

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Klosinski

**Wege – „Irrwege“ der Diagnose und
Behandlung des ADHS
(Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung)**

**Zugangswege, Informiertheit, Einstellungen,
Befürchtungen und Kritik der regionalen
Versorgungsstrukturen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Clemens Emmanuel Keutler
aus Worms

2005

Dekan: Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Klosinski

2. Berichterstatter: Professor Dr. R. du Bois

Meiner Frau und meinen Kindern in Dankbarkeit gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Thema.....	3
1.2.	Regionale Versorgungssituation	4
1.3.	Eigene Reflexionen.....	6
1.4.	Geschichte des Störungsbildes	8
1.4.1.	Begriffsbildung	9
1.5.	Geschichte der Pharmakotherapie des ADHS.....	10
1.5.1.	Anmerkungen zur Pharmakotherapie des ADHS.....	10
1.6.	Häufigkeit des Störungsbildes	11
1.6.1.	Erklärungsmodelle einer angenommenen Zunahme der Häufigkeit.....	11
1.7.	Konsequenz.....	14
2.	Methodik	15
2.1.	Auswahl der Studienteilnehmer	15
2.1.1.	Einladung zur Teilnahme	15
2.1.2.	Verwendete Untersuchungsinstrumente	16
2.2.	Auswertung.....	20
3.	Fragestellung	21
3.1.	Anstöße zur Hypothesenbildung	21
3.2.	Hypothesen.....	23
4.	Ergebnisse	25
4.1.	Studienteilnehmer	25
4.1.1.	Alters- und Geschlechtsverteilung	26
4.1.2.	Diagnosen.....	27
4.1.2.1.	Nebendiagnosen.....	27
4.1.2.2.	Hauptdiagnosen (F90.0, F90.1, F98.8) und Nebendiagnosen.....	28
4.1.3.	Besuchte Schulformen.....	29

4.1.4.	Begabungsprofil der Probanden	30
4.1.5.	Differenz zwischen Test- und Retestergebnissen	32
4.2.	ADHS Fragebögen.....	34
4.2.1.	Conners Elternfragebogen.....	34
4.2.1.1.	Item „Verhaltensprobleme“	34
4.2.1.2.	Item „Hyperaktivität / Unaufmerksamkeit“	35
4.2.1.3.	Item „Angst“	36
4.2.1.4.	Item „Psychosomatische Beschwerden“	36
4.2.2.	Conners Lehrerfragebogen.....	37
4.2.2.1.	Item „Verhaltensprobleme“	37
4.2.2.2.	Item „Hyperaktivität“	38
4.2.2.3.	Item „Unaufmerksamkeit / Passivität“	39
4.2.3.	Copeland Elternfragebogen	39
4.2.3.1.	Item „Unaufmerksamkeit / Ablenkbarkeit“	39
4.2.3.2.	Item „Impulsivität“.....	40
4.2.3.3.	Item „Hyperaktivität / Überaktivität“	41
4.2.3.4.	Item „Hypoaktivität / Unteraktivität“	42
4.2.3.5.	Item „Non-Compliance“	42
4.2.3.6.	Item „Aufmerksamkeitsheischendes Verhalten“	43
4.2.3.7.	Item „Mangelnde Leistungsumsetzung“	44
4.2.3.8.	Item „Unreife“	45
4.2.3.9.	Item „Emotionale Schwierigkeiten“	45
4.2.3.10.	Item „Wenig gleichaltrige Freunde“	46
4.2.3.11.	Item „Beeinträchtigte familiäre Beziehungen“	47
4.2.4.	Copeland Lehrerfragebogen	48
4.2.4.1.	Item „Unaufmerksamkeit / Ablenkbarkeit“	48
4.2.4.2.	Item „Impulsivität“.....	49
4.2.4.3.	Item „Hyperaktivität / Überaktivität“	49
4.2.4.4.	Item „Hypoaktivität / Unteraktivität“	50
4.2.4.5.	Item „Non-Compliance“	51
4.2.4.6.	Item „Aufmerksamkeitsheischendes Verhalten“	51
4.2.4.7.	Item „Unreife“	52

