „Betreuung“ der ganzen Familie wichtig!“

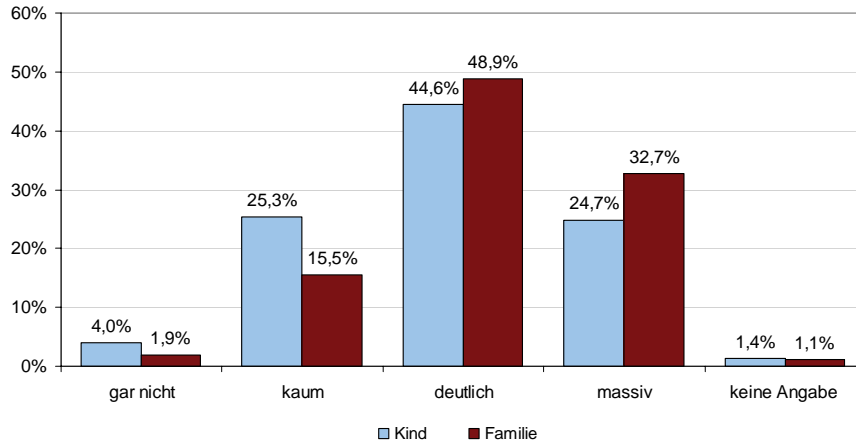


Abb. 9: Leidensdruck des Kindes und Belastung der Familie durch die AD(H)S-Problematik vor einer Behandlung

### **Komorbide Störungen**

Da – wie oben dargestellt – von AD(H)S betroffene Kinder oft unter komorbiden Störungen leiden, erhob eine weitere Frage, inwiefern vor einer AD(H)S-spezifischen Behandlung Probleme in diesen Bereichen bestanden. Gefragt wurde nach Aggressivität, emotionalen Problemen, Ängstlichkeit, Motorik/Koordination, Sprach- oder Sprechstörungen, dissozialem Verhalten, Lernproblemen/schulischen Leistungsdefiziten sowie Drogen- oder Alkoholmissbrauch (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.1.3).

Das Vorliegen von Problemen in den aufgeführten Bereichen sollten die Befragten ebenfalls auf einer vierstufigen Skala bewerten. Bei der Frage nach Drogen- oder Alkoholmissbrauch war außerdem die Antwortoption „altersbedingt nicht zutreffend“ vorgesehen, in Bezug auf schulische Schwierigkeiten konnten die Eltern alternativ „kein Schulkind“ ankreuzen.

Die häufigsten komorbiden Probleme lagen in den Bereichen Lernschwierigkeiten/schulische Leistungsdefizite (über 85 %), emotionale Probleme (66,7 %) und Aggressivität (63,1 %). Aber auch motorische Defizite waren mit über 50 % relativ häufig. Die Frage zum Substanzmissbrauch wurde von über der Hälfte der Eltern (51,5 %) als altersbedingt nicht zutreffend und von weiteren 17,7 % gar nicht beantwortet. Von denjenigen, auf die die Frage zutraf, gaben 6 % deutliche oder massive Probleme mit Drogen- oder Alkoholmissbrauch an.

Abbildung 10 zeigt jeweils den Prozentanteil deutlich oder massiv betroffener Kinder bezogen auf die Gesamtheit der Eltern, die die Frage jeweils beantwortet hat („nicht relevant“ und fehlende Angaben ausgeschlossen).

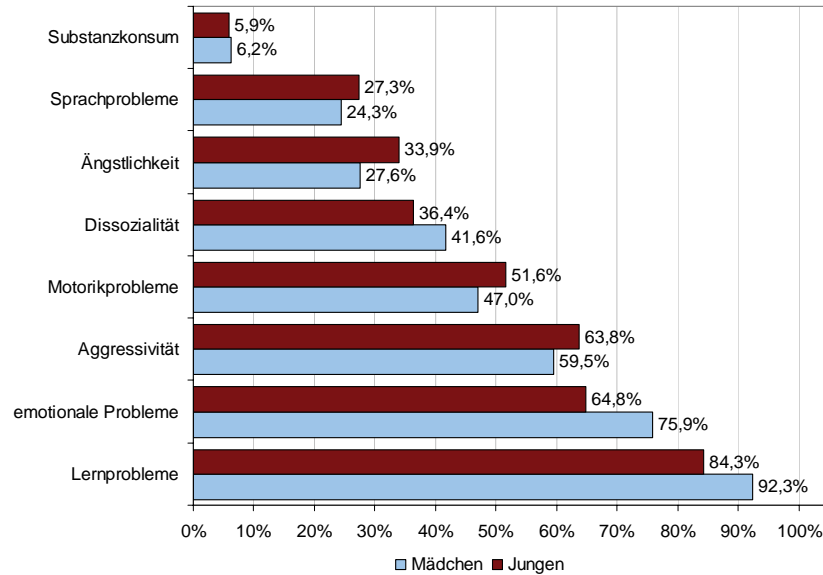


Abb. 10: Anteil deutlich von typischen komorbiden Problemen betroffene Kinder

In fünf Problembereichen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen:

Jungen zeigten eine durchschnittlich höhere Ausprägung motorischer Defizite sowie dissozialen Verhaltens.

*„Da er sehr hyperaktiv und impulsiv ist, mussten wir in den Schulferien häufig ins Krankenhaus, um Platzwunden nähen zu lassen [...] z. B. Treppe hoch gefallen, da man sie hoch rennen wollte; vom Baumhaus gefallen, von der Eckbank gefallen; beim Rad fahren gestürzt...“*

Bei Mädchen waren emotionale Probleme und Ängstlichkeit sowie schulische Leistungsprobleme im Mittel stärker ausgeprägt.

*„Ja, sie verhält sich anders. Sie spricht kaum, ist gehemmt und oft gedanklich abwesend[...] M. war immer leise und störte nie, man konnte sie prima übersehen und ignorieren.“*

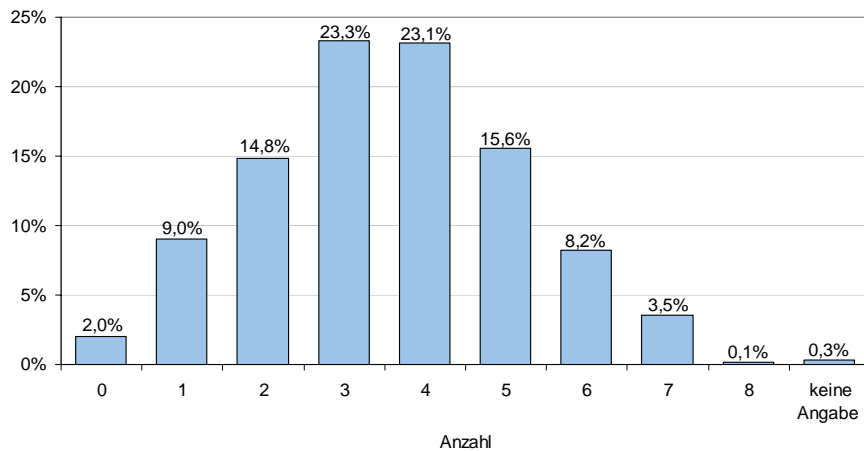


Abb. 11: Anzahl komorbider Probleme neben AD(H)S

Insgesamt war bei 97,7 % der Kinder zusätzlich zur AD(H)S-Symptomatik mindestens ein weiteres häufig mit AD(H)S assoziiertes Problem deutlich oder massiv ausgeprägt (vgl. Abb. 11). Mehr als die Hälfte der Kinder (50,7 %) hatte mehr als drei dieser Probleme in deutlicher bis massiver Ausprägung. Die Anzahl unterschied sich dabei nicht bedeutsam zwischen Jungen und Mädchen. Nur ca. 2 % hatten keinerlei Komorbiditäten in deutlicher Ausprägung. Die hier nach Elternaussagen ermittelte Häufigkeit von Komorbiditäten liegt damit deutlich über dem in der Fachliteratur berichteten Ausmaß.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Die hier nach Elternaussagen ermittelte Häufigkeit von Komorbiditäten liegt damit über dem in der Fachliteratur berichteten Ausmaß (vgl. die in Abschnitt 2.1.3 angegebenen Schätzungen von etwa zwei Drittel der von Komorbiditäten betroffenen Kinder und die entsprechenden Ergebnisse der MTA-Studie, in der ebenfalls knapp 32 % keine Komorbiditäten aufwiesen). Allerdings ist in diesen Studien nicht explizit ausgewiesen, ob Lernprobleme als Komorbiditäten mitgezählt werden. Daher sind die Werte nicht direkt vergleichbar.

### **Sonstige Erkrankungen**

Eine weitere Frage erhebt weitere Erkrankungen und gesundheitliche Probleme, die bei der (Differential-)Diagnostik von AD(H)S berücksichtigt werden sollten. Insbesondere dann, wenn wegen dieser Probleme Medikamente eingenommen werden, ist die Indikation zu einer medikamentösen AD(H)S-Behandlung sorgfältig zu überprüfen. Es ist außerdem abzuklären, inwiefern Verhaltensauffälligkeiten möglicherweise auf andere somatische Erkrankungen oder auf die Wirkung eingenommener Medikamente zurückgehen könnten. Das trifft z. B. zu auf Antiasthmatika\*, Phenobarbital\*, Antihistaminika\*, Steroide\* (Cortisonpräparate) und Sympathomimetika\*. Vorsichtig umzugehen mit einer Medikation ist bei Vorliegen einer Tic-Störung oder Epilepsie (relative Kontraindikation). Obwohl berichtet wird, dass manchmal eine Tic-Störung durch Methylphenidat-Behandlung abklingt, besteht die Gefahr der Verschlimmerung oder des Neuauftretens einer Tic-Störung unter Methylphenidat-Gabe – in einigen Fällen kann sogar eine irreversible Tic-Störung auftreten. Bei Epilepsien sollte zunächst die Anfallsmedikation eingestellt werden. Methylphenidat – sofern dann noch nötig – soll nur bei Anfallsfreiheit verordnet werden. Es sind in jedem Fall regelmäßig EEGs durchzuführen. Als absolut kontraindiziert gilt eine Stimulanzien-Behandlung bei Vorliegen einer manifesten Psychose im Jugendalter. Bei Vorliegen einer Intelligenzminderung treten häufig ebenfalls hyperkinetische Symptome auf. Eine AD(H)S-Diagnose ist dabei nur unter bestimmten Bedingungen zu stellen, nämlich wenn die hyperkinetische Symptomatik im Vergleich zu Gleichaltrigen mit ähnlichem Intelligenzquotienten deutlich überdurchschnittlich ausgeprägt ist. Bei Autismus oder anderen tief greifenden Entwicklungsstörungen sind diese zu diagnostizieren und keine hyperkinetische Störung (vgl. Lehmkuhl et al., 2006). Insgesamt sollte die Gabe von Medikamenten bei Vorliegen solcher relativen Kontraindikationen zurückhaltend gehandhabt werden, schwerpunktmäßig sollten verhaltenstherapeutische Interventionen erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007).

Die Datenauswertungen zeigen hierzu die folgenden Ergebnisse (vgl. Abb. 12): Über 43 % der Eltern gaben an, dass ihr Kind über die AD(H)S-Symptomatik und die bereits beschriebenen komorbiden Probleme hinaus an weiteren Erkrankungen leide. Häufig wurden vor allem Allergien oder Unverträglichkeiten (17,9 %), Tics (6,0 %), Asthma (5,4 %) und Neurodermitis/Schuppenflechte (4,7 %) genannt.

Die Häufigkeit der Tics liegt damit deutlich unter den von der Bundesärztekammer und Barkley genannten Zahlen (vgl. Abschnitt 2.1.3). Auch Epilepsien, Psychosen und tief greifende Entwicklungsstörungen waren relativ selten.

Insgesamt zeigte sich allerdings eine massive Betroffenheit der AD(H)S-Patientinnen durch typische Komorbiditäten und weitere Erkrankungen.

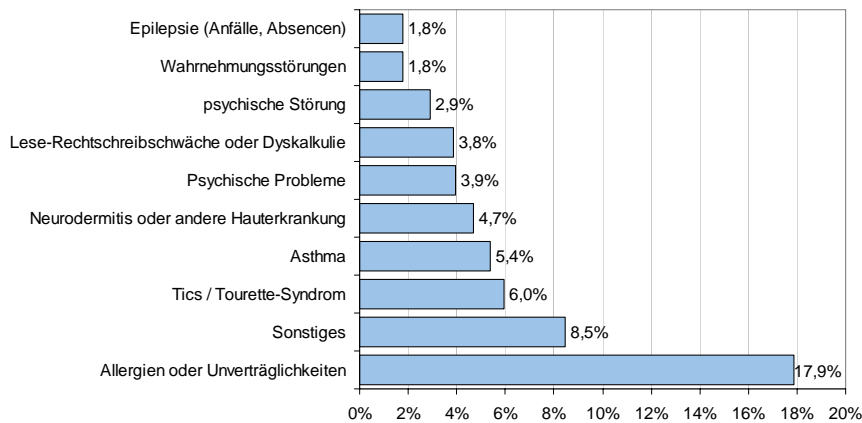


Abb. 12: Häufige Erkrankungen neben AD(H)S<sup>33</sup>

#### 5.2.4 Diagnoseprozess

Dieser Abschnitt bezieht sich auf den Zeitraum vom Auftreten erster Verhaltensauffälligkeiten bis zur „offiziellen“ Diagnose einer AD(H)S. Von besonderem Interesse war hierbei, wer zuerst AD(H)S-typische Auffälligkeiten registrierte, welche Professionellen in den Prozess involviert wurden und welche Untersuchungen sie durchführten, um über notwendige Behandlungen zu entscheiden. Darüber hinaus sollte ermittelt werden, inwieweit die Leitlinien zur Stellung einer AD(H)S-Diagnose eingehalten wurden.

##### ***Erste Auffälligkeiten und Behandlungskontakte***

Zunächst sollte geklärt werden, welche Person zuerst den Verdacht auf AD(H)S äußerte, wie lange es dauerte, bis die Eltern professionelle Hilfe in Anspruch nahmen, und an wen sie sich dabei zuerst wandten.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass den Verdacht auf eine AD(H)S-Störung am häufigsten die Eltern selbst hatten (36,9 %), gefolgt von Lehrerinnen (12,8 %) oder Erziehern/Kindergärtnern (11,3 %). Der Kinderarzt äußerte den Verdacht nur in gut 10 % der Fälle zuerst. Recht häufig (7,7 %) wurden sowohl Eltern als auch Lehrer, Erzieherin oder Kinderarzt angegeben.

<sup>33</sup> Prozent aller Befragten

Knapp die Hälfte der Eltern suchte innerhalb von sechs Monaten nach Auftreten der ersten Auffälligkeiten professionelle Beratung, bei ca. 35 % verstrich bis dahin über ein Jahr.

Die Frage, wen die Eltern zuerst aufsuchten, ist von besonderer Bedeutung, da gerade dieser Erstkontakt über die weitere Behandlung entscheiden kann. Die zuerst kontaktierten Berufsgruppen sollten gut darauf vorbereitet sein, die Problematik zu erkennen und von anderen Störungen zu unterscheiden bzw. bei einem Verdacht an qualifizierte Fachleute weiter zu überweisen. Zu vermuten war, dass sehr häufig die Kinderärztin diese erste Ansprechpartnerin (und unter Umständen auch im weiteren Verlauf die Behandlungskordinatorin) ist – nicht zuletzt aufgrund der breiten Verfügbarkeit. Nach Aussagen der Eltern suchte knapp die Hälfte (49,2 %) – wie erwartet – als ersten Ansprechpartner den Kinderarzt auf, nur 19 % wandten sich direkt an einen Kinder- und Jugendpsychiater. Weitere Ansprechpartner waren Hausärzte/Allgemeinmediziner (7,3 %), Beratungsstellen (6,8 %), sozialpädiatrische (4,0 %) oder schulpädagogische (3,6 %) Dienste. Andere Professionen (dazu gehören hier z. B. niedergelassene Psychologen, Heilpraktiker, Neurologen, andere Fachärzte, Ergotherapeuten und Heilpädagogen) spielten jeweils nur eine geringfügige Rolle.

Der Stadt-Land-Vergleich ergab, dass in ländlichen Gebieten vor allem Allgemeinmediziner häufiger die ersten Ansprechpartner waren als in städtischen Regionen und alle spezialisierten Ansprechpartnerinnen weniger häufig zuerst konsultiert wurden. Dies deutet auf eine geringer qualifizierte Erstbegutachtung von AD(H)S-Verdachtsfällen in ländlichen Regionen hin, die entscheidend für die weitere Versorgung sein könnte.

Nachdem der erste Ansprechpartner häufiger der Kinderarzt war, wurde die Diagnose AD(H)S häufiger durch Kinder- und Jugendpsychiaterinnen gestellt (43,6 %) und nur in 24,9 % der Fälle durch einen Kinderarzt. Hinzu kamen mit 11,3 % der Erstdiagnosen Fachkliniken. Eine geringere Rolle spielten niedergelassene (7,9 %) oder Schul-Psychologen (1,2 %). Vereinzelt stellten nach Angaben der Eltern auch Ergotherapeuten, Heilpädagogen sowie Lehrer oder die Eltern selbst die Erstdiagnose.<sup>34</sup>

Die Diagnose AD(H)S wurde im Durchschnitt im Alter von 7 Jahren gestellt (vgl. Abb. 13). Die Altersspanne reichte hier von einem Jahr bis zu 23 Jahren.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Hierbei handelt es sich natürlich nicht um eine Diagnosestellung im medizinischen Sinn. Trotzdem ist es interessant, dass die Eltern sie anscheinend als offizielle Diagnosestellung wahrnahmen.

<sup>35</sup> Zwar wurden in den Daten der GEK nur Familien ermittelt, die Kinder zwischen dem Alter von 6 bis 18 Jahren mit AD(H)S-typischen Verschreibungen hatten. Da jedoch nach dem ältesten betroffenen Kind gefragt wurde, füllten manche Familien den Fragebogen für ebenfalls betroffene ältere Geschwisterkinder aus.

Am häufigsten erfolgte die Diagnosestellung jedoch zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr, Diagnosen vor einem Alter von 3 Jahren sowie ab 14 Jahren waren recht selten. Die Mädchen waren – wie schon bei den ersten Auffälligkeiten – auch bei der Diagnosestellung älter (im Mittel 8,0 Jahre) als die Jungen (im Mittel 7,5 Jahre).

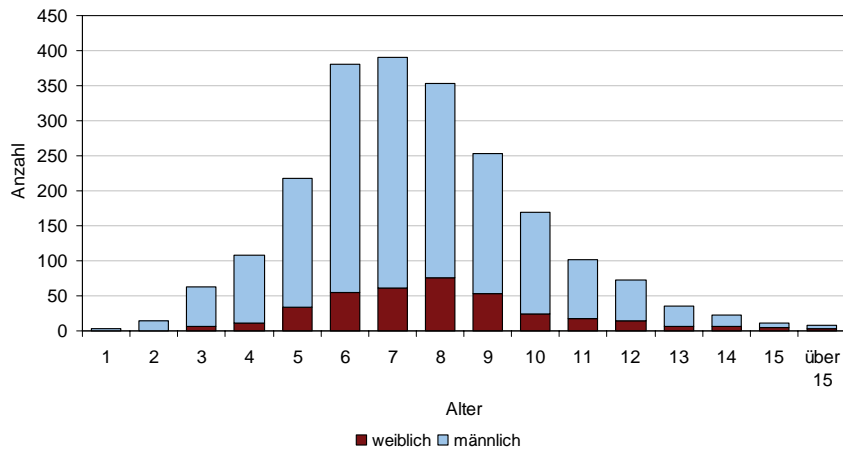


Abb. 13: Alter bei Erstdiagnose nach Geschlecht<sup>36</sup>

Damit betrug der Zeitraum vom Auftreten der ersten Verhaltensauffälligkeiten bis zur Diagnosestellung durchschnittlich 31,5 Monate bzw. 2,6 Jahre. In Einzelfällen nannten die Eltern eine Dauer von bis zu 15 Jahren. Die Äußerungen der Eltern am Ende des Fragebogens dokumentieren eindrücklich, dass viele diese Zeitspanne als sehr lang und belastend empfanden. Zudem folgten auf die lange Dauer bis zur Diagnosestellung meist weitere sehr zeitaufwändige Schritte im Behandlungsprozess.

*„Sehr oft dauert es Jahre bis die richtige Diagnose ADS gestellt ist. Es gibt zu wenig Fachärzte/Psychologen auf diesem Gebiet. Die Wartezeit für einen Therapieplatz beträgt ½-1 Jahr.“*

Die Dauer bis zur Erstdiagnose unterschied sich nicht zwischen Jungen und Mädchen. Auch regionale Unterschiede (nach Bundesland oder Größe des Wohnortes) waren nicht deutlich, tendenziell verlief der Prozess in kleineren Orten sogar etwas schneller. Allerdings waren zwischen den Bundesländern durchaus Unterschiede zu erkennen. Die Dauer bis zur Diagnose reichte von durchschnittlich 27 Monaten in Thüringen bis zu 45 Monaten in Bremen. Die

<sup>36</sup> n= 2.205 mit Angaben zu Geschlecht des Kindes und Alter bei Erstdiagnose

Anzahl der Befragten war in einigen Bundesländern allerdings sehr gering, so dass diese Unterschiede nicht verallgemeinert werden können.

Tab. 1: Häufigkeit anderer Diagnosen vor AD(H)S<sup>37</sup>

<b>Diagnose</b>	<b>Anteil ( %)</b>
Über- oder Unterforderung	1,0
Tief greifende Entwicklungsstörung	1,4
Allergie/n	2,3
Emotionale Störungen	2,6
Teilleistungsstörungen (ohne nähere Bezeichnung)	2,6
Dyskalkulie/Rechenschwäche	2,7
Hochbegabung	2,9
Verhaltensstörung/Störung des Sozialverhaltens	2,9
Familiäre Probleme	3,7
Erziehungsprobleme	5,1
Sprachstörung/-probleme	5,1
Konzentrationsprobleme	5,3
Temperament/Charaktereigenschaften	9,5
Motorische Defizite	9,8
Entwicklungsverzögerung/-störung	10,1
Lese-Rechtschreibschwäche (LRS)	10,1
Wahrnehmungsstörungen (Hören, Sehen, zentral oder peripher)	15,7
Sonstige Diagnose	32,6

Die Dauer bis zur Erstdiagnose hing auch davon ab, an wen sich die Eltern zuerst wandten. Es zeigte sich, dass bei stärker spezialisierten ersten Ansprechpartnern (z. B. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, Psychologinnen, Fachkliniken, sozialpädiatrischen Zentren oder Diensten (SPZ), Förder- einrichtungen, aber auch Neurologinnen) die Dauer bis zur Diagnose kürzer

<sup>37</sup> Prozentanteil bezogen auf Kinder mit mindestens einer andere Diagnose, n=623; Mehrfachangaben möglich



ausfiel als z. B. bei Kinderärzten und Allgemeinmedizinern oder aber Beratungsstellen und sonstigen Personen.

In einem Viertel der Fälle wurde vor AD(H)S zunächst eine andere Diagnose gestellt. Dabei handelte es sich häufig um die Diagnose einer Wahrnehmungs- oder Entwicklungsstörung oder einer Lese-Rechtschreibschwäche. Nicht selten (in fast 10 % als Erst- oder Zweit-„Diagnose“ genannt) wurden Probleme aber auch zurückgeführt auf Temperamenteigenschaften des Kindes und somit nicht als Störung aufgefasst.

### ***Ablauf des Diagnoseprozesses***

Die Analyse des Diagnoseprozesses diene primär zur Klärung der Fragen, wie häufig die leitlinienrelevanten Diagnoseverfahren bzw. -bestandteile umgesetzt wurden. Eine leitliniengerechte Diagnostik umfasst in jedem Fall eine internistische und neurologische körperliche Untersuchung. Weitere medizinische Untersuchungen sowie Hör- oder Sehtests sind bei vorliegender Indikation heranzuziehen. Weiterhin empfohlen werden eine Blutuntersuchung zur Abklärung möglicher körperlicher Ursachen der Symptomatik, z. B. einer Schilddrüsenfunktionsstörung sowie ein EEG zum Ausschluss zerebraler Erkrankungen. Zur Untersuchung der Schilddrüse werden ergänzend Ultraschalluntersuchung oder Szintigrafie\* durchgeführt (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007).

Eine (orientierende) Intelligenz- bzw. Entwicklungsdiagnostik ist grundsätzlich vorgesehen. Für die Gruppe der Vorschulkinder wird aufgrund häufig vorliegender Entwicklungsdefizite grundsätzlich eine differenzierte Entwicklungsdiagnostik empfohlen. Bei allen Schulkindern sollte die Intelligenz zumindest orientierend getestet werden. Bei Hinweisen auf schulische Leistungsdefizite (oder aber Unterforderung) wird eine ausführliche testpsychologische Diagnostik von Intelligenz- und schulischen Leistungen empfohlen.

Standardisierte Fragebögen zum Verhalten des Kindes bzw. zu Symptomen der Verhaltensauffälligkeit werden in den Leitlinien als häufig hilfreich bezeichnet, sind jedoch nur als Option vorgesehen. Solche Fragebogenverfahren (z. B. FBB-HKS, SDQ oder Conners-Skalen\*) liegen meist in verschiedenen parallelen Versionen für Eltern, Lehrerinnen und (ab einem Alter von ca. 11 J.) für die Kinder selbst vor (wobei Bewertungen einzelner Problembereiche durch diese Beteiligten häufig sehr unterschiedlich ausfallen; vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998). Bei Gabe von Medikamenten (also bei allen hier Befragten) sind weitere Untersuchungsergebnisse zu berücksichtigen. Eine relative Kontraindikation für Stimulanzien stellen neben Bluthochdruck, Anfallsleiden und Tics kardiale Arrhythmien\* dar. Körperliche Indikatoren wie Blutdruck, Puls, Größe und Gewicht sollten vor und während einer medikamentösen Behandlung erhoben werden.

Eine Verhaltensbeobachtung außerhalb der Untersuchungssituation im Alltagskontext kann ergänzend (u. a. auch über Videodiagnostik) durchgeführt werden. Eine Verhaltensbeobachtung des Kindes in der Untersuchungssituation ist immer vorgesehen. Dieser diagnostische Schritt wurde in der Erhebung jedoch nicht separat abgefragt, da die Verhaltensbeobachtung in der Wahrnehmung der Eltern vermutlich keine abgrenzbare eigene Untersuchung darstellt. Selbstverständlich sollte aber das Kind persönlich vorgestellt werden.

Die entsprechenden Angaben wurden in der Befragung jeweils auf den aktuellen Hauptbehandler bezogen. Auch wenn gerade bei einer längeren Krankengeschichte möglicherweise mehrere Personen für die Behandlung zuständig waren oder es bereits mehrere Diagnosephasen gab, sollte diese „Behandlerin“ sich ein umfassendes Bild gemacht haben.

Als aktuellen Hauptansprechpartner für die Behandlung des Kindes gaben die Eltern am häufigsten Kinder- und Jugendpsychiater (41,4 %) an, gefolgt von Kinderärztinnen (34,6 %). Hausärztinnen/Allgemeinmedizinerinnen waren in 7,9 % der Fälle hauptsächliche Behandlerinnen, Psychologen in nur 3,9 %. Vereinzelt genannt wurden auch Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Heilpraktiker, Orthopäden und Krankengymnasten.

Für eine sorgfältige Diagnosestellung sollte die behandelnde Ärztin auch von den Bezugspersonen des Kindes Informationen einholen. Den Befragungsergebnissen zufolge erfolgte dies bei den Müttern zu knapp 90 % (89,1 %). In über der Hälfte der Fälle (53 %) wurde (auch) der Vater befragt. Sonstige befragte Personen waren vorwiegend andere Familienangehörige wie Großeltern oder Geschwister.

Das Kind selbst wurde zwar überwiegend befragt, allerdings gaben 478 Befragte (21,1 %) an, dass das Kind weder allein noch zusammen mit seinen Eltern zu seinen Problemen angehört wurde. Lediglich ein Viertel dieser Kinder waren zum Zeitpunkt der Diagnosestellung jünger als 6 Jahre alt, was in diesen Fällen erklären könnte, dass vor allem die Eltern über den Zustand des Kindes Auskunft gaben.

In nur 52,1 % der Fälle holte der Hauptbehandler auch Informationen von Lehrern oder Erziehern ein. Ihre Befragung durch die Ärztin oder Psychologin erfordert in jedem Fall das Einverständnis der Eltern. Dieses Einverständnis sollte immer eingeholt werden, wenn behandlungsbedürftige Probleme im Kindergarten oder in der Schule zutage treten.

79,1 % der Eltern gaben an, dem Behandelnden ihr Einverständnis zu einem solchen Gespräch gegeben zu haben. In 17,9 % der Fälle wurden sie danach nicht gefragt. In nur knapp 2 % der Fälle gaben Eltern, die um ihr Einverständnis für ein Lehrergespräch gebeten wurden, dieses nicht. Von den Familien, in denen kein Gespräch zwischen Hauptbehandlerin und Lehrerin/Erzieherin stattfand, gaben nur 3,5 % an, einem solchen Gespräch nicht zugestimmt zu haben, knapp 30 % (29,9 %) wurden gar nicht um ihr Einverständnis gebeten.

Der Hauptbehandler holte in den meisten Fällen (80,2 %) Informationen oder Untersuchungsergebnisse von weiteren Fachleuten ein. Am häufigsten einbezogen wurden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen (45,1 %) und Kinderärztinnen (40,1 %). Psychologen wurden nur in 23,2 % der Fälle einbezogen, Neurologen in 18,3 % und der frühere Arzt oder Hausarzt in 11,3 % der Fälle. Hinzu kamen sonstige Professionen wie z. B. Ergotherapeuten oder Logopäden (vgl. Abb. 14).

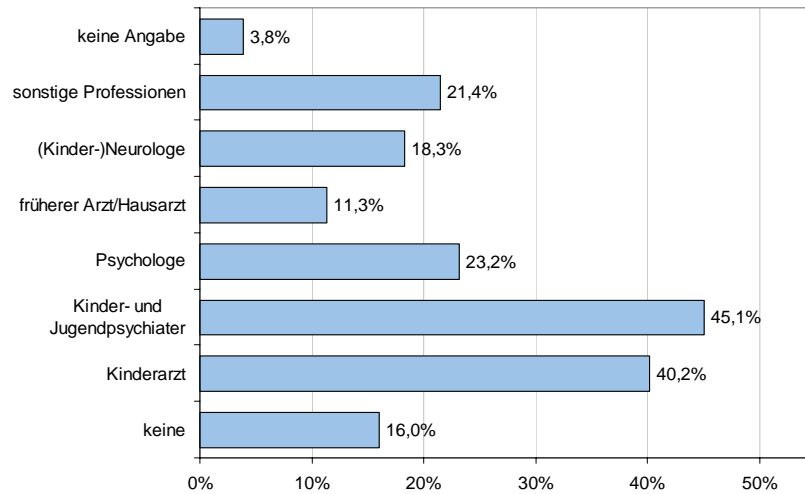


Abb. 14: An der Diagnosestellung beteiligte Fachpersonen<sup>38</sup>

Betrachtet man die Häufigkeiten hinzugezogener Fachpersonen differenziert nach der Profession des Hauptbehandlers, zeigt sich interessanterweise, dass Allgemeinmedizinerinnen in 12,2 % und Kinderärztinnen in 13,4 % der Fälle keine weiteren Professionellen hinzuzogen (vgl. Abb. 15), was insgesamt auf eine wenig spezialisierte Behandlung hindeutet, da diese Ärzte im Allgemeinen über keine Ausbildung verfügen, die sie für die Diagnose und Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder qualifiziert.

Eine Analyse der durchgeführten Untersuchungen zeigte, dass viele der empfohlenen diagnostischen Verfahren bei einem großen Teil der Kinder zum Einsatz kamen, dass aber in einigen Bereichen auch eine geringe Ausschöpfung der diagnostischen Optionen zu beobachten ist. Am häufigsten durchgeführt wurden allgemeine körperliche Untersuchungen (91,8 %), Intelligenz- und Ent-

<sup>38</sup> Mehrfachangaben möglich

wicklungstests (89,6 %) und Blutuntersuchungen (82,2 %). Selten waren dagegen Schilddrüsenuntersuchungen (16,5 %).

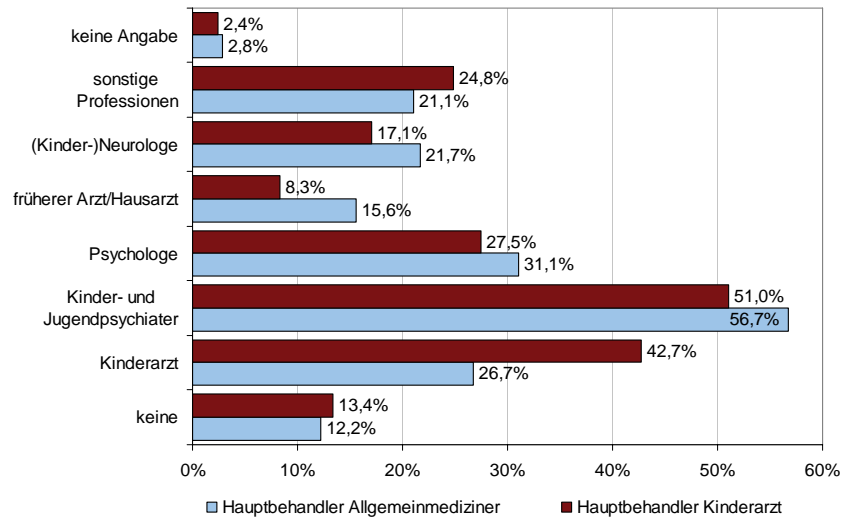


Abb. 15: An der Diagnosestellung beteiligte Fachpersonen differenziert nach Hauptbehandler

Über die Angemessenheit dieser diagnostischen Untersuchungen kann an dieser Stelle keine abschließende Aussage getroffen werden, da die Leitlinien keine genauen Vorgaben hierzu machen und die Auswahl vom jeweiligen Behandler und der spezifischen Konstellation im Einzelfall abhängt. Das Ausmaß deutet allerdings eher auf eine Über- als Unterauserschöpfung medizinisch-diagnostischer Optionen hin. So erscheint die Durchführung eines EEG in 74,1 % der Fälle als sehr häufig, da eine EEG-Ableitung eigentlich primär zur Differenzialdiagnostik bezüglich einer möglichen Epilepsie des Kindes empfohlen wird (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Fraglich erscheint auch die Häufigkeit testpsychologischer Untersuchungen, da hier angesichts der Tatsache, dass Psychologinnen eher selten in die Behandlung einbezogen waren, eine häufige Durchführung von Nicht-Psychologen zu vermuten ist.

Insgesamt deuten die Ergebnisse zum Diagnoseprozess darauf hin, dass vor allem die Lehrer und teilweise auch die betroffenen Kinder selbst zu selten in die Beurteilung der Problematik einbezogen wurden. Medizinisch-apparative Untersuchungen wurden dagegen mit großer Regelmäßigkeit durchgeführt.

Tab. 2: Durchgeführte diagnostische Untersuchungen<sup>39</sup>

Durchgeführte Untersuchung	Anteil (%)
Allgemeine körperliche Untersuchung	91,8
Intelligenz- oder Entwicklungstest	89,6
Blutuntersuchung	82,2
Fragebogen zum Verhalten	80,5
Spezieller Leistungstest (z. B. Rechnen, Lesen, Konzentration)	80,3
EEG	74,1
Verhaltensbeobachtung	63,8
Hör- oder Sehtest	63,0
EKG	45,9
Schilddrüsenuntersuchung	16,8
Sonstige Untersuchungen	5,8
Keine Angabe	0,3

### **Übereinstimmung mit den Diagnosekriterien der Leitlinien**

Nach den medizinischen Klassifikationssystemen (ICD-10 wie auch DSM-IV, vgl. auch Abschnitt 2.1.4) müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein, damit die Diagnose AD(H)S gestellt werden kann:

- *Erste Symptome* sollten *im Vorschulalter* aufgetreten sein, nach ICD-10 vor dem Alter von 6 Jahren (7. Lebensjahr), nach DSM-IV vor dem Alter von 7 Jahren (8. Lebensjahr).
- Sie müssen außerdem *situationsübergreifend*, d. h. in mindestens zwei Bereichen vorliegen (Familie, Schule, Untersuchungssituation).
- Die Probleme müssen seit *mindestens sechs Monaten* bestehen.
- Die Symptome sollten *deutlich ausgeprägt* und nicht altersentsprechend sein.

Um Anhaltspunkte für die Einhaltung dieser Kriterien zu gewinnen, enthielt der Fragebogen Angaben zum Alter bei ersten Auffälligkeiten, Ausprägung der Symptome in verschiedenen Lebensbereichen, Dauer der Symptome vor der

---

<sup>39</sup> Mehrfachangaben möglich

Diagnosestellung und zum Ausprägungsgrad der Symptome. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass es hier nicht darum gehen soll, im Nachhinein die gestellte Diagnose zu verifizieren. Zum einen ist dies allein anhand von Fragebogendaten nicht möglich, zum anderen erfordert die Diagnose (als klinisches Urteil) immer Informationen von verschiedenen Personen. Zudem scheint die retrospektive Bewertung einzelner Symptome durch die Eltern schwierig. Die Aussagen der befragten Eltern können aber Hinweise darauf geben, ob die Diagnosekriterien weitgehend erfüllt wurden bzw. auf welche Kriterien dies am häufigsten nicht zutrifft. Dies ist insbesondere für die Frage der Angemessenheit einer – hier in (fast) allen Fällen durchgeführten – medikamentösen Behandlung relevant.

Wie oben dargestellt müssen nach ICD-10 die ersten AD(H)S-typischen Probleme bereits vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein, um eine Diagnose zu rechtfertigen. Das war nach Angabe der Eltern nur bei 57,6 % der Kinder der Fall. Vor dem Alter von 7 Jahren (8. Lebensjahr), wie im DSM-IV vorgegeben, waren dagegen bereits knapp 73 % aufgefallen (vgl. Abb. 16). Hieraus lässt sich ablesen, dass der Schulbeginn vermutlich einen deutlichen Einfluss auf die Diagnose-Häufigkeit von AD(H)S hat. Dies ist insofern nachvollziehbar, da die AD(H)S-Symptomatik besonders im relativ reglementierten, bewegungseingeschränkten und aufmerksamkeitsfordernden Rahmen des Schulalltags für viele Kinder deutlich problematischer und somit auffälliger wird.

Um die situationsübergreifende Problembelastung zu erfassen, haben wir die Eltern nach der Situation vor der Behandlung zuhause, mit Freunden, in der Schule bzw. im Kindergarten sowie in der Freizeit gefragt. Bei 76 % der Betroffenen traten in mindestens zwei Lebensbereichen deutliche oder massive Probleme auf. Am häufigsten waren deutliche Probleme in Schule bzw. KiTa zu verzeichnen. Insgesamt ca. 20 % der Kinder wiesen in weniger als zwei Bereichen deutliche Belastungen auf.

Darüber hinaus sollte AD(H)S erst diagnostiziert werden, wenn die entsprechenden Schwierigkeiten seit mindestens sechs Monaten deutlich bestehen. Dies war nach Angabe der Eltern in 86 % der Fälle so.

Die Zuordnung zu den Diagnosetypen erfolgte nach den in Tabelle 3 aufgeführten Symptomkombinationen.

Nach den in Deutschland anzuwendenden ICD-10-Kriterien müssen Symptome in allen drei Bereichen (Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität und Impulsivität) auftreten. Dagegen erlaubt das US-amerikanische DSM-IV (Saß et al., 2003) eine Diagnose auch, wenn nur Probleme im Bereich der Aufmerksamkeit oder der Hyperaktivität vorliegen.<sup>40</sup> Auf Grundlage der verschiedenen Kombina-

---

<sup>40</sup> Nach DSM-IV müssen aus dem Bereich der Aufmerksamkeit insgesamt sechs Symptomkriterien erfüllt sein und aus den Bereichen Hyperaktivität und Impulsivität insgesamt fünf. Diese können aber auch alle aus dem Bereich Hyperaktivität stammen.

tionen von deutlich oder massiv ausgeprägten Symptomen haben wir eine Zuordnung zu Diagnosetypen vorgenommen. Zu beachten ist, dass diese ausschließlich auf Angaben der Eltern zur Ausprägung verschiedener Symptombereiche beruht. Eine tatsächliche Diagnose kann dadurch nicht verifiziert oder falsifiziert werden. Es handelt sich hier vielmehr um eine Schätzung, welche Anteile die verschiedenen Störungsausprägungen in der Stichprobe jeweils einnehmen.

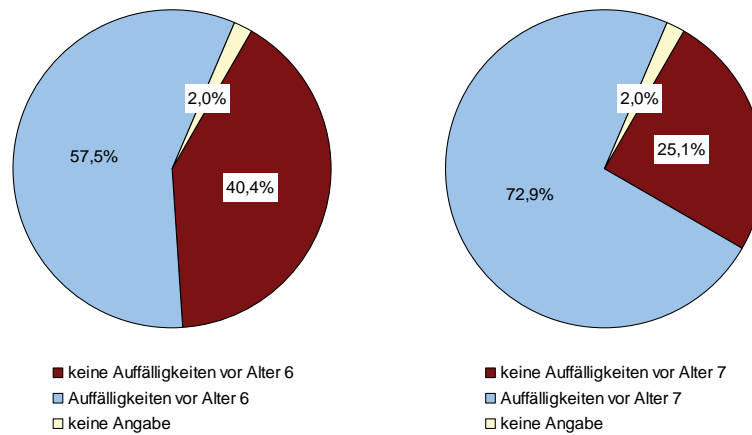


Abb. 16: Anteil mit Auffälligkeiten vor einem Alter von 6 bzw. 7 Jahren

Tab. 3: Übersicht Diagnosetypen

Diagnosetyp	Symptomkombination
ADS (vorwiegend unaufmerksam)	Nur deutliche Aufmerksamkeitsprobleme
Mischtyp nicht voll ausgeprägt	Deutliche Aufmerksamkeitsprobleme und deutliche Hyperaktivität <i>oder</i> deutliche Aufmerksamkeitsprobleme und deutliche Impulsivität
AD(H)S Mischtyp	In allen drei Bereichen deutliche Symptome
Diagnose unklar	In keinem Bereich deutliche Symptome <i>oder</i> nur deutliche Hyperaktivität <i>oder</i> nur deutliche Impulsivität
AD(H)S vorherrschend hyperaktiv-impulsiv	Deutliche Hyperaktivität und deutliche Impulsivität

Wie bereits oben beschrieben, schien der Großteil der betroffenen Kinder in allen drei Bereichen deutliche Symptome aufzuweisen und entspräche damit dem „Mischtyp“ nach DSM-IV. Bei 11,9 % waren nur Aufmerksamkeitsprobleme deutlich („ADS“ – vorwiegend unaufmerksamer Typ), bei weiteren 19,5 % kam zu den Aufmerksamkeitsproblemen eines der beiden anderen Kernsymptome hinzu. Kinder ohne deutliche Aufmerksamkeitsprobleme, aber mit Symptomen in den Bereichen Hyperaktivität und Impulsivität (vorwiegend hyperaktiv-impulsiv) waren mit einem Anteil von 2,2 % recht selten. Bei 2,3 % der Befragten war eine Zuordnung zu einem Störungstypen nicht möglich, da jeweils keines der Kernsymptome oder aber nur die Hyperaktivität oder Impulsivität mindestens deutlich ausgeprägt war. Hier haben wir die Kategorie „Diagnose unklar“ vergeben und gehen davon aus, dass dieser Anteil der Kinder nicht die Diagnosekriterien entsprechend der Leitlinien erfüllt.<sup>41</sup>

Die Häufigkeit der einzelnen Diagnosetypen unterschied sich zwischen Mädchen und Jungen, wobei Mädchen deutlich häufiger dem unaufmerksamen Typ („ADS“) entsprachen als Jungen. Für die anderen Diagnosetypen lassen sich hingegen deutlich höhere Prävalenzraten bei den Jungen erkennen (vgl. Abb. 17).

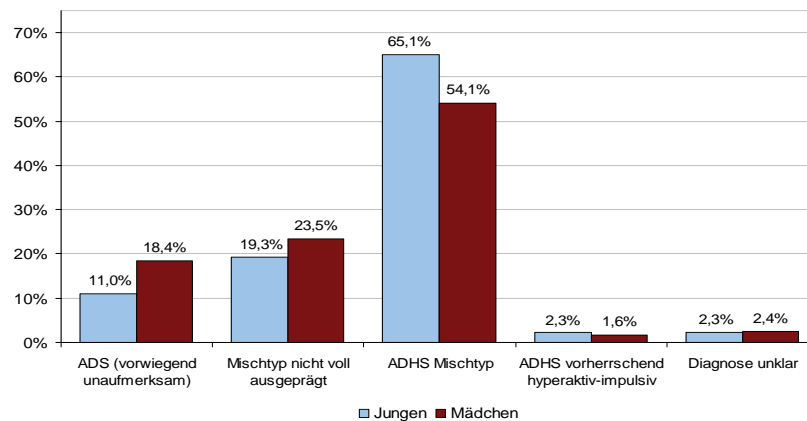


Abb. 17: Diagnosetypen nach Geschlecht

Eine detaillierte Analyse zeigt, dass das Alter bei ersten Auffälligkeiten mit den Diagnosetypen variiert: Die Auffälligkeiten zeigten sich am frühesten bei Kindern, die dem Mischtyp oder aber dem hyperaktiv-impulsiven Typus zugeordnet wurden. Die Kinder vom ADS-Typ sowie die Kinder mit einer unklaren Diagnose fielen signifikant später auf als alle anderen Gruppen. Da der ADS-Typ bei Mädchen deutlich häufiger ausgeprägt war, bestätigt dies die Annahme,

<sup>41</sup> Die GEK-Arzneimittelanalyse ergab einen Anteil von 10 % medikamentös behandelter Kinder, bei denen kein AD(H)S-typischer Diagnosetyp vorlag (vgl. Kapitel 5.4).



dass die Entdeckung von ADS bei Mädchen vermutlich aufgrund der weniger ausgeprägten Hyperaktivität später erfolgt.

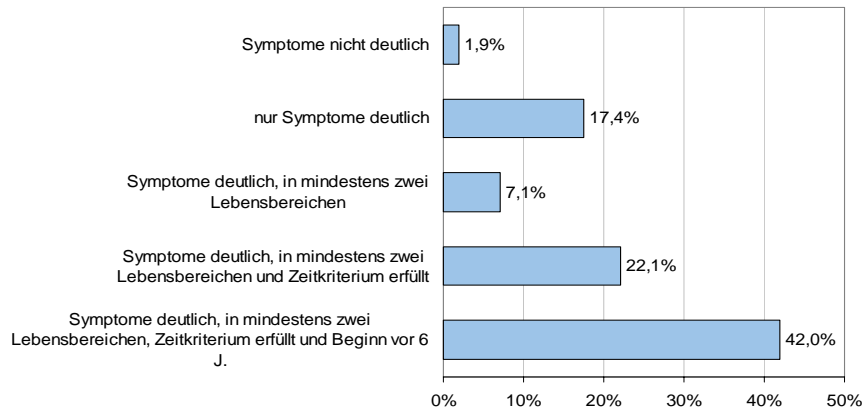


Abb. 18: Übereinstimmung mit den Leitlinienkriterien für eine AD(H)S-Diagnosestellung (kombiniert)

In der Zusammenschau der oben beschriebenen Kriterien zeigt sich, dass nach diesen Angaben nur 42 % der Kinder alle Kriterien für eine AD(H)S-Diagnose erfüllten (vgl. Abb. 18).

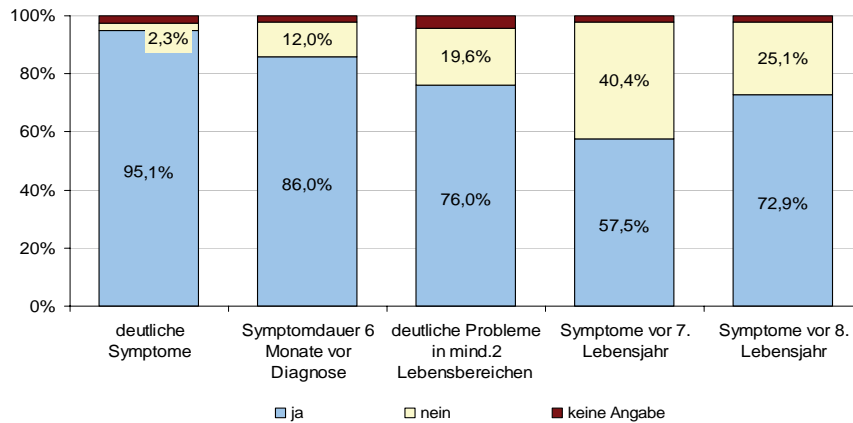


Abb. 19: Übereinstimmung mit den Leitlinienkriterien für eine AD(H)S-Diagnosestellung (einzeln)

Abbildung 19 zeigt, wie hoch der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist, der die einzelnen Kriterien jeweils erfüllte bzw. nicht erfüllte. Am häufigsten nicht erfüllt wurde ein früher Beginn der Problematik (vor dem Schulalter: 40,4 % erst nach einem Alter von 6 Jahren, 25,1 % nach einem Alter von 7 Jahren auffällig) gefolgt von einer deutlichen Problembelastung in mindestens zwei Lebensbereichen (19,6 % waren in weniger als zwei Bereichen deutlich belastet).

Noch einmal soll an dieser Stelle betont werden, dass diese Daten nur einen Hinweis darauf geben können, welche Bereiche der Diagnosekriterien pozentuell am wenigsten beachtet werden. Da es sich jedoch nur um retrospektive Elternaussagen handelt, deren Zuverlässigkeit nicht bekannt ist, sind diese Aussagen vorsichtig zu bewerten.

### 5.2.5 Symptome und Medikamenteneinnahme der Eltern

Im Kontext der Studie interessiert auch, ob auch Elternteile von AD(H)S betroffen sind, da sich u. a. in den qualitativen Interviews andeutete, dass viele betroffene Eltern von einer erblichen Komponente überzeugt sind. Zudem wird in der jüngeren fachwissenschaftlichen Diskussion immer deutlicher, dass die Störung bei einem Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt. Es ist davon auszugehen, dass selbst von AD(H)S-Symptomen betroffene Eltern auch besondere Probleme mit der Erziehung (z. B. Strukturierung des Alltags, Konsequenz in der Umsetzung erzieherischer Maßnahmen) haben und vielleicht besondere Unterstützung im Alltag benötigen.

Vor diesem Hintergrund ermittelte eine Fragestellung der vorliegenden Studie, inwiefern und wie stark die befragte Bezugsperson oder ihr/e Partner/in selbst AD(H)S-Symptome aufweist. Die anschließenden Fragen zielten auf den Umgang der Eltern mit Medikamenten ab.

Fast ein Drittel (29,8 %) der Befragten gab an, bei sich selbst oder aber ihrem Partner/ihrer Partnerin deutliche oder massive AD(H)S-Symptome zu erkennen (vgl. Abb. 20).

Medikamente nahmen aus diesem Grund insgesamt 2,7 % der Eltern ein.<sup>42</sup>

*„Es war sehr schwierig, einen Arzt zu finden, der AD(H)S Testungen und Diagnosen bei Erwachsenen macht/kann/darf!?!?.....Fazit – ich selber habe auch ADS ohne Hyperaktivität. Seit ich Medikamente nehme (leider keine Kassenleistung) ist mein Selbstvertrauen gewachsen, bekomme ich meinen Alltag besser bewältigt, versinkt die Wohnung nicht mehr im Chaos, bin kontaktfreudiger und gesprächsbereiter geworden. Teilweise ist auch meine Ängstlichkeit und Panik besser zu bewältigen.“*

---

<sup>42</sup> Acht Personen gaben eine Medikamenteneinnahme an, obwohl sie gleichzeitig ihre Symptome mit „gar nicht“ oder „kaum“ bezeichneten.

„Der Vater meines Kindes wurde auch erst bei der Diagnose des Kindes darauf aufmerksam, dass er als Kind ähnliche Probleme hatte. Wenn ADHS und die Behandlung vor 30 Jahren gewesen wäre, wäre er auch diagnostiziert worden.“

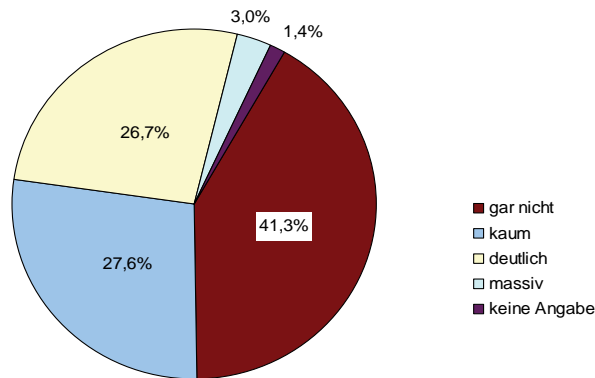


Abb. 20: AD(H)S-Symptome bei den Eltern

Von den Eltern, die wegen AD(H)S-Symptomen Medikamente einnahmen (n=61), nutzten 51 % die eigentlich nicht für Erwachsene zugelassenen Methylphenidat-Präparate, Strattera® nur 3,3 %. Unter die sonstigen Medikamente, die 23 % der Eltern einnahmen, fielen vor allem verschiedene Antidepressiva\*. Weitere knapp 23 % gaben nicht an, welches Medikament sie einnahmen.

Insgesamt zeigt sich, dass die AD(H)S-Problematik anscheinend auch viele der hier befragten Eltern selbst betrifft, was sicherlich zu einer Verschärfung der Problematik in der Familie beiträgt und in Zukunft mehr Beachtung bei der Wahl geeigneter Therapieprogramme finden sollte.

### 5.2.6 Behandlungsprozess

Die Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften empfehlen ein multimodales Behandlungsgeschehen, das individuell an die Bedürfnisse des einzelnen Kindes oder Jugendlichen angepasst ist (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Es umfasst psychoedukative und verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie eine medikamentöse Behandlung. Allerdings besteht eine Indikation für eine medikamentöse Therapie mit Psychostimulanzien erst, wenn alle psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Methoden keine Wirkung zeigen oder es zu einer krisenhaften Zuspitzung kommt. Fraglich ist, ob die in den Leitlinien neben der medikamentösen Behandlung empfohlenen weiteren Therapiekomponenten derzeit genü-

gend umgesetzt werden und insbesondere ob die betroffenen Eltern genügend über alle Therapieformen informiert sind und entsprechende Unterstützung bei deren Umsetzung erhalten.

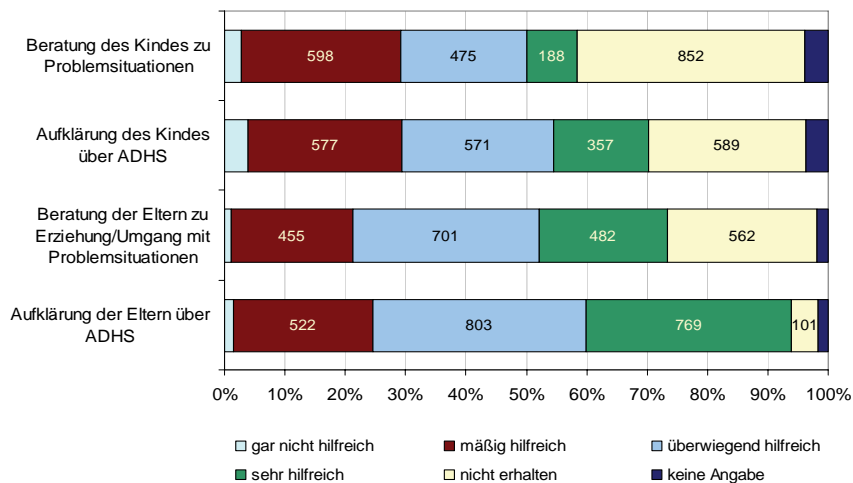


Abb. 21: Bewertung der Bestandteile der Psychoedukation

Die Auswertungen der Elternbefragung ergaben zunächst, dass 94,9 % der Eltern über die Störung AD(H)S aufgeklärt wurden, 73,9 % wurden zu Fragen der Erziehung oder des eigenen Umgangs mit Problemsituationen beraten. 73,7 % der Eltern, die beraten wurden, bewerteten die Aufklärung als überwiegend oder sehr hilfreich, und 71,2 % dieser beratenen Eltern bewerteten die Erziehungsberatung als hilfreich oder sehr hilfreich (vgl. Abb. 21).

In 71,8 % der Fälle wurde das Kind selbst über die Störung AD(H)S aufgeklärt, knapp 60 % der Kinder erhielten eine Beratung zum Umgang mit Problemsituationen. Die über AD(H)S aufgeklärten Kinder waren zwar im Mittel signifikant (ca. ein Jahr) älter als die nicht aufgeklärten ( $M=13,3$  versus  $12,3$  Jahre). Gleiches gilt auch für die zu Problemsituationen beratenen Kinder ( $M=13,3$  vs.  $12,5$  Jahre). Allerdings waren die Unterschiede im Alter bei Erstdiagnose gering: Kinder, die eine Beratung erhielten, waren bei Erstdiagnose im Mittel  $7,7$  Jahre alt, die nicht beratenen waren  $7,4$  Jahre alt. Ähnlich verhielt es sich bezogen auf die Aufklärung. Es gibt somit keine klaren Zusammenhänge mit dem Alter des Kindes, obwohl sich tendenziell zeigt, dass bei höherem Diagnosealter das Kind häufiger aufgeklärt und beraten wurde.

Die Aufklärung des Kindes beurteilten die Eltern nur in 58,3 % als überwiegend oder sehr hilfreich, die Beratung in 50,1 %.

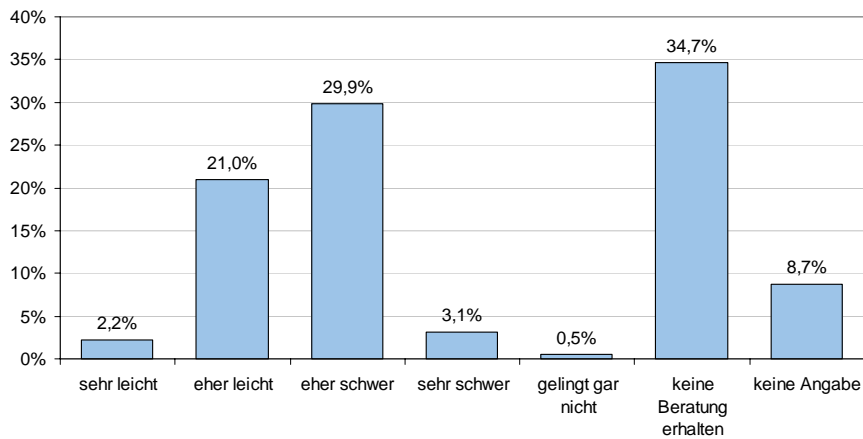


Abb. 22: Bewertung der Umsetzbarkeit von Erziehungsmaßnahmen im Alltag

Eine Erziehungsberatung – sowohl im Rahmen der Psychoedukation als auch in strukturierten Elternschulungen oder einer Verhaltenstherapie – kann nur erfolgreich sein, wenn es den Beratenen auch gelingt, das Gelernte im Alltag umzusetzen. Von den Eltern, die eine Beratung zur Erziehung erhalten hatten, bewerteten 57 % die Umsetzung des dort Gelernten in den Alltag als „eher schwer“ oder „sehr schwer“. Nur sehr wenigen gelang die Umsetzung dagegen gar nicht (vgl. Abb. 22).

Neben Fragen der Psychoedukation wurden die in den Behandlungsleitlinien zu AD(H)S genannten Behandlungsmaßnahmen einzeln abgefragt.

Dabei war für die durchgeführten Therapien jeweils anzugeben, in welchem Alter sie begonnen wurden, wie lange sie dauerten und ob sie aktuell noch weitergeführt wurden. Um zu schätzen, über welchen Zeitraum einzelne Maßnahmen jeweils durchgeführt werden, wurden hier nur Angaben zur Dauer in den Fällen berücksichtigt, in denen die jeweilige Therapie bereits beendet war.

Obwohl nur Familien angeschrieben wurden, deren Kinder im Jahr 2006 nach Auswertung der Arzneimitteldaten AD(H)S-typische Medikamente verordnet bekommen hatten, gaben nur 96 % an, dass eine medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde (vgl. Tab. 4).<sup>43</sup>

<sup>43</sup> Die Erklärung für diese Differenz zu 100 % kann sein, dass der Fragebogen für das älteste Kind ausgefüllt wurde und dies in einigen Fällen eventuell nicht mit Medikamenten behandelt wurde, sich die Aussagen im Fragebogen also auf ein anderes Kind als das 2006 behandelte beziehen. Es könnte sich aber teilweise auch um Eltern handeln, deren Kinder inzwischen die Medikamente abgesetzt haben oder die zwar Medikamente verordnet bekommen, aber die Rezepte nicht einlösen. Es ist ebenfalls möglich, dass die Medikamen-

Tab. 4: Häufigkeit und Bewertung kindbezogener Therapien/Maßnahmen

Therapie	Häufigkeit (%)	Alter bei Beginn (Mittelwert)	Dauer in Monaten (Median <sup>44</sup> )	Erfolgsbewertung (Mittelwert)*
Verhaltenstherapie	27,4	8,0	12	1,4
Kognitive Therapie	18,2	8,9	9	1,5
Medikamentöse Behandlung	96,1	8,3	24	2,1
Tagesklinik oder stationärer Klinikaufenthalt	14,8	8,8	2	1,4
Ernährungsumstellung/ Diät	6,3	6,9	6	1,0
Soziales Kompetenztraining	8,4	9,2	6	1,4
Gesprächs-/ Psychotherapie	28,1	9,1	9	1,5
Übungsbehandlung	26,9	8,5	12	1,7
Ergotherapie	56,2	6,5	12	1,5
Logopädie	22,0	5,8	12	1,9
Bewegungstherapie (Psychomotorik/ Mototherapie)	15,9	6,3	12	1,7
Krankengymnastik	7,2	5,7	6	1,7
Entspannungsverfahren	10,9	9,0	3	1,2
Festhaltetherapie	2,6	5,9	6	0,8
Sonstige kindbezogene Maßnahmen	8,3	8,1	12	1,7

\* auf einer Skala von -1 = verschlechtert bis 4 = sehr guter Erfolg

Bei nicht massiv betroffenen Kindern wird die Verhaltenstherapie als primäre Maßnahme empfohlen. Es zeigte sich jedoch, dass der Anteil derer, die eine Verhaltenstherapie erhielten unter den nicht massiv betroffenen Kindern (deutliche oder massive Probleme in weniger als zwei Lebensbereichen) mit 18,1 %

teneinnahme so selbstverständlich geworden ist, dass sie als solche nicht mehr bewusst ist.

<sup>44</sup> Der Median halbiert eine Stichprobe, d. h. je 50 % der Werte lagen über bzw. unter diesem Wert. Er wurde hier gewählt, weil er robuster gegenüber einzelnen extrem hohen oder niedrigen Werten ist, die den Mittelwert verzerren können.

signifikant geringer war als unter den stark betroffenen Kindern, die zu 30,3 % eine Verhaltenstherapie erhielten. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei einer Betrachtung der Belastung durch die Kernsymptome Aufmerksamkeitsprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität: Je mehr dieser Symptome deutlich oder massiv ausgeprägt waren, desto eher wurde eine Verhaltenstherapie durchgeführt. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Verhaltenstherapie häufig eher als ergänzende Maßnahme bei massiven Problemen eingesetzt wird, denn als Maßnahme der ersten Wahl bei leichteren Ausprägungen der Störung.

Tab. 5: Häufigkeit und Bewertung familien- und umweltbezogener Therapien/Maßnahmen

Therapie	Häufigkeit (%)	Alter bei Beginn (Mittelwert)	Dauer (Monate, Median)	Erfolgsbewertung (Mittelwert)*
Elternt raining/-schulung	19,2	8,4	3	1,8
Familientherapie	6,8	9,0	6	1,5
Aufklärung und Beratung von Lehrern/ Erziehern	12,0	8,2	3	1,4
Wechsel der Schule/Klasse oder KiTa	23,3	9,1	/	1,9
Familienhilfe/ Erziehungsbeistand	9,8	9,0	9	1,6
Tagesgruppe	4,5	8,4	18	1,8
Erziehungsmaßnahmen außerhalb Familie (Internat, Heim, Wohngruppe)	2,7	10,8	5	1,5
Sonstige umfeldbezogene Maßnahmen	5,6	8,6	12	1,7

\* auf einer Skala von -1 = verschlechtert bis 4 = sehr guter Erfolg

Von den abgefragten familien- und umfeldbezogenen Maßnahmen wurde mit 23,3 % am häufigsten ein Schulwechsel umgesetzt. Das in jedem Fall empfohlene Elternt raining erhielten nur 19,2 % der befragten Familien. Und auch nur in 12,0 % der Fälle wurden Lehrerinnen oder Erzieherinnen über die AD(H)S-Problematik aufgeklärt und beraten. Familienhilfe erhielten 9,8 % der Befragten.

Weitere Maßnahmen waren Tagesgruppen (4,5 %) und Erziehungsmaßnahmen außerhalb der Familie wie Internat- oder Heimaufenthalte (2,7 %).

Im Vergleich zwischen (groß)städtischer und Landbevölkerung zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Häufigkeit der Umsetzung einzelner Maßnahmen.

Insgesamt wurden die direkt kindbezogenen Maßnahmen deutlich häufiger umgesetzt als familien- und umfeldbezogene Maßnahmen. Der Einsatz der einzelnen Behandlungen (v. a. Elterntraining und Verhaltenstherapie sowie Aufklärung von Lehrern) erfolgt anscheinend nicht leitliniengerecht.

Einschränkend muss bemerkt werden, dass möglicherweise in einigen Fällen eine Verhaltenstherapie auch unter „(Gesprächs)Psychotherapie“ angegeben wurde. Da es sich bei der Verhaltenstherapie um eine Form der Psychotherapie handelt, bei der ebenfalls ein nicht unerheblicher Teil der Behandlung aus Gesprächen besteht, war die Abgrenzung zwischen diesen verschiedenen Therapien möglicherweise für einige Eltern nicht ersichtlich. Demnach wird die Häufigkeit der Umsetzung von Verhaltenstherapie hier möglicherweise unterschätzt. Wenn alle Angaben einer Psychotherapie der Häufigkeit von Verhaltenstherapie zugerechnet würden, hätten dennoch nur 55,5 % der Kinder eine solche Therapie erhalten.

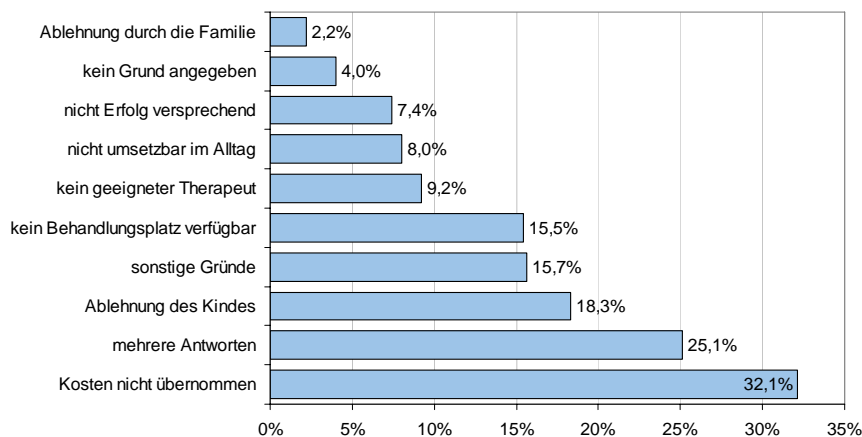


Abb. 23: Gründe, empfohlene Behandlungen nicht umzusetzen<sup>45</sup>

Nur 40,9 % der Befragten gaben an, *alle* empfohlenen Behandlungsmaßnahmen auch umgesetzt zu haben. Weitere 37,1 % stimmten dem zwar nicht zu, gaben aber auch keine nicht umgesetzten Behandlungen an, so dass zu ver-

<sup>45</sup> Prozentanteile bezogen auf diejenigen, die nicht umgesetzte Behandlungen angegeben haben; n=498



muten ist, dass sie ebenfalls die empfohlenen Maßnahmen umsetzen. 22,0 % der Befragten benannten mindestens eine nicht umgesetzte Maßnahme, hierunter am häufigsten Verhaltenstherapie oder Psychotherapie/psychologische Behandlung.

Als Grund für die nicht erfolgte Umsetzung empfohlener Behandlungen gaben die Eltern am häufigsten eine fehlende Kostenübernahme an (32,1 %; vgl. Abb. 23). Weiterhin häufig genannt wurden „Ablehnung der Behandlung durch das Kind“ (18,3 %) sowie „kein Behandlungsplatz verfügbar“ (15,5 %) oder „kein geeigneter Therapeut in der Nähe“ (9,2 %). Mehr als 25 % der Antwortenden nannten gleich mehrere Gründe, so dass sich hier nicht feststellen lässt, welcher davon den Ausschlag gegeben hat, eine Behandlung nicht umzusetzen.<sup>46</sup> Sehr häufig aus Kostengründen nicht umgesetzt wurden z. B. Kuraufenthalte, Übungsbehandlungen, Reittherapie, homöopathische Behandlungen und Elterntraining.

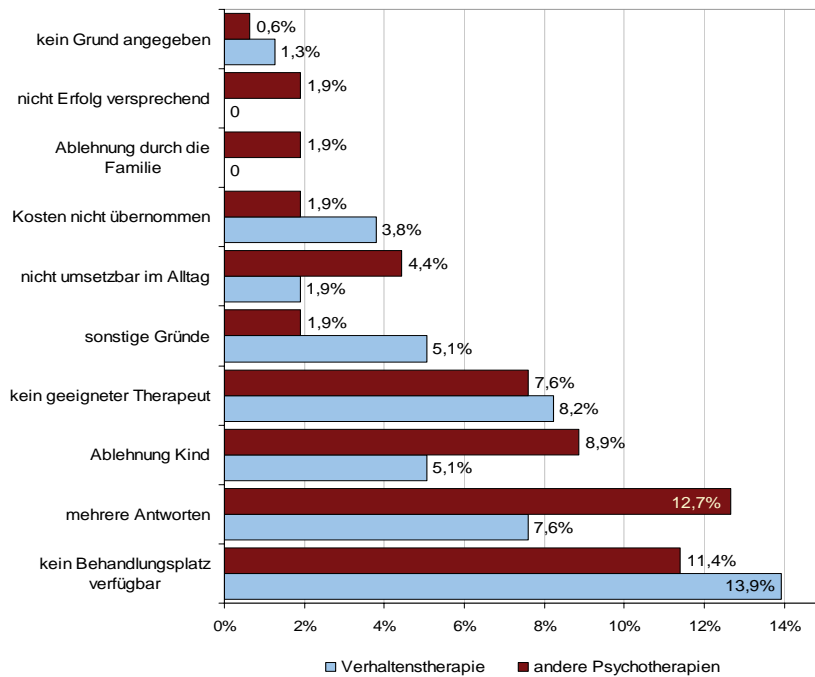


Abb. 24: Gründe, Psychotherapien nicht umzusetzen

<sup>46</sup> In der Frageformulierung war explizit nach dem wichtigsten Grund gefragt worden.

Die Umsetzung von Psychotherapien bzw. Verhaltenstherapien scheiterte nach Aussage der Eltern am häufigsten an nicht verfügbaren Behandlungsplätzen oder einem Mangel an geeigneten Therapeutinnen (vgl. Abb. 24).

Die Frage, ob es ihrer Meinung nach Behandlungsmöglichkeiten gäbe, die noch nicht oder noch zu wenig genutzt wurden, bejahten 32,5 % aller Befragten (43,9 % derjenigen, die die Frage explizit beantworteten), 40,7 % verneinten sie, 26,8 % beantworteten diese Frage nicht. Dabei wurden als noch zu wenig genutzte Behandlungen häufig Verhaltenstherapie oder -training sowie andere Psychotherapien oder psychologische Betreuung des Kindes und/oder der Familie genannt. Insbesondere in Fragen des alltäglichen Umgangs mit dem Kind und der Erziehung wünschten sich einige Eltern mehr Unterstützung. Ebenfalls häufig gaben sie Bedarf an besser ausgebildeten oder aufgeklärten Lehrern oder qualifizierter Betreuung in der Schule an – bis hin zur Einrichtung spezieller Schulen bei AD(H)S.<sup>47</sup> Unterstützung zur Bewältigung des Schulalltags durch spezielle Lern- und Arbeitstechniken (Bestandteil kognitiver Therapie) sowie Konzentrationsübungen und Lese-Rechtschreibtraining waren ebenfalls ein häufiges Thema. Besonders ins Auge fiel außerdem der Wunsch einiger Eltern nach therapeutischem Reiten – eine Therapieoption mit unklarem Nutzen, die aus Kostengründen selten in Anspruch genommen werden kann – oder allgemein der als heilsam angesehene Umgang mit Tieren. Auch spezielle Freizeit- und Sportangebote, um Kontakt unter betroffenen Kindern herzustellen, vermissten einige Befragte. Andere benötigten dagegen zunächst bessere Informationen über vorhandene Behandlungsmöglichkeiten oder aber genügend spezialisierte Behandlerinnen und Einrichtungen in ihrer Nähe.

### 5.2.7 Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung stellt für die in dieser Studie berücksichtigen Kinder die zentrale therapeutische Maßnahme dar, da laut Studiendesign nur Familien mit Kindern einbezogen wurden, die im Jahr 2006 Methylphenidat, Atomoxetin oder Amphetamine verordnet bekommen hatten. Nach Aussage der Eltern erhielten 96 % der Kinder jemals eine medikamentöse Behandlung. Dieses Kapitel stellt deshalb detailliert dar, wer die Medikamente verordnete, welche Erfahrungen die Eltern mit der Einnahme machen, welche Nebenwirkungen sich zeigten und ob und in welcher Form Behandlungspausen erfolgten. Die Eltern wurden gebeten, in einer Tabelle einzutragen, in welchem Alter ihr Kind jeweils welches Medikament eingenommen hat. Die Abbildung 25 zeigt zunächst, wie viele aller Kinder in bestimmten Altersstufen Methylphenidat-Präparate oder Amphetaminrezepturen einnahmen (Ritalin<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>, Concerta<sup>®</sup>, Equasym<sup>®</sup> inkl. Retardpräparate sowie auch Amphetamine – aber kein Atomoxetin).

---

<sup>47</sup> Vgl. zur Einrichtung einer solchen Schule Abschnitt 5.3.3.

Da in der Stichprobe allerdings die höheren Altersstufen relativ wenig vertreten waren (das Durchschnittsalter lag zum Zeitpunkt der Befragung bei 12,99 Jahren), sagen diese Gesamthäufigkeiten noch nichts über den prozentualen Anteil an Kindern aus, die in einem bestimmten Alter Methylphenidat-Präparate eingenommen haben.