4.2.4.8.	Item „Mangelnde Leistungsumsetzung“	53
4.2.4.9.	Item „Emotionale Schwierigkeiten“	53
4.2.4.10.	Item „Wenig gleichaltrige Freunde“	54
4.3.	Interviewfragen	55
4.3.1.	Alter in dem die Eltern erstmals „Auffälligkeiten“ des Kindes beobachteten	55
4.3.1.1.	Typische beobachtete Verhaltensweisen.....	55
4.3.2.	Alter in dem Andere auf das Verhalten aufmerksam machten.....	58
4.3.2.1.	Typische Beschreibungen dieses Verhaltens	58
4.3.3.	Alter bei Erstvorstellung wegen des auffälligen Verhaltens	60
4.3.3.1.	Ergebnis der Vorstellung.....	62
4.3.4.	Alter bei erstem Verdacht auf ADHS.....	63
4.3.5.	Alter bei Diagnosestellung	65
4.3.6.	Hatten die Eltern vorher schon Informationen zu ADHS?	67
4.3.7.	Alter, in dem die Eltern erstmals gezielt über ADHS informiert wurden	69
4.3.8.	Welche Behandlungsmethoden wurden empfohlen?.....	70
4.3.8.1.	Wartezeiten für empfohlene Behandlungsmaßnahmen	71
4.3.8.2.	Welche Methoden wurden umgesetzt?	72
4.3.8.3.	Waren die Maßnahmen aus Sicht der Eltern hilfreich?	73
4.3.9.	Wer informierte Sie wann erstmals gezielt über die Stimulanzienbehandlung?.....	74
4.3.9.1.	Fühlten Sie Sich hinreichend aufgeklärt?.....	75
4.3.9.2.	Wurden Ihnen weitere Informationsquellen genannt?	76
4.3.9.3.	Suchten Sie weitere Informationen?	76
4.3.9.4.	Was erlebten Sie davon als hilfreich, was verunsicherte Sie eher?.....	77
4.3.10.	Wann entschlossen Sie sich zu einem Ritalinbehandlungsversuch?	78
4.3.10.1.	Was war für diese Entscheidung maßgeblich?	79
4.3.10.2.	Gab es wegen dieser Entscheidung Kritik?	80
4.3.10.3.	Wurden Ihnen Vorwürfe gemacht Ihrem Kind „Drogen“ zu geben?	80

4.3.10.4.	Wer machte diese Vorwürfe?.....	81
4.3.11.	Wer begleitet die Behandlung?.....	81
4.3.11.1.	Wo bekommen Sie Ihre BTM-Rezepte?	82
4.3.11.2.	Wie oft und durch wen werden Laborkontrollen veranlasst?.....	82
4.3.11.3.	Wie viel Ritalin® nimmt Ihr Kind und zu welchen Zeiten?	83
4.3.11.4.	Geben Sie Ritalin® nur an Schultagen?	83
4.3.11.5.	Zeigt Ihr Kind unerwünschte Wirkungen?	84
4.3.12.	Hat sich die Situation zu Hause und in der Schule gebessert?.....	85
4.3.12.1.	Woran merken Sie dies in erster Linie?	86
4.4.	Was sollte sich hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung ändern?.....	87
4.5.	Befindlichkeitsthermometer.....	89
4.5.1.	Veränderung im Rahmen der Behandlung.....	89
4.6.	Hypothesen.....	91
4.6.1.	Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität werden in der Regel später erkannt!.....	91
4.6.2.	Je ausgeprägter die Symptomatik insbesondere im Sinne einer Sozialverhaltensstörung, desto früher wird die Diagnose ADHS gestellt, eine Stimulanzienbehandlung eher eingeleitet!	97
4.6.3.	Je besser die Störung intellektuell kompensiert wird – gute Begabung – (zunächst fehlende oder geringe Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltensstörung), desto später die Diagnosestellung!.....	103
4.6.4.	Eltern bemerken die Störung in der Regel sehr früh (manchmal schon im Säuglingsalter, oft vor dem Kindergartenalter)!	113
4.6.5.	Erzieherinnen (Kindergarten) und Klassenlehrer (Grundschule) machen nicht selten die Eltern auf Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen der Kinder aufmerksam!.....	117
4.6.6.	Eltern stellen die Kinder oft schon früh und nicht selten wiederholt wegen Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörung beim Kinder- oder Hausarzt vor!.....	121
4.6.7.	Kinder- und Hausärzte leiten in der Regel zunächst keine weitere Diagnostik ein, machen nicht selten die Mütter für die zu	

	beobachtenden Phänomene verantwortlich, erklären, dass sich das Verhalten ohne weitere Therapie bessern würde („lebhaftes Kind, wächst sich aus“)!	124
4.6.8.	Eltern sehen sich, wenn sie sich schließlich für eine Stimulanzienbehandlung ihres Kindes entscheiden, nicht selten mit Vorwürfen und Vorurteilen aus dem familiären Umfeld (Onkel, Tante, Großeltern, Freunde und Bekannte) und auch seitens der Lehrer konfrontiert („Ruhigstellen“, „Süchtigmachen“ der Kinder)!.....	128
4.6.9.	Die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, Diagnostiktermine oder spezifische therapeutische Angebote sind oft mit erheblichen Wartezeiten verbunden!.....	129
4.6.10.	Eltern beklagen die späte Diagnosestellung, den schlechten Informationsstand und fehlende Behandlungsmöglichkeiten!	130
5.	Statistik	132
5.1.	Lineare Regressionsanalyse einzelner Hypothesen	132
5.1.1.	Korrelation des Items Impulsivität im Copeland Elternfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung	135
5.1.2.	Korrelation des Items Impulsivität im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung	135
5.1.3.	Korrelation des Items Non-Compliance im Copeland Elternfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung	136
5.1.4.	Korrelation des Items Non-Compliance im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung	136
5.1.5.	Korrelation des Items Non-Compliance im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter bei Beginn der Stimulanzienbehandlung.....	137
5.1.6.	Korrelation des in einem Standard-Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei der Diagnosestellung ADHS	138
5.1.7.	Korrelation des in einem Standard-Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei Beginn der Stimulanziengabe	138
5.2.	Chi-Quadrat	139
5.2.1.	Gruppeneinteilung, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 4-er Gruppen	140

5.2.2.	Kreuztabelle, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 4-er Gruppen	140
5.2.3.	Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 4-er Gruppen.....	141
5.2.4.	Gruppeneinteilung, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 3-er Gruppen	141
5.2.5.	Kreuztabelle, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 3-er Gruppen	141
5.2.6.	Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Auffälligkeit in 3-er Gruppen	142
5.2.7.	Gruppeneinteilung, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 4-er Gruppen.....	142
5.2.8.	Kreuztabelle, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 4-er Gruppen	142
5.2.9.	Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 4-er Gruppen.....	143
5.2.10.	Kreuztabelle, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 3-er Gruppen	143
5.2.11.	Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 3-er Gruppen.....	143
5.2.12.	Chi-Quadrat-Tabelle	144
5.3.	Eta	144
5.4.	Gruppeneinteilung für IQ gleiche 5-er und 10-er Gruppen.....	145
5.4.1.	Kreuztabelle der IQ-5-er Gruppen und dem Alter der Auffälligkeit.....	146
5.4.2.	Abbildung der Quartile und Mediane der IQ-5-er Gruppe als Boxplot.....	147
5.4.3.	Ergebnis des Eta-Wertes	147
5.4.4.	Kreuztabelle der IQ-10-er Gruppe und dem Alter der Auffälligkeit.....	148
5.4.5.	Abbildung der Quartile und Mediane der IQ-10-er Gruppe als Boxplot.....	149
5.4.6.	Ergebnis des Eta-Wertes	149
5.5.	Kommentar	150
6.	Diskussion.....	151
6.1.	Studienteilnehmer	151
6.2.	Diskussion der Hypothesen	154
6.2.1.	Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität werden in der Regel später erkannt.....	154