Es wurde daher zusätzlich der Anteil der Kinder, die in einem bestimmten Alter Methylphenidat-Präparate oder Amphetamine einnahmen, ins Verhältnis zur Anzahl der Kinder gesetzt, die dieses Alter zum Zeitpunkt der Befragung bereits erreicht hatten. Dabei wurden nur Fragebögen berücksichtigt, bei denen sowohl das Geburtsjahr des Kindes (zur Altersberechnung) als auch die Angaben zur Medikamenteneinnahme im Verlauf beantwortet waren (n=2.209).

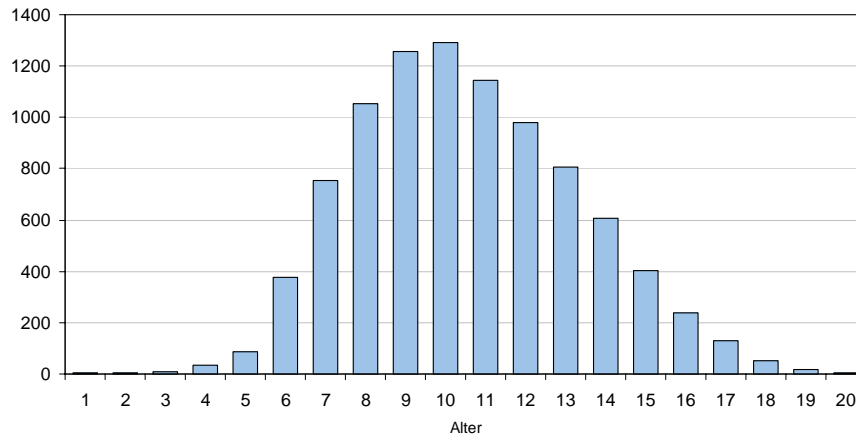


Abb. 25: Anzahl Kinder, die in einem bestimmten Alter Methylphenidat-Präparate oder Amphetaminrezepturen eingenommen haben<sup>48</sup>

Die Auswertungen zeigen, dass die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme ab dem Alter von 6 Jahren deutlich ansteigt (vgl. Abb. 26). Insgesamt 138 Kinder (6,2 % derjenigen, die Angaben bei der entsprechenden Frage machten bzw. 6,1 % aller 2.266 Befragten) nahmen Methylphenidat oder Amphetamine vor dem Alter von 6 Jahren ein, 22 (1,0 %) nahmen sie nach dem Alter von 18 Jahren ein. Hierbei ist – insbesondere bei den Kindern unter 6 Jahren – von einem off-label-use auszugehen. Zudem fällt auf, dass die Einnahme ab dem 14. Lebensjahr rückläufig ist. Dies könnte einerseits daran liegen, dass die Symptomatik bei einigen im Jugendalter deutlich zurückgeht. Andererseits

<sup>48</sup> Absolute Häufigkeiten bezogen auf die Gesamtzahl von n=2.240 Personen, die Angaben zur Medikamenteneinnahme gemacht haben

könnte es auch ein Hinweis darauf sein, dass die Jugendlichen tendenziell auf ein Leben ohne Medikamente ab einem Alter von 18 Jahren vorbereitet werden.

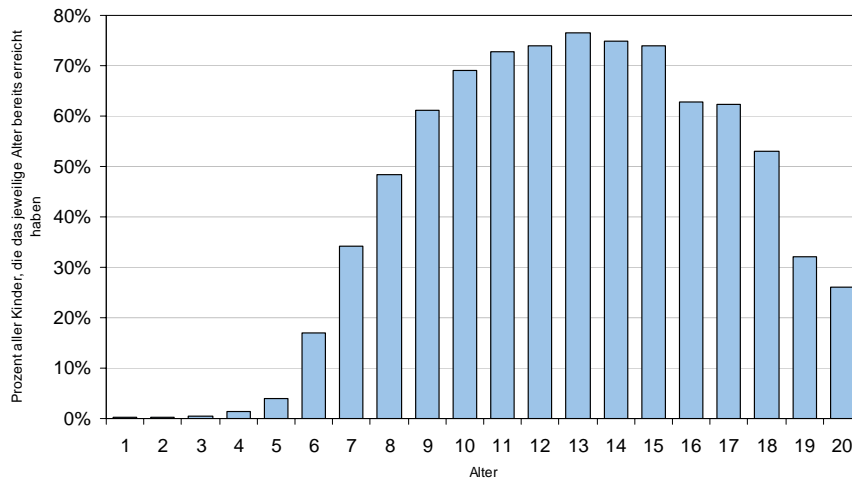


Abb. 26: Prozentsatz der Kinder, die in einem bestimmten Alter Methylphenidat-Präparate oder Amphetaminrezepturen erhalten haben<sup>49</sup>

### **Verordnung und Titrierung sowie Verlaufskontrolle**

Nach Angaben der Eltern haben im Verlauf der bisherigen Behandlung am häufigsten Kinder- und Jugendpsychiaterinnen die Medikamente verordnet (55,3 %), gefolgt von Kinderärzten (44,9 %) und Fachkliniken (12,4 %). Bei 7,6 % bzw. 5,6 % verordneten diese auch der Hausarzt/Allgemeinmediziner oder andere Ärzte.

Als sonstige Verordnende angegeben wurden in erster Linie Ärzte an sozialpädiatrischen Zentren oder (Kinder-)Neurologen, allerdings auch einige Male Psychologen.<sup>50</sup>

<sup>49</sup> Prozentanteil an allen Kindern der Befragten, die das entsprechende Alter zum Zeitpunkt der Befragung bereits erreicht hatten (n=2.209)

<sup>50</sup> Hier könnte es sein, dass die Eltern Psychologinnen mit ärztlichen Psychotherapeutinnen verwechseln, wobei erstere keine Medikamentenverordnungen ausstellen können.

Als aktueller Hauptbehandler wurden genannt: Kinder- und Jugendpsychiater (27,4 %), Kinderarzt (26,6 %), Hausarzt (5,9 %), Fachklinik (4,0 %) und sonstiger Arzt (3,4 %). 9,1 % der betroffenen Kinder erhielt keine Medikamente mehr verordnet, 23,6 % der Befragten haben die Frage nicht beantwortet.

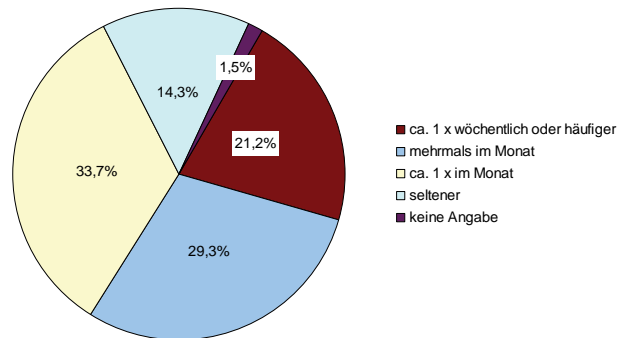


Abb. 27: Häufigkeit von Arztkontakten in den ersten Wochen der medikamentösen Behandlung

Zu Beginn der Medikamenteneinnahme empfehlen die Leitlinien einen regelmäßigen wöchentlichen Arztkontakt, der unter anderem der genauen Einstellung der Medikamentendosis dient. Diese regelmäßigen wöchentlichen Arztbesuche erfolgten nur bei gut einem Fünftel der Befragten (vgl. Abb. 27). Weitere 29 % waren zumindest mehrmals monatlich im Kontakt mit der verordnenden Ärztin. Allerdings waren knapp 50 % der Befragten in der Anfangsphase der medikamentösen Behandlung nur einmal monatlich oder seltener beim Arzt, was als deutlich zu selten für eine sorgfältige Titrierungsphase zu bewerten ist.

*„Seit das Medikament zum ersten Mal verschrieben wurde, ist mein Sohn nicht mehr untersucht worden.“*

Im weiteren Behandlungsverlauf besuchten 46,2 % der Befragten die verordnende Ärztin vierteljährlich, gut ein Drittel höchstens halbjährlich oder jährlich. Die empfohlene Frequenz von monatlichen Arztbesuchen wurde wiederum nur von 17,3 % angegeben (vgl. Abb. 28). Dies ist erstaunlich, da Ärzte Methylphenidat für höchstens 30 Tage bzw. eine maximale Dosis von 2000 mg verschreiben dürfen (BtmVV, 1998). Im Normalfall müssen die Kinder daher spätestens nach vier Wochen wieder zum Arzt. Es gibt allerdings Sonderregelungen für den Fall, dass Kinder z. B. eine höhere Dosis benötigen. Dann muss das Rezept mit einem „A“ für Ausnahme gekennzeichnet sein. Wie häufig diese Son-

derregelungen genutzt werden (auch um häufigere Arztkontakte zu vermeiden), müsste in einer spezifischen Arzneimittelanalyse untersucht werden.<sup>51</sup>

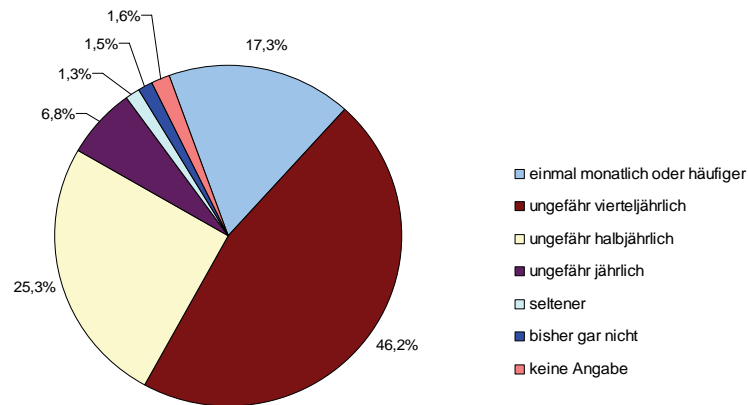


Abb. 28: Häufigkeit von Arztkontakten im weiteren Behandlungsverlauf

Während der medikamentösen Behandlung sollte sich der Arzt regelmäßig über die Wirkung und eventuelle Nebenwirkungen der Medikamente informieren. Für diese Informationen befragte der Behandler in fast allen Fällen die Eltern (vgl. Abb. 29). Das Kind selbst wurde nur in 67,7 % der Fälle befragt. Bei jeweils etwa 70 % der Kinder erfolgten Blutuntersuchungen und Messungen von Körpergröße und -gewicht. Auf standardisierte Fragebögen, anhand derer die Ausprägung von Symptomen und Nebenwirkungen in vergleichbarer Art zu beurteilen sind, griffen die Ärztinnen deutlich seltener zurück als auf mündliche Befragungen. Lehrer und Erzieher wurden nur zu 20,9 % schriftlich und zu knapp 13 % persönlich befragt.

Insgesamt erscheinen hier erneut körperliche Untersuchungen relativ regelmäßig durchgeführt zu werden, während insbesondere der Informationsaustausch mit den Kindern selbst sowie der Schule bzw. KiTa ausbaufähig erscheint.

<sup>51</sup> In der Analyse einer Versichertenstichprobe der AOK Hessen stellten Schubert und Kolleginnen fest, dass nur 31 % der mit Methylphenidat behandelten Kinder 11 und mehr Verordnungen pro Jahr (d. h. ca. eine monatlich) erhielten (Schubert et al. 2003).

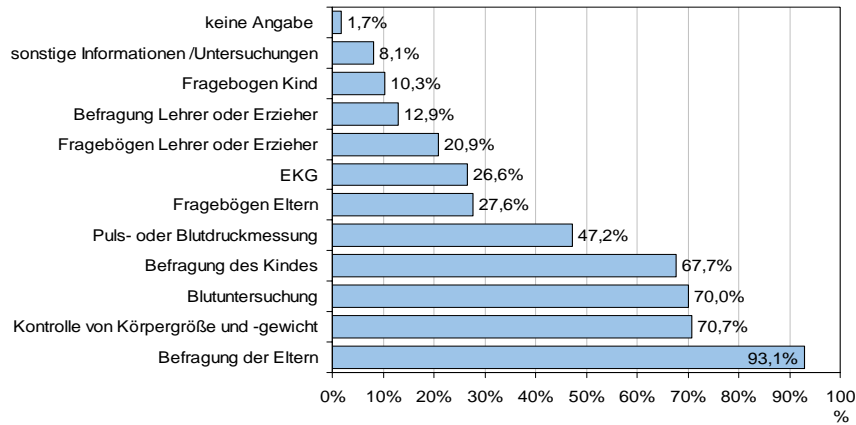


Abb. 29: Untersuchungen zur Kontrolle der Medikamentenwirkung und Nebenwirkungen im Verlauf

### Nebenwirkungen

Insgesamt 63,5 % der Befragten gaben an, dass bei der Medikamenteneinnahme Nebenwirkungen aufgetreten seien. Diese waren bei mehr als der Hälfte der Fälle (n=1.440) dauerhaft, und ein Drittel dieser Befragten stufte die Nebenwirkungen als stark oder sehr stark belastend ein (vgl. Abb. 30).

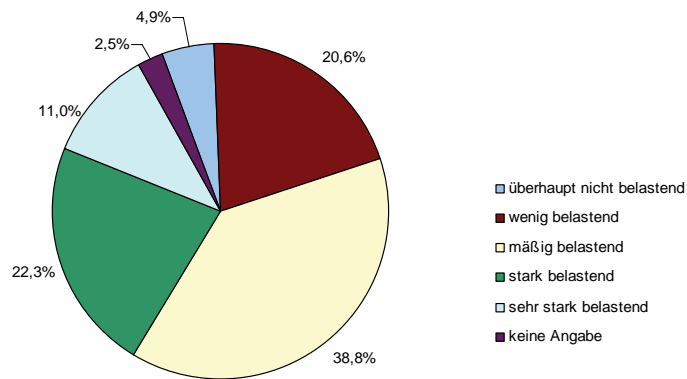


Abb. 30: Ausmaß der Belastung durch Nebenwirkungen<sup>52</sup>

<sup>52</sup> n=1.440, die Nebenwirkungen angaben

Bei insgesamt 298 Befragten (d. h. 12,8 % aller 2.266 Befragten bzw. 20,6 % aller, die Nebenwirkungen angaben) waren Nebenwirkungen *sowohl* stark oder sehr stark als auch dauerhaft aufgetreten.

### **Einnahmepausen**

Systematische Versuche, die Medikamente abzusetzen bzw. kontrollierte Auslassversuche erfolgten anscheinend nur selten. In den Leitlinien werden sie mindestens einmal jährlich empfohlen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Fast ein Viertel der Befragten gab an, dass bisher keinerlei Einnahmepausen stattgefunden hatten, bei fast 44 % war es nur zu vereinzelt Einnahmeunterbrechungen gekommen.

Regelmäßige Einnahmepausen gaben nur etwa 30 % der Befragten an. Unter diesen sagten 15,1 %, dass die Medikamente jeweils in den Ferien nicht eingenommen würden, weitere 11,3 % nahmen sowohl in den Ferien als auch an den Wochenenden keine Medikamente ein (und 0,6 % nur an Wochenenden nicht). Die regelmäßigen Einnahmepausen wurden in zwei Drittel der Fälle durch den Arzt empfohlen. In den restlichen Fällen handelte es sich anscheinend um eigene Versuche, die Medikamente abzusetzen oder zu testen, wie es ohne Medikamente geht. Das heißt, in diesen Fällen fand kein systematischer kontrollierter Absetzversuch statt.

Die Erfahrungen mit diesen Einnahmepausen wurden in Form einer offenen Fragestellung erhoben. Die Antworten der Eltern spiegeln sehr unterschiedliche Erlebnisse wieder. Der Großteil der Eltern beschrieb eher negative Erfahrungen mit Einnahmepausen, weil die Symptomatik bei Auslassversuchen wieder sehr stark zu Tage trat.

*„Erschreckende Erfahrung, man hat sich gefragt, wie man das ausgehalten hat.“*

Ein kleinerer Teil der Eltern empfand das Absetzen/Pausieren jedoch als Erleichterung, da sie positive Wesensveränderungen ihrer Kinder bemerkten.

*„Es wurde wieder ein fröhliches Kind, keine Ess- und Schlafstörungen mehr, es war auch nicht mehr so apathisch.“*

*„Mein Kind war wieder mein Kind“*

Darüber hinaus beschrieben viele Eltern stark situationsabhängige Effekte. Ein Verzicht auf die Medikamente in der Schulzeit erschien ihnen oftmals als unmöglich, zu Hause und in der Freizeit jedoch als durchaus praktikabel.

*„In der Freizeit ging es ganz gut ohne Medikamente, in der Schulzeit jedoch unmöglich.“*



Häufig waren auch Antworten zu finden, die sowohl positive (z. B. Nachlassen der Nebenwirkungen), als auch negative Erfahrungen (z. B. wieder auftretende Unruhe und Unkonzentriertheit) verzeichneten.

*„Das Kind ist fröhlicher, das Kind ist unruhiger und rastlos.“*

Insgesamt entsteht jedoch der Eindruck, dass die Eltern mit der Durchführung von Auslassversuchen relativ allein gelassen werden und diese überwiegend nicht systematisch und kontrolliert erfolgen.

### **Absetzgründe**

In 77,6 % der Familien nahm das Kind zum Zeitpunkt der Befragung weiterhin Medikamente ein. In Fällen, in denen aktuell keine Medikamente eingenommen wurden, wurde nach den Gründen gefragt, die Medikamente abzusetzen. Die Ergebnisse illustriert Abbildung 31.

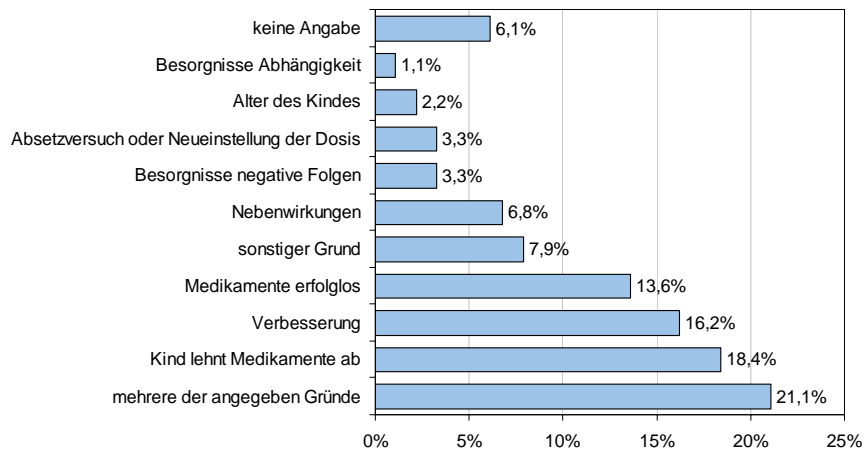


Abb. 31: Gründe für das Absetzen der Medikamente<sup>53</sup>

Häufig stimmten die Eltern mehreren der vorgegeben Gründe zu. Als häufigste einzelne Gründe nannten sie die Ablehnung der Medikamente durch das Kind selbst, eine Verbesserung der Symptomatik oder ein Ausbleiben des gewünschten Erfolgs der medikamentösen Behandlung.

<sup>53</sup> n=496, die aktuell keine Medikamente mehr einnahmen

## 5.2.8 Beurteilung der Behandlung

### *Beurteilung einzelner therapeutischer Maßnahmen*

Die Befragten sollten den Erfolg der einzelnen durchgeführten Maßnahmen auf einer fünfstufigen Skala (mit -1 = „verschlechtert“, 0 = „unverändert“, 1 = „gering“, 2 = „gut“, 3 = „sehr gut“) beurteilen (vgl. Abb. 32).

Die Eltern beurteilten dabei den Erfolg der medikamentösen Therapie am besten, gefolgt vom Schulwechsel und – überraschenderweise – logopädischen Maßnahmen. Im Durchschnitt gut bewerteten sie auch das Elterntaining. Verhaltenstherapie sowie die Aufklärung und Beratung der Lehrer oder Erzieher lagen in der durchschnittlichen Bewertung darunter. Den Erfolg von Entspannungstraining bewerteten die Eltern durchschnittlich als gering, noch schlechter jenen einer Diät sowie einer Festhaltetherapie.

Die Eltern wurden außerdem gefragt, welche der durchgeführten Behandlungen oder welche anderen Maßnahmen ihnen persönlich bzw. ihrem Kind am meisten geholfen haben (vgl. Abb. 33). Die Antworten auf diese offene Frage wurden kategorisiert. Da häufig mehrere Behandlungen als beste Behandlung angegeben wurden, wurden bis zu drei Angaben pro Fragebogen berücksichtigt. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Befragten, summieren sich aufgrund der Mehrfachangaben aber nicht auf einhundert Prozent auf. Über 20 % der Befragten machten hier keine Angabe.

Deutlich am häufigsten, nämlich in fast der Hälfte aller Fälle, wurde die medikamentöse Behandlung als persönlich am hilfreichsten aufgeführt. Es folgen mit einigem Abstand Gespräche mit dem Arzt oder anderen Therapeutinnen, aber auch mit Pädagogen oder anderen Professionellen (10,2 %). Unklar ist bei dieser Antwortkategorie, inwiefern es sich bei diesen Gesprächen zum Teil auch um psychotherapeutische Gespräche handelte. Einige Befragte gaben außerdem statt einer Maßnahme einen bestimmten Behandler oder eine andere Person als besonders hilfreich an. Dies lässt zusammen mit der Bedeutsamkeit von Gesprächen darauf schließen, dass der Behandlungserfolg nicht nur vom fachlichen Vorgehen allein, sondern zu einem großen Teil auch von der Person des Ansprechpartners und dem persönlichen Vertrauensverhältnis abhängt. Die Ergotherapie nannten 9,4 % als hilfreichste Maßnahme, Aufklärung und Beratung empfanden über 5 % als besonders hilfreich. Die in erster Linie empfohlenen Maßnahmen Verhaltenstherapie und Elterntaining wurden ähnlich häufig bzw. selten genannt wie andere Psychotherapien oder ein stationärer oder teilstationärer Klinikaufenthalt. Verhaltenstherapie und Psychotherapie zusammen erreichen einen Wert von 6,1 %.

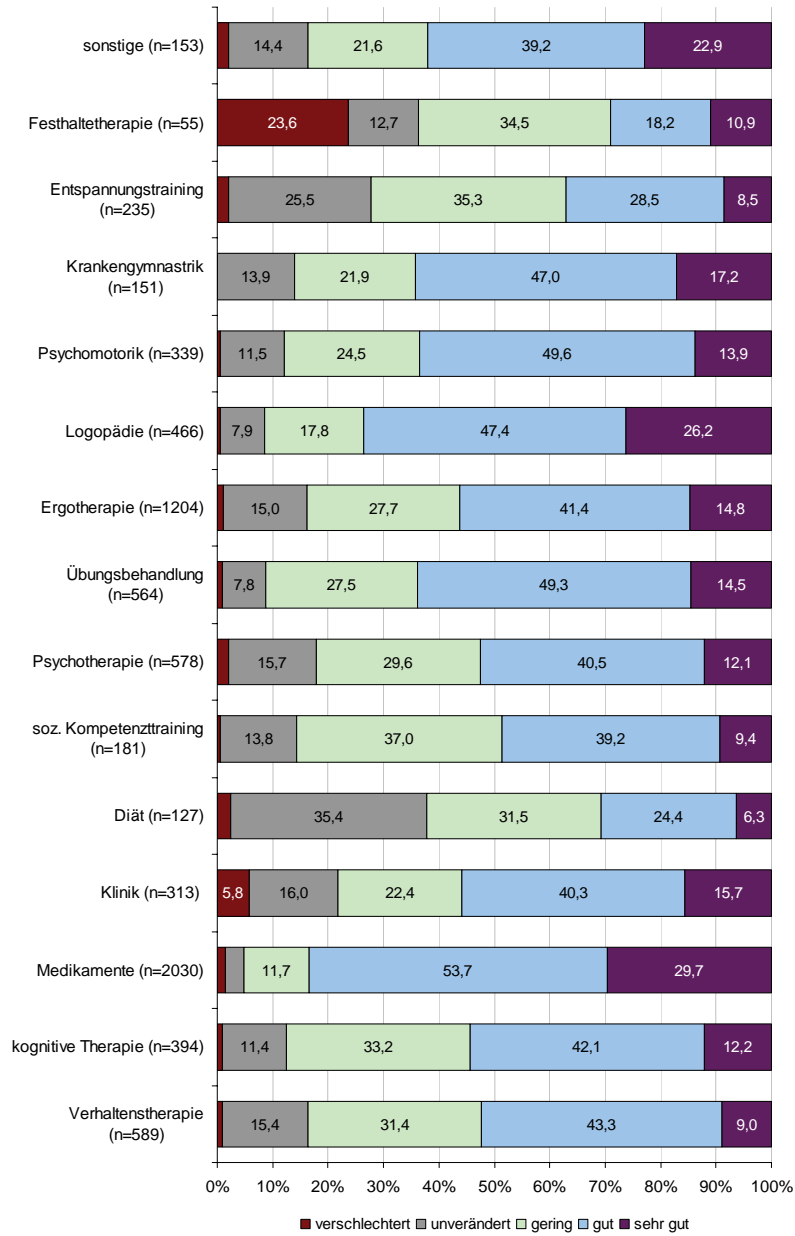


Abb. 32: Erfolgsbewertung für durchgeführte Maßnahmen

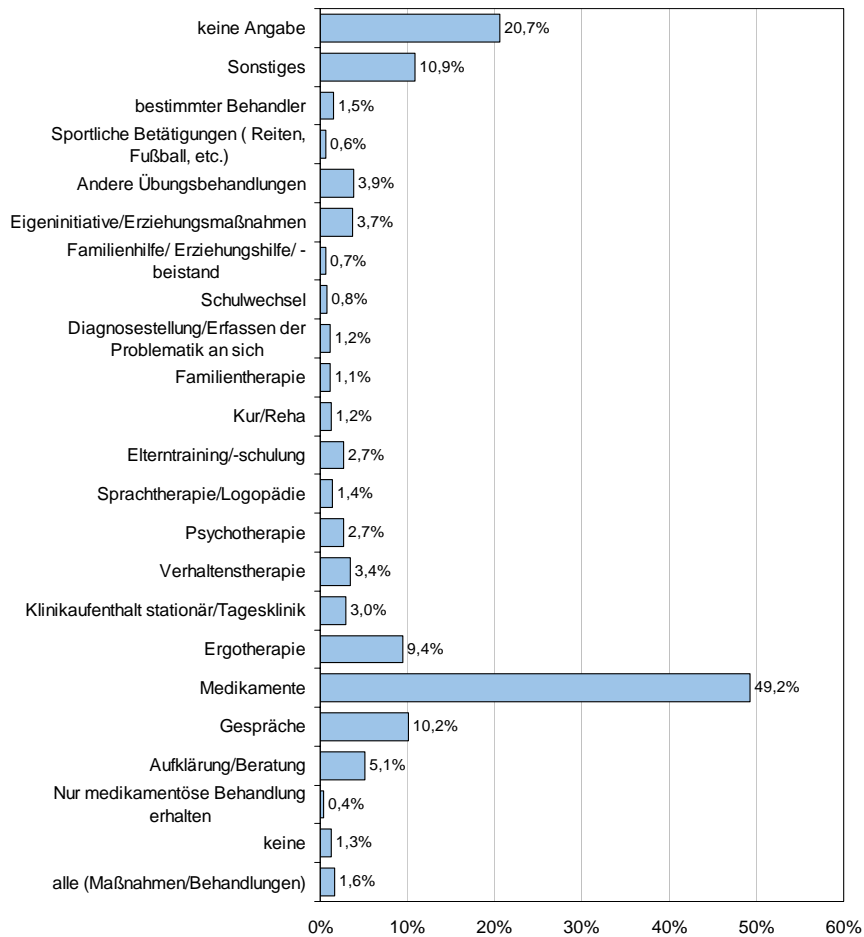


Abb. 33: Hilfreichste Behandlung<sup>54</sup>

Im Rahmen der Studie interessierte auch, in welchen Bereichen die befragten Eltern Verbesserungen durch die Behandlung wahrgenommen haben. Damit gemeint waren Verbesserungen/Veränderungen in der AD(H)S-Symptomatik selbst sowie in anderen Problembereichen. Anschließend ging es um eine Beurteilung des Behandlungserfolgs und -ablaufs sowie der aktuellen Situation im Vergleich zum Zustand vor der Behandlung.

<sup>54</sup> Prozentanteil aller Befragten

### *Verbesserungen in der Kernsymptomatik sowie typischen Problembereichen*

Zunächst interessierte uns, in welchen Bereichen sich insgesamt Verbesserungen ergeben hatten. Dabei waren die Verbesserungen auf einer Skala von 1 = „gar nicht besser“ bis 4 = „sehr viel besser“ zu bewerten. Außerdem konnten die Befragten die Antwortkategorie „war nie ein Problem“ wählen. Zur besseren Darstellbarkeit wurden hier jeweils die Angaben „gar nicht besser“ und „kaum besser“ sowie „ziemlich“ und „sehr viel besser“ zusammengefasst (vgl. Abb. 34).

Die deutlichsten Verbesserungen ergaben sich (abgesehen von Einzelnennungen unter „Sonstiges“) in den Bereichen der Kernsymptomatik gefolgt vom Verhalten in der Schule bzw. Kindertagesstätte und den Schulleistungen.

### *Beurteilung der gesamten Behandlung*

Unabhängig von der Verbesserung einzelner Symptom- bzw. Problembereiche sollten die Eltern die gesamte Behandlung in Bezug auf Erfolg und Verlauf (Prozessqualität) beurteilen. Dazu wurde die Kurzversion des „Fragebogen zur Behandlungsbeurteilung“ in der Elternversion (FBB-E) von Mattejat und Remschmidt (1998) eingesetzt. Er ermittelt die subjektive Versorgungsqualität aus Sicht der Betroffenen und erfasst daher keine symptom-spezifischen Veränderungen.

Die enthaltenen Fragen lassen sich den beiden Dimensionen „Prozessqualität“ (Behandlungsverlauf, Beziehung zur Therapeutin, allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung) und „Ergebnisqualität“ (Beurteilung des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Gesamtentwicklung des Kindes sowie der Eltern und der Familienbeziehungen) zuordnen. Ergänzt wurden für die vorliegende Untersuchung vier Fragen, die zum Teil auf der Langfassung des FBB beruhen, aber der eigenen Fragestellung angepasst wurden. Diese Fragen lassen sich ebenfalls den Dimensionen Behandlungserfolg und -verlauf zuordnen.<sup>55</sup>

Insgesamt beurteilten die Eltern die Behandlung überwiegend positiv. Im Mittel bewerteten sie den Verlauf der Behandlung (Prozessqualität) signifikant besser als den Behandlungserfolg (vgl. Abb. 35).

Die Auswertung der Einzelangaben (vgl. Abb. 36) zeigte unter anderem, dass die Befragten im Bereich des Behandlungsverlaufs mit dem Kenntnisstand einzelner Ärzte anscheinend sehr zufrieden waren, die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Disziplinen jedoch etwas schlechter bewerteten. Bezogen auf die Ergebnisqualität zeichnet sich eine höhere Zufriedenheit mit den Resultaten für das Kind selbst als mit den Auswirkungen auf das Familienleben und die Situation der Eltern ab.

---

<sup>55</sup> Es ergaben sich für beide Dimensionen gute Reliabilitäten (Skala Behandlungserfolg:  $\alpha = .86$ , Skala Behandlungsverlauf:  $\alpha = .94$ ).

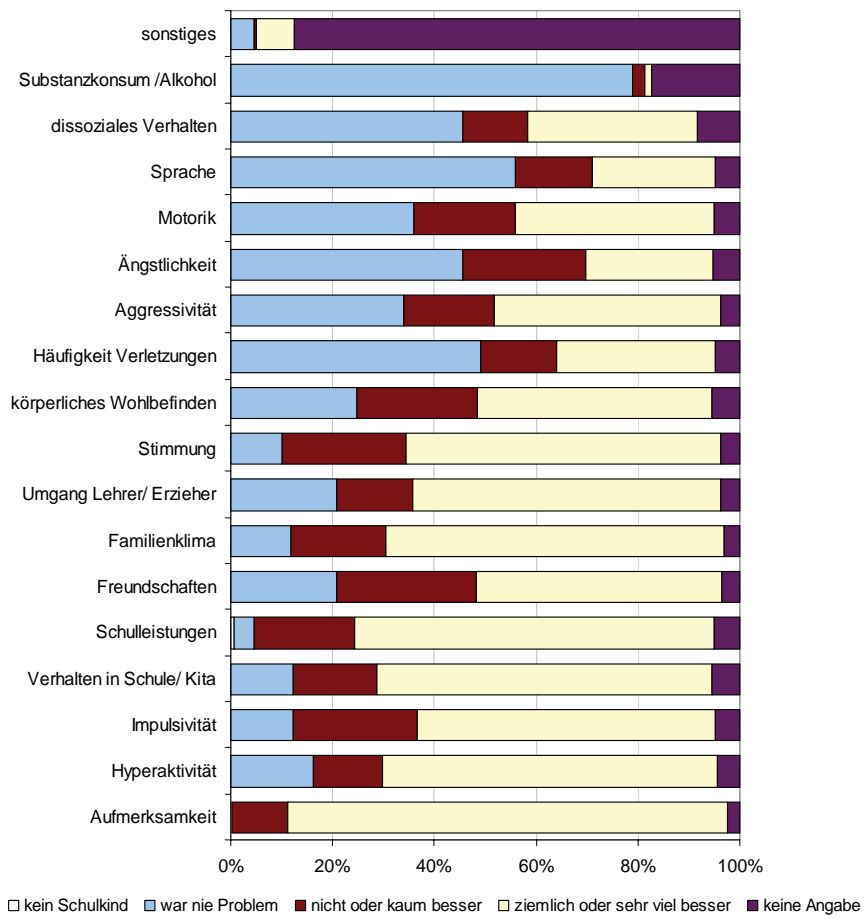


Abb. 34: Verbesserungen in den verschiedenen Problem- und Symptombereichen

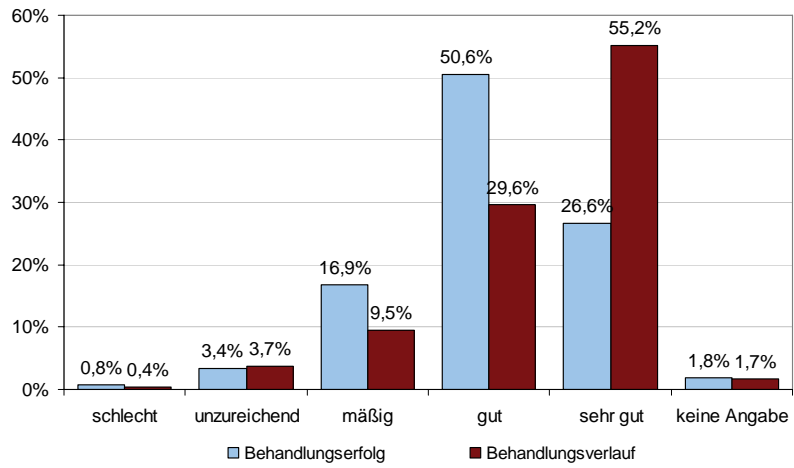


Abb. 35: Beurteilung des Behandlungserfolgs und -verlaufs<sup>56</sup>

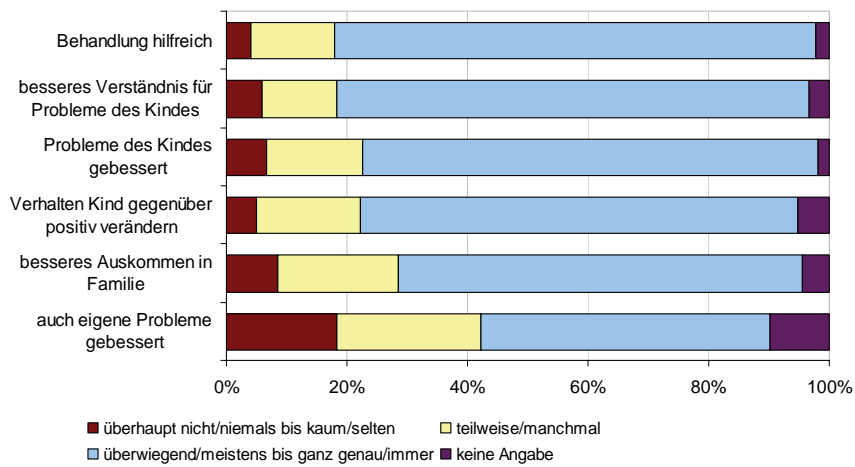


Abb. 36: Bewertung des Behandlungserfolgs (Einzelangaben)

<sup>56</sup> Basierend auf FBB

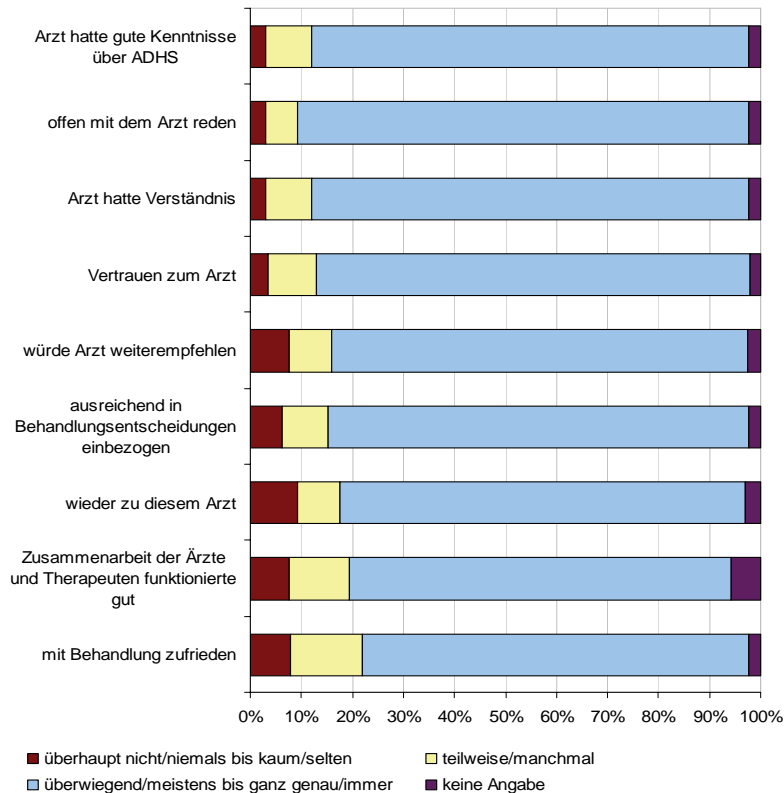


Abb. 37: Bewertung des Behandlungsverlaufs (Einzelangaben)

### **Aktuelle Situation/Problembelastung**

Erhoben wurde außerdem die aktuelle Lebensqualität bzw. Problembelastung des behandelten Kindes und der Eltern mittels des ILK (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen von Matzejat & Remschmidt, 2006).