6.2.2.	Je ausgeprägter die Symptomatik, insbesondere im Sinne einer Sozialverhaltensstörung, desto früher wird die Diagnose ADHS gestellt, eine Stimulanzienbehandlung eher eingeleitet	155
6.2.3.	Je besser die Störung intellektuell kompensiert wird – gute Begabung – (zunächst fehlende oder geringe Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltensstörung), desto später die Diagnosestellung.....	156
6.2.4.	Eltern bemerken die Störung in der Regel sehr früh (manchmal schon im Säuglingsalter, oft vor dem Kindergartenalter)	159
6.2.5.	Erzieherinnen (Kindergarten) und Klassenlehrer (Grundschule) machen nicht selten die Eltern auf Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen aufmerksam	161
6.2.6.	Eltern stellen die Kinder oft schon früh und nicht selten wiederholt wegen Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen beim Kinder- oder Hausarzt vor.....	162
6.2.7.	Kinder- und Hausärzte leiten in der Regel keine weitere Diagnostik ein, machen nicht selten die Mütter für die zu beobachtenden Phänomene verantwortlich, erklären, dass sich das Verhalten ohne weitere Therapie bessern würde ("lebhaftes Kind", "wächst sich aus").	162
6.2.8.	Eltern sehen sich, wenn sie sich schließlich für eine Stimulanzienbehandlung ihres Kindes entscheiden, nicht selten mit Vorwürfen und Vorurteilen aus dem familiären Umfeld (Onkel, Tante, Großeltern, Freunde und Bekannte) und auch seitens der Lehrer konfrontiert („ruhigstellen“, „süchtig Machen“ der Kinder).....	163
6.2.9.	Die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, Diagnostiktermine oder spezifische therapeutische Angebote sind oft mit erheblichen Wartezeiten verbunden.....	166
6.2.10.	Eltern beklagen die späte Diagnosestellung, den schlechten Informationsstand und fehlende Behandlungsmöglichkeiten	169
7.	Zusammenfassung	171
8.	Anhang	180

8.1.	Teilnahmeanfragebogen Eltern.....	180
8.2.	Elternfragebogen (Conners)	181
8.3.	Elternfragebogen (Copeland).....	182
8.4.	Lehreranfrage	184
8.5.	Lehrerfragebogen (Conners)	185
8.6.	Lehrerfragebogen (Copeland).....	186
8.7.	Auswertungsbogen	188
8.8.	Elternaufklärung zu Methylphenidat.....	192
8.9.	Verlaufsbogen.....	195
9.	Literaturverzeichnis.....	196
10.	Endnoten	201
11.	Danksagung	206
12.	Lebenslauf.....	207

1. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) mit und ohne Hyperaktivität hat als Störungsbild in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen. Neue neuropsychologische, neurobiologische, neurochemische und neurophysiologische Erklärungsmodelle, insbesondere auch auf dem Boden moderner bildgebender Verfahren, haben zu einer klareren Abgrenzung des Störungsbildes und einem besseren Verständnis der angenommenen Neurotransmitterstörung geführt. Zahlreiche Publikationen auch in kinderärztlichen Fachzeitschriften, sowie in solchen der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychotherapie haben ein breites Fachpublikum erreicht und eine lebhafte Diskussion des Störungsbildes zur Folge gehabt.^{1, 2, 3, 4} Umfassende Studien, insbesondere in den USA aber auch in Europa, haben eindeutig die Behandlungsbedürftigkeit der Aufmerksamkeitsstörung, das für die Betroffenen deutlich erhöhte Risiko, andere klinisch relevante psychiatrische Symptome zu entwickeln (Komorbidität), sowie die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung mit Stimulanzien erwiesen. Trotzdem wird das Störungsbild nicht nur in den Medien immer wieder gänzlich in Frage gestellt oder zumindest die Stimulanzientherapie, ungeachtet zahlreicher anderslautender Studien als kaum verantwortbar gebrandmarkt, eine zu leichtfertige Verordnung angenommen.^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11} Vorwürfe bis hin zu der Annahme, dass ADHS eine gemeinsame Erfindung der Pharmaindustrie und psychiatrischer Fachgesellschaften sei, um den Absatz eines Medikamentes zu steigern, bzw. die Praxen zu füllen und dass eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Stimulanzien einer Körperverletzung gleichkomme, verunsichern die Betroffenen und ihre Angehörigen.^{12, 13} Immer wieder wird ein Zusammenhang zwischen Ritalinbehandlung und späterer Delinquenz hergestellt.¹⁴ Zahlreiche wissenschaftlich in ihrer Wirksamkeit nicht überprüfte oder nachweislich unwirksame Substanzen, die zum Teil zudem im Verdacht stehen, toxische „Nebenwirkungen“¹⁵ zu haben (z.B. AFA-Algen – "Uralge als Supernahrung"), werden häufig im Zusammenhang mit methylphenidatkritischen Publikationen, als "Wundermittel" beschrieben.