Die sieben abgefragten Problembereiche Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit sowie eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität entsprechen den Bereichen, die die Eltern zu Beginn des Fragebogens bereits retrospektiv bewertet hatten.

Es folgten zwei Fragen zur Belastung durch die Störung/Erkrankung sowie deren Behandlung. Die Eltern wurden außerdem nach ihrer eigenen Belastung durch die Erkrankung des Kindes gefragt.



Die Eltern sollten zunächst das aktuelle Befinden des betroffenen Kindes in verschiedenen Bereichen jeweils im Vergleich zu Gleichaltrigen beurteilen (mit den Abstufungen 1 = „sehr gut“, 2 = „gut“, 3 = „teils-teils“, 4 = „eher schlecht“ und 5 = „sehr schlecht“).

Nach den Vorgaben der Autoren (Mattejat & Remschmidt, 2006) wurden die einzelnen Angaben folgendermaßen zusammengefasst: Die Angaben „sehr gut“ und „gut“ kennzeichnen den Bereich als unproblematisch, die Angaben „sehr schlecht“, „schlecht“ sowie „teils-teils“ werden als Hinweise auf potenziell problematische Bereiche gewertet (vgl. Abb. 38).

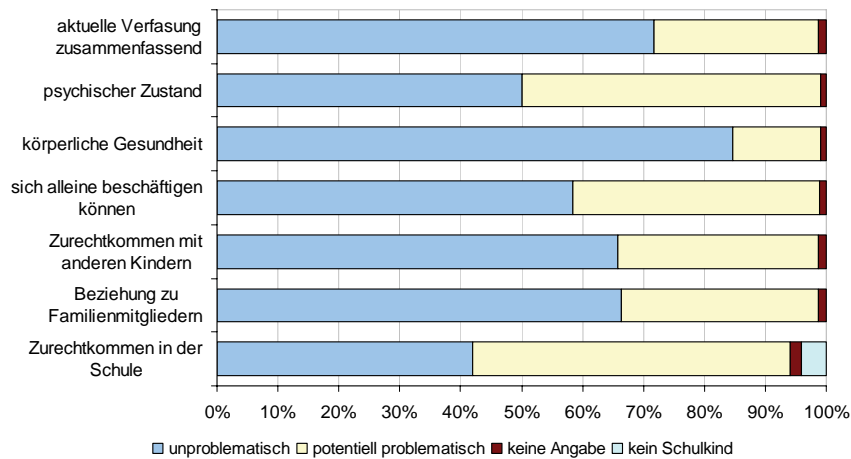


Abb. 38: Bewertung der aktuellen Situation in verschiedenen potenziellen Problembereichen

Am häufigsten wird das Zurechtkommen in der Schule als aktuell problematisch eingeschätzt. Dies ist insbesondere mit Rückblick auf die Ergebnisse der Behandlungserfolge interessant. Obwohl die Eltern die Besserungen im schulischen Bereich sehr hoch bewerteten, scheint dies weiterhin der schwierigste Bereich zu sein. Andere häufig belastete Bereiche waren die psychische Verfassung (seelisches Wohlbefinden) sowie die Fähigkeit, sich allein beschäftigen zu können. Vergleichsweise unproblematisch schien insgesamt die körperliche Gesundheit.

Aus diesen einzelnen Angaben lässt sich ein Lebensqualitäts- bzw. Problembelastungsscore bilden, der Werte von 0 % (bei extrem niedriger Lebensqualität bzw. extremer Problembelastung) bis 100 % bei sehr guter Lebensqualität/geringer Problembelastung annehmen kann. Die betroffenen Kinder erreichen dabei nach Elternangaben aktuell einen Wert von durchschnittlich 69,3 %, die Werte reichten von 7-100 %. Zum Vergleich: In einer schriftlichen Befra-

gung von Eltern 10- bis 18-jähriger Schülerinnen der Allgemeinbevölkerung (n=1.122) erreichten diese durchschnittliche Werte von 75,4-78,3 %. Bei einer telefonischen Befragung einer repräsentativen Elternstichprobe (n=1.008) lagen die Durchschnittswerte mit 77,8-83,6 % noch einmal höher. Im Vergleich mit klinischen (kinder- und jugendpsychiatrischen) Stichproben fielen die von den hier befragten Eltern angegebenen Werte dagegen durchschnittlich deutlich positiver aus (vgl. Matzejat & Remschmidt, 2006).

Insgesamt beurteilten die befragten Eltern die Symptomatik im Mittel als mäßig belastend sowohl für das Kind als auch für die Bezugspersonen.

### 5.2.9 Information und Unterstützung

In dem nun folgenden Abschnitt geht es um den Informationsstand der Befragten zu AD(H)S selbst und den Behandlungsmöglichkeiten sowie ihren Bedarf an weiterer Unterstützung. Hier wurde zunächst erhoben, welche Informationsquellen Eltern häufig nutzen, um sich über AD(H)S zu informieren.

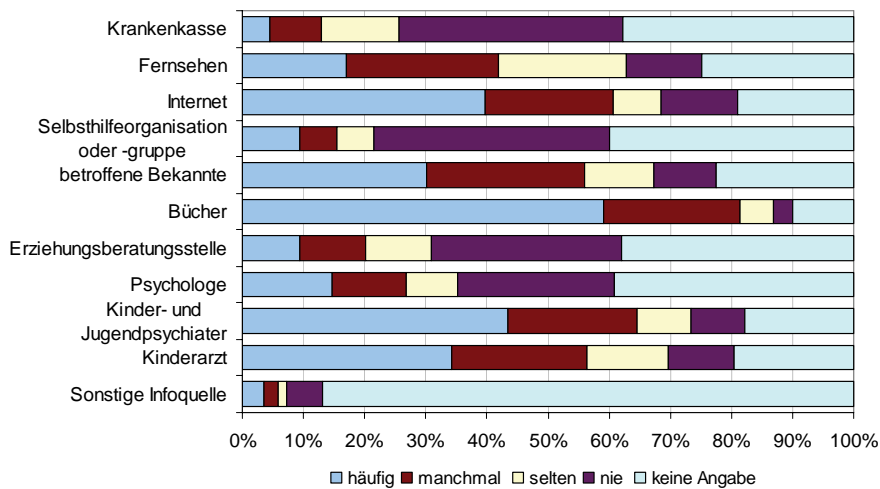


Abb. 39: Häufigkeit genutzter Informationsquellen

Interessanterweise nutzten die Eltern als Informationsquelle über AD(H)S am häufigsten Bücher (vgl. Abb. 39). Ebenfalls häufig gaben sie Kontakte mit Kinder- und Jugendpsychiatern, das Internet, andere Betroffene im Bekanntenkreis sowie den Kinderarzt an. Eher selten wurden Informationen von Erziehungsberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen, Psychologinnen oder der Krankenkasse bezogen, wobei vor allem die seltene Nutzung von

Selbsthilfeverbänden überrascht, die durch vielfältige Aktivitäten (unter anderem im Internet) sehr präsent sind.<sup>57</sup>

Eine Beurteilung des eigenen Informationsstandes zu AD(H)S und den Behandlungsmöglichkeiten ergab, dass die meisten Eltern sich zwar über das Störungsbild AD(H)S allgemein sowie über die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung gut informiert fühlten, sie hingegen den Informationsstand zu Schulen/Kindergärten, Selbsthilfegruppen in der Nähe sowie zu Behandlungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter häufig als zu gering beurteilten. Auch den Informationsstand über primär psychologische Therapien nahm die Mehrheit als zu gering wahr. Auch zu alternativmedizinischen Verfahren und homöopathischen Behandlungsmöglichkeiten, die in der Kategorie „Sonstiges“ häufig erwähnt wurden, wünschten sich die Befragten mehr Informationen (vgl. Abb. 40).

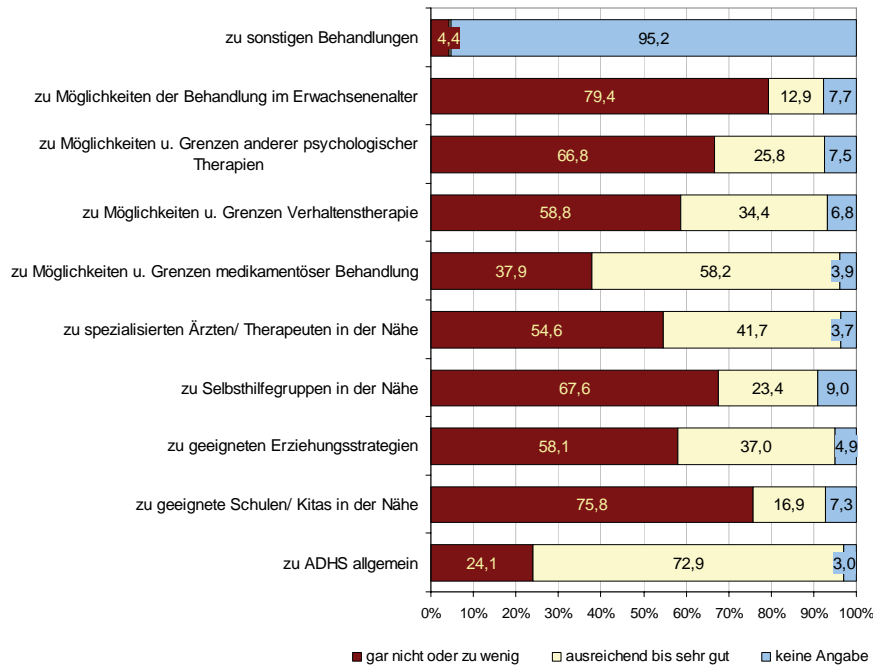


Abb. 40: Beurteilung des eigenen Informationsstandes im Zusammenhang mit AD(H)S

<sup>57</sup> Vgl. z. B. [www.ads-ev.de](http://www.ads-ev.de), [www.bv-ah.de](http://www.bv-ah.de), [www.bv-auek.de](http://www.bv-auek.de)

### **Unterstützungsbedarf**

Eine weitere Frage bezog sich auf den wahrgenommenen Unterstützungsbedarf der Eltern. Abgefragt wurde die benötigte Unterstützung in den Bereichen familiärer Alltag und Erziehung, Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Schule/KiTa, Unterstützung durch Lehrer/Erzieher und Hilfe bei den Hausaufgaben. Weitere Bereiche waren die Bewältigung von Ehe- oder Partnerschaftsproblemen oder weiteren eigenen Problemen und Belastungen der Eltern.

Da sich die AD(H)S-Problematik ungünstig auf die gesamte Familiensituation auswirken kann, kommt es häufig auch zu Partnerschaftsproblemen sowie einer Belastung der gesamten Familienbeziehungen. Auch weil ein Teil der Eltern selbst ähnliche Symptome wie die betroffenen Kinder hat, sind solche Probleme zu berücksichtigen, die auf einen Bedarf an psychotherapeutischen oder soziotherapeutischen Maßnahmen für die Eltern hinweisen können.

Aus diesen Gründen wurde den Eltern die Gelegenheit gegeben, weitere Unterstützungsbereiche in dem Fragebogen zu ergänzen (vgl. Abb. 41).<sup>58</sup>

Das Ergebnis zeigte erneut vor allem Bedarf an zusätzlicher Unterstützung im Bereich Schule/KiTa. Die Eltern wünschen sich mehr Unterstützung durch Lehrer/Erzieher sowie bei der Hausaufgabenbetreuung und der Wahl einer geeigneten Schule bzw. KiTa. Weiterhin recht hoch schien der Bedarf an Unterstützung bei der Umsetzung geeigneter Erziehungsmaßnahmen im Alltag. Die Angaben zu sonstigen Unterstützungsbereichen (n=645 nannten mindestens einen weiteren Bereich) bezogen sich zu einem großen Anteil erneut auf die einzeln abgefragten Bereiche. Klar dominant unter den „sonstigen“ Nennungen war das Thema Schule (seltener auch Kindergarten) in Form von Nennungen wie „Schulprobleme“, „Förderung in der Schule“ und „Hausaufgaben“, „Aufklärung der Lehrer“ oder „mehr Verständnis seitens der Lehrer“. Außerdem häufiger genannt wurden Verhaltenstherapie/-training, Unterstützung bei der Erziehung, insbesondere auch eine konkrete Entlastung oder Begleitung im Alltag sowie Möglichkeiten der Freizeitgestaltung oder -betreuung der Kinder.

Weitere Themen waren die Aufklärung der Öffentlichkeit und ein größeres Verständnis der Mitmenschen gegenüber betroffenen Familien, Probleme in der Pubertät und Behandlungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter, Konflikte unter Geschwistern, eine bessere Diagnostik/Früherkennung sowie das Auffinden bzw. die Auswahl eines kompetenten Behandelnden.

In der Zusammenschau zeigt sich auch im Bereich Information und Unterstützung deutlich, dass für die Eltern das Thema Schule dominant ist. Die vorhandenen Informationen zu geeigneten bzw. im Umgang mit AD(H)S erfahrenen

---

<sup>58</sup> Spezifische Bedarfe am Übergang zum Erwachsenenalter wurden am Ende des Fragebogens separat erhoben.

Schulen und Kindergärten bewerteten sie überwiegend als mangelhaft.<sup>59</sup> Darüber hinaus fehlen den Eltern besonders Informationsquellen zu nichtmedikamentösen Behandlungsalternativen.

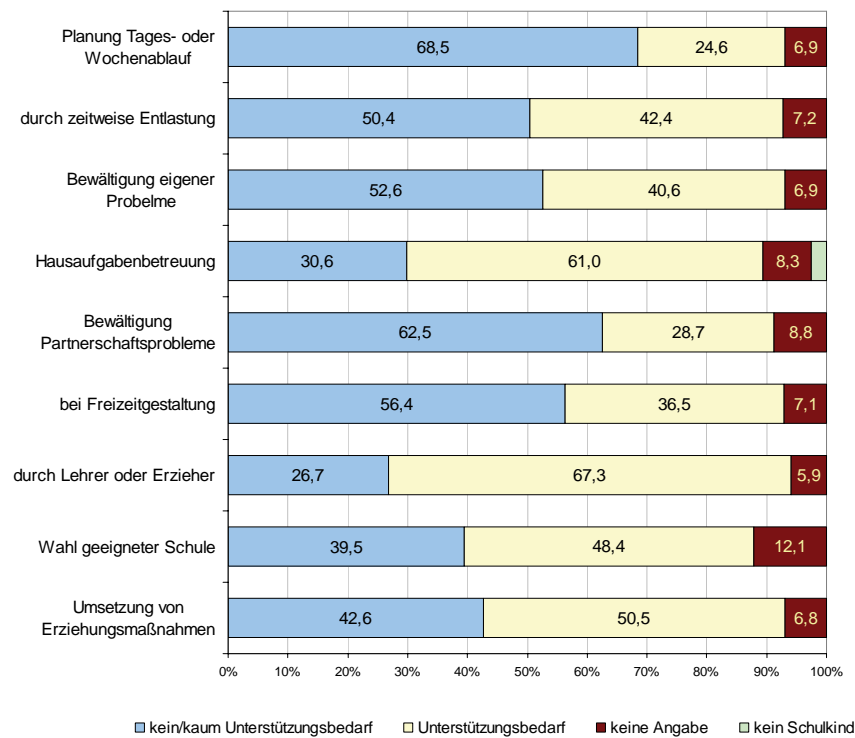


Abb. 41: Unterstützungsbedarf im Alltag<sup>60</sup>

### 5.2.10 Zusammenarbeit mit Schule oder Kindergarten

Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, stellt der Umgang mit AD(H)S in Schule oder Kindergarten für die Befragten einer der zentralen Problembereiche dar. Der folgende Abschnitt bezieht sich noch einmal speziell auf die Zusammenarbeit mit Lehrerinnen/Erzieherinnen und der Schulbehörde.

<sup>59</sup> Das bestehende Informationsdefizit unterstrichen auch Telefonanrufe von Eltern, die sich nach Erhalt des Fragebogens bei uns gezielt nach solchen Einrichtungen bzw. der Existenz eines entsprechenden Verzeichnisses erkundigten.

<sup>60</sup> Anteil Befragter mit weiterem Unterstützungsbedarf

Nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2007) sollte noch vor der Umsetzung pädagogischer oder verhaltenstherapeutischer Maßnahmen in der Schule geklärt werden, ob das Kind einer geeigneten Klasse(nstufe) bzw. Schule oder vorschulischen Einrichtung zugeordnet ist, um Überforderung (in Einzelfällen auch Unterforderung) zu vermeiden. Dieser Punkt sollte in Zusammenarbeit mit Lehrern und der Schulbehörde geklärt werden. Mindestens bei Vorschulkindern steht er (neben anderen Behandlungen) auch vor einer medikamentösen Behandlung. Es sollte demnach keine medikamentöse Behandlung stattfinden, bevor die Frage der angemessenen Schulform oder Klassenstufe nicht geklärt ist.

*„Die meisten Probleme treten in der Schulzeit durch verständnislose Lehrer und zu große Klassen auf.“*

*„Ein guter Start ist jetzt die offene Ganztagschule, die unserem Kind täglich das gleiche Zeitschema bietet, und der stetige Hausaufgabenstress fällt weg.“*

Insgesamt 54,6 % der Befragten gaben an, sie hätten sich mit Lehrerinnen, Erzieherinnen oder der Schulbehörde beraten, ob die besuchte Schule oder KiTa für ihr Kind optimal geeignet sei, oder ob ein Wechsel hilfreich sein könnte. Bei 43,4 % wurde diese wichtige Frage nicht geklärt (weitere 2 % äußerten sich zu dieser Frage nicht). Diese Anteile unterschieden sich nicht bedeutsam zwischen den Bundesländern oder ländlichen vs. städtischen Wohngebieten.

In den Fällen, in denen eine solche gemeinsame Beratung stattgefunden hatte (n=1.237), waren am häufigsten (zu 84,1 %) Lehrer beteiligt. Der Arzt/Therapeut wurde in 56,3 % der Fälle in die Beratung einbezogen. Schulpsychologinnen waren in weniger als einem Drittel der Fälle an den Beratungen beteiligt, die Schulbehörde selbst nur in weniger als einem Fünftel der Fälle (16,8 %). Als sonstige Beteiligte nannten die Betroffenen vorwiegend weitere Behandler (Psychologinnen, Ergotherapeutinnen, Sozialpädiatrische Zentren), das Jugendamt sowie Familienangehörige. Zum Teil ergänzten sie zusätzlich, wie schwierig sich die Zusammenarbeit mit Lehrern oder der Schulbehörde gestaltet hätte, oder dass die Familie auf sich allein gestellt gewesen sei.

Treten bei AD(H)S-Kindern deutliche Schwierigkeiten in der Schule oder KiTa auf, ist eine gute Zusammenarbeit mit den Lehrern oder Erziehern wesentlich. Zum einen sind Informationen von ihnen nötig, um die Problematik in verschiedenen Situationen einzuschätzen. Zum anderen sind beim Auftreten von Problemen in der Schule die Lehrer eine wichtige Informationsquelle über die Wirksamkeit der Medikation (im Vorschulalter sollte in der Regel keine medikamentöse Behandlung stattfinden), und ihre Angaben werden zur optimalen Dosis-einstellung benötigt. Zudem gehören – bei Vorliegen schulischer Probleme – Maßnahmen in der Schule zu einer leitliniengerechten multimodalen Behandlung. Die Umsetzung ist dabei in hohem Maße abhängig von der Bereitschaft der Lehrerin/Erzieherin und den Ressourcen in der Schule.

### Beurteilung des Umgangs der Lehrer mit der AD(H)S-Problematik

Die Eltern wurden gebeten, den Umgang von Lehrern/Erziehern mit Schwierigkeiten ihres Kindes bezogen auf die Aspekte Verständnis, Kompetenz, Ausmaß an Vorurteilen und Engagement sowie den Austausch mit den Lehrern/Erziehern jeweils auf einer fünfstufigen Skala (von 1 = völlig verständnislos bis 5 = sehr verständnisvoll) zu beurteilen. Der Umgang von Lehrerinnen oder Erzieherinnen mit den Schwierigkeiten des Kindes wurde dabei sehr unterschiedlich beurteilt. Tendenziell waren negative Beurteilungen häufiger (vgl. Abb. 42).

*„Ich hätte es besser gefunden, wenn man als betroffene Eltern nicht erst die Lehrer über dieses Krankheitsbild aufklären muss.“*

Die Beurteilung der Lehrkräfte unterschied sich in keinem Bereich nach Wohnumfeld (Stadt-Land). Im Vergleich zwischen den Bundesländern zeigten sich (geringe, aber insgesamt signifikante) Unterschiede: v. a. das Engagement sowie die Kompetenz der Pädagogen wurden in den neuen Bundesländern im Mittel durchgehend besser bewertet.

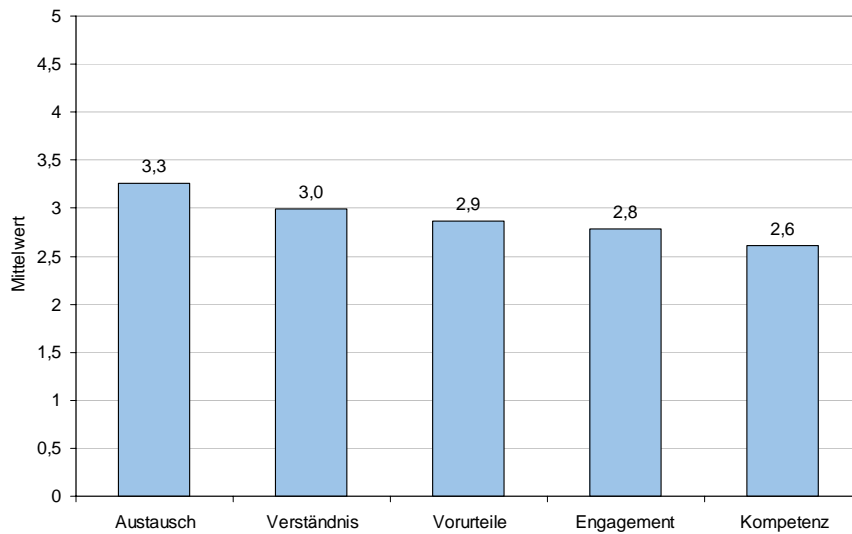


Abb. 42: Beurteilung der Lehrenden im Umgang mit den Problemen des Kindes

Fast die Hälfte der Befragten (48,1 %) gab an, dass sich Lehrerinnen oder Erzieherinnen an der Behandlung des Kindes beteiligen würden, in 40,5 % taten sie dies nicht. 7,6 % der Befragten gaben an, Lehrerinnen oder Erzieherinnen wären über die AD(H)S-Problematik gar nicht informiert. Diese Anteile

unterschieden sich nicht zwischen den Bundesländern oder eher städtischem vs. ländlichen Wohnumfeld.

Waren die Lehrkräfte in die Behandlung eingebunden (z. B. über die Einführung von Punkteplänen, Berichtsheften oder spezifischen Klassenregeln), fiel auch die Bewertung ihres Umgangs mit Problemen des Kindes in allen Aspekten (Verständnis, Kompetenz, Vorurteile, Engagement und Austausch) deutlich besser aus, als in Fällen, in denen die Lehrer nicht an der Behandlung beteiligt oder gar nicht über die AD(H)S-Problematik informiert waren.<sup>61</sup>

Als Gründe, mit den Lehrerinnen nicht zu sprechen, gaben die Befragten z. B. Vorurteile der Lehrer/Erzieher oder Angst vor Stigmatisierung und Benachteiligung der Kinder an. Pädagoginnen würden AD(H)S oft als „Modekrankheit“ abtun, den Eltern Vorwürfe machen, sehr desinteressiert oder auch überfordert sein. Häufig waren auch entsprechende eigene frühere schlechte Erfahrungen mit Lehrern der Grund.

*„Das größte Problem sind die Schulen. Leider mussten wir von dieser Seite (Kind, Eltern) böse Beschimpfungen hinnehmen wie: ‚Ihr Kind ist schlecht erzogen‘, ‚Ihr Kind ist nur stinkfaul‘, ‚Neumodischer Ärztekram, so ein Schwachsinn‘, ‚An der ganzen Situation in der Schule sind nur sie als Eltern schuld‘, ‚Ist zu dumm für diese Schule‘.“*

*„Bitte klären Sie doch verstärkt über dieses Krankheitsbild bzw. Symptom in den Kindergärten und Schulen auf, denn dort ist der Wissensstand über ADS/AD(H)S eher sehr gering bzw. gar keiner vorhanden.“*

### 5.2.11 Kontakte zu anderen Betroffenen

Weitere Fragen bezogen sich auf den Austausch mit anderen Betroffenen in organisierter oder nicht organisierter Form. Erhoben wurden die Häufigkeit der Nutzung und die Bewertung verschiedener Formen des Austauschs mit anderen Betroffenen sowie der wahrgenommene Bedarf an einem solchen Austausch.

Nur gut ein Drittel der Befragten (35,2 %) gab an, sich regelmäßig mit den Eltern anderer Betroffener auszutauschen. Von diesen (n=798) taten dies nur 22,6 % im Rahmen einer Selbsthilfegruppe. Am häufigsten fand ein Austausch rein privat unter Bekannten statt (vgl. Abb. 43). Ein Anteil von 2,5 % der Befragten beantwortete die Frage nicht.

---

<sup>61</sup> Hier ist natürlich nicht festzustellen, ob die Lehrerinnen einbezogen wurden, weil sie z. B. kompetenter waren oder ob umgekehrt ihre Kompetenz durch die Einbeziehung in die Behandlung gestiegen ist.



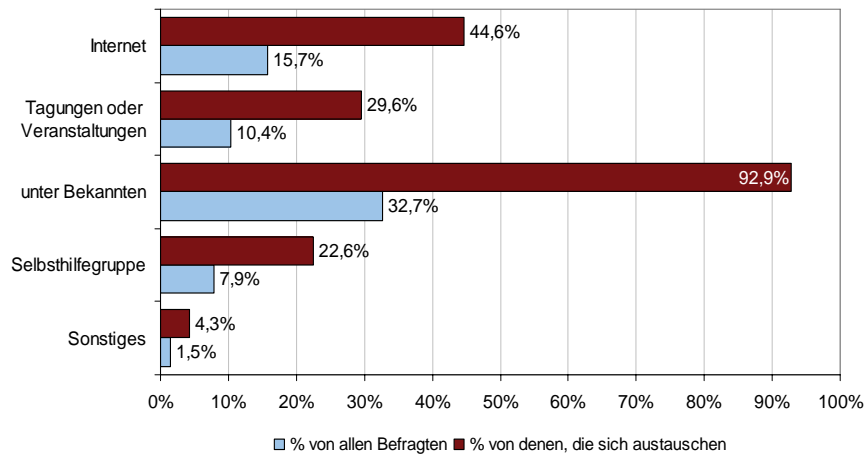


Abb. 43: Nutzung verschiedener Austauschmöglichkeiten

Von den Eltern, die sich nicht regelmäßig mit anderen Betroffenen austauschten, äußerten 53,5 % ein Interesse an einem solchen Austausch.

Die verschiedenen Kontexte des Austauschs wurden überwiegend als hilfreich bewertet. Am schlechtesten schnitt dabei im Mittel das Internet ab, am besten Selbsthilfegruppen.

Als sonstige Austauschmöglichkeiten (n=43) nannten die Befragten v. a. Kuren sowie den Kontakt zu anderen Eltern über Schulveranstaltungen und Elterntrainings.

### 5.2.12 Erwachsene werden mit AD(H)S

Wie bereits dargestellt, ist AD(H)S keine Krankheit, die auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt bleibt. Zwar reduziert sich die äußere Unruhe meist im Jugendalter, bei vielen Betroffenen bestehen jedoch Symptome (in altersspezifischer Form) durchaus auch im Erwachsenenalter weiter.

Da eine Behandlung mit Methylphenidat nur bis zu einem Alter von 18 Jahren zu Lasten der GKV möglich ist, entfällt mit Beginn des Erwachsenenalters eine wirksame Behandlungsmöglichkeit. Gerade bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, die zuvor überwiegend medikamentös behandelt wurden, könnte in diesem Alter verstärkt Bedarf an alternativen Therapien entstehen, da die Medikamente Symptome nur vorübergehend unterdrücken, und die Betroffenen somit nicht gelernt haben, mit ihren Schwierigkeiten auf andere Weise umzugehen.

Daher behandelt dieser letzte Auswertungsabschnitt speziell den Beratungs- und Unterstützungsbedarf am Übergang zum Erwachsenenalter.

### Einschätzung des Bedarfs an einer Weiterbehandlung im Erwachsenenalter

Die Eltern wurden zunächst gebeten, den Bedarf ihres Kindes an einer Weiterbehandlung der AD(H)S-Problematik im Erwachsenenalter einzuschätzen.<sup>62</sup> Fast 40 % (39,2 %) aller Eltern mit nicht volljährigen Kindern gaben an, dass ihr Kind wahrscheinlich oder sicher weiterhin Medikamente benötigen wird, wenn es volljährig ist. In Bezug auf Verhaltenstherapie (23,2 %) oder andere Psychotherapien (16,3 %) waren dies deutlich weniger (vgl. Abb. 44). Allerdings gaben auch mehr als 20 % an, dass eine medikamentöse Behandlung höchstwahrscheinlich nicht mehr erforderlich sei. Bei Verhaltenstherapie und anderen Psychotherapien stimmten jeweils mehr als 30 % dieser Aussage zu. Ein großer Anteil der Befragten gab an, dies noch nicht einschätzen zu können. Dieser Anteil nahm mit zunehmendem Alter der Kinder deutlich ab. Bei Jugendlichen (ab 14 Jahren) stieg dagegen der Anteil derjenigen, die einen weiteren Bedarf an Medikamenten sahen auf 53,3 %. Dagegen war bei Eltern mit nicht volljährigen Kindern ab 14 Jahren auch jeweils ein größerer Anteil der Meinung, dass keine weitere Verhaltenstherapie, andere Psychotherapie oder sonstige Behandlung im Erwachsenenalter nötig sei. Das heißt, mit zunehmender Annäherung an das Alter, in dem die Medikamente i. d. R. abgesetzt werden müssen, steigt die Präferenz für eine weitere medikamentöse Behandlung im Gegensatz zu alternativen Behandlungen.

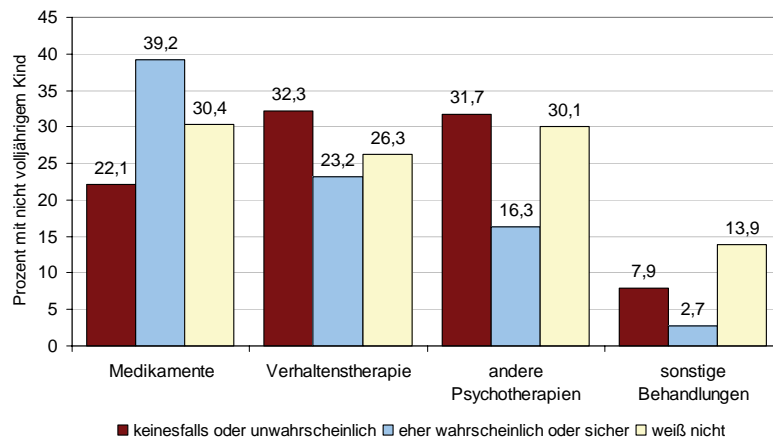


Abb. 44: Weiterer Behandlungsbedarf im Erwachsenenalter nach Therapieform<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Ausgenommen waren hierbei Eltern von bereits volljährigen Kindern.

<sup>63</sup> Bezogen auf n=2.155 mit nicht volljährigen Kindern

Alle weiteren Fragen wurden nur an die Eltern von mindestens 14-jährigen Jugendlichen gerichtet. Ungefähr ab diesem Alter dürfte der Schulabschluss und damit auch Überlegungen zur beruflichen Zukunft und Ablösung von Elternhaus ebenso wie eine mögliche Beendigung der medikamentösen Behandlung für die Betroffenen ein zentrales Thema werden. Die folgenden Auswertungen beziehen sich daher auf die 817 Fälle, in denen die Kinder das entsprechende Alter bereits erreicht hatten.

Zunächst wollten wir wissen, inwiefern die Möglichkeiten einer Weiterbehandlung im Erwachsenenalter im Gespräch mit der Behandlerin bereits thematisiert wurden. Nur 10,2 % der Befragten mit Kindern im Jugendalter gaben an, dass sie mit ihrem Arzt oder Therapeuten bereits darüber gesprochen hätten, wie die Behandlung des Kindes im Erwachsenenalter fortgesetzt werden soll. Dieser Anteil variierte signifikant mit dem Alter: Er lag bei Jugendlichen im Alter von 16 Jahren (15,7 %) und 17 Jahren (21,4 %) deutlich höher als bei 14- oder 15-Jährigen (7,5 bzw. 8,0 %). Dennoch erscheinen diese Anteile sehr gering.

Die Mehrheit der Befragten mit Kindern im Alter ab 14 Jahre gab an, dass noch nicht feststand, ob ihr Kind im Erwachsenenalter weiter medikamentös behandelt werden würde, bei 15,4 % war die Behandlung mit Medikamenten bereits beendet. Unter den Eltern, die eine Aussage zu einer Weiterbehandlung mit Medikamenten machten, gaben ca. zwei Drittel an, eine solche Behandlung würde im Erwachsenenalter fortgesetzt (überwiegend mit den gleichen Medikamenten wie bisher), nur ca. ein Drittel verneinte dies.

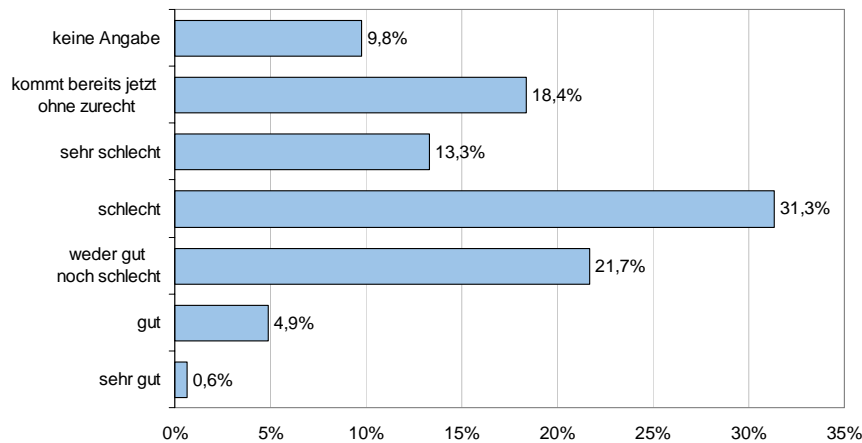


Abb. 45: Einschätzung eines Zurechtkommens ohne Medikamente<sup>64</sup>

<sup>64</sup> n=817 Kinder ab 14 Jahre

Ein zukünftiges Zurechtkommen ihres Kindes ohne Medikamente sahen die Eltern überwiegend skeptisch. Nur 5,5 % waren der Meinung, ihr Kind würde ohne Medikamente gut oder sehr gut zurechtkommen. Allerdings kamen auch 18,4 % der Kinder ab einem Alter von 14 Jahren bereits ohne Medikamente aus (vgl. Abb. 45).

### **Unterstützungsbedarf beim Übergang ins Erwachsenenalter**

Abschließend ging es um den Unterstützungsbedarf in einigen im Jugendalter relevanten Bereichen, die sich gerade bei AD(H)S-Betroffenen schwierig gestalten können. Die Eltern hatten auch hier die Möglichkeit, weitere Bereiche zu ergänzen.

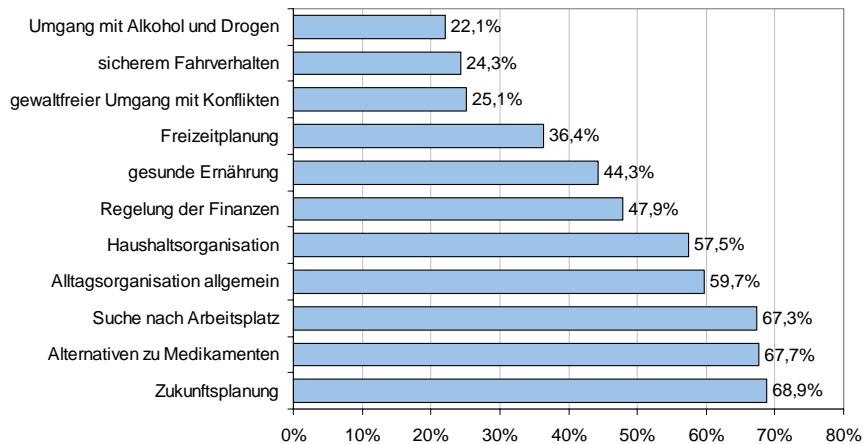


Abb. 46: Prozentanteil Jugendlicher mit Unterstützungsbedarf in verschiedenen Lebensbereichen<sup>65</sup>

Unterstützungsbedarf beim Übergang ins Erwachsenenalter wurde vor allem gesehen in den Bereichen Zukunftsplanung, Suche nach einem Arbeitsplatz sowie Alternativen zu einer medikamentösen Behandlung (vgl. Abb. 46). Als weniger bedeutsam schätzten die Eltern den Umgang mit Drogen und Alkohol sowie sicheres Fahrverhalten oder einen gewaltfreien Umgang mit Konflikten ein. Die Angaben zu sonstigen Unterstützungsbereichen bezogen sich relativ häufig auf verschiedene Aspekte des Sozialverhaltens („Umgang mit Gleichartigen“, „Sozialverhalten“, „Konflikte mit Erwachsenen“).

<sup>65</sup> (Anteil „stimmt ziemlich“ oder „stimmt völlig“ an den gültigen Antworten ohne „weiß nicht“ oder „keine Angabe“)

## 5.3 Teilstudie II: Behördenbefragung

### 5.3.1 Stichprobenbeschreibung

Von den 35 versendeten Fragebögen erhielt die Universität 16 ausgefüllt zurück, wobei von 16 angeschriebenen Bundesländern 12 einen oder mehrere ausgefüllte Fragebögen zurücksandten.<sup>66</sup> Bei den zurücksendenden Personen handelte es sich mehrheitlich um Referentinnen der Kultusministerien. Da im Anschreiben aber auch die Möglichkeit einer Weiterleitung des Fragebogens an andere Zuständige eingeräumt wurde, erhielten wir z. B. auch einen Fragebogen vom ADHS-Netzwerk Gotha.<sup>67</sup> Einige Bundesländer (wie Bayern und Schleswig Holstein, Hessen) meldeten zurück, dass sie nicht in der Lage seien den Fragebogen zu beantworten, da dies eine umfangreiche Recherchearbeit erfordere. Andere Bundesländer hingegen (u. a. Baden-Württemberg, Thüringen, Sachsen und Niedersachsen) sandten zusätzlich zum ausgefüllten Fragebogen umfangreiches Informationsmaterial, das unter anderem Informationen für Eltern, Handreichungen und Leitlinien für Lehrkräfte, Veranstaltungshinweise und Arbeitsmaterialien für Lehrer enthielt. Das Informationsmaterial umfasst verschiedene inhaltliche Aspekte und soll nach Aussage der Bundesländer dazu dienen, Lehrer und Eltern im Umgang mit aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Schülern mehr Sicherheit zu geben.

Insgesamt wurde ersichtlich, dass der Großteil der Schulen mit der Thematik AD(H)S befasst ist. Besonders hervorzuheben sind die Aktivitäten der neuen Bundesländer Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen und die Aktivitäten der Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hamburg. Die genannten Bundesländer haben sich bereits ausführlich mit der Thematik AD(H)S befasst. Ihre Aktivitäten liegen primär in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung von Lehrkräften, in der sonderpädagogischen Förderung und in der Vermittlung von Hilfsangeboten.

Hingegen weisen die Bundesländer Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Hessen in diesem Bereich geringe bis keine Tätigkeiten auf und scheinen sich mit der Thematik ADHS noch nicht weitergehend befasst zu haben.

---

<sup>66</sup> Einige der angeschriebenen Personen forderten den Fragebogen in elektronischer Version an und sandten diesen per E-Mail zurück. Aus Thüringen gingen drei ausgefüllte Fragebögen von verschiedenen Behörden ein.

<sup>67</sup> Da aus Thüringen jedoch auch ein Fragebogen des Kultusministeriums einging, konnte dieser das Gesamtbild sinnvoll ergänzen.

## **5.3.2 Übersicht der Ergebnisse nach thematischen Schwerpunkten**

### **5.3.2.1 Aktuelle Beschäftigung mit dem Thema AD(H)S**

Die Frage, ob sich der oder die Angesprochene bzw. die zugehörige Behörde aktuell mit der Thematik AD(H)S befassen, verneinten die vier Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern, Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Während in Bayern und Sachsen-Anhalt auf andere zuständige Stellen verwiesen und der Fragebogen trotzdem weiter ausgefüllt wurde, konnten die Zuständigen in Schleswig-Holstein und Niedersachsen kaum weiterführende Angaben machen und scheinen mit der Thematik nicht befasst zu sein.<sup>68</sup>

### **5.3.2.2 Gemeinsames Verständnis zum Umgang mit AD(H)S in Schulen**

Unter den jeweiligen Zuständigen und Akteuren in den sieben Bundesländern Bayern, Thüringen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern besteht weitgehend ein gemeinsames Verständnis zum Umgang mit ADHS.

In Thüringen besteht ein gemeinsames Verständnis zwischen den Referenten für Lehrerfortbildung, Landesfachberaterinnen für sonderpädagogische Förderung und den Vertretern der Schulpsychologen an den staatlichen Schulämtern. Das gemeinsame Verständnis umfasst ein grundsätzliches Recht auf individuelle Förderung, die Förderung im Schulalltag und ergänzende außerschulische Maßnahmen.

Dieses gemeinsame Verständnis bezieht sich vorrangig auf die Unterstützung, Fortbildung und Aufklärung von Lehrkräften. In einzelnen Bundesländern gibt es zusätzlich auch zum Umgang mit betroffenen Schüler und Eltern ein gemeinsames Verständnis.

Die aktuelle Umsetzung des jeweiligen gemeinsamen Konzepts wurde weitgehend als positiv bewertet. Es zeigte sich jedoch, dass auch in Zukunft ein hoher Informationsbedarf besteht. Zudem führten einige Bundesländern an, dass die aktuelle Umsetzung in Ansätzen gut sei, aber an einzelnen Schulen sehr unterschiedlich realisiert werde.

### **5.3.2.3 Vorliegen von AD(H)S-Curricula**

Entsprechend lagen spezielle Curricula oder Empfehlungen für Lehrende im Umgang mit ADHS in der Schule in den sieben Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Thüringen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern vor. Diese reichten von Informationsbroschüren bis zu Richt-

---

<sup>68</sup> Im Rahmen dieser Untersuchung bestand nicht die Möglichkeit, umfassende Recherchen zu möglicherweise trotzdem vorhandenen (behördlichen) Aktivitäten zum Thema AD(H)S in diesen Bundesländern durchzuführen.

linien in Kombination mit einem spezifischen Förderprogramm (Thüringen). In Bayern beinhaltet das Curriculum eine Empfehlung in Form einer Buchempfehlung. In Bayern wird die Broschüre „Aufmerksamkeitsgestörte hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht“ (Auer-Verlag) für Lehrer und Lehrerinnen oder Schulen zum Umgang mit ADHS- betroffenen Kindern herangezogen.

In Baden-Württemberg umfasst das Material explizite Handreichungen für Lehrkräfte. Diese verfolgen das Ziel, Lehrkräfte in der Diagnostik und Therapie zu unterstützen, um sie dadurch zu wichtigen Kooperationspartner im Umgang mit AD(H)S in Schulen zu machen. In Rheinland-Pfalz liegt eine Verwaltungsvorschrift zur „Förderung von Kindern mit Lernschwierigkeit und Lernstörungen“ vor. Hierbei handelt es sich um eine praxisnahe Darstellung, wie Schulen in Kooperation mit Eltern den Förderauftrag (im Unterricht von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten) umsetzen können.

In Sachsen wurde Arbeitsmaterial für die „Hand des Lehrers“ herausgegeben. Dieses soll Lehrenden im Umgang mit aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Schülern mehr Sicherheit geben. Gleichzeitig soll es für die schwierige Arbeit Mut machen und Möglichkeiten für ein hilfreiches Lehrverhalten aufzeigen. Zu den Inhalten zählen diagnostische Hilfen, Hilfen für Ablauf des Unterrichts, Tipps und Tricks sowie Trainingsprogramme und das Lernen mit allen Sinnen.

In Hamburg umfasst das Curricular ein Rundschreiben zu den „Aufgaben der Lehrkräfte im medizinischen Bereich“, der Behörde für Sport und Bildung. Dieses definiert die Verantwortlichkeiten der Lehrkräfte im medizinischen Bereich und beinhaltet, dass Lehrkräfte berücksichtigen und einschätzen müssen, welche Forderungen an ein „krankes Kind“ gestellt werden können und welche Rücksichtnahme und Schonung dieses Kind braucht. Um das zu erfahren, sind Gespräche notwendig, Gespräche mit den Eltern und dem Kind.

Weitere Inhalte der Curricula in den Bundesländern beziehen sich auf das Recht auf Fortbildung der Lehrer und die Förderung von Schülern (z. B. durch Konzentrationstraining, Motivationstraining und Nachhilfe), Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten.

In einer weiteren Frage wurde die Verbindlichkeit der bestehenden Curricula bzw. Regelungen erhoben. In diesem Zusammenhang wurde ersichtlich, dass sich die Verbindlichkeiten der Regelungen stark zwischen den einzelnen Bundesländern unterscheiden. Während in Baden-Württemberg und Hamburg die Vorschriften als verbindlich für Lehrkräfte anzusehen sind, haben die Regelungen in den anderen Bundesländern vorwiegend einen Empfehlungscharakter, deren Anwendung im Ermessen und Verantwortungsbereich der Schule liegt.

#### **5.3.2.4 Fortbildungsangebote für Lehrende**

Die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Thüringen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern bieten für Lehrkräfte Fortbildungsmaßnahmen speziell zur AD(H)S-Thematik an.

Den Lehrkräften werden vorwiegend Fort- und Weiterbildungen, Symposien, Basislehrgänge, und Aufbaulehrgänge angeboten. Zu den Inhalten der Fortbildungen zählen hauptsächlich die Ursachen, Symptomatik, Diagnostik, Therapie, pädagogisch geeignete Maßnahmen im Umgang mit betroffenen Kindern, besondere Fördermaßnahmen sowie Hilfe und Unterstützung für Eltern und Lehrkräfte.

Hauptsächlich sind die Kultus- und Staatsministerien sowie Schulpsychologische Beratungsstellen für die Fortbildungsangebote verantwortlich. Sie arbeiten zusammen mit speziellen Instituten für Lehrerfortbildung (z. B. Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Niedersächsisches Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg) oder auch der Volkshochschule (VHS). Weitere Anbieter von Maßnahmen sind Universitäten, Bildungsinstitute, regionale Fortbildungsträger und Schulaufsichtsbehörden.

Die Nachfrage nach solchen Fortbildungen scheint in allen Bundesländern sehr ausgeprägt zu sein. Exemplarisch werden hier die Teilnehmerzahlen von Thüringen angeführt: In Thüringen wurden im Schuljahr 2006/07 53 Fortbildungen, 133 Einzelberatungen, 10 Elternabende und 23 Gruppenberatungen zur AD(H)S Thematik angeboten und durchgeführt. Alle angebotenen Veranstaltungen waren sehr stark nachgefragt und gut besucht. Die meisten Bundesländer gaben darüber hinaus an, zusätzliche Fortbildungskurse zu planen bzw. einführen zu wollen.

#### **5.3.2.5 Professionelle Betreuung**

In allen teilnehmenden Bundesländern werden Schulpsychologen in die Beratungen von AD(H)S-Kindern einbezogen. Ihre Aufgabe besteht primär in der Früherkennung und der Betreuung von AD(H)S-Kindern. Die Beratungen umfassen ein weites Spektrum in den einzelnen Bundesländern und reichen von Beratungen mit Lehrkräften bis hin zu Einzelfallberatungen zwischen den Eltern und Klassenlehrerinnen. Die Beratungen richten sich in den einzelnen Bundesländern an unterschiedliche Akteure, zu denen Lehrkräfte, die Schulleitung, Eltern, Schüler, Jugendliche und außerschulische Experten (Therapeuten, Kinderärztinnen und Erziehungsberatern) zählen.

In den drei Bundesländern Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern gibt es Schulen, die speziell im Umgang mit ADHS-Kindern erfahren sind und anderen Schulen sowie betroffenen Eltern empfohlen werden können. Zu diesen Schulen zählen überwiegend Förderschulen, nur selten Grundschulen, regionale Schulen oder Gymnasien. Dieses schulische Angebot gehört nach Aussage dieser Bundesländer zu den Hauptelementen der professionellen Betreuung. In Hamburg werden Therapien nur auf Initiative der Erziehungsberechtigten und auf der Basis ärztlicher Empfehlungen außerhalb der Schule durchgeführt. Spezielle therapeutische Möglichkeiten für Kinder mit AD(H)S in Schulen (z. B. Ergotherapie, psychologische Beratung der Familien



oder andere Hilfsmittel) werden nur in den Bundesländern Brandenburg und Thüringen angeboten.

#### **5.3.2.6 Therapie in der Schule**

In den drei Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Rheinland-Pfalz gibt es Empfehlungen seitens der Schulen zum Beginn einer Therapie bei Kindern mit einer AD(H)S- Problematik. Primär bieten diese Schulen pädagogische und psychologische Maßnahmen an, wobei die häufigste Hilfestellung Hilfen zur Erziehung sind. Häufig werden Empfehlungen in Bezug auf eine Therapie von Schulpsychologinnen ausgesprochen, nur in Einzelfällen vom Klassen- und Vertrauenslehrer. In Hamburg beispielsweise gehören therapeutische Angebote nicht zum Aufgabenbereich schulischer Zuständigkeiten, allerdings gibt es Schulen, die den Schülern Kleingruppentrainings anbieten. Lehrer können – nach Aussage der befragten Bundesländer – primär Beobachtungen machen und das Aufsuchen eines Facharztes oder der psychologischen Beratungsstelle empfehlen. Die Bundesländer betonen jedoch, dass Schulen nicht die Verantwortung für derartige Empfehlungen und insbesondere nicht für Fragen der medikamentösen Behandlung übernehmen können. Der Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schulen erstreckt sich nach Meinung der Bundesländer nicht auf die Beurteilung von Behandlungsmaßnahmen. Ob AD(H)S vorliegt und welche Maßnahmen zur Behandlung notwendig sind, seien medizinische und keine pädagogischen Fragen.

#### **5.3.3 Vergleich nach Bundesländern**

Nachdem die vorausgegangenen Abschnitte die Ergebnisse der Befragung nach inhaltlichen Gesichtspunkten dargestellt haben, soll im Folgenden noch einmal eine Übersicht nach Bundesländern erfolgen. Dies soll einen Vergleich des sehr unterschiedlichen Gesamtbildes in den Bundesländern erleichtern.

Die Bundesländer Niedersachsen, Hessen und Schleswig Holstein haben aufgrund fehlender Informationen bzw. statistischer Auswertungen den Fragebogen nicht beantwortet. Aus Sicht der genannten Bundesländer wäre für die Beantwortung des Fragebogens eine umfangreiche Recherche erforderlich gewesen, die nicht mit vertretbarem Aufwand der Behörden geleistet werden konnte. Die genannten Behörden schickten jedoch Handreichungen und Broschüren, wie beispielsweise die „Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten im Verhalten“ und Literaturempfehlungen.

In Niedersachsen sind die Behörden zum aktuellen Zeitpunkt nicht mit der Thematik AD(H)S befasst. Es bestehen regionale Fortbildungsangebote, die jedoch nicht Standardangebot des Niedersächsischen Landesamts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (NILS) sind.

Schleswig Holstein hebt in seiner Förderphilosophie nicht auf die Ursache bestimmter Krankheitsbilder oder Behinderungen ab. Vielmehr sollen Lehrkräfte

bei jedem Kind ermitteln, welche Bedingungen und Unterstützung es braucht, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Dem Ministerium für Bildung und Frauen ist die Problematik AD(H)S bekannt. Eine spezielle Förderung im Unterricht ist zukünftig nicht vorgesehen.

Auch in Hessen erfolgt nach Aussage des Kultusministeriums zum aktuellen Zeitpunkt keine weitergehende Beschäftigung mit der Thematik AD(H)S. Nach Aussagen des Kultusministeriums nehmen jedoch die Staatlichen Schulämter und das Amt für Lehrerbildung das Thema sehr ernst und bieten Fortbildungen an.

Die Bundesländer Thüringen, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg sind aufgrund ihres ganzheitlichen Ansatzes und ihrer vielfältigen Aktivitäten im Bereich AD(H)S besonders hervorzuheben.

Eine herausragende Rolle nimmt Thüringen ein. Aus diesem Bundesland sandten drei verschiedene Institutionen (Thüringer Kultusministerium, Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien, Netzwerk ADHS Gotha) einen ausgefüllten Fragebogen zurück. Thüringen positioniert sich bezüglich der AD(H)S-Problematik klar und sieht die Schule als großes Problemfeld, indem es anzuknüpfen und zu fördern gilt. In Thüringen erfolgen Tätigkeiten auf vielfältigen Ebenen. Die verschiedenen Akteure (ADHS Netzwerk, Selbsthilfegruppen, Ministerien) haben es sich zum Ziel gesetzt, gemeinsam für eine bessere Versorgung, Betreuung und Förderung von verhaltensauffälligen Kindern, Jugendlichen und – immer aktueller werdend – auch Erwachsenen in Thüringen einzutreten. Die Akteure in Thüringen veranstalten seit mehreren Jahren intensive Fortbildungsveranstaltungen zur Thematik AD(H)S. Diese erfreuen sich zunehmender Beliebtheit, was die steigenden Teilnehmerzahlen belegen. In gelungener Weise werden hierbei Ärztinnen und Therapeuten, Lehrerinnen und Erziehungswissenschaftler, Psychologinnen und Studierende zusammengeführt und diskutieren über neueste Forschungsergebnisse. Alle Aktivitäten erfolgen vor dem Hintergrund einer Konsenskonferenz von 2002, in der gefordert wurde, eine breitere Öffentlichkeit über die Problematik zu informieren und sie zu sensibilisieren. Zu den Angeboten zählen neben der sonderpädagogischen Förderung die Zusammenarbeit und Kooperation mit Pädagoginnen und Eltern, Beratung von Familien, Vermittlung von Hilfsangeboten durch das Netzwerk und die Kooperation mit anderen Bundesländern. Auch in Zukunft plant das Bundesland vielfältige weitere Aktivitäten und Veranstaltungen, unter anderem zu den Themen wie Erlebnispädagogik und Entspannungsmethoden. Thüringen vertritt die Auffassung, dass nach der Diagnosestellung die Elemente einer multimodalen Behandlung je nach individueller Notwendigkeit sorgfältig ausgewählt werden sollten. Hierzu zählen Aufklärung und Beratung von Kindern, Eltern und Lehrkräften, Elterntaining, schulische Förderung, therapeutische Hilfe und eventuell medikamentöse Therapie. Das AD(H)S Netzwerk Gotha sieht seine spezielle Aufgabe in der Unterstützung dieser Kinder, um ihnen eine optimale Entwicklung entsprechend ihrer Fähig-

keiten zu ermöglichen. Die Begleitung der Eltern ist ihnen dabei besonders wichtig. Da immer noch zu wenig Kenntnis über AD(H)S bei Pädagogen und Eltern besteht, betonen das Thüringer Kultusministerium, das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien und das „Netzwerk ADHS Gotha“ den hohen Bedarf an Weiterbildungen und fortlaufender Reflexion. Vor allem bei Eltern besteht ein konkreter Hilfebedarf. Neben den oben genannten Aktivitäten setzt sich Thüringen aktiv für den Entwurf einer Förderrichtlinie ein, nach der alle Kinder mit AD(H)S Recht auf Förderung an allen allgemein bildenden Schulen haben.

Auch Baden-Württemberg zeichnet sich in besonderem Maß durch sein Engagement im Themenbereich AD(H)S aus und bietet vielfältige Maßnahmen an. Auf der Grundlage der „Verwaltungsvorschrift für SchülerInnen mit Behinderungen und besonderem Förderbedarf“ (1999) unternehmen die Schulbehörden auf Veranlassung des baden-württembergischen Kultusministeriums vielfältige Anstrengungen, um verhaltensauffällige Kinder rechtzeitig zu erkennen und sie richtig zu behandeln. Lehrer und Schulpsychologen sollen verstärkt nachqualifiziert werden, um ihnen den Umgang mit diesen schwierigen Kindern zu erleichtern. In den Schulämtern und Oberschulämtern werden Berater ausgebildet, die bei entsprechendem Verdacht tätig werden sollen. Außerdem sieht die genannte Verwaltungsvorschrift vor, Kinder mit seelischen Behinderungen, welche häufig die Ursache für Verhaltensauffälligkeiten sind, in den Regelschulen zu fördern. Lehrkräfte werden als Kooperationspartner angesehen. Sie sollen in Zusammenarbeit mit Schulleitern gefördert werden, um der Unsicherheiten der Lehrkräfte und Schulleiter im Umgang mit ADHS zu begegnen. Des Weiteren zeichnet sich Baden-Württemberg durch ein großes Fortbildungsangebot für Lehrkräfte aus. Eltern werden in die Thematik AD(H)S als Erziehungspartner einbezogen und die Fördermaßnahmen mit ihnen abgestimmt. Nach der oben genannten Vorschrift kommt ein Wechsel z. B. in eine Förderschule erst dann in Frage, wenn trotz spezieller Förderung und begleitender Therapien ein Kind den Anforderungen seiner Klasse nicht gerecht wird. Es ist besonders hervorzuheben, dass in Baden-Württemberg eine weit reichende Vernetzung mit Selbsthilfegruppe und Therapeuten besteht. Durch die Vernetzung der unterschiedlichen an der Versorgung beteiligten Disziplinen und Fachgruppen soll der bestehende fachübergreifende Dialog ausgebaut werden. Die Verbesserung der Zusammenarbeit soll dazu führen, dass Kinder und Jugendliche schneller die geeigneten Hilfen erhalten und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Unterstützend wirkt hierbei ein AD(H)S-Qualitätszirkel. Er soll einen regen Wissensaustausch und gute Zusammenarbeit mit Ärzten, Frühförderstellen, Ergotherapeuten, Logopädinnen, Physiotherapeutinnen, Kinderpsychiatern, Psychologen und Schulleiterinnen ermöglichen. Darüber hinaus plant Baden-Württemberg ein Symposium für Erzieher und Lehrerinnen mit dem Titel „ADHS früh erkennen, ADHS früh fördern“. Ein interessantes Ergebnis ist außerdem, dass es in Baden-Württemberg seit kurzem die erste Schule in Deutschland gibt, die sich ausschließlich um ADHS-

Kinder kümmert. An der Münsinger Schule (privates Gymnasium) in Esslingen lernen 25 Kinder der Klassen 5-8 in Kleingruppen und werden individuell gefördert. Ebenfalls beachtenswert ist es, dass Baden-Württemberg in den Lehramtsstudiengängen der pädagogischen Hochschulen, Seminare zur Thematik AD(H)S anbietet.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern werden Aktivitäten im Bereich AD(H)S angeboten und durchgeführt. Unter anderem findet hier im Jahr 2008 die 2. AD(H)S-Messe statt. Unter den Themen „AD(H)S und Schule“, „Prävention/Straffälligkeiten“ und „AD(H)S im Erwachsenenalter“ haben die Besucher an ca. 40 Infoständen die Möglichkeit, sich mit Vertretern von Selbsthilfegruppen, Fachverbänden, Rehakliniken und verschiedenen Therapieeinrichtungen ausführlich und gezielt über die Diagnose und die Therapie von AD(H)S zu informieren.

In Hamburg zeigt die Praxis, dass es an vielen Schulen Lehrkräfte gibt, die über ein besonderes Geschick im Umgang mit AD(H)S-Kindern verfügen. Regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen, Fortbildungsangebote für Lehrkräfte, schulinterne Fortbildungen und die Beratung von Schulen unterstützen Lehrkräfte und Schulen im Umgang mit AD(H)S. Die Aktivitäten der Akteure im Bereich AD(H)S sind über den „Hamburger Arbeitskreis AD(H)S“ vernetzt. Zukünftig plant Hamburg die Erstellung eines Leitfadens für den Umgang mit AD(H)S-Schülern.

#### **5.3.4 Zukünftige Verbesserungsoptionen**

Die Befragung zeigt, dass die Auseinandersetzung mit der AD(H)S-Problematik und die diesbezüglichen Aktivitäten sich in den Bundesländern sehr unterschiedlich darstellen. Alle befragten Akteure gaben an, dass im Umgang mit AD(H)S in Schulen noch weit reichende Verbesserungen notwendig seien.

Da Erscheinungen und Auswirkungen von AD(H)S nicht bei jedem Kind gleich sind und es keine allgemeingültigen Verhaltensweisen für den Umgang von AD(H)S betroffenen Kindern geben kann, betonen alle Bundesländer die Notwendigkeit der Aufklärung von Lehrkräften. Lehrkräfte müssen besonders zu AD(H)S-Ursachen sowie Hilfsangeboten und Beratungen geschult und aufgeklärt werden. Mecklenburg-Vorpommern betont die Dringlichkeit weiterer Fortbildungsangebote für Lehrkräfte und die Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen. Sachsen-Anhalt führt an, dass Schulen und Lehrkräfte umfangreiches Wissen über besondere Voraussetzungen von Kindern mit AD(H)S im schulischen Lernprozess benötigen. Dies erfordere eine intensive Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild AD(H)S, um daraus pädagogische Konsequenzen ableiten zu können. Neben der Notwendigkeit weiterer Fortbildungen, Schulungen und Aufklärungen betont das Bundesland Thüringen den Anspruch von Kindern mit AD(H)S auf eine multimodale Behandlung, die neben einer sorgfältigen Diagnose auch die Beratung der Eltern, Angehörigen und andere

Bezugspersonen sowie therapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einschließen sollte.

Darüber hinaus sollten Lehrer eine angemessene Haltung gegenüber Kindern mit AD(H)S entwickeln. Schüler mit einer AD(H)S-Problematik sind einer hohen Stigmatisierung ausgesetzt und werden oftmals zu schnell und zu Unrecht an Förderschulen überwiesen. Stattdessen sollten nach Aussage des Thüringer Instituts für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien eher andere Maßnahmen umgesetzt werden, wie z. B. eine Anpassung der Schülerzahlen an die Bedürfnisse der Schüler oder Blockunterricht ohne Klingelzeichen.

Die Befragung macht deutlich, dass sich die Angebote zur AD(H)S-Thematik bislang vorwiegend an Lehrkräfte richten. In erster Linie geht es um die Fort- und Weiterbildung sowie die Unterstützung der Lehrkräfte als wichtige Kooperationspartner. Die Unterstützung der Eltern und Schüler innerhalb des Wirkungsraums Schule wird nur nachgeordnet betrachtet. Weiterer Entwicklungsbedarf wird vor allem in der Zusammenarbeit von Schule und Eltern gesehen. Um eine Verbesserung des Umgangs mit AD(H)S in Schulen zu erreichen, bedarf es einer engen Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeutinnen, Pädagogen, Jugendämtern und Eltern. Thüringen sieht vor allem im Ausbau von Ganztagesangeboten und der Zusammenarbeit mit den Eltern einen wichtigen Ansatz zur Verbesserung des Umgangs mit ADHS in Schulen.

Insgesamt wird ersichtlich, dass in Zukunft noch weit reichende Maßnahmen notwendig sind, um den Umgang mit AD(H)S in Schulen zu verbessern. Hierzu zählen Aufklärung und Sensibilisierung der Lehrer, eine bedarfsgerechte Förderung durch die Zusammenarbeit interdisziplinärer, qualifizierter Akteure, beispielsweise durch regionale und überregionale Netzwerke. Die enge Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen (psychosoziale Bereiche, Jugendhilfe) ist notwendig, um Kinder mit AD(H)S zu fördern und zu unterstützen. Ziel muss es in Zukunft sein, Vorurteile im Umgang mit AD(H)S in Schulen abzubauen und das Verständnis für AD(H)S zu wecken.

Das beispielhafte Engagement in Thüringen und Baden-Württemberg sollte anderen Bundesländern als Vorbild für die Entwicklung zukünftiger Maßnahmen dienen.

## 5.4 Teilstudie III: Auswertung der GEK-Routinedaten (Prof. Dr. Gerd Glaeske & Edda Würdemann)<sup>69</sup>

Die Auswertung der GEK-Routinedaten zeigte die nachfolgend dargestellten Ergebnisse.

### 5.4.1 Versicherte mit Stimulanzienverordnungen

Im Jahr 2006 waren 337.099 Kinder und Jugendliche in der GEK versichert.

Tab. 6: GEK-Versicherte nach Alter und Geschlecht (2006)

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
< 6 Jahre	40.226 (51,3 %)	38.187 (48,7 %)	78.413
6-9 Jahre	37.335 (51,2 %)	35.608 (48,8 %)	72.943
10-12 Jahre	28.094 (51,0 %)	26.987 (49,0 %)	55.081
13-15 Jahre	30.985 (51,2 %)	29.498 (48,8 %)	60.483
16-18 Jahre	36.014 (51,3 %)	34.165 (48,7 %)	70.179

In allen Altersgruppen überwiegen die männlichen gegenüber den weiblichen Versicherten (vgl. Tabelle 6).

Die Zahl der Versicherten mit Stimulanzienverordnungen ist im Jahr 2006 im Vergleich zum Vorjahr in allen Altersgruppen gestiegen.

Insgesamt 1,8 % aller GEK-Versicherten im Alter von 0-18 Jahren erhielten im Jahr 2006 mindestens eine Verordnung mit Methylphenidat (MPH) und/oder Atomoxetin. In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Jungen mit Stimulanzienverordnungen mit durchschnittlich etwa 70 % deutlich über dem Anteil der Mädchen. Der Anteil der weiblichen Versicherten mit Stimulanzienverordnungen steigt allerdings mit zunehmendem Alter an, besonders deutlich wird das in der Gruppe der über 18-Jährigen (vgl. Tabelle 7).

---

<sup>69</sup> Die Auswertungen unter der Anleitung von Prof. Dr. Gerd Glaeske und Edda Würdemann wurden unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Claudia Ketschmer und Kathrin Kaboth erstellt.

Tab. 7: Versicherte mit Stimulanzienverordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht (2005/2006)

Altersgruppen	Versicherte 2005		Versicherte 2006	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
< 6 Jahre	23	90 %	32	10 %
6-18 Jahre	5.227	82 %	6.127	18 %
>18 Jahre	367	62 %	430	38 %

Tab. 8: Vergleich 2005/2006: Anzahl Versicherte mit Stimulanzienverordnungen/Anzahl Verordnungen

Altersgruppen	Anzahl Versicherte		Veränderung in %	Anzahl Verordnungen		Veränderung in %
	2005	2006		2005	2006	
< 6 Jahre	23	32	+39 %	117	105	-10 %
6-18 Jahre	5.227	6.127	+17 %	33.184	39.727	+20 %
> 18 Jahre	367	430	+17 %	2.087	2.361	+13 %

Im Vergleich der Jahre 2005 und 2006 nimmt die Zahl der Versicherten mit Stimulanzienverordnungen in allen Altersgruppen zu, in der Gruppe der unter 6-Jährigen um 39 %, bei den 6-18-Jährigen und bei den über 18-Jährigen um jeweils 17 % (vgl. Tabelle 8).

Auffällig ist, dass in der Gruppe der unter 6-Jährigen die Zahl der Versicherten mit Stimulanzienverordnungen ansteigt, die Anzahl der Verordnungen aber um 10 % sinkt. Zu beachten ist, dass sowohl Atomoxetin als auch Methylphenidat für die Behandlung von Kindern unter 6 Jahren gar nicht zugelassen sind. Für die Behandlung der über 18-Jährigen ist Methylphenidat nicht zugelassen, eine Behandlung mit Atomoxetin kann in besonderen Fällen auch über das vollendete 18. Lebensjahr hinaus fortgesetzt werden.

Die Gruppe der 6-18-jährigen Kinder und Jugendlichen wurde in kleinere Altersgruppen unterteilt, um zu untersuchen, für Kinder welcher Altersgruppe besonders häufig Stimulanzienverordnungen ausgestellt wurden.

Tab. 9: 6-18jährige Versicherte mit Stimulanzienverordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (2006)

Geschlecht	Versicherte/Altersgruppen				Anzahl Versicherte	
	6-9 Jahre	10-12 Jahre	13-15 Jahre	16-18 Jahre		
männlich	1188	1737	1408	613	4946	80 %
Zeilenprozent	24 %	35 %	29 %	12 %		100 %
weiblich	334	410	300	137	1181	20 %
Zeilenprozent	28 %	35 %	25 %	12 %		100 %

Bei den männlichen wie auch bei den weiblichen Versicherten erhält die Gruppe der 10-12-Jährigen häufiger als Versicherte der anderen Altersgruppen Stimulanzienverordnungen. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen erfolgen mehr als ein Drittel (35 %) der Verordnungen in dieser Altersgruppe. In der Gruppe der 6-9-Jährigen erhalten die Mädchen häufiger als die Jungen Stimulanzienverordnungen, in der Gruppe der 13-15-Jährigen ist es dagegen umgekehrt. In der Gruppe der 16-18-Jährigen liegt der Anteil sowohl der Jungen als auch der Mädchen bei 12 % (vgl. Tabelle 9).

#### 5.4.2 Anzahl verordneter Amphetamin-Rezepturen im Jahr 2006

Amphetamin-Rezepturen werden verordnet, wenn eine Dosiseinstellung mit Methylphenidat- oder Atomoxetin-Fertigarzneimitteln schwierig ist oder diese Präparate kontraindiziert sind.

Anhand der PZN (Pharmazentralnummer) 9999011 wurden von einer GEK-Mitarbeiterin in den Räumen der GEK die personenbezogenen Betäubungsmittel-Rezepte mit Amphetamin-Rezepturen identifiziert.

Es wurden 295 Verordnungen ausgestellt, davon 261 (88,5 %) Verordnungen für männliche und 34 (11,5 %) Verordnungen für weibliche Versicherte. Wir konnten feststellen, dass Amphetamin-Rezepturen sowohl für Kinder unter 6 Jahren als auch für junge Erwachsene verordnet wurden (vgl. Tabelle 10). Anhand der Rezeptnummer kann man die Versichertennummern ermitteln und diese Verordnungen einzelnen Versicherten zuordnen. Diese Versichertennummer muss pseudonymisiert werden und kann dann in die Analysen der sonstigen Verordnungen einbezogen werden. Wegen der relativ geringen Zahl an Verordnungen wurde darauf in der vorliegenden Analyse jedoch verzichtet.



Tab. 10: Amphetaminverordnungen in 2006

Alter	Anzahl Vo	Für männliche Vs	Für weibliche Vs
3 Jahre	1	1	0
5 Jahre	2	2	0
6 Jahre	10	10	0
7 Jahre	14	11	3
8 Jahre	18	12	6
9 Jahre	37	36	1
10 Jahre	5	4	1
11 Jahre	53	45	8
12 Jahre	29	26	3
13 Jahre	30	23	7
14 Jahre	35	35	0
15 Jahre	22	18	4
16 Jahre	15	15	0
17 Jahre	7	7	0
18 Jahre	11	10	1
19 Jahre	0	0	0
20 Jahre	3	3	0
21 Jahre	3	3	0

Atomoxetin ist nur zur Behandlung von AD(H)S zugelassen, Methylphenidat ist zugelassen zur Behandlung von AD(H)S und Narkolepsie (Prävalenz für Narkolepsie in Deutschland beträgt 4/10.000).<sup>70</sup>

Anhand der Diagnosedaten wurde ermittelt, wie viele der Versicherten mit Stimulanzienverordnung eine entsprechende ICD-10 F90.- Diagnose (vgl. Tabelle 11) aufweisen.

---

<sup>70</sup> Da die einzige weitere Indikation für die Gabe von Methylphenidat die bei Kindern sehr seltenen zwanghaften Schlafanfalle während des Tages (Narkolepsie) darstellen (WINAPO Lauer Taxe, Stand 15.5.2005), kann die Verordnungshäufigkeit von Methylphenidat praktisch mit der Verordnungshäufigkeit wegen AD(H)S-Symptomen gleichgesetzt werden.

Tab. 11: ICD-10 Kennzahl/Diagnose

Kennzahl	Diagnose
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet

Tab. 12: Versicherte (Vs) mit mindestens 1 Stimulanzienverordnung (StimVo) und F90.-Diagnose

2005	2006
5.617 Vs mit StimVo	6.589 Vs mit StimVo
4.858 mit F90.0 Diagnose für mindestens 1 Quartal 86,5 %	5.776 mit F90.0 Diagnose für mindestens 1 Quartal 87,6 %

Mehr als 10 % der Versicherten mit Stimulanzienverordnungen weisen keine der entsprechenden ICD-Codierungen auf.

In diesem Zusammenhang ist eine Untersuchung der GEK-Daten aus dem Jahr 2004 interessant (Glaeske & Janhsen, 2006). Es wurden die Verordnungsdaten für Versicherte im Alter von 6-18 Jahren mit einer ICD-10 F90-Diagnose hinsichtlich Ergotherapie- und Methylphenidatverordnungen untersucht (Atomoxetin ist erst seit März 2005 in Deutschland auf dem Markt). Die Analyse ergab Folgendes:

Tab. 13: Versicherte mit ICD-10 F90.-Diagnose (n=6.787), 2004

	Versicherte
Ohne Ergotherapie oder Methylphenidatverordnungen	45 %
Mit Ergotherapieverordnungen	16 %
Mit Methylphenidatverordnungen	31 %
Mit Ergotherapie- und Methylphenidatverordnungen	9 %

45 % der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S-Diagnose erhielten im Jahr 2004 weder Ergotherapie- noch Methylphenidatverordnungen (vgl. Tabelle 13).