Meist werden dramatische „Fallvignetten“ mit komplizierten Leidenswegen und durchweg negativen Erfahrungen mit einer Stimulanzientherapie geschildert. Die Pharmakotherapie mit Methylphenidat sei erst auf Drängen der Ärzte und/oder der Schule erfolgt, oft hätten die Eltern ihr Kind als weit weniger auffällig erlebt als die „Fachleute“, sich zur Behandlung genötigt gefühlt. Schließlich, nach ausführlicher Schilderung schwerster Nebenwirkungen der Stimulanzienbehandlung, sei es dann unter Einsatz der propagierten Substanzen zur „Wunderheilung“ ohne jegliche Nebenwirkungen gekommen. Das Produkt und die Bezugsquelle der Substanzen wird am Ende der Artikel genannt, saubere Quellenangaben fehlen meist.¹⁶ Der mittlerweile mehr als in Frage zu stellende entscheidende Einfluss der Ernährung auf das Störungsbild wird meist unterstrichen, diverse (teure!) Vitaminpräparate (u.a. Maximol®) oder spezielle Diäten angepriesen.¹⁷

Ohne dass, trotz mehr als 50 Jahren Erfahrungen in der Behandlung mit Methylphenidat, Fälle bekannt geworden wären, in denen sich ein direkter Zusammenhang von Stimulanzienbehandlung mit Parkinsonerkrankungen gezeigt hätte, wird allein auf dem Boden der Tatsache, dass diese einen Einfluss auf dopaminerge Systeme ausüben, ein erhöhtes Parkinsonerkrankungsrisiko postuliert.^{18, 19, 20, 21} Einzelne Autoren konstruieren, entgegen allen Hinweisen auf eine vorwiegend genetische Disposition (anlagebedingt erhöhte Dopamintransporterdichte)^{22, 23, 24, 25} des ADHS, den "Umkehrschluss", dass die angenommene Neurotransmitterstörung Folge und nicht Ursache früher Bindungsdefizite sei, psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie deshalb, trotz fraglicher Wirksamkeit in Longitudinalstudien, ein adäquater Behandlungsansatz sei, eine Stimulanzienbehandlung dagegen eher problematisch, da sie die "psychoreaktiven Umbauprozesse" im Gehirn eher ungünstig beeinflussen könnte.²⁶

1.1. Thema

Die Idee zum Thema der Dissertation Wege – "Irrwege" der Diagnose und Therapie des ADHS (Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung) entstand im Rahmen der Erfahrungen als ermächtigter Krankenhausarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Kreiskliniken Lörrach. In den ersten Jahren meiner Tätigkeit dort wurden mir in meiner Praxis (Ermächtigungsambulanz) und im stationären Kontext (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Funktionsbereich) zahlreiche Kinder mit ausgeprägten Symptomen eines ADHS vorgestellt, wobei die Störung nur in Einzelfällen zuvor diagnostiziert worden war. Die wenigsten waren, trotz zum Teil erheblicher sekundärer Probleme (Lern- und Teilleistungsstörungen, Angststörungen, Depression, Schulausschluss, schädlicher Substanzgebrauch, Delinquenz), jemals mit Stimulanzien behandelt worden. War dies doch der Fall, fanden sich nicht selten ungewöhnliche und inkonsequente Dosierungen oder Einzeldosis und Zeitpunkt der Einnahme waren nur unzureichend den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen (Tagesprofil) angepasst worden. Bei den meisten der Betroffenen war keine ausführliche psychologische Testung erfolgt, in einigen Fällen war den Eltern die Diagnose trotz Methylphenidatgabe unklar, nicht selten war den vorgelegten Arztbriefen keine nach ICD 9 oder ICD 10 klassifizierte Diagnose zu entnehmen, noch gab es Hinweise auf durchzuführende Laborkontrollen. Neben durchaus adäquaten Empfehlungen, Kindern eine ergotherapeutische oder auch logopädische Förderung zukommen zu lassen, wurden mir zahlreiche unterschiedliche, zum Teil obskure, Behandlungsansätze von den Eltern berichtet. Einzelne Familien zahlten in ihrer Not, trotz schwieriger finanzieller Situation, zum Teil hohe Summen für mehr als fragliche Behandlungen (u.a. DM 140.-/Termin bei einem Kinesiologen). In der Folge wurde deutlich, dass nur sehr wenige Kinderärzte in der Region Stimulanzien verordneten. Offensichtlich lehnten die meisten pädiatrischen Kollegen eine Stimulanzienbehandlung aus unterschiedlichen Gründen

ab oder waren zumindest zu diesem Zeitpunkt noch nicht bereit, eine solche selbst zu verantworten.¹ (Siehe Fußnote)

1.2. Regionale Versorgungssituation

Im gesamten Landkreis Lörrach fanden sich damals neben meiner Ermächtigungssambulanz nur zwei niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, von denen sich eine Kollegin nach wie vor sehr kritisch hinsichtlich der Häufigkeit der Diagnose ADHS und einer Methylphenidatgabe äußert (siehe vorausgehende Fußnote). Der zweite Kollege ist neben seiner Niederlassung ärztlicher Leiter einer anthroposophisch orientierten Therapieeinrichtung und vorwiegend in diesem Kontext tätig (er befindet sich seit Mitte 2003 im Ruhestand). Hinsichtlich seiner Einstellung zur Methylphenidatgabe waren die Angaben der Eltern widersprüchlich. Von den wenigen nichtärztlichen Psychotherapeuten mit einer Zulassung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Region äußerten damals mindestens zwei (z.T. öffentlich – Artikel in der Regionalpresse) ernsthafte Zweifel an der Existenz dieses Störungsbildes, führten andere eher psychodynamisch, psychoanalytische Erklärungsmodelle an.

Von den niedergelassenen Pädiatern diagnostizierten und behandelten (Psychopharmakotherapie mit Methylphenidat) zum Erhebungszeitpunkt nur zwei Kinder und Jugendliche mit ADHS.

¹Bezüglich der Indikation für Ritalin bin ich mit der Verabreichung von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter sehr zurückhaltend und verabreiche sie nur dann, wenn klar ist, dass sie unabdingbar für die Therapie sind. Aufmerksamkeitsstörungen gibt es aus vielen Gründen, keinesfalls handelt es sich in der Mehrzahl um ADS, d.h. durch Störungen von Neurotransmittern verursachte Defizite. Dies kann zur Zeit auch in der Praxis noch nicht mit geeigneten Laboruntersuchungen oder funktionellen Hirnuntersuchungen nachgewiesen werden. Entsprechende Verfahren aus der Forschung sind noch nicht für Praxiszwecke ausgebaut. Die überwiegende Zahl der mit Aufmerksamkeitsstörungen vorgestellten Kinder haben – bei genauer Diagnostik – Teilleistungsstörungen, emotionale Probleme, somatische Störungen u.a.m., nur ein kleiner Prozentsatz ist hirnanorganisch gestört.

Die derzeit übliche unkritische Stellung der Diagnose „ADS“ und die breite Verabreichung von Ritalin finde ich erschreckend. Es handelt sich dabei – wie Sie wissen – um eine hochaktive Substanz mit guten Wirkungen bei einem Teil der hyperaktiven/aufmerksamkeitsgestörten Kinder, aber auch mit sorgfältig zu beachtenden Nebenwirkungen und – was den Eltern und Lehrern in der Regel nicht bekannt ist – einer unerfreulichen Rolle in der Suchtszene. Ritalin ist wegen seiner aktivierenden, stimmungsaufhellenden Wirkung bei Jugendlichen inzwischen als Partydroge hoch geschätzt und gehört zu den häufigsten „Einstiegsdrogen“ Jugendlicher. Gerade zu Beginn der Pubertät ist deshalb besonders sorgfältig abzuwägen, ob man bei einem Kind zu Ritalin greift. Die Eltern sind auch hierüber unbedingt zu informieren.“ Auszug aus einem aktuellen (2001) Arztbrief einer niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterin an einen Kinderarzt.