Hierfür kann es verschiedene Gründe geben. Sie können eine andere Therapie wie z. B. Psychotherapie erhalten haben, oder die genaue Diagnosestellung war noch nicht abgeschlossen.

### 5.4.3 Häufigkeit der Stimulanzienverordnungen an Kinder und Jugendliche nach Facharztgruppen

Sowohl die Diagnose als auch die Therapie von AD(H)S sollten von Ärztinnen und Therapeuten mit Erfahrungen in diesem Krankheitsbild durchgeführt werden.

Tab. 14: Verordner von MPH und/oder Atomoxetin für Kinder unter 6 Jahren/Anteil Verordnungen (Vo) (2006)

Kinder- arzt	Nerven- arzt	Klinik/ Institut	Allge- mein- mediziner	Notfall- arzt	Gesamt
45 Vo	45 Vo	7 Vo	6 Vo	2 Vo	105 Vo
42,9 %	42,9 %	6,7 %	5,7 %	1,9 %	100 %

Von den 105 Verordnungen waren 93 % für MPH und 7 % für Atomoxetin ausgestellt.

Für die Gruppe der unter 6-Jährigen Versicherten werden 86 % der Stimulanzienverordnungen zu gleichen Teilen vom Kinderarzt und von der Nervenärztin ausgestellt. Etwas mehr als 10 % der Verordnungen werden in Kliniken oder Instituten oder vom Allgemeinmediziner verordnet. Interessant ist, dass zwei Verordnungen dieser Präparate, die für diese Altersgruppe gar nicht zugelassen sind, von Notfallärztinnen ausgestellt wurden (vgl. Tabelle 15).

Tab. 15: Verordner von MPH und/oder Atomoxetin für 6-18jährige/Anteil Verordnungen (2006)

Kin- der- arzt	Nerven- arzt	Klinik/ Institut	Allge- mein- mediziner	Andere	Gesamt
19.265	9.155 Vo	3.218 Vo	6.575 Vo	1.514 Vo	39.727 Vo
48,5 %	23,0 %	8,1 %	16,6 %	3,8 %	100 %

Von den 39.727 Verordnungen waren 89 % für MPH und 11 % für Atomoxetin ausgestellt.

Für die Gruppe der 6-18-Jährigen wurden fast die Hälfte (48,5 %) der Verordnungen von der Kinderärztin ausgestellt, fast ein Viertel (23 %) der Verordnungen erstellte der Nervenarzt und 16,6 % die Allgemeinmedizinerin (vgl. Tabelle 15).

Tab. 16: Verordner von MPH und/oder Atomoxetin für über 18-Jährige/  
Anteil Verordnungen (2006)

<b>Kin- der- arzt</b>	<b>Ner- venarzt</b>	<b>Klinik/ Institut</b>	<b>Allge- mein- medi- ziner</b>	<b>Inter- nist</b>	<b>Andere</b>	<b>Ge- samt</b>
108 Vo	783 Vo	365 Vo	929 Vo	119 Vo	57 Vo	2361Vo
4,6 %	33,2 %	15,5 %	39,4 %	5,0 %	2,3 %	100 %

Von den 2.361 Verordnungen waren 90 % für MPH und 10 % für Atomoxetin ausgestellt.

Bei den über 18-Jährigen werden knapp 40 % der Verordnungen von der Allgemeinmedizinerin und ein Drittel der Verordnungen vom Nervenarzt ausgestellt. Der Anteil der Verordnungen, die in Kliniken oder Instituten ausgestellt werden, ist mit 15,5 % (vgl. Tabelle 16) deutlich höher als in den beiden anderen Altersgruppen (über 6 Jahre: 6,7 % (vgl. Tabelle 14); 6-18 Jahre: 8,1 % (vgl. Tabelle 15)).

Das Verhältnis der Verordnungen für MPH und Atomoxetin ist in allen drei Altersgruppen mit etwa 9:1 sehr ähnlich.

Im Folgenden werden Vergleiche angestellt zwischen

- Versicherten mit Stimulanzientherapie (ohne Ergotherapie, Logopädie o. ä.)
- Versicherten mit Stimulanzientherapie und Ergotherapie-Behandlungen sowie
- Versicherten mit Stimulanzientherapie und Logopädie-Behandlungen.

5.194 Versicherte erhalten außer einer medikamentösen Therapie mit Stimulanzien keine weitere Therapie wie Ergotherapie, Logopädie o. ä.

In der Gruppe der unter 6-jährigen Versicherten mit Stimulanzientherapie ist der Anteil der behandelten Jungen größer als in den übrigen Altersgruppen bis 18 Jahre, bei den über 18-Jährigen werden im Verhältnis deutlich mehr weibliche Versicherte mit Stimulanzien versorgt als in den anderen Altersgruppen.

Mehr als 60 % der Versicherten mit Stimulanzientherapie waren 2006 10-15 Jahre alt (vgl. Tabelle 17).

Tab. 17: Versicherte mit Stimulanzientherapie nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen	männlich	weiblich	Anzahl Versicherte
< 6 Jahre	15	2	17
6-9 Jahre	692	212	904
10-12 Jahre	1.351	325	1.676
13-15 Jahre	1.246	267	1.513
16-18 Jahre	584	124	708
> 18 Jahre	253	123	376
<b>Gesamt</b>	<b>4.141 (79,7 %)</b>	<b>1.053 (20,3 %)</b>	<b>5.194</b>

Das DDD-Konzept legt eine Dosierung zu Grunde, die nicht unbedingt der therapeutisch adäquaten Dosierung entspricht, sondern als „technische Größe“ dem internationalen Vergleich von verbrauchten Arzneimittelmengen dient (WHO, 2004).

1 DDD Methylphenidat = 30 mg

1 DDD Atomoxetin = 80 mg

Die Gruppe der 13-15-Jährigen erhält mit durchschnittlich 190 DDD die meisten Verordnungen (vgl. Tabelle 18).

Tab. 18: Versicherte mit Stimulanzientherapie nach Altersgruppen und Kosten

Altersgruppen	Anzahl Versicherte	DDD	Kosten für Stimulanzen
< 6 Jahre	17	755	2.440,14 €
6-9 Jahre	904	119.060	329.668,05 €
10-12 Jahre	1.676	290.219	824.855,58 €
13-15 Jahre	1.513	287.796	847.233,23 €
16-18 Jahre	708	118.362	348.196,64 €
> 18 Jahre	376	50.780	140.628,30 €
<b>Summe</b>	<b>5.194</b>	<b>866.973</b>	<b>2.493.021,94 €</b>

\*DDD = Defined Daily Dose

### **Stimulanzientherapie plus nichtmedikamentöse Therapie**

Von den 6.589 Versicherten mit Stimulanzientherapie erhalten 5.194 Versicherte (79 %) nur Stimulanzien und 1.395 Versicherte (21 %) zusätzlich weitere Therapien; bei 809 Versicherten handelt es sich dabei um Ergotherapie und bei 260 Versicherten um Logopädie.

### **Stimulanzientherapie plus Ergotherapie**

Ergotherapie ist nach dem Heilmittelkatalog aus dem Jahre 2004 ein „ärztlich verordnetes Heilmittel zur Verbesserung der Handlungs- und Wahrnehmungsfähigkeit bzw. der altersentsprechenden selbstständigen Versorgung im Alltag und beruht auf medizinischen sowie sozialwissenschaftlichen Grundlagen“. Die Indikationen für Ergotherapie sind im Heilmittelkatalog sehr weit gefasst und der Stellenwert der Ergotherapie im Kindesalter muss immer wieder hinterfragt werden, weil wissenschaftlich anerkannte Evaluationsstudien zur Wirksamkeit fehlen. In den Leitlinien ist Ergotherapie im Kindes- und Jugendalter für die Indikation „Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie vermehrte Impulsivität“ genannt (AWMF Leitlinien, 2004). Eine begleitende Stimulanzientherapie ist manchmal zu Beginn der Ergotherapie notwendig, um diese Therapie überhaupt möglich zu machen. Ergotherapie sollte nur verordnet werden, wenn das Therapieziel klar definiert werden kann. Als Therapieziele können gelten:

- Verbesserung lebenspraktischer Alltagsfunktionen z. B. selbstständiges An- und Ausziehen
- Befähigung zu einem dem Entwicklungsstand angemessenen Spiel und
- Verbesserung sozialverträglicher Verhaltensweisen, z. B. Abwarten können, seine Meinung sozialverträglich äußern und konstruktiv mit anderen Menschen kommunizieren.

Tab. 19: Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Ergotherapie nach Altersgruppen und Geschlecht

<b>Altersgruppen</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>Versicherte</b>
< 6 Jahre	3	1	4
6-9 Jahre	338	65	403
10-12 Jahre	245	55	300
13-15 Jahre	67	14	81
16-18 Jahre	8	5	13
> 18 Jahre	4	4	8
<b>Gesamt</b>	<b>665 (82 %)</b>	<b>144 (18 %)</b>	<b>809</b>

Kinder in der Altersgruppe 6-12 Jahre erhalten deutlich häufiger neben einer Stimulanzientherapie auch Ergotherapie als Kinder anderer Altersgruppen, und zwar hauptsächlich die Jungen. Ab dem Alter von 16 Jahren erhalten nur noch wenige Versicherte Ergotherapie zusätzlich zur Stimulanzientherapie, das Verhältnis Jungen/Mädchen gleicht sich an (vgl. Tabelle 19).

Tab. 20: Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Ergotherapie nach Altersgruppen und Kosten

Altersgruppen	Anzahl Versicherte	DDD	Kosten für Stimulanzien	Kosten für Ergotherapie
< 6 Jahre	4	110	269,19 €	2.816,41 €
6-9 Jahre	403	26.723	83.331,01 €	361.216,49 €
10-12 Jahre	300	25.453	89.168,79 €	282.831,43 €
13-15 Jahre	81	6.996	23.572,24 €	79.101,34 €
16-18 Jahre	13	1.323	4.210,17 €	15.623,85 €
> 18 Jahre	8	388	729,98 €	7.982,53 €
<b>Summe</b>	<b>809</b>	<b>60.993</b>	<b>201.281.38 €</b>	<b>749.572,05 €</b>

### ***Stimulanzientherapie plus Logopädie***

Logopädie ist eine Maßnahme, die bei Entwicklungsstörungen der Sprache indiziert ist. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hat eine Leitlinie veröffentlicht, die die Indikationen zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und Zweisprachigkeit beschreibt (AWMF Leitlinien, 2004). Die Notwendigkeit einer logopädischen Behandlung wird bei Kindern gesehen, die in ihren alters- und entwicklungstypischen Fähigkeiten sowie ihrer sprachlichen Verständlichkeit beeinträchtigt sind.

Die Zahl der Versicherten, die neben einer Stimulanzientherapie zusätzlich Logopädie erhält, ist relativ klein, über die Hälfte der Verordnungen wird für Kinder im Alter von 6-9 Jahren ausgestellt, ein Drittel der Verordnungen für 10-12-Jährige. Jungen erhalten diese Art der Kombination häufiger als Mädchen (vgl. Tabelle 21).

Tab. 21: Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Logopädie nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen	männlich	weiblich	Anzahl Versicherte
< 6 Jahre	7	0	7
6-9 Jahre	101	35	136
10-12 Jahre	70	13	83
13-15 Jahre	24	4	28
16-18 Jahre	4	0	4
> 18 Jahre	2	0	2
<b>Gesamt</b>	<b>208 (80 %)</b>	<b>52 (20 %)</b>	<b>260 (100 %)</b>

Tab. 22: Versicherte mit Stimulanzientherapie plus Logopädie nach Altersgruppen und Kosten

Altersgruppen	Anzahl Versicherte	DDD	Kosten für Stimulanzien	Kosten für Logopädie
< 6 Jahre	7	398	734,88 €	4.488,51 €
6-9 Jahre	136	14.529	44.622,61 €	164.589,80 €
10-12 Jahre	83	11.058	31.697,21 €	101.512,56 €
13-15 Jahre	28	5.162	14.106,07 €	38.351,22 €
16-18 Jahre	4	632	1.603,96 €	7.372,72 €
> 18 Jahre	2	260	2.463,61 €	2.409,89 €
<b>Summe</b>	<b>260</b>	<b>32.039</b>	<b>95.229,34 €</b>	<b>318.724,70 €</b>

In den folgenden Abbildungen werden die durchschnittlichen Kosten sowie die durchschnittlichen Tagesdosen nach Therapieform und Altersgruppen dargestellt.

Die höchsten Ausgaben von durchschnittlich 560 € pro Versichertem mit Stimulanzienverordnung entfallen auf die Gruppe der 13-15-jährigen Versicherten. Für die 10-12-Jährigen sowie die 16-18-Jährigen entstehen Kosten von durchschnittlich etwa 490 € pro Versichertem (vgl. Abbildung 47).



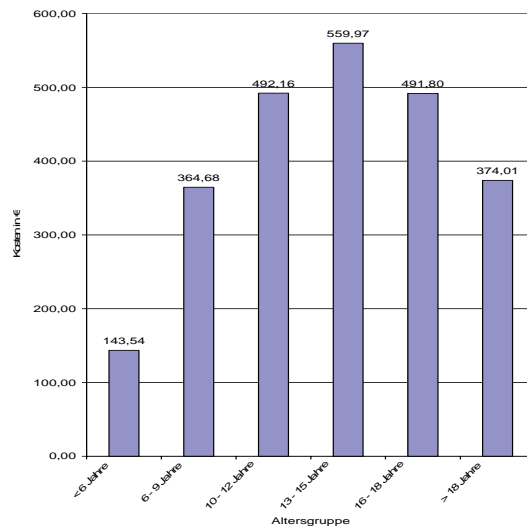


Abb. 47: Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzientherapie/Jahr

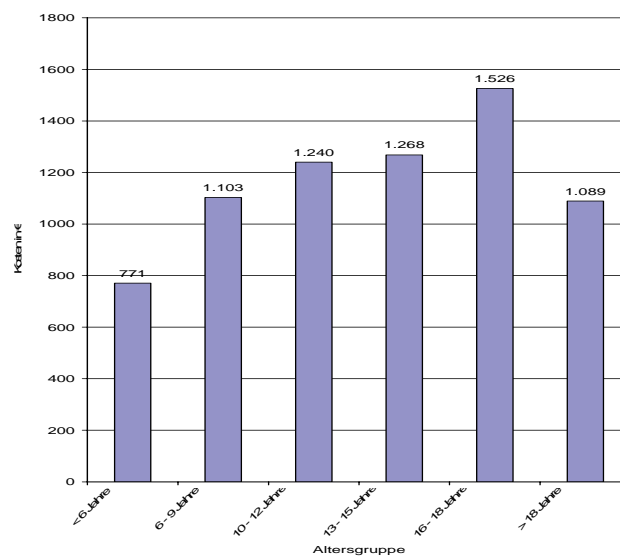


Abb. 48: Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzien- und Ergotherapie/Jahr

Bei den Versicherten, die neben der Stimulanzientherapie auch Ergotherapie erhalten, liegt die Gruppe der 16-18-Jährigen mit Kosten von durchschnittlich 1.526 € pro Versichertem vorn (vgl. Abbildung 48).

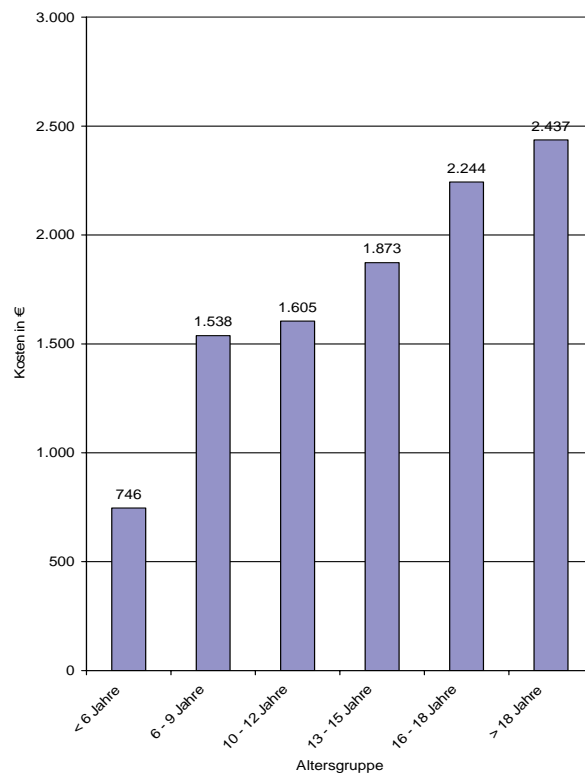


Abb. 49: Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzientherapie und Logopädie/Jahr

Bei den Versicherten mit Stimulanzientherapie plus Logopädie steigen die Kosten mit dem Alter der Versicherten an. Am höchsten sind die durchschnittlichen Kosten für die über 18-Jährigen, hier sind es aber nur zwei Versicherte, die diese Art der Kombination erhalten (vgl. Abbildung 49).

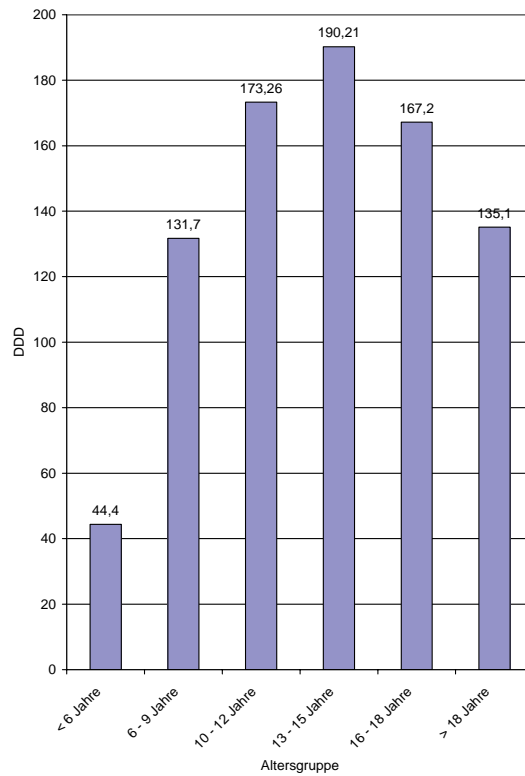


Abb. 50: Durchschnittliche DDD pro Versichertem nach Therapieform und Altersgruppen/Jahr

Versicherte in der Altersgruppe der 13-15-Jährigen erhalten durchschnittlich die höchste Menge DDD, an zweiter Stelle steht die Gruppe der 10-12-jährigen Versicherten, gefolgt von den 16-18-jährigen (vgl. Abbildung 50).

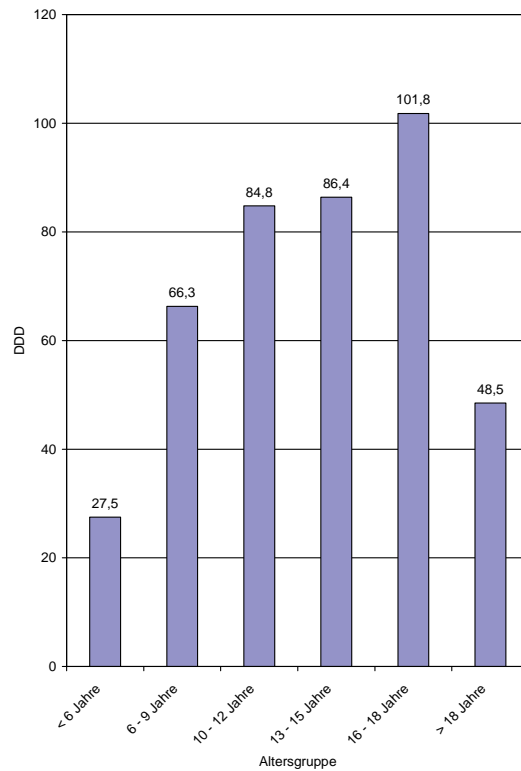


Abb. 51: Durchschnittliche DDD pro Versichertem mit Stimulanzien- und Ergotherapie/Jahr

Versicherte, die neben einer Stimulanzienverordnung auch noch Ergotherapie-Behandlungen bekommen, erhalten in allen Altersgruppen durchschnittlich deutlich weniger DDD als Versicherte, die nur Stimulanzien erhalten. Es ist schwierig zu sagen, ob sich der Stimulanzienverbrauch durch die begleitende Ergotherapie reduziert, oder ob es daran liegt, dass sich die Krankheitsbilder der Versicherten unterscheiden. Das Ergebnis könnte aber ein Hinweis darauf sein, dass durch eine begleitende Therapie die erforderliche Stimulanzien-dosis geringer wird.

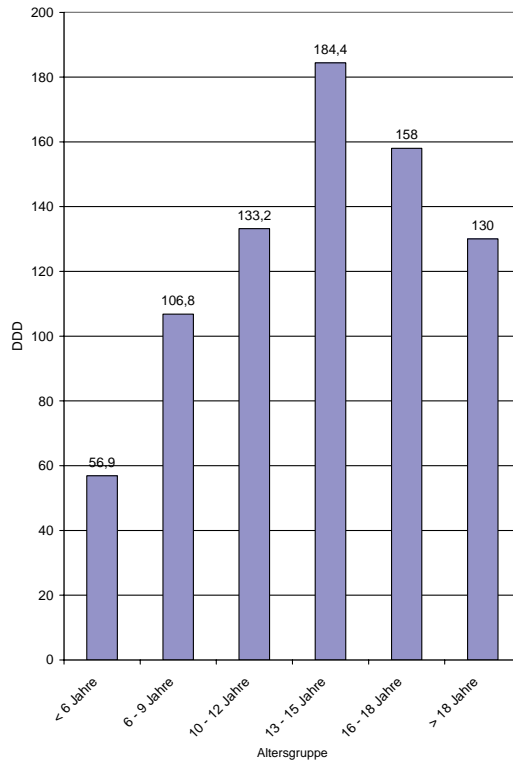


Abb. 52: Durchschnittliche DDD pro Versichertem mit Stimulanzientherapie und Logopädie/Jahr

Ein Einfluss von Logopädie auf die Höhe der Stimulanzientherapie ist nicht erkennbar (vgl. Abbildung 52).

#### 5.4.4 Veränderungen hinsichtlich der Ausgaben, Packungszahl und verordneter Tagesdosen (2005 zu 2006)

In fast allen Altersgruppen sind die Ausgaben für Präparate mit Methylphenidat und Atomoxetin gestiegen, besonders stark für die Gruppe der 16-18-Jährigen. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der unter 6-Jährigen, hier sind die Ausgaben gefallen. Auffallend ist die Ausgabensteigerung um über 100 % für 16-18-jährige Mädchen. Hierbei ist aber zu bedenken, dass die Zahl der behandel-

ten Mädchen insgesamt klein ist, Veränderungen stellen sich deshalb besonders deutlich dar.<sup>71</sup>

Auch die Anzahl der verordneten Packungen an Methylphenidat und Atomoxetin ist gestiegen, besonders für die Altersgruppe der 16-18-Jährigen. Die Gruppe der unter 6-Jährigen bildet auch hier eine Ausnahme, für diese Altersgruppe wurden im Jahr 2006 knapp 18 % weniger Packungen als im Vorjahr verordnet (vgl. Anhang).

Die Menge der verordneten DDD ist um durchschnittlich 31 % gestiegen. Besonders stark (66 %) ist die DDD-Menge für Jugendliche im Alter von 16-18 Jahren gestiegen. Für die Gruppe der unter 6-jährigen Kinder ist die Menge verordneter DDD um 9 % gesunken (vgl. Anhang).

#### **5.4.5 Entwicklung der Kosten, Packungsanzahl und verordneter DDD in den verschiedenen KV-Regionen**

In allen KV-Regionen sind im Jahr 2006 die Kosten für Stimulanzienverordnungen gegenüber dem Vorjahr gestiegen, durchschnittlich um 34 %. In den KV-Regionen Schleswig-Holstein und Brandenburg sind die Ausgaben am geringsten und in Sachsen-Anhalt und Bremen am stärksten gestiegen (vgl. Tabelle 23). Es gibt durchaus Unterschiede in der Kostensteigerung für die Stimulanzientherapie bei männlichen und weiblichen Versicherten, es muss dabei aber berücksichtigt werden, dass der Anteil weiblicher Versicherter wesentlich geringer ist als der männlicher.

In allen KV-Regionen ist die Zahl der verordneten Packungen für Stimulanzien angestiegen, durchschnittlich um 15 %. Die Anzahl der insgesamt verordneten Packungen mit Stimulanzien ist am stärksten in den KV-Regionen Saarland und Bremen und am geringsten in Schleswig-Holstein und Brandenburg gestiegen.

In allen KV-Regionen ist die Zahl der verordneten Tagesdosen (DDD) für Stimulanzien gestiegen, durchschnittlich um 31 %. Die deutlichste Zunahme ist in den KV-Regionen Bremen und Saarland zu verzeichnen, die geringste Steigerung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Alle Auswertungen wurden auch getrennt für männliche und weibliche Versicherte dargestellt. Es gilt aber zu beachten, dass ca. 80 % der Verordnungen für männliche und 20 % für weibliche Versicherte ausgestellt wurden (Tabellen hierzu siehe Anhang).

Der Anteil ( %) GEK-Versicherter mit Stimulanzienverordnung liegt bundesweit bei durchschnittlich 1,8 %. In den folgenden Postleitzahlen-Gebieten liegt die Behandlungsprävalenz deutlich darüber. In den Postleitzahl-Gebieten 29 (OI-

---

<sup>71</sup> Im Folgenden werden nur die Tabellen für die Gesamtgruppe präsentiert. Geschlechter- und altersdifferenzierte Tabellen befinden sich im Anhang.

denburg), 41(Mönchengladbach), 52 (Aachen), 54 (Trier), 56 (Koblenz), 90 (Nürnberg) und 91 (Ansbach) beträgt sie 3-4 %. In den Gebieten (67 (Kaiserslautern), 68 (Mannheim, 95 (Hof), 96 (Bamberg) und 97 (Würzburg) liegt sie sogar bei 4-5 %.

Tab. 23: Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für beide Geschlechter (Ausgaben in Euro)

KV-Region	Ausgaben in €in 2006	Ausgaben in €2005	Änderung zum Vorjahr in %
KV Baden-Württemberg	481.818,38	335.055,59	+ 43,80
KV Bayerns	553.736,96	447.544,04	+ 23,73
KV Berlin	155.451,20	123.046,32	+ 26,34
KV Brandenburg	105.172,40	87.374,40	+ 20,37
KV Bremen	23.370,35	15.205,28	+ 53,70
KV Hamburg	177.855,95	141.218,60	+ 25,94
KV Hessen	174.753,85	139.477,55	+ 25,29
KV Mecklenburg- Vorpommern	26.337,32	21.219,54	+ 24,12
KV Niedersachsen	322.704,25	217.583,08	+ 48,31
KV Nordrhein	278.479,92	201.049,66	+ 38,51
KV Rheinland-Pfalz	189.161,30	138.698,21	+ 36,38
KV Saarland	57.115,95	38.465,19	+ 48,49
KV Sachsen	72.660,02	55.806,47	+ 30,20
KV Sachsen-Anhalt	48.922,47	29.272,09	+ 67,13
KV Schleswig-Holstein	155.634,16	137.197,25	+ 13,44
KV Thüringen	67.255,40	45.022,90	+ 49,38
KV Westfalen-Lippe	290.115,20	202.422,74	+ 43,32
unbekannt	18.366,46	13.271,89	+ 38,39
<b>Gesamt</b>	<b>3.198.911,54</b>	<b>2.388.930,8</b>	<b>+ 33,91</b>

Tab. 24: Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für beide Geschlechter (Packungsanzahl)

<b>KV-Region</b>	<b>Anzahl Packungen in 2006</b>	<b>Anzahl Packungen in 2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden-Württemberg	7.426	6.124	+ 21,26
KV Bayerns	9.029	8.323	+ 8,48
KV Berlin	2.238	2.082	+ 7,49
KV Brandenburg	1.475	1.394	+ 5,81
KV Bremen	492	364	+ 35,16
KV Hamburg	2.273	2.038	+ 11,53
KV Hessen	2.764	2.602	+ 6,23
KV Mecklenburg-Vorpommern	369	329	+ 12,16
KV Niedersachsen	4.817	3.865	+ 24,63
KV Nordrhein	4.226	3.570	+ 18,38
KV Rheinland-Pfalz	2.949	2.567	+ 14,88
KV Saarland	978	703	+ 39,12
KV Sachsen	1.083	938	+ 15,46
KV Sachsen-Anhalt	735	589	+ 24,79
KV Schleswig-Holstein	2.381	2.312	+ 2,98
KV Thüringen	878	675	+ 30,07
KV Westfalen-Lippe	4.347	3.645	+ 19,26
unbekannt	312	278	+ 12,23
<b>Gesamt</b>	<b>48.772</b>	<b>42.398</b>	<b>+ 15,03</b>



Tab. 25: Regionale Verteilung der Stimulanzenverordnungen nach KV-Regionen für beide Geschlechter (in verordneten DDD)

<b>KV-Region</b>	<b>verordnete DDD in 2006</b>	<b>verordnete DDD in 2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden-Württemberg	169.281,33	119.129,09	+ 42,10
KV Bayerns	208.554,70	165.735,32	+ 25,84
KV Berlin	47.672,83	38.995,78	+ 22,25
KV Brandenburg	28.758,02	25.827,68	+ 11,35
KV Bremen	10.520,15	6.651,64	+ 58,16
KV Hamburg	52.069,49	42.708,15	+ 21,92
KV Hessen	59.446,62	49.688,38	+ 19,64
KV Mecklenburg-Vorpommern	6.759,72	5.791,55	+ 16,72
KV Niedersachsen	110.812,72	78.389,73	+ 41,36
KV Nordrhein	100.482,08	74.855,23	+ 34,24
KV Rheinland-Pfalz	63.639,31	50.093,09	+ 27,04
KV Saarland	20.027,59	13.444,38	+ 48,97
KV Sachsen	21.244,54	17.897,55	+ 18,70
KV Sachsen-Anhalt	14.116,70	10.066,64	+ 40,23
KV Schleswig-Holstein	56.290,80	47.940,94	+ 17,42
KV Thüringen	18.412,27	13.520,24	+ 36,18
KV Westfalen-Lippe	98.815,57	71.402,49	+ 38,39
unbekannt	6.996,12	4.721,84	+ 48,17
<b>Gesamt</b>	<b>1.093.900,56</b>	<b>836.859,72</b>	<b>+ 30,71</b>

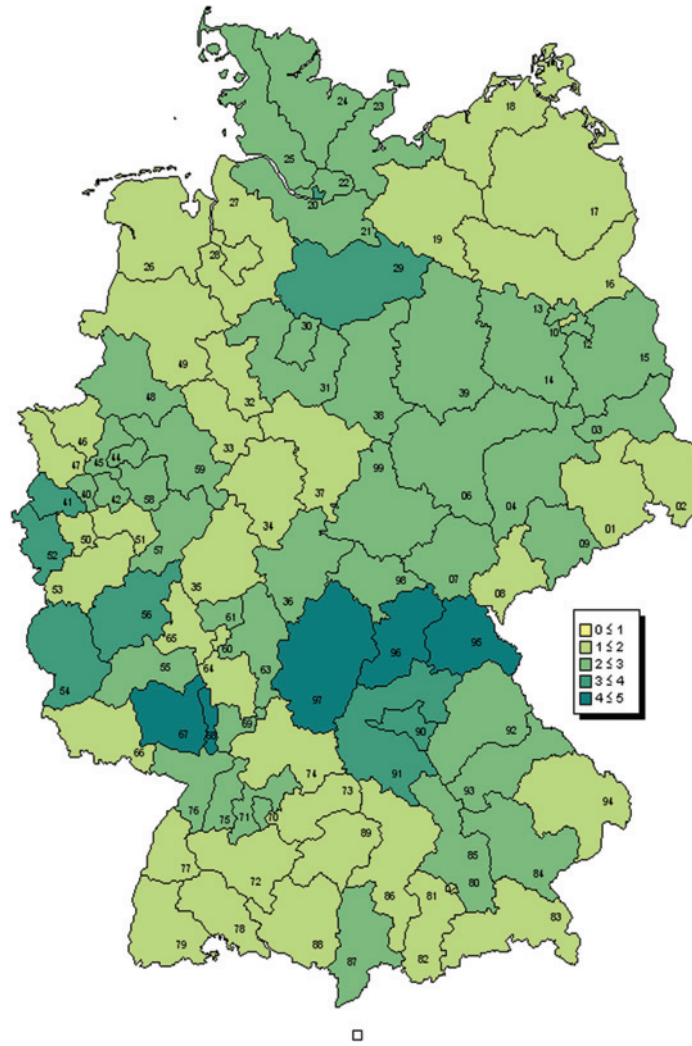


Abb. 53: Anteil der GEK-Versicherten mit Stimulanzienverordnung an den Gesamtversicherten der GEK in der Altersgruppe 6-18 Jahre im Jahr 2006 in Prozent (Behandlungsprävalenz)

## 6 Diskussion

Das Thema AD(H)S hat in den vergangenen Jahren deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies liegt zum einen an den hohen und weiter steigenden Prävalenzraten sowie einer parallelen Zunahme der Verschreibung AD(H)S-spezifischer Medikamente. Zum anderen erhöht aber auch die Tatsache, dass AD(H)S zunehmend als (bleibendes) Problem im Erwachsenenalter anerkannt wird die Bedeutsamkeit dieser Symptomatik.

Die Debatten um Ursachen und geeignete Behandlungsverfahren sind weiterhin sehr kontrovers, auch wenn sich die Fachwelt mittlerweile in weiten Teilen auf eine multifaktorielle Entstehung und multimodale Therapieformen verständigt hat. Allerdings betrachten viele Medizinerinnen eine genetische Veranlagung und – mit bildgebenden Verfahren nachweisbare – Abweichungen der Hirnentwicklung als die wesentliche Ursache für AD(H)S und die medikamentöse Stimulanzienbehandlung stellt für sie die Maßnahme der ersten Wahl dar. Andere Professionelle betonen hingegen die Bedeutung der sozialen und Umweltfaktoren stärker und messen einer potenziellen genetischen Disposition deutlich weniger Gewicht bei. Sie fordern daher auch stärker familien- und umfeldbezogene Maßnahmen.

Die vorliegende Studie stellt die Erfahrungen mit der Störung aus Sicht von Eltern dar, deren Kinder eine medikamentöse Behandlung erhalten haben. Ihre Erfahrungen zu dokumentieren und daraus den Bedarf für zukünftige Unterstützungsangebote zu ermitteln, war Ziel dieser Studie.

Die Analysen zeigen, dass sich die Haltungen der Eltern zwischen diesen in der Fachwelt vertretenen Positionen bewegen. So dokumentieren die qualitativen Interviews die Überzeugung vieler Eltern von einer genetischen Veranlagung und Auswertungen der quantitativen Befragung zeigen, dass sie die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien häufig als erfolgreichste Maßnahme beurteilen. Gleichzeitig machen die Befragten jedoch deutlich, dass Umgebungsfaktoren – insbesondere die Schule und die Kooperation mit den Lehrenden – oft ausschlaggebend für die weitere Entwicklung ihrer Kinder waren und sind. Besorgt sind die Eltern in Bezug auf die Nebenwirkungen, die in vielen Fällen die Suche nach Behandlungsalternativen begründen.

Unabhängig von der Frage jedoch, welche Faktoren das Symptombild AD(H)S verursachen und welche Maßnahmen am sinnvollsten sind, unterstreichen die vorliegenden Untersuchungsergebnisse zunächst einmal den oftmals hohen Leidensdruck der betroffenen Familien.

*„Seit 7 Jahren haben wir jetzt zu kämpfen mit unserem Sohn. Glauben Sie mir, wir haben alles durch. Aber jetzt können wir nicht mehr. Diese Seite und noch viele mehr würden nicht reichen, um unsere Sorgen niederzuschreiben.“*

Bevor im Folgenden die Ergebnisse zusammenfassend diskutiert werden, sollen zunächst einige methodische Einschränkungen benannt werden, die bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen sind.

Die Befragten sind nicht repräsentativ für alle betroffenen Familien, da zum einen nur Familien mit medikamentös behandelten Kindern einer Krankenkasse angeschrieben wurden; über die Sichtweise von anderen Betroffenen bzw. die Allgemeingültigkeit der Aussagen für alle betroffenen Familien kann damit nichts ausgesagt werden. Zum anderen sind einige Bundesländer deutlich überrepräsentiert, aus anderen liegen nur sehr wenige Elternfragebögen vor (z. B. nur 8 aus Bremen und 16 aus Mecklenburg-Vorpommern). Angesichts regionaler Unterschiede in der Versorgung (inkl. der Versorgungsrate) ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse bei stärkerer Berücksichtigung anderer Bundesländer abweichen würden. Allerdings konnten wir nur in wenigen Aspekten Unterschiede zwischen befragten Eltern aus unterschiedlichen Bundesländern feststellen.

Über die Zuverlässigkeit einzelner (v. a. retrospektiver) Angaben zum Ablauf der Diagnostik und Behandlung kann keine Aussage gemacht werden.

Zu betonen ist auch, dass es sich bei den Ergebnissen der qualitativen und quantitativen Elternbefragung um die subjektive Sichtweise der Befragten (i. d. R. der Eltern) handelt. Einschätzungen z. B. zum Erfolg verschiedener Maßnahmen oder zum Ausmaß von Symptomveränderungen könnten bei betroffenen Kindern oder den Therapeuten abweichen (vgl. z. B. Matzejat & Remschmidt, 1998).

Dargestellt werden hier vor allem Trends in den Antworten. Angesichts der Anzahl der eingegangenen Äußerungen können die dargestellten Ergebnisse und Problembereiche dabei nicht jedem Einzelschicksal gerecht werden. In einzelnen Familien mögen verschiedene Probleme deutlich anders gelagert sein.