Im Landkreis Waldshut stand, neben einer damals noch als Kinderärztin in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterin, nur ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie zur Verfügung, der gelegentlich Methylphenidat verordnete.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg stand für Patienten aus den Landkreisen Lörrach und Waldshut sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nur sehr eingeschränkt zur Verfügung, sah sie sich doch mit ihren eigenen regionalen Versorgungsverpflichtungen bereits überfordert und lehnte deshalb die Übernahme einer Aufnahmeverpflichtung für die genannten Landkreise grundsätzlich ab.

Die Klinik für stationäre Jugendpsychotherapie in Titisee-Neustadt – Klinik Haus Vogt – ist eine Einrichtung der Sondersversorgung ohne regionale Versorgungsverpflichtung. Hier werden grundsätzlich nur Jugendliche (ab dem vierzehnten Lebensjahr) elektiv stationär psychotherapeutisch behandelt. Die Klinik übernimmt keine Akutversorgungsaufnahmen, in der Regel werden die Patienten mit abgeschlossener Diagnostik von Fachärzten zugewiesen und nach ambulanter Vorstellung zur Aufnahme einbestellt, bzw. aus anderen Kinder- und Jugendpsychiatrien oder auch aus der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lörrach nach Absprache übernommen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrien in Offenburg und Bad Dürkheim nahmen ihren Betrieb erst nach Abschluss meiner Datenerhebung auf.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der nahe gelegenen Universitätsklinik in Basel (CH) war und ist nur für Privatpatienten oder „Zusatzversicherte“ zugänglich, wobei hier Schweizer Patienten in der Regel vorrangig gewährt wird und wegen Versorgungsengpässen deutsche Patienten oft nicht versorgt werden können. Die Abteilung gilt als vorwiegend psychoanalytisch orientiert. Zumindest im stationären Behandlungsspektrum schien ADHS nur eine sehr untergeordnete Rolle zu spielen – so tauchte in sieben Jahren in der Ju-

gendpsychiatrischen Abteilung (JPA) der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und Poliklinik Basel (KJUP) bei insgesamt über 130 stationär behandelten Patienten mit ca. 22.000 Pflgetagen die Diagnose ADHS, bzw. ICD 10 F90.0, F90.1 oder F98.8 in der Diagnosenstatistik nicht auf.²⁷ Ein Oberarzt der Klinik äußerte sich auf einer Tagung noch 2002 in Basel hinsichtlich einer Pharmakotherapie mit Stimulanzien sehr kritisch, nahm eine viel zu häufige Diagnosestellung und einen unkritischen Umgang mit der Verordnung von Methylphenidat an und favorisierte psychodynamische Erklärungs-, Diagnose- und Behandlungsmodelle.^{28, 29}

Wegen der extrem schlechten stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssituation in den Landkreisen Lörrach, Waldshut und Breisgau-Hochschwarzwald sah sich die Lörracher Klinik für Kinder- und Jugendmedizin seit langem mit kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten konfrontiert. Auf Initiative des Pädiatrischen Chefarztes wurde deshalb bereits 1992 ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Funktionsbereich eingerichtet und mit einem Facharzt besetzt. Obwohl in Lörrach seit 1974 eine eigene Kinder- und Jugendpsychiatrie geplant ist und 32 Behandlungsplätze im Landesbettenbedarf ausgewiesen sind, hat sich deren Realisierung immer wieder verschoben. Für 2004 ist jetzt, den Angaben des zukünftigen Trägers zufolge, der Baubeginn vorgesehen, eine Bauzeit von ca. achtzehn Monaten sei projiziert, so dass vermutlich Mitte bis Ende 2005 die ersten Patienten in der neuen Abteilung versorgt werden könnten. Neben einer Tagesklinik mit zwölf Plätzen sind je eine Kinder- und Jugendstation mit zehn Betten, sowie eine Institutsambulanz vorgesehen.