Die Ergebnisse der Elterninterviews und -befragung erheben also keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, da sie auf den subjektiven Wahrnehmungen der betroffenen Eltern beruhen. Sie können jedoch dazu dienen, die vielfach geforderte Stärkung einer Nutzerinnen- und Nutzerorientierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Die folgende Diskussion fasst die wesentlichen Erkenntnisse der Analysen zusammen und bezieht sich dabei auf die eingangs benannten aktuellen Problemfelder in der AD(H)S-Versorgung (vgl. Abschnitt 2.6).

### ***Hohe Problembelastung durch Kernsymptomatik und Komorbiditäten***

Insgesamt zeigen die Auswertungsergebnisse eine starke Belastung der betroffenen Kinder. Fast alle wiesen in mindestens einer der Kernsymptomatiken

eine deutliche oder massive Belastung auf, mehr als die Hälfte war in allen drei für die Störung AD(H)S typischen Bereichen – Hyperaktivität, Aufmerksamkeit und Impulsivität – stark betroffen. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen in den befragten Familien betrug 4 zu 1 und entspricht damit den Ergebnissen anderer Studien (z. B. Schlack et al., 2007). Bei den Jungen traten deutlich häufiger als bei Mädchen Symptome in den Bereichen Hyperaktivität und Impulsivität auf. Am stärksten beeinträchtigt waren die Kinder im Setting Schule (vgl. dazu weiter unten).

Sehr stark ausgeprägt waren zudem Komorbiditäten wie Lernschwierigkeiten, emotionale Auffälligkeiten, Aggressivität und motorische Defizite. Das Ausmaß der Komorbiditäten ging dabei deutlich über den in der Fachliteratur berichteten Umfang hinaus: während in der vorliegenden Studie nur ca. 2 % der Kinder keinerlei Komorbiditäten in deutlicher Ausprägung aufwiesen, spricht die Fachliteratur von rund 30 % (vgl. Abschnitt 2.1.3 und 2.3.8) Von anderen begleitenden Erkrankungen (z. B. Allergien/Unverträglichkeiten sowie Tics, Asthma und Neurodermitis) waren die AD(H)S-Kinder zwar ebenfalls relativ häufig betroffen, allerdings in geringerem Maß als es andere Studien ermittelten (vgl. Abschnitt 5.2.3).

Trotz dieser Belastungen bezeichneten mehr als 70 % der befragten Eltern die aktuelle Verfassung ihres Kindes insgesamt und mehr als 80 % die körperliche Gesundheit als unproblematisch.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Eltern den Leidensdruck ihrer Kinder oft geringer bewerteten als ihren eigenen bzw. die Problematik für die Familie. Hier wird deutlich, dass AD(H)S vor allem (auch) ein Problem für die soziale Umwelt des betroffenen Kindes darstellt. Die Kinder und Jugendlichen fühlen sich, aus der Sicht der Eltern, weniger beeinträchtigt, als sich das soziale Umfeld durch ihre Symptomatik gestört fühlt. Zur hohen Belastung der Eltern trägt dabei sicherlich auch die eigene Betroffenheit von AD(H)S-Symptomen eines Teils der befragten Eltern bei: Fast ein Drittel gab an, bei sich selbst oder dem Partner ähnliche Symptome zu erkennen. Die Problematik von AD(H)S im Erwachsenenalter wird aktuell zwar in der Fachliteratur diskutiert, in der Praxis stecken jedoch Diagnostik und Therapie noch in den Kinderschuhen (vgl. Medical Tribune, 2007). Hier ist noch viel Entwicklungsarbeit gefordert, um gezielte Unterstützungsprogramme für die gesamte betroffene Familie in der Praxis umsetzen zu können.

### ***Problembereiche der Diagnostik***

Die Analyse des diagnostischen Ablaufs gibt Hinweise auf verschiedene Verbesserungspotenziale.

Die Ergebnisse bestätigten die bereits in anderen Untersuchungen gezeigte Tendenz, dass die Eltern als ersten Ansprechpartner sehr häufig Kinderärztinnen aufsuchten (vgl. Huss & Högl, 2002). In ländlichen Gebieten wurden auffäl-

lig häufig Allgemeinärzte als erste Ansprechpartner hinzugezogen. Dies deutet auf eine geringer qualifizierte Erstbegutachtung von AD(H)S-Verdachtsfällen in ländlichen Regionen hin, die entscheidend für die weitere Versorgung sein könnte. Beide Fachgruppen sind i. d. R. nicht speziell für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern bzw. AD(H)S ausgebildet. Insofern stimmt es bedenklich, dass 12,2 % der Allgemeinärztinnen und 13,4 % der Kinderärzte nach Aussage der Eltern auch im weiteren Verlauf der Diagnosestellung keine weiteren Experten hinzuzogen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Dauer bis zur Diagnosestellung von der Art des zuerst aufgesuchten Arztes abhing und bei Allgemeinmedizinerinnen und Kinderärzten deutlich länger ausfiel. Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, weil die Eltern den Weg bis zur Diagnosestellung oft als sehr belastend und Kräfte zehrend darstellten.

*„Viele Eltern haben einen langen Leidensweg, bevor sie Hilfe finden.“*

*„Das Schlimmste war, dass es Jahre gedauert hat (vom Kindergarten bis zum 13. Lebensjahr) bis endlich die richtige Diagnose gestellt wurde.“*

Eine Analyse der durchgeführten diagnostischen Verfahren zeigte zwar einen relativ umfassenden Einsatz der empfohlenen medizinischen und psychologischen Tests, ausführliche klärende Gespräche werden jedoch weniger durchgeführt. Die auch in anderen medizinischen Versorgungsbereichen zu beobachtende Schwerpunktsetzung auf technikintensive Diagnostik und Therapie zu Lasten von Interaktion und Kommunikation, die sich auch, aber nicht nur, auf die geringere Vergütung personalkommunikativer Leistungen zurückführen lässt, deutet sich auch für die Störung AD(H)S an.

Werden Gespräche geführt, dann vor allem mit den Eltern. Die Kinder selbst werden nach den vorliegenden Daten zu wenig in die Diagnostik einbezogen, ebenso werden Lehrerinnen und Lehrer noch zu selten als Informationsquelle und Kooperationspartner eingebunden. Dies ist nicht zuletzt deshalb von Relevanz, als Huss und Högl (2002) zeigen konnten, dass der enge Austausch von Arzt und Lehrenden einer der stärksten Prädiktoren für den Erfolg der medikamentösen Therapie ist. Insofern sollte diesem Aspekt zukünftig mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Darüber hinaus zeigen sich Hinweise auf eine noch nicht ausreichende Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der AD(H)S-Symptomatik. Bei Mädchen wurde nach Aussagen der Eltern im Durchschnitt erst später als bei Jungen eine Diagnose gestellt. Hier ist zu vermuten, dass die bei Mädchen häufig ausbleibende oder weniger ausgeprägte Hyperaktivität insgesamt zu einer weniger auffälligen Symptomatik führt. Das Ausmaß, in dem sich das soziale Umfeld durch die Kinder gestört fühlt, bestimmt offenbar mit, wann professionelle Hilfe gesucht wird. Das „unauffälligere“ Störungsbild der Mädchen birgt somit die Gefahr der Unterversorgung, könnte sie aber andererseits auch vor übermäßiger Medikalisierung schützen.

Ein weiteres wesentliches Ergebnis erbrachte eine Analyse, die überprüfte inwieweit die in ICD-10 bzw. DSM-IV genannten Kriterien für eine AD(H)S-Diagnose auf die behandelten Kinder zutrafen. Die Symptome sollen nach den Kriterien der Klassifikationssysteme vor dem Schulalter begonnen haben, zum Zeitpunkt der Diagnosestellung seit mindestens sechs Monaten bestehen, deutlich ausgeprägt sein und mindestens zwei verschiedene Lebensbereiche betreffen. Hier zeigte sich, dass nach Maßgabe der Elternangaben nur 42 % der erfassten Kinder alle Diagnosekriterien erfüllten. Am häufigsten nicht erfüllt wurde ein Beginn der Symptome vor dem Eintritt ins Schulalter. Besonders fiel auf, dass vor dem Alter von sechs Jahren (wie es die Diagnosekriterien der in Deutschland geltenden ICD-10 vorgeben) bei 40,4 % der Kinder noch keine Symptome aufgetreten waren, vor dem Alter von sieben (wie es das amerikanische System DSM-IV fordert) jedoch nur noch bei 25,1 %. Dies bestätigt, dass die Zahl der auffällig werdenden Kinder zwischen dem Alter von 6 und 7 Jahren drastisch ansteigt, was in engem Zusammenhang mit dem Schuleintritt zu sehen ist. Dieser Befund stützt die Annahme, dass in vielen Fällen erst oder insbesondere eine mangelnde Passung zwischen dem besonderen Verhalten der AD(H)S-Kinder und ihrem Umfeld die Symptomatik zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung werden lässt (vgl. zum besonderen Stellenwert der schulischen Situation weiter unten).

### ***Behandlungsprozess und -erfolge – mangelhafte Berücksichtigung von Behandlungsalternativen***

Auch im Bereich der Behandlungsmaßnahmen deutet sich auf Basis der Elternaussagen an, dass diese häufig nicht leitliniengerecht eingesetzt werden, Alternativen zur medikamentösen Behandlung nicht in ausreichendem Maß zur Umsetzung kommen und multimodale Behandlungskonzepte nicht der Regelfall sind.

So zeigt sich, dass neben der medikamentösen Behandlung zwar sehr häufig direkt kindbezogene Maßnahmen (z. B. in 56 % der Fälle Ergotherapie) durchgeführt werden, hingegen relativ wenige familien- und umfeldbezogene Maßnahmen (z. B. nur in 19,2 % der Fälle ein Elterntraining). Wie die im Kapitel 5.4 dokumentierte GEK-Arzneimittelanalyse gezeigt hat, nehmen AD(H)S-betroffene Kinder, die zusätzlich Ergotherapie erhalten, geringere Medikamentendosierungen ein. Ob jedoch die Ergotherapie den medikamentösen Bedarf senkt oder die Ausprägung der Symptomatik bei diesen Kindern geringer ist, müsste noch geklärt werden. Zu beachten ist jedoch, dass die befragten Eltern den Erfolg ergotherapeutischer Maßnahmen im Mittelfeld einstuften und z. B. Elterntraining und auch Logopädie bessere Bewertungen erhielten. Auch Verhaltenstherapien, die gerade bei nicht massiver Symptomausprägung die Maßnahme erster Wahl darstellen und in der Regel vor dem Einsatz von Medikamenten ausprobiert werden sollten, kommen relativ selten zur Umsetzung (27,4 %).

Dies liegt zum Teil sicher daran, dass die Medikamente nach Angabe der Eltern die beste Wirkung auf die Kernsymptome zeigen und vergleichsweise schnell und unkompliziert zu erhalten sind. Andere Verfahren wie z. B. Verhaltenstherapie kommen dagegen deutlich weniger zum Einsatz und werden schlechter bewertet. Zum einen scheint diese von den Eltern als weniger erfolgreich bzw. als zu aufwändig empfunden zu werden. Die schlechtere Bewertung könnte auch darin begründet sein, dass verhaltenstherapeutische Verfahren in kontrollierten Studien zwar erfolgreich eingesetzt werden, die fachgerechte Umsetzung im Praxisalltag jedoch möglicherweise nicht immer gelingt. Zum anderen scheint es deutlich schwieriger, eine Verhaltenstherapie für das betroffene Kind zu erhalten. Therapieplätze sind zum Teil nicht verfügbar oder mit langen Wartezeiten verbunden. So ist nach Aussage der Eltern der häufigste Grund für die Nichtumsetzung einer empfohlenen Verhaltenstherapie der Mangel an Behandlungsplätzen (bzw. lange Wartezeiten). Es ist jedoch auch denkbar, dass die Inanspruchnahme einer Psychotherapie für die Eltern eher ein Eingeständnis einer psychischen Problematik ihres Kindes impliziert und mit Schuldzuweisungen verbunden wird, während eine medikamentöse Behandlung das Krankheitsgeschehen auf eine rein körperliche Ebene fokussiert, was möglicherweise als weniger stigmatisierend empfunden wird.

Medikamente stellen für die Befragten oft die Maßnahme der ersten Wahl dar, obwohl sie ein hohes Ausmaß an Nebenwirkungen wahrnehmen und die Abwägung von Wirkungen und Nebenwirkungen sehr ambivalent ist (und zum Teil Schuldgefühle bei den Eltern erzeugt).

*„Es ist wunderbar zu sehen, wenn unser Sohn ca. ½ Std. nach Einnahme von Medikinet ein ganz anderer Mensch wird. Plötzlich kann man mit ihm gute Gespräche führen, er hat wunderbare Ideen. Er war schon immer handwerklich begabt, bastelt dann die tollsten Sachen. Oder wird plötzlich ein Künstler, der stundenlang die schönsten Gemälde malt. Es macht mich umso trauriger, wenn dann die Wirkung von Medikinet wieder nachlässt u. ich mit anschauen muss, wie er aggressiver, reizbarer, provozierender ist, als er je war, bevor die Behandlung mit Medikinet begann. Darum haben wir beschlossen, die Behandlung mit Medikinet mit Einverständnis der Therapeutin zu beenden. Wir glauben, für unseren Sohn ist es so am besten.*

*„Meinem Sohn hilft Medikinet. Jedoch habe ich die Hoffnung, dass er mit gezielten Hilfen, sich selbst besser zu erkennen und zu strukturieren, auf das Medikament auf Dauer verzichten kann. Da er diesbezüglich keinen Therapieplatz bekommen hat und die Ärztin auch nur auf meinen Wunsch hin ein Rezept zugesagt hat, stehen wir als Eltern mit der Aufgabe alleine da.“*

*„Die Langzeitnebenwirkungen auf Leber usw. sind nicht bekannt, ist das nicht sehr bedenklich? Welche Krankheiten im Alter können daraus entstehen? Darüber hat sich anscheinend noch niemand Gedanken ge-*



*macht. Sind die Medikamente vielleicht krebsfördernd oder Parkinson usw. oder ähnliches?“*

Mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, dass sich bei ihren Kindern unter der medikamentösen Behandlung dauerhafte Nebenwirkungen gezeigt hatten. Ein Drittel der Befragten stufte die Nebenwirkungen als stark oder sehr stark belastend ein.

Dieses Ergebnis sollte zusammen mit der Erkenntnis, dass 13,6 % der Eltern, die die Medikamenteneinnahme eingestellt hatten, dies mit deren mangelnder Wirkung begründeten, noch einmal die Bedeutung und den Förderbedarf anderer Therapieansätze hervorheben.

Dass auch nicht-medikamentöse Maßnahmen sehr wirksam sein können, zeigt sich unter anderem darin, dass die Eltern „Gespräche“ als zweitbeste Behandlungsmaßnahme nach der medikamentösen Therapie einstufen. Gespräche bzw. eine Betreuung und Begleitung der Eltern stellen einen wesentlichen und bislang oft zu wenig berücksichtigten Bestandteil einer individuellen Behandlungsgestaltung dar, wie auch die Kommentare einiger Eltern am Ende des Fragebogens unterstreichen.

*„Ich hätte mir als Mutter eine bessere Beratung/Aufklärung und Unterstützung gewünscht. [...] Leider wurden wir auch nur unzureichend beraten, wie die Eltern mit der Erziehung positiv auf das Kind einwirken können.“*

*„Es werden viele Therapien angeboten, aber welche ist jetzt wichtig und richtig, welche erst später, welche ist nicht sinnvoll, was für Freizeitgestaltung, wie soll ich mich anderen Eltern gegenüber verhalten?“*

### **Mangelhafte Titrierung, Verlaufskontrolle und Einnahmepausen**

Als besonders problematische Bereiche der medikamentösen Behandlung stellen sich die anfängliche Dosiseinstellung und spätere Verlaufskontrolle dar (vgl. auch Döpfner und Lehmkuhl, 2002). Eine sorgfältige Einstellung der geeigneten Dosierung der verordneten Medikamente, die spätere Überprüfung der Wirksamkeit und die Durchführung kontrollierter Einnahmepausen<sup>72</sup> sind wesentlich für einen Behandlungserfolg und für die Einstellung der individuell benötigten Mindestdosierung (vgl. auch MTA Cooperative Group, 2004; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007)

---

<sup>72</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfiehlt in ihrer Leitlinie (2007), ein- oder mehrmals pro Jahr die Durchführung kontrollierter Auslassversuche „zu bedenken“.

Zu Beginn der Behandlung besuchten knapp 50 % ihren Arzt nur einmal monatlich oder seltener, was als relativ selten für eine sorgfältige Titrierungsphase zu bewerten ist.

Auch im weiteren Behandlungsverlauf gaben nur 17,3 % der Befragten die empfohlene Frequenz monatlicher Arztbesuche an. Einnahmepausen hatten bei fast einem Viertel der Befragten noch nie stattgefunden, bei 43 % war es nur zu vereinzelten Einnahmeunterbrechungen gekommen.

*„Es werden zwar regelmäßig die Medikinet-Rezepte ausgestellt, aber eine nochmalige gründliche Untersuchung wird nicht angefordert. Ich würde mir wünschen, dass die Klinik im jährlichen Rhythmus mein Kind untersuchen würde. Vielleicht könnte man die Dosis reduzieren oder mit anderen Hilfen wie Ergotherapie o. ä. helfen können. Auch weiß ich nicht, ob mein Kind diese Medikamente ewig nehmen muss.“*

Es scheint damit insgesamt relativ deutlich zu sein, dass die Begleitung der medikamentösen Behandlung in vielen Fällen nicht leitliniengerecht erfolgt. Auf diesen Bereich sollte sich besonders angesichts der oben beschriebenen häufigen Belastungen der Kinder durch massive Nebenwirkungen ein besonderes Augenmerk der Behandelnden richten.

### **Schule als wesentlicher Einflussfaktor**

Wie bereits an verschiedenen Stellen deutlich geworden ist, stellt die Schule für die befragten Eltern einen entscheidenden Faktor im Umgang mit AD(H)S dar.

Der Anstieg der Diagnosezahlen mit dem Eintritt ins Schulalter zeigt, dass die Symptomatik AD(H)S vielfach erst an diesem Übergang problematisch wird. Im Regelfall müssen die Kinder jetzt sehr viel mehr als im Kindergarten vorgegebenen Regeln folgen, stillsitzen, sich in eine Gruppe einordnen und innerhalb des Systems „funktionieren“. Unruhe, Langsamkeit und individuelle Bedürfnisse der Kinder können angesichts großer Klassen und einem im Vergleich zum Kindergarten niedrigen Personalschlüssel häufig nicht ausreichend berücksichtigt werden. Natürlich ist der Schulbeginn auch für die Eltern eine kritische Phase, denn hier zeigt sich für die Betroffenen sicherlich viel deutlicher als bisher, dass ihr Kind den gestellten Anforderungen nicht ohne weiteres gerecht wird. Viele der befragten Eltern bringen ihre Sorgen über die weitere Laufbahn ihres Kindes zum Ausdruck und unternehmen zahlreiche Bemühungen, um ihrem Kind den Wechsel in eine andere Schulform zu ersparen, die gegebenenfalls mit reduzierten Bildungschancen verbunden ist.

*„Wenn ich mich nicht selbst viel mit ADHS befasst hätte, genügend Selbstbewusstsein hätte, und mich gegen die Lehrer, Schüler, Eltern und Ärzte entgegengesetzt hätte, so wäre Philipp mit einem IQ von 130 in einer Sonderschule gelandet.“*

*„Bei Schulproblemen hilft niemand. Ein normal begabtes Kind wird wegen ADHS zum Sonderschulkandidat. Es sollten spezielle Schulen oder außerschulische Lernangebote angeboten werden. In diesem Punkt gibt es keine Hilfen.“*

Einige Betroffene berichten in der Studie, dass ein Schulwechsel sehr hilfreich war. Allerdings erfolgen diese Wechsel anscheinend oft zu privaten Schulen, die angesichts einer besseren Finanzlage eher geeignete Rahmenbedingungen bieten können, jedoch nur für einen kleinen Teil der Betroffenen zugänglich bzw. finanzierbar sind.

*„Mein Sohn ist zurzeit ohne Medikamente auf einer Privatschule, da er auf einer staatlichen Schule nicht weiterkommen würde, es sei denn er würde Medikamente nehmen.“*

*„Ein anderes großes Problem sind die für ADS-Kinder zu großen Klassen in den Schulen. Kein ADS-Kind kann in einer Klasse mit 30 Schülern bestehen. Unser Sohn geriet ganz massiv unter Druck, hielt dem Stress nicht mehr stand, und wir haben uns dazu entschlossen, ihn von der Schule zu nehmen. Er besucht nun seit vier Jahren eine Privatschule mit kleineren Klassen. Hier geht es ihm besser. Ich bin mir jedoch im Klaren darüber, dass nicht jedes ADS-Kind eine Privatschule besuchen kann, hier ist das staatliche Schulsystem gefordert.“*

Die Aussagen der Eltern unterstreichen, dass der Grad der Information und die aktive Einbindung der Lehrenden häufig (mit) entscheidend für die weitere Entwicklung des Kindes sein kann. Viele Eltern beklagten den mangelhaften Kenntnisstand und ein fehlendes Engagement der Lehrerinnen und Lehrer.

Das schulische Schicksal scheint häufig stark von der Person des/der Lehrenden abhängig und damit auch vom Glück, an einen kompetenten Lehrer zu geraten (oder nicht). Strukturen, die ausreichende Kompetenz und Ressourcen sicherstellen, scheinen weitgehend lückenhaft.

*„Lehrer sind völlig teilnahmslos, sind gar nicht oder unzureichend geschult. Diese sind gar nicht interessiert an Weiterbildungen in diesem Bereich. sechs Jahre Grundschule und kein Lehrer hat sich für unsere Belange eingesetzt bzw. dafür interessiert.“*

*„Gymnasiallehrer haben überhaupt keine Idee, was ADHS ist, und wie man mit solchen Kindern klarkommt.“*

*„Auf dem Gymnasium hatten wir das Glück, eine Klassenlehrerin zu haben, deren eigenes Kind ADS und LRS hat. Somit hatten wir dadurch jegliche Unterstützung. Ansonsten sind die höheren Schulen mit der Problematik ganz überfordert. Die gehen davon aus, dass während der Grundschulzeit alles erkannt behandelt und somit für sie erledigt ist.“*

Dabei bewerteten die Eltern die Kompetenz und das Engagement von Lehrerinnen in den neuen Bundesländern im Mittel signifikant besser als im alten Bundesgebiet. Dieses Ergebnis ist vor allem in der Zusammenschau mit den Ergebnissen der Behördenbefragung interessant, die ja gezeigt hat, dass vor allem die Schulbehörden in den neuen Bundesländern Unterstützungsangebote für Lehrer und Lehrerinnen vorhalten.

Diese Teilstudie zeigt, dass die Auseinandersetzung mit der AD(H)S-Problematik besonders in den meisten alten Bundesländern noch nicht sehr weit fortgeschritten ist. Hier bestehen (wenn überhaupt) nur in sehr geringem Umfang spezielle Angebote zum Umgang mit AD(H)S in Schulen.

Positive Beispiele liefern Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg, die sich sehr aktiv in der Auseinandersetzung mit AD(H)S in Schulen zeigen. In Thüringen z. B. arbeiten das Kultusministerium, das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien und das Netzwerk ADHS Gotha eng zusammen, um vielfältige Fortbildungsveranstaltungen für Lehrende anzubieten, verschiedene Professionen zu Diskussionsforen zusammenzubringen und multimodale Therapiekonzepte zu fördern.

Differenzen zwischen den Aussagen der Eltern und denen der Behördenmitarbeiterinnen zeigen sich z. B. in Bezug auf die Einbindung von Psychologen in die Betreuung von AD(H)S-betroffenen Kindern. Während alle Behörden angeben, Schulpsychologinnen würden einbezogen, waren diese nach Elternangaben nur an weniger als einem Drittel der durchgeführten Beratungsgespräche beteiligt.

Es scheint somit fraglich, ob selbst bestehende Angebote in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen, um alle Betroffenen auch zu erreichen.

Insgesamt ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Behördenbefragung der Schluss zu ziehen, dass sich die Behörden dem Thema AD(H)S angesichts der hohen Prävalenzraten bei Schulkindern und der Konzentration von Schwierigkeiten im Bereich der Schule insgesamt intensiver widmen sollten. Hier bietet sich ein Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch mit den bereits sehr engagierten Bundesländern Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg an.

### ***Informations- und Unterstützungsbedarf der Eltern und Familien***

Da die Problematik der Kinder oft im Vordergrund steht und die Eltern durch ihr Engagement für ihre Kinder sehr beansprucht sind, war es ein besonderes Anliegen dieser Studie, auch den Informations- und Unterstützungsbedarf der Eltern zu ermitteln. Es wurde deutlich, dass die Eltern sich vielfach überfordert und allein gelassen im Umgang mit der Symptomatik ihrer Kinder und deren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche fühlen.

*„Die Eltern werden oft vergessen, da auch ihre Probleme, die durch das Kind entstehen, nicht zu unterschätzen sind. Ich habe mich immer sehr alleine gelassen gefühlt.“*

*„Außerdem fühlen wir uns alleine gelassen in Fragen der Kindererziehung, in Bezug auf AD(H)S-Kind und Familienzusammenleben.“*

In den qualitativen Interviews wie auch der Fragebogenerhebung beklagen die Eltern auch den mangelnden Kenntnisstand vieler Ärzte zur Thematik AD(H)S. Darüber hinaus zeigte die Befragung, dass die Eltern zwar Zugang zu allgemeinen Informationen über AD(H)S finden, hingegen ein hoher Bedarf an alltagsrelevanten Informationen in Bezug auf den Umgang mit der AD(H)S-Symptomatik bestehen. So scheint es derzeit keine umfassenden (regional-spezifischen) Informationen zu Schulen bzw. Kindergärten, die im Umgang mit AD(H)S ausgewiesen sind, Selbsthilfegruppen in der näheren Umgebung, Behandlungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter sowie psychologischen und alternativmedizinischen Therapieoptionen zu geben. Hier besteht ein klares Defizit, dem z. B. von Seiten der (GEK und anderen) Krankenkassen in Form von Informationsbroschüren oder Verzeichnissen begegnet werden könnte. Dabei sollte an bestehende Strukturen – wie z. B. das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte zentrale ADHS-Netz (<http://www.zentrales-adhs-netz.de>) – angeknüpft werden.

Darüber hinaus beklagen die Befragten häufig die mangelhafte Information des sozialen Umfelds sowie eine (Vor-)Verurteilung des Verhaltens der Eltern.

*„Eltern haben häufig mit den Vorurteilen zu kämpfen, ihr Kind mit Medikamenten ruhig zu stellen und angepasst zu machen. Verhält sich das Kind dann ohne Medikamente nicht angepasst, wird es jedoch zum Störenfried und wird ausgegrenzt.“*

Sicherlich ist zukünftig mehr Aufklärungsarbeit und v. a. sachliche Information zu dieser Thematik gefordert. Die AD(H)S-Broschüre der BZgA (BZgA, 2005) macht hier einen Anfang. Entsprechende Informationen sollten künftig mehr Verbreitung u. a. in Schulen und Kindergärten finden.

### **Übergang ins Erwachsenenalter**

Die Auswertungsergebnisse unterstreichen auch die Bedeutung des fortdauernden Behandlungsbedarfs AD(H)S-Betroffener im Erwachsenenalter.

Mehr als die Hälfte aller Eltern von Jugendlichen ab 14 Jahren gehen davon aus, dass ihr Kind wahrscheinlich weiterhin Medikamente benötigen wird, wenn es volljährig ist. Auch für weitere therapeutische Angebote wird ein fortwährender Unterstützungsbedarf vermutet, allerdings in geringerem Ausmaß.

Angesichts dieses hohen Therapiebedarfs und der Tatsache, dass Methylphenidatpräparate derzeit im Regelfall nicht als Therapieoption im Erwachsenenal-

ter zur Verfügung stehen, ist es umso alarmierender, dass nur gut 10 % der Befragten mit Kindern im Jugendalter diese Behandlung bereits mit ihrer Ärztin oder einem Therapeuten angesprochen oder geplant haben. Hier müsste auch von Seiten der Behandelnden eine größere vorausschauende Initiative ausgehen, die Jugendliche und ihre Eltern in dieser wichtigen Übergangsphase unterstützt.

Weiterhin wurde Unterstützungsbedarf im Bereich Zukunftsplanung und insbesondere zukünftiger Ausbildung oder Berufstätigkeit deutlich. Damit sind auch z. B. Berufsschulen und andere Ausbildungsinstitutionen aufgefordert, sich dem Thema anzunehmen.

### **Problembereich Verordnungen**

Wie die Auswertungen der GEK-Routinedaten zeigen, werden sowohl Methylphenidat als auch Atomoxetin für Kinder unter 6 Jahren verordnet, obwohl sie für diese Altersgruppe nicht zugelassen sind, und zwar von 2005 nach 2006 mit steigender Tendenz. Allenfalls positiv ist, dass trotz steigender Zahl von Versicherten mit Stimulanzienverordnungen in dieser Altersgruppe die Anzahl der Verordnungen leicht abgenommen hat. Dennoch stellt sich die Frage, ob jeder Arzt berechtigt sein sollte, Stimulanzien zu verordnen. Immerhin wurden zwei Verordnungen für Kinder unter sechs Jahren vom Notfallarzt und sechs Verordnungen vom Allgemeinmediziner ausgestellt.

Leitliniengemäß sollte die Stimulanzientherapie bei AD(H)S als Teil eines multimodalen Behandlungskonzeptes erfolgen. Unsere Analysen haben ergeben, dass die Versicherten mit Stimulanzientherapie plus Ergotherapie durchschnittlich geringere Mengen Tagesdosen von Methylphenidat oder Atomoxetin erhalten. Ob auch ein Einfluss auf die Behandlungsdauer mit Stimulanzien besteht, ist nur festzustellen, wenn man die Arzneimittel- und Heilmittelverordnungsdaten über mehrere Jahre verfolgen kann. Bisher liegen die Heilmitteldaten der Jahre 2004, 2005 und 2006 vor.

### **Ausblick**

Wie könnte nun ein Idealbild des Umgangs mit AD(H)S-betroffenen Kindern und ihren Familien aussehen?

Die Diagnostik sollte multidisziplinär erfolgen, damit möglichst schnell, aber trotzdem fundiert und nicht übereilt die richtige Diagnosestellung erfolgen kann. Dabei sollten Eltern, Kinder, Lehrende und weitere Bezugspersonen aktiv und intensiv mit einbezogen werden. Behandlungskonzepte müssten individuell entwickelt und regelmäßig an den Entwicklungsstand des Kindes und die Ausprägung der AD(H)S-Symptome in verschiedenen Kontexten angepasst werden. Parallel sollten die Eltern Unterstützung und Betreuung sowie Entlastungspausen (z. B. in Form von Kuren) erhalten.

Sicherlich ist dieses Idealbild nicht ohne weiteres kurzfristig realisierbar. Die Beispiele in Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg zeigen jedoch, dass es hier bereits Vorstöße in die richtige Richtung gibt. Auch Modelle wie das integrierte Versorgungskonzept für AD(H)S in Rheinland-Pfalz<sup>73</sup>, welches praxisnah und unbürokratisch eine interdisziplinäre, fachübergreifende Behandlung bieten soll, sind viel versprechende Ansätze.

Neben den oben genannten Entwicklungen sind zukünftig auch weitere wissenschaftliche Studien erforderlich (Daly, 2007). Ein Defizit bisheriger internationaler Studien ist z. B., dass die Untersuchungsgruppen zu einem großen Teil aus weißen Jungen bestanden, Mädchen und andere ethnische Gruppen bisher hingegen wenig Berücksichtigung fanden. Zudem dominieren bislang Studien zu medikamentöser Therapie und Hirnentwicklung, andere Aspekte wie z. B. alternative Therapien sind nur in geringem Umfang untersucht worden. Auch die Entwicklung und Testung individueller Behandlungskonzepte, z. B. für den Einsatz in verschiedenen Altersgruppen, sind noch ausbaufähig.

Der Perspektive der Betroffenen sollte dabei mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und ihre Anliegen bei der Diskussion um das Störungsbild AD(H)S sollten Berücksichtigung finden. Die vorliegende Studie versucht, hier einen Anfang zu machen und Verbesserungspotenziale aufzudecken. Diese gilt es, unter Einbezug der betroffenen Familien umzusetzen.

Zum Schluss möchten wir noch einmal das Wort den Eltern geben und ihren Dank genauso wie ihre Kritik und Aufrufe zum Handeln exemplarisch dokumentieren:

*„Diesen Fragebogen finde ich sehr gut. Es zeigt, dass die Problematik AD(H)S sehr ernst genommen wird. Es wäre schön, wenn sich hierdurch etwas Positives verändern würde. Meines Erachtens wird viel zu wenig für die Angehörigen (hauptsächlich die Eltern von AD(H)S betroffenen Kindern) getan.“*

*„Entschuldigen Sie meine Offenheit: Die Fragen sind zu schemhaft. Vieles geht einfach am Thema vorbei, z. B. wie viele Jahre man von Arzt zu Arzt gerannt ist, bevor überhaupt einmal eine Diagnose gestellt wurde, und wie schlecht die allgemeine Information seitens der Mediziner*

---

<sup>73</sup> Unter dem Titel „Aktiv mit allen Sinnen“ haben die Ersatzkassen BARMER, DAK, TK, KKH, HMK, GEK, HZK und KEH gemeinsam mit der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung Landesgruppe Rheinland-Pfalz, der Gemeinschaft der Kinder- und Jugendärzte Rheinland-Pfalz und der Gemeinschaft der zugelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten RLP ein neues integriertes Versorgungskonzept zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) entwickelt.

*ist, wie oft man gerade bei Verhaltenstherapie, Motopädie und sonstigen Maßnahmen gnadenlos zur Kasse gebeten wird.“*

*„Helfen Sie mit, in der Zukunft (auch in der Öffentlichkeit) ADS fair und objektiv zu sehen. (Ärgerlich sind die unsachlichen Berichte in den Medien über aggressive Kinder, die ruhig gestellt werden!) Und es wäre schön, wenn sich im Schul- und späteren Berufsalltag gute Möglichkeiten für die Kinder ergeben.“*



## 7 Glossar

Antiasthmatika	Sammelbegriff für Asthmamedikamente
Antihistaminika	Sammelbegriff für Medikamente, die die Wirkung des körpereigenen Botenstoffes Histamin reduzieren und somit eine allergische Reaktion dämpfen können.
Antidepressiva	Sammelbegriff für Medikamente, die hauptsächlich zur Behandlung von Depressionen, aber auch von Zwangsstörungen und Panikattacken eingesetzt werden.
Amphetamin	Synthetischer Stoff mit stimulierender und aufputschender Wirkung. Findet v. a. in den USA Anwendung in der AD(H)S-Behandlung. Wird auch häufig als Droge missbraucht.
Atomoxetin	Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; ein Arzneimittel, das ursprünglich als Antidepressivum entwickelt wurde, seit 2005 aber unter dem Namen Strattera® in Deutschland für die Behandlung von AD(H)S eingesetzt wird.
Autismus	Eine frühkindliche Entwicklungsstörung, die durch Funktionsstörungen in sozialen Interaktionen, der Kommunikation und von einem eingeschränkten repetitiven Verhalten charakterisiert ist.
Cerebellum	Kleinhirn; vor allem für die Motorik, also für Koordination, Feinabstimmung und Erlernen von Bewegungsabläufen verantwortlich
Compliance	Bezeichnet die Therapietreue des Patienten. Spielt besonders bei chronischen und psychischen Krankheiten eine große Rolle, wenn der Therapieerfolg abhängig von Verhaltensweisen des Patienten ist, wie beispielsweise die Medikamenteneinnahme oder das Einhalten einer Diät.
Conners-Skalen	Einschätzungsskalen nach Conner zur Erfassung von kindlichen Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität

DDD	Defined Daily Dose (Angenommene mittlere Tagesdosis): Vom WHO Collaborative Centre for Drug Statistics Methodology entwickelte Maßeinheit für die Arzneimittelverbrauchsfor- schung. Es handelt sich hierbei um eine rein rechnerische Größe, die nicht auf die therapeu- tisch empfohlene Dosis übertragen werden darf.
Deprivation	Fehlen einer Bezugsperson im frühen Kindesal- ter
Dopamin-Rezeptoren	Sitzen auf der Oberfläche der Nervenzellen- dungen und empfangen die Signale des Neu- rotransmitters Dopamin
Doppelt-blind	Eine Studie gilt als doppel-blind, wenn weder die Teilnehmerin noch die Studienleiterin weiß, welche Behandlung durchgeführt wird.
Ergotherapie	Ein medizinischer Heilberuf: Hilft Menschen, die durch Krankheit, Unfall oder Behinderung verlo- rene oder nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltag (wieder)zu erlangen.
Festhaltetherapie	Für die AD(H)S-Behandlung umstrittene Form der Psychotherapie, bei der Bindungsstörungen durch ein intensives, aggressionsloses Festhal- ten gelöst werden sollen.
fMRI	Funktionelle Magnetresonanztomographie des Gehirns
Follow-Up	Wiederholungsbefragung/ -untersuchung
Globus pallidus	Anteil der Basalganglien und des extrapyrami- dalen Systems im Gehirn, besteht aus einem bewegungshemmenden und einem bewe- gungsfördernden Bereich
Indikation	Grund für das Ergreifen einer medizinischen Maßnahme
Innervation	Die funktionelle Versorgung eines Organs oder Gewebes mit Nervenfasern
Insuffizienz	Eingeschränkte Funktionsfähigkeit

Intention-to-treat-Analysen	Auswertungsverfahren u.a. bei kontrollierten randomisierten Studien zur Wirksamkeit von Arzneimitteln. Hier werden in die Auswertung auch die Fälle mit einbezogen, die während der Studie ausgeschieden sind und nicht nur diejenigen, die auch am Ende noch das Medikament bzw. Placebo nehmen.
Inzidenz	Epidemiologische Maßzahl, die die Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit, in einer bestimmten Population in einem bestimmten Zeitraum beschreibt.
Kardiale Arrhythmien	Herzrhythmusstörungen
Kardinalsymptome	Hauptsymptome
Kognitive Therapie	Bei dieser, ebenfalls den verhaltenstherapeutischen Techniken zuzuordnenden Therapieform geht es bei AD(H)S um die Verbesserung der Aufmerksamkeitsfokussierung und Impulskontrolle. Das Kind lernt z. B. über Selbstinstruktionstrainings, ein schrittweises systematisches Herangehen an zu bewältigende Aufgaben zu verinnerlichen. Zentral ist dabei oft die Verbesserung des schulischen Arbeitsverhaltens. Als altersentsprechendes Äquivalent für jüngere Kinder ist das Spieltraining anzusehen, dessen Ziele eine höhere Beschäftigungsintensität und Ausdauer darstellen.
Komorbiditäten	Begleiterkrankungen
Kontraindikation	Gegenanzeige; Grund aus dem eine bestimmte medizinische Maßnahme nicht durchgeführt werden darf/soll
Lebenszeitprävalenz	Das jemalige Auftreten des untersuchten Faktors (i.d.R. einer Erkrankung aber auch z. B. einer Behandlung)

Leitlinien	Dienen als Handlungsorientierung und Entscheidungsfindung bei Diagnostik und Therapie. Sie werden von wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder der Ärztekammern entwickelt und spiegeln den fachlichen Entwicklungsstand der Profession (state of the art) wider. Solche Leitlinien haben keine rechtliche Verbindlichkeit.
Mototherapie	Psychomotorische Therapie zur Förderung der Entwicklung
MRI	Magnetic Resonance Imaging (der englische Begriff für Magnetresonanztomographie (MRT): Bildgebendes Verfahren auf Basis von Magnetfeldern; dient der medizinischen Diagnostik von Strukturen und Funktionen der Organe oder des Gewebes.
Neurotransmitter	Chemische Botenstoffe, die elektrische Reize von einer Nervenzelle zur anderen übertragen
Non-Response-Bias	Verzerrung von Studienergebnissen durch systematische Antwortausfälle
Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	Gehören in die Stoffklasse der Antidepressiva, verhindern die Wiederaufnahme des Botenstoffs Noradrenalin in die Nervenzelle und erhöhen somit dessen Konzentration im Gehirn
Nucleus caudatus	Teil im Endhirn und funktioneller Anteil der Basalganglien; verantwortlich für die willkürlichen Bewegungen
Off-Label-Use	Verordnung von zugelassenen Arzneimitteln außerhalb des von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs
PET	Positronen-Emissions-Tomographie: Bildgebendes Verfahren der Nuklearmedizin. Applikation einer schwach radioaktiven Substanz, die biochemische und physiologische (funktionelle) Vorgänge im Organismus sichtbar macht

Pharmakotherapie	Medikamentöse Behandlung
Phenobarbital	Medikament gegen Epilepsie; hemmt die Erregungsausbreitung im Gehirn
Placebo	Medikamente ohne Wirkstoff, bestehen aus Füllstoffen wie Milchzucker und Stärke
Placebo-kontrolliert	Eine Studie ist placebo-kontrolliert, wenn ein Teil der Teilnehmerinnen anstelle des Medikaments zur Kontrolle der Wirksamkeit ein Placebo erhält.
Prädisposition	Veranlagte Empfänglichkeit eines Organismus für eine bestimmte Erkrankung
Präfrontaler Cortex	Teil des Frontallappens der Großhirnrinde; vor allem für die situationsangemessene Handlung verantwortlich
Prävalenz	Epidemiologische Maßzahl, die die Anzahl an Menschen in einer bestimmten Population, mit einer bestimmten Krankheit in einem bestimmten Zeitraum angibt.
Prävalenzrate	Anzahl der Erkrankten geteilt durch die Gesamtzahl der Population, die in dem bestimmten Zeitraum unter dem beobachteten Risiko standen
Psychoedukation	Information der Patienten und Angehörigen über die Krankheit und Förderung des Krankheitsverständnisses und des selbstverantwortlichen Umganges mit der Krankheit
Randomisierung	Statistischer Begriff für die Zufallsauswahl z. B. von Studienteilnehmern
Ratereffekt	Bei Beurteilungen kann es in Abhängigkeit von der Position der Beurteilenden zu Verzerrungen kommen.
Retardpräparat	Substanzen/ Medikamente, die ihren Wirkstoff verzögert freisetzen und somit den Wirkspiegel über einen längeren Zeitraum erhalten.

SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography (dt. Einzelphotonen-Emissions-Tomografie), bildgebendes Verfahren der Nuklearmedizin
Steroide	Werden der Stoffklasse der Lipide zugeordnet. Wichtigstes Steroid des Menschen ist das Cholesterin, aus dem z. B. die Steroidhormone der Nebennierenrinde aufgebaut werden. Künstlich werden Steroide als Muskelaufbaupräparate und Dopingmittel hergestellt.
Sympathikomimetika	Substanzen, die den Effekt des sympathischen Nervensystems imitieren und verstärken
Synaptischer Spalt	Der Raum zwischen zwei Nervenzellen. Elektrische Impulse werden mittels Botenstoffen (Neurotransmitter) über den Spalt geleitet.
Szintigrafie	Strahlenmedizinische Untersuchung zur Funktionsüberprüfung unterschiedlicher Gewebe
Tics	Unwillkürliche, rasche Bewegungen, die einzeln oder in Serie auftreten können. Es gibt motorische (Muskelzuckungen) und vokale (Lautäußerungen) Tics.
Titrierung	Einstellung der Medikationsdosis nach individuellen Bedürfnissen
Verhaltenstherapie	Eine Vielzahl von primär psychologischen Behandlungsmethoden, die davon ausgeht, dass menschliches Verhalten erlernt ist und somit auch wieder verlernt werden kann.

## 8 Literatur

- ADHS Deutschland (2008):** Nahrungsmittelinduzierte ADHS-Symptomatik. Verfügbar unter: [http://www.adhs-deutschland.de/content.php?abt\\_ID=1&site\\_ID=46&S\\_ID=9qtpdnu20677skfhbbh2lb0a9duok1i4](http://www.adhs-deutschland.de/content.php?abt_ID=1&site_ID=46&S_ID=9qtpdnu20677skfhbbh2lb0a9duok1i4) (letzter Zugriff: 21.01.2008).
- Amft H (2006):** AD(H)S: Hirnstoffwechsel und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 70-90.
- Arbeitsgemeinschaft AD(H)S der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2007):** Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S der Kinder- und Jugendärzte e.V. Aktualisierte Fassung Januar 2007. ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung). Verfügbar unter: [http://www.ag-adhs.de/img/file/CAT\\_241/Leitlinie.pdf](http://www.ag-adhs.de/img/file/CAT_241/Leitlinie.pdf) (letzter Zugriff: 06.03.2008).
- Armstrong JS, Overton TS (1977):** Estimating nonresponse bias in mail surveys. *Journal of Marketing Research*, 14(8), 396-402.
- Arznei-telegramm (2002):** Parkinson-Syndrom als Langzeitfolge von Methylphenidat? *Arznei-telegramm*, 33(1), 16.
- AWMF: Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (2004):** Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Indikationen zur Verordnung von Ergotherapie im Kindesalter. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/071-011.htm> (letzter Zugriff: 03.03.2008).
- Barkley RA (2006):** Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.), New York: Guilford Press.
- BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2005):** Bescheid vom 08.09.05. Verfügbar unter: [http://www.bfarm.de/cln\\_029/nn\\_1160684/SharedDocs/Publikationen/DE/Pharmakovigilanz/stufenplverf/stpAtomoxetin\\_\\_050908,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/stpAtomoxetin\\_050908.pdf](http://www.bfarm.de/cln_029/nn_1160684/SharedDocs/Publikationen/DE/Pharmakovigilanz/stufenplverf/stpAtomoxetin__050908,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/stpAtomoxetin_050908.pdf) (letzter Zugriff: 29.03.2008).
- BGVV: Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (2002):** BgVV und BfArM warnen: Nahrungsergänzungsmittel aus AFA-Algen können keine medizinische Therapie ersetzen. Pressemitteilung 21.03.2002. Verfügbar unter: <http://www.bfr.bund.de/cd/987> (letzter Zugriff: 21.01.2008).

- Breidenstein E (2005):** Diät bei AD(H)S – kalter Kaffee? Pädiatrie, 11(4), 7-9.
- BTmVV: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (1998):** Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998). Verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmvv\\_1998/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmvv_1998/gesamt.pdf) (letzter Zugriff: 29.01.2008).
- Bühning, Petra (2005):** Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung: Besorgnis über Medikation unbegründet. Deutsches Ärzteblatt, 102(45), A 3074.
- Bundesärztekammer (2005):** Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – Langfassung. Verfügbar unter: [www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf) (letzter Zugriff: 24.04.2008).
- Bundestags-Drucksache (2006):** Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Terpe H, Gehring K, Bender B, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis90/Die Grünen betreffend „Verschreibung von Medikamenten an Kinder und Jugendliche bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivstörungen, BT-Dr. 16/3045.
- BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005):** AD(H)S. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung...Was bedeutet das? Köln: BZgA.
- Caspers-Merk M (2002):** ADHS keine „Modeerkrankung“. Deutsches Ärzteblatt, 99(24), 1644-1645.
- Daly BP, Creed T, Yanthopoulos M, Brown RT (2007):** Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychological Review, 17(1), 73-89.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2007):** Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings, Kindes- und Jugendalter (3. überarbeitete u. erweiterte Auflage). Köln: Deutscher Ärzte Verlag. Leitlinie Hyperkinetische Störungen (F 90) verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-019.htm> (letzter Zugriff: 20.02.2008).
- Döpfner M (2000):** Hyperkinetische Störungen. In: Petermann F (Hrsg.). Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie, Göttingen: Hogrefe, S. 153-189.
- Döpfner M (2005):** Was wissen wir heute über AD(H)S? In: Schulte-Markwort M, Zinke M (Hrsg.): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.



Fortschritte in der Diagnose und Therapie, Bad Homburg: Springer, S. 6-10.

- Döpfner M (2007):** Was bringt die medikamentöse Langzeittherapie wirklich? Neue Erkenntnisse aus der MTA-Studie. Verfügbar unter: [http://www.adhs-netz.de/i/aktuelles1.php?sess\\_id=e8cd6cafd3b599c7650c172165c90aca&link\\_id=;3;1;#](http://www.adhs-netz.de/i/aktuelles1.php?sess_id=e8cd6cafd3b599c7650c172165c90aca&link_id=;3;1;#) (letzter Zugriff: 22.01.2008).
- Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G (2000):** Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 1, Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner M, Lehmkuhl G (2002):** Oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten – Symptomatik, Diagnostik und Behandlungsansätze. In: Leyendecker, Ch., Horstmann, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär, Band. 6, München: Reinhardt, S. 165-175.
- Döpfner M, Lehmkuhl G. (1998):** Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ), 1. Auflage, Bern: Huber.
- Döpfner M, Schürmann S, Frölich J (2002):** Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten: THOP. Materialien für die klinische Praxis, 3. Auflage, Weinheim: Beltz.
- Drüe G (2007):** ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit, Stuttgart: Kohlhammer.
- Fegert J, Glaeske G, Janhsen K, Ludolph A, Ronge C (2002):** Untersuchung zur Arzneimittel-Versorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. BMGS-Projektbericht, Bremen, Ulm.
- Glaeske G (2007):** Mehr Sorgfalt bei Diagnose und Behandlung. Interview mit Arzneimittelexperte Gerd Glaeske zu ADHS. Bundespsychotherapeutenkammer-Newsletter, 4/2007, 5.
- Glaeske G, Janhsen K (2006):** GEK-Arzneimittelreport 2006. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44, St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Glaeske G, Janhsen K (2007):** GEK-Arzneimittelreport 2007. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 55, St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Glaeske G, Würdemann E (2008):** Aspekte der Behandlung von ADHS-Kindern. Versorgungsforschung auf der Basis von Krankenkassendaten. In: Bonney H (Hrsg.) ADHS – Kritische Wissenschaft und Therapeutische Kunst, Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, S. 55-77.

- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ (1998):** Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*, 279(14), 1100-1107.
- Goodman, R (1997):** The strenghts and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999):** Strengths and difficulties questionnaire (deutsche Elternversion). Verfügbar unter: <http://www.sdqinfo.com/questionnaires/german/s3.pdf> (letzter Zugriff: 24.02.2007).
- Haffner J, Roos J, Goldstein N, Parzer P, Resch F (2006):** Zur Wirksamkeit körperorientierter Therapieverfahren bei der Behandlung hyperaktiver Störungen: Ergebnisse einer kontrollierten Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(1), 2006, 37-47.
- Huss M, Högl B (2002):** ADHD-Profil-Studie – Fragebogen zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHD. Verfügbar unter: <http://www.bv-auek.de/Seiten/ADHD-Profilstudie/download.html> (letzter Zugriff: 26.02.2007).
- ICD-10-GM (2008):** Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version German Modification. Verfügbar unter: [www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm) (letzter Zugriff: 22.11.2007).
- Imhof M, Skrodzki K, Urzinger M (1999):** Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht. Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung (Hrsg.), erarbeitet im Auftrag des Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1. Auflage, München: Auer.
- Jensen P S, Hinshaw S P, Swanson J M (2001):** Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 22(1), 60-73.
- Krause KH, Dresel S, Krause J (2000):** Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Psycho*, 26, 199-208.
- Krause KH, Dresel S, Krause J (2006):** Dopamintransporter – Struktur, Funktion und Bedeutung für die ADHS. *Psychoneuro*, 32, 209-214.
- Krause KH, Krause J (2007):** Neurobiologische Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Ein Update. *Psychoneuro*, 33, 404-410.

- Lehmkuhl G, Döpfner M (2006):** Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 118-133.
- Lehmkuhl G, Döpfner M, Schubert I (2001):** Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. Deutsches Ärzteblatt, 98(36), 2286.
- Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (2006):** ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Levy F, Hay DA, Mc Stephen M, Wood C, Waldman I (1997):** Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 737-744.
- Mattejat J, Jungmann J, Meusers M, Mok C, Schaff C, Schmidt MH, Scholz M, Remschmidt H (1998):** Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Verfügbar unter: <http://www.kjp.uni-marburg.de/lq/pub/lq-art-2.pdf> (letzter Zugriff: 26.03.07).
- Mattejat F, Remschmidt H (1998):** Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (Handanweisung), Göttingen: Hogrefe. Kurzversion verfügbar unter: [www.kjp.uni-marburg.de/eval/download/fbb-kurz-boegen.pdf](http://www.kjp.uni-marburg.de/eval/download/fbb-kurz-boegen.pdf) (letzter Zugriff: 20.02.2008).
- Mattejat F, Remschmidt H (2006):** ILK, Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern, Bern: Huber.
- Mattner D (2006):** ADS – Die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- McCann D, Barrett A, Cooper A, Crumpler D, Dalen L, Grimshaw Kitchin, E, Lok K, Porteous L, Prince E, Sonuga-Barke E, Warner J, Stevenson (2007):** Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. Lancet, 370, 1560-1567.
- Medical Tribune (2007):** Gezielte Hilfen für große ADHSler, 1/2007, 22.
- Moll GH, Hauser S, Rütger E, Rothenberger A, Huether G (2001):** Early methylphenidate administration to young rats causing a persistent reduction in the density of striatal dopamine transporters. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 11, 15-24.

- MTA Cooperative Group (2004):** National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 113, 754-761.
- Neuhaus C (2001):** Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme, 3. Auflage, Berlin: Urania.
- Neuhaus C (2007):** AD(H)S bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung, Stuttgart: Kohlhammer.
- NIMH (2007):** Brain matures a few years late in ADHD, but follows normal pattern. Press release, November 12, 2007. Verfügbar unter: <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2007/brain-matures-a-few-years-late-in-adhd-but-follows-normal-pattern.shtml> (letzter Zugriff: 4.12.2007).
- Riedesser P (2006):** Einige Argumente zur AD(H)S-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (2006): AD(H)S – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 111-117.
- Rote-Hand-Brief (2005):** Aktuelle Informationen zu Strattera® (Atomoxetinhydrochlorid) – Suizidalität 29. September 2005. Verfügbar unter: [http://www.akdae.de/20/40/Archiv/2005/63\\_20050929.pdf](http://www.akdae.de/20/40/Archiv/2005/63_20050929.pdf) (letzter Zugriff: 20.02.2008).
- Safer DJ (2000):** Are stimulants overprescribed for youths with ADHD? *Annals of Clinical Psychiatry*, 12, 55-62.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (2003):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textversion. DSM-IV-TR. Übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Göttingen: Hogrefe.
- Sevecke K, Battel S, Dittmann R, Lehmkuhl G, Döpfner M (2005):** Wirksamkeit von Atomoxetin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Eine systematische Übersicht. *Nervenarzt*, 77(3), 294-308.
- Schlack R, Hölling H, Kurth B-M, Huss M (2007):** Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitschutz*, 50, 827–835.
- Schmidt MH, Brink A (1995):** Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 4(3), 236-239.

- Schwabe U, Paffrath D. (Hrsg.) (2008):** Arzneiverordnungs-Report 2007, Heidelberg: Springer.
- Schubert I, Köster I, Adam CH, Ihle P, v Ferber L, Lehmkuhl G (2003):** "Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen" – eine versorgungsepidemiologische Studie auf der Basis der Versichertenstichprobe KV Hessen / AOK Hessen. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Köln.
- Schulte-Markwort M, Zinke M. (Hrsg.) (2005):** ADS/ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie, Berlin: Springer.
- Sonderheft ADHS (2004):** Kinderärztliche Praxis - Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, 15.4.2004.
- Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV (2000):** Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000, 39(11), 1432-1437.
- Statistisches Bundesamt (2006):** Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007):** Statistisches Jahrbuch 2007. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/AI/IC/Publikationen/Jahrbuch/Statistisches20Jahrbuch2007,property=file.pdf> (letzter Zugriff:03.03.2008).
- Strehl U, Leins U, Danzer N, Hinterberger T, Schlottke PF (2004):** EEG-Feedback für Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Kindheit und Entwicklung 13(3), 180-189.
- Von Lüpke H (2006):** ADHS – Was Kinder umtreibt. Enttäuschte Suche nach Klarheit. Verfügbar unter: [http://www.bkj-ev.de/pdf/fachartikel/ADHS\\_Kinder\\_umtreibt.pdf](http://www.bkj-ev.de/pdf/fachartikel/ADHS_Kinder_umtreibt.pdf) (letzter Zugriff: 30.01.2008).
- Wender PH (2000):** Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Aktivitätsstörung im Erwachsenenalter. Psycho, 26, 190-198.
- Wender PH, Reimherr FW, Wood D, Ward M (1985):** A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. American Journal of Psychiatry, 142(5), 547-552.
- WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology (2004):** Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2005. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology.

- Wilens, TE, Dittmann, RW (2005):** Fortschritte in der Pharmakotherapie. In: Schulte-Markwort M, Zinke M (Hrsg.): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie, Bad Homburg: Springer, S. 29-33.
- Wolf E (2005):** Neu auf dem Markt: Atomoxetin gegen ADHS, Pharmazeutische Zeitung, 14, 24.
- Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE, Evans SW, Gotlieb EM, Knight JR, Ross EC, Shubiner HH, Wnder EH, Wilens T (2005):** Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
- World Federation of Mental Health (2004):** Without Boundaries. Herausforderung und Hoffnung für ein Leben mit ADHS – eine internationale Umfrage. Verfügbar unter: [http://www.bdkennel.co.uk/wfmh/pdf/Without\\_Boundaries-dt.pdf](http://www.bdkennel.co.uk/wfmh/pdf/Without_Boundaries-dt.pdf) (letzter Zugriff: 17.12.2007).
- Würdemann E (2005):** Begleitmedikation bei ADHD (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder) unter besonderer Berücksichtigung von Antiepileptika und Psycholeptika anhand von Routinedaten der GKV. Magisterarbeit, Universität Bremen.

## 9 Anhang zu Kapitel 5.4

### Auswertung der Ausgaben nach Altersgruppen

Altersgruppen in Jahren	Ausgaben in € 2006	Ausgaben in € 2005	Änderung zum Vorjahr in %
<b>Beide Geschlechter</b>			
< 6	4.295,74	6.908,79	- 37,82
6-9	589.846,05	471.917,41	+ 24,99
10-12	1.097.171,37	840.315,79	+ 30,57
13-15	966.217,59	731.785,23	+ 32,04
16-18	377.017,08	219.158,40	+ 72,03
>18	164.363,71	118.845,18	+ 38,30
<b>Gesamt</b>	<b>3.198.911,54</b>	<b>2.388.930,80</b>	<b>+ 33,91</b>
<b>männlich</b>			
< 6	4.038,45	6.420,47	- 37,10
6-9	488.164,67	391.844,10	+ 24,58
10-12	916.880,29	702.072,01	+ 30,60
13-15	815.568,16	625.219,60	+ 30,45
16-18	315.404,32	190.947,77	+ 65,18
>18	114.764,37	80.672,43	+ 42,26
<b>Gesamt</b>	<b>2.654.820,26</b>	<b>1.997.176,38</b>	<b>+ 32,93</b>
<b>weiblich</b>			
< 6	257,29	488,32	- 47,31
6-9	101.681,38	80.073,31	+ 26,99
10-12	180.291,09	138.243,78	+ 30,42
13-15	150.649,43	106.565,63	+ 41,37
16-18	61.612,76	28.210,63	+ 118,40
>18	49.599,34	38.172,75	+ 29,93
<b>Gesamt</b>	<b>544.091,29</b>	<b>391.754,42</b>	<b>+ 38,89</b>

## Auswertung der Packungsanzahl nach Altersgruppen

Altersgruppen in Jahren	Anzahl Packungen 2006	Anzahl Packungen 2005	Änderung zum Vorjahr in %
<b>Beide Geschlechter</b>			
< 6	127	154	- 17,53
6-9	10.753	9.518	+ 12,98
10-12	16.653	14.818	+ 12,38
13-15	13.300	11.768	+ 13,02
16-18	4.984	3.529	+ 41,23
>18	2.955	2.611	+ 13,18
<b>Gesamt</b>	<b>48.772</b>	<b>42.398</b>	<b>+ 15,03</b>
<b>männlich</b>			
< 6	120	134	- 10,45
6-9	8.725	7.895	+ 10,51
10-12	13.765	12.332	+ 11,62
13-15	11.174	9.954	+ 12,26
16-18	4.144	3.062	+ 35,34
>18	2.006	1.777	+ 12,89
<b>Gesamt</b>	<b>39.934</b>	<b>35.154</b>	<b>+ 13,60</b>
<b>weiblich</b>			
< 6	7	20	- 65,00
6-9	2.028	1.623	+ 24,95
10-12	2.888	2.486	+ 16,17
13-15	2.126	1.814	+ 17,20
16-18	840	467	+ 79,87
>18	949	834	+ 13,79
<b>Gesamt</b>	<b>8.838</b>	<b>7.244</b>	<b>+ 22,00</b>



## Verordnete DDD nach Altersgruppen

Altersgruppen in Jahren	verordnete DDD 2006	verordnete DDD 2005	Änderung zum Vorjahr in %
<b>Beide Geschlechter</b>			
< 6	1.587,34	1.737,86	- 8,66
6-9	201.819,67	163.275,92	+ 23,61
10-12	375.676,23	292.964,72	+ 28,23
13-15	328.251,26	254.610,67	+ 28,92
16-18	127.523,33	76.853,08	+ 65,93
>18	59.042,72	47.417,47	+ 24,52
<b>Gesamt</b>	<b>1.093.900,55</b>	<b>836.859,72</b>	<b>+ 30,71</b>
<b>männlich</b>			
< 6	1.540,17	1.634,53	- 5,77
6-9	164.060,84	135.395,05	+ 21,17
10-12	312.330,36	242.679,13	+ 28,70
13-15	276.383,65	214.807,55	+ 28,67
16-18	105.962,77	67.706,41	+ 56,50
>18	40.842,81	32.115,61	+ 27,17
<b>Gesamt</b>	<b>901.120,6</b>	<b>694.338,30</b>	<b>+ 29,78</b>
<b>weiblich</b>			
< 6	47,18	103,32	- 54,34
6-9	37.758,84	27.880,87	+ 35,43
10-12	63.345,88	50.285,58	+ 25,97
13-15	51.867,60	39.803,12	+ 30,31
16-18	21.560,56	9.146,66	+ 135,72
>18	18.199,91	15.301,86	+ 18,94
<b>Gesamt</b>	<b>192.779,97</b>	<b>142.521,42</b>	<b>+ 35,26</b>

**Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für männliche Versicherte (Ausgaben in Euro)**

<b>KV-Region</b>	<b>Ausgaben in €in 2006</b>	<b>Ausgaben in €2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden- Württemberg	392.532,37	282.595,08	+ 38,90
KV Bayern	460.985,48	372.845,39	+ 23,64
KV Berlin	124.120,93	95.224,53	+ 30,35
KV Brandenburg	87.914,91	73.101,93	+ 20,26
KV Bremen	17.959,32	11.773,41	+ 52,54
KV Hamburg	153.083,43	123.780,51	+ 23,67
KV Hessen	148.032,79	116.689,07	+ 26,86
KV Mecklenburg- Vorpommern	24.252,56	19.709,16	+ 23,05
KV Niedersachsen	262.931,64	182.518,26	+ 44,06
KV Nordrhein	225.117,48	161.536,70	+ 39,36
KV Rheinland-Pfalz	150.846,99	112.554,77	+ 34,02
KV Saarland	46.307,77	33.081,64	+ 39,98
KV Sachsen	57.952,12	46.343,43	+ 25,05
KV Sachsen-Anhalt	40.286,53	26.938,94	+ 49,55
KV Schleswig-	130.858,86	111.250,11	+ 17,63
KV Thüringen	58.442,43	36.079,85	+ 61,98
KV Westfalen-Lippe	258.422,90	180.117,65	+ 43,47
unbekannt	14.771,74	11.035,95	+ 33,85
<b>Gesamt</b>	<b>2.654.820,25</b>	<b>1.997.176,38</b>	<b>+ 32,93</b>

**Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für weibliche Versicherte (Ausgaben in Euro)**

<b>KV-Region</b>	<b>Ausgaben in €in 2006</b>	<b>Ausgaben in €2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden- Württemberg	89.286,01	52.460,51	+ 70,20
KV Bayern	92.751,48	74.698,65	+ 24,17
KV Berlin	31.330,27	27.821,79	+ 12,61
KV Brandenburg	17.257,49	14.272,47	+ 20,91
KV Bremen	5.411,03	3.431,87	+ 57,67
KV Hamburg	24.772,52	17.438,09	+ 42,06
KV Hessen	26.721,06	22.788,48	+ 17,26
KV Mecklenburg- Vorpommern	2.084,76	1.510,38	+ 38,03
KV Niedersachsen	59.772,61	35.064,82	+ 70,46
KV Nordrhein	53.362,44	39.512,96	+ 35,05
KV Rheinland-Pfalz	38.314,31	26.143,44	+ 46,55
KV Saarland	10.808,18	5.383,55	+ 100,76
KV Sachsen	14.707,90	9.463,04	+ 55,42
KV Sachsen-Anhalt	8.635,94	2.333,15	+ 270,14
KV Schleswig-	24.775,30	25.947,14	- 4,52
KV Thüringen	8.812,97	8.943,05	- 1,45
KV Westfalen-Lippe	31.692,30	22.305,09	+ 42,09
unbekannt	3.594,72	2.235,94	+ 60,77
<b>Gesamt</b>	<b>544.091,29</b>	<b>391.754,42</b>	<b>+ 38,89</b>

**Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für männliche Versicherte (Packungsanzahl)**

<b>KV-Region</b>	<b>Anzahl Packungen in 2006</b>	<b>Anzahl Packungen in 2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden-Württemberg	5.915	5.059	+ 16,92
KV Bayern	7.474	6.981	+ 7,06
KV Berlin	1.779	1.641	+ 8,41
KV Brandenburg	1.231	1.153	+ 6,76
KV Bremen	380	287	+ 32,40
KV Hamburg	1.930	1.753	+ 10,10
KV Hessen	2.315	2.140	+ 8,18
KV Mecklenburg-Vorpommern	336	299	+ 12,37
KV Niedersachsen	3.854	3.216	+ 19,84
KV Nordrhein	3.395	2.788	+ 21,77
KV Rheinland-Pfalz	2.317	2.085	+ 11,13
KV Saarland	757	584	+ 29,62
KV Sachsen	867	775	+ 11,87
KV Sachsen-Anhalt	622	521	+ 19,39
KV Schleswig-	1.973	1.914	+ 3,08
KV Thüringen	749	557	+ 34,47
KV Westfalen-Lippe	3.792	3.180	+ 19,25
unbekannt	248	221	+ 12,22
<b>Gesamt</b>	<b>39.934</b>	<b>35.154</b>	<b>+ 13,60</b>

**Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für weibliche Versicherte (Packungsanzahl)**

<b>KV-Region</b>	<b>Anzahl Packungen in 2006</b>	<b>Anzahl Packungen in 2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden-Württemberg	1.511	1.065	+ 41,88
KV Bayern	1.555	1.342	+ 15,87
KV Berlin	459	441	+ 4,08
KV Brandenburg	244	241	+ 1,24
KV Bremen	112	77	+ 45,45
KV Hamburg	343	285	+ 20,35
KV Hessen	449	462	- 2,81
KV Mecklenburg-Vorpommern	33	30	+ 10,00
KV Niedersachsen	963	649	+ 48,38
KV Nordrhein	831	782	+ 6,27
KV Rheinland-Pfalz	632	482	+ 31,12
KV Saarland	221	119	+ 85,71
KV Sachsen	216	163	+ 32,52
KV Sachsen-Anhalt	113	68	+ 66,18
KV Schleswig-	408	398	+ 2,51
KV Thüringen	129	118	+ 9,32
KV Westfalen-Lippe	555	465	+ 19,35
unbekannt	64	57	+ 12,28
<b>Gesamt</b>	<b>8.838</b>	<b>7.244</b>	<b>+ 22,00</b>

**Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für männliche Versicherte (in verordneten DDD)**

<b>KV-Region</b>	<b>verordnete DDD in 2006</b>	<b>verordnete DDD in 2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden- Württemberg	136.165,66	97.484,06	+ 39,68
KV Bayern	172.319,56	137.938,60	+ 24,92
KV Berlin	37.216,22	29.586,69	+ 25,79
KV Brandenburg	23.681,12	21.397,82	+ 10,67
KV Bremen	8.328,25	5.166,65	+ 61,19
KV Hamburg	43.701,00	36.753,95	+ 18,90
KV Hessen	49.962,30	41.491,25	+ 20,42
KV Mecklenburg- Vorpommern	6.273,96	5.482,46	+ 14,44
KV Niedersachsen	90.326,52	64.772,89	+ 39,45
KV Nordrhein	81.326,88	60.030,02	+ 35,48
KV Rheinland-Pfalz	52.094,15	41.933,33	+ 24,23
KV Saarland	15.260,32	11.617,24	+ 31,36
KV Sachsen	17.568,36	15.259,28	+ 15,13
KV Sachsen-Anhalt	12.213,23	9.125,96	+ 33,83
KV Schleswig-	46.576,72	38.668,82	+ 20,45
KV Thüringen	15.580,39	10.697,25	+ 45,65
KV Westfalen-Lippe	86.988,53	63.040,19	+ 37,99
unbekannt	5.537,45	3.891,84	+ 42,28
<b>Gesamt</b>	<b>901.120,59</b>	<b>694.338,30</b>	<b>+ 29,78</b>

**Regionale Verteilung der Stimulanzienverordnungen nach KV-Regionen für weibliche Versicherte (in verordneten DDD)**

<b>KV-Region</b>	<b>verordnete DDD in 2006</b>	<b>verordnete DDD in 2005</b>	<b>Änderung zum Vorjahr in %</b>
KV Baden- Württemberg	33.115,68	21.645,03	+ 52,99
KV Bayern	36.235,14	27.796,72	+ 30,36
KV Berlin	10.456,62	9.409,10	+ 11,13
KV Brandenburg	5.076,90	4.429,86	+ 14,61
KV Bremen	2.191,90	1.484,99	+ 47,60
KV Hamburg	8.368,49	5.954,20	+ 40,55
KV Hessen	9.484,32	8.197,13	+ 15,70
KV Mecklenburg- Vorpommern	485,76	309,08	+ 57,16
KV Niedersachsen	20.486,20	13.616,84	+ 50,45
KV Nordrhein	19.155,20	14.825,21	+ 29,21
KV Rheinland-Pfalz	11.545,16	8.159,76	+ 41,49
KV Saarland	4.767,27	1.827,14	+ 160,91
KV Sachsen	3.676,18	2.638,27	+ 39,34
KV Sachsen-Anhalt	1.903,47	940,68	+ 102,35
KV Schleswig-	9.714,09	9.272,12	+ 4,77
KV Thüringen	2.831,88	2.822,99	+ 0,31
KV Westfalen-Lippe	11.827,04	8.362,30	+ 41,43
unbekannt	1.458,67	830,00	+ 75,74
<b>Gesamt</b>	<b>192.779,97</b>	<b>142.521,42</b>	<b>+ 35,26</b>

**In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind erschienen:**

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...  
(vergriffen)

- Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*
- Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*
- Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*
- Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*
- Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*
- Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*
- Nr. 7: *Industriemeister (1996)*
- Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*
- Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*
- Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

- Band 1: Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997  
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90
- Band 2: Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998  
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90
- Band 3: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998. ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90  
Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...  
Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen,  
Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.



- Band 4: Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.  
ISBN 3-537-44001-4 Euro 4,90
- Band 5: Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.  
ISBN 3-537-44002 Euro 4,90
- Band 6: Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.  
ISBN 3-537-44006-5 Euro 4,90
- Band 7: Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.  
ISBN 3-537-44007-3 Euro 4,90
- Band 8: Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.  
ISBN 3-537-44008-1 Euro 4,90
- Band 9: Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.  
ISBN 3-537-44009-X Euro 4,90
- Band 10: Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.  
ISBN 3-537-440010-3 Euro 4,90
- Band 11: Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.  
ISBN 3-537-440011-1 Euro 4,90
- Band 12: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999.  
Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung.  
Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.  
ISBN 3-537-44012-X Euro 7,90
- Band 13: Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter.  
Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.  
ISBN 3-537-44013-8 Euro 9,90
- Band 14: Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen.  
Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.  
ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band 15: Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen.  
Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.  
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)

- Band 16: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000. ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000. ISBN 3-537-44017-0 Euro 9,90
- Band 18: Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001. ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001. ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001. ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer. ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90
- Band 22: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002. ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band 23: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002. ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band 24: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003. ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band 25: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003. ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90

- Band 26: Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003  
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90
- Band 27: Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003  
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: Jahn, I. (Hg.): wechselljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004  
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.  
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.  
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90
- Band 31: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.  
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.  
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004  
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005  
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005  
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90

- Band 36: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.  
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.  
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahre 2003/2004. 2005  
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005  
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005  
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006  
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006  
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006  
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.  
ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006. 2006  
ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90
- Band 46: Braun, B., Müller, R.: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.  
ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90
- Band 47: Spintge, R., u. a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006  
ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90

- Band 48: Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006  
ISBN 3-86541-177-0, ISBN 9783-86541-177-8 Euro 19,90
- Band 49: Deitermann, B., Kemper, C., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006  
ISBN 3-537-44049-9, ISBN 978-3-537-44049-5 Euro 14,90
- Band 50: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006. 2006  
ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1 Euro 14,90
- Band 51: Müller, R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006  
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44051-8 Euro 14,90
- Band 52: Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007.  
ISBN 978-3-86541-165-5 Euro 45,00
- Band 53: Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Organisationsformen und gesundheitliche Effekte von Walking. 2007.  
ISBN 978-3-537-44053-2 Euro 14,90
- Band 54: Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. 2007.  
ISBN 978-3-537-44054-9 Euro 14,90
- Band 55: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005 bis 2006. 2007.  
ISBN 978-3-537-44055-6 Euro 14,90
- Band 56: Hacker, E.W., Löbig, S. (Hg.): Musikphysiologie im Probenalltag. Dokumentation eines Workshops - veranstaltet vom Zentrum für Musik, Gesundheit und Prävention. 2007  
ISBN 978-3-537-44056-3 Euro 14,90
- Band 57: Deitermann, B., Kemper, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2005 und 2006. 2007  
ISBN 978-3-537-44057-0 Euro 14,90
- Band 58: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007. 2007  
ISBN 978-3-537-44058-7 Euro 14,90

- Band 59: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. 2007  
ISBN 978-3-537-44059-4 Euro 14,90
- Band 60: Braun, B., Buhr, P., Müller, R.: Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. 2007.  
ISBN 978-3-537-44060-0 Euro 14,90
- Band 61: Glaeske, G., Schicktanzen, C., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007. 2008.  
ISBN 978-3-537-44061-7 Euro 14,90
- Band 62: Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Altern in unserer Gesellschaft. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen. 2008.  
ISBN 978-3-537-44062-4 Euro 14,90
- Band 63: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2008. 2008  
ISBN 978-3-537-44063-1 Euro 14,90
- Band 64: Kemper, C., Koller, D., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2006 und 2007. 2008  
ISBN 978-3-537-44064-8 Euro 14,90