1.3. Eigene Reflexionen

Im Rahmen einer früheren Tätigkeit in der II Abteilung für Forensische Psychiatrie der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin war mir bei einer Gruppe junger erwachsener Alkoholiker, die von mir über eineinhalb Jahre hinweg therapeutisch begleitetet worden waren, aufgefallen, dass die meisten in ihrer Sozial-

anamnese, trotz oft durchschnittlicher Begabung und zum Teil durchaus geordneter Verhältnisse in der Ursprungsfamilie, früh in ihrer Schullaufbahn gescheitert waren. Rückblickend ist mit großer Wahrscheinlichkeit bei diesen Patienten im Maßregelvollzug von einer Aufmerksamkeitsstörung mit Störung des Sozialverhaltens (ICD 10 F90.1) auszugehen. Auch bei zahlreichen forensischen Gutachtenfällen aus dieser Zeit drängen sich mir aus heutiger Sicht Phänomene – u.a. Selbstwertstörung, geringe Frustrationstoleranz, impulsiver Handlungstypus – eines ADHS auf. Schon während meiner Assistenzarztzeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es regelmäßig Kontakte mit Jugendhilfeeinrichtungen und den dort untergebrachten Kindern und Jugendlichen. Seit einigen Jahren arbeitet meine Praxis eng mit Heimeinrichtungen zusammen (Konsildienst, Supervision). Auch in diesem Kontext scheint der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Symptomen eines ADHS auffallend hoch. In fast allen aktuellen Gutachten meiner Praxis für die Jugendschöffengerichte in den Landkreisen Waldshut und Lörrach finden sich, neben Lern- und Teilleistungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, oft schon im Kindergartenalter beginnend und mit deutlichen Hinweisen auf eine Aufmerksamkeitsstörung (Diagnose F90.1).

Angesichts der Annahme, dass Kinder mit unbehandeltem ADHS offensichtlich ein deutlich erhöhtes Risiko zeigen, andere klinisch relevante psychiatrische Störungen (Angststörungen, Depression, Suchten, Störungen des Sozialverhaltens, Persönlichkeitsstörungen) zu entwickeln^{30, 31, 32}, Unfallopfer zu werden^{33, 34}, sozial zu scheitern und/oder eine ungünstige Legalprognose zu zeigen^{35, 36}, galt mein Interesse der Latenz von ersten beobachtbaren Auffälligkeiten bis hin zur Diagnosestellung „ADHS“ und der Einleitung einer adäquaten Therapie.

1.4. Geschichte des Störungsbildes

ADHS ist keine neu erfundene Erkrankung. Der Kinder- und Jugendpsychiater Götz-Eric Trott gibt in seinem Buch „Das Hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung“³⁷ einen umfassenden Überblick über die Geschichte des Störungsbildes.

Der Frankfurter Nervenarzt Doktor Heinrich Hoffmann kreierte 1845 die allseits bekannte Figur des "Zappelphilipp", die neben anderen in dem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“³⁸ noch heute bestimmte Aspekte dieser Störung vortrefflich darstellt – insbesondere auch die Ohnmacht der Eltern. Bourneville³⁹ (1840-1909) ein französischer Neurologe schilderte 1897 Beobachtungen bei Kindern, die nicht still sitzen können, ständig aufstehen und nicht ausdauernd spielen können, sondern sehr häufig ihre Beschäftigung wechseln. Der Londoner Kinderarzt Sir George F. Still⁴⁰ (1848-1941) beschrieb im Jahr 1902 erstmals im *Lancet* ein Störungsbild bei Kindern, meist Jungen, mit Störung der Aufmerksamkeit, Überaktivität und Unfähigkeit zu diszipliniertem Verhalten. Die Symptomatik begann vor dem 8. Lebensjahr. Still ging davon aus, dass als Ursache eine angeborene Konstitution und weder pädagogisches Versagen der Eltern, noch ungünstige Umweltbedingungen anzunehmen seien. Der Prager Nervenarzt Pick (1851-1924) spricht 1904 in seinem Buch „Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters“⁴¹ von einem umschriebenen psychomotorischen Syndrom mit ungünstiger Prognose.

Während Still bereits 1902 von einer angeborenen Konstitution ausgegangen war, mussten spätere Annahmen, Grund der Störung seien Nervenzellschädigungen im Rahmen einer perinatalen Asphyxie, in Frage gestellt werden. Einerseits zeigten viele Kinder mit frühkindlicher Hirnschädigung keine ausgeprägte typische Symptomatik der Aufmerksamkeitsstörung, andererseits fanden sich zahlreiche Kinder mit klassischen Symptomen ohne jeglichen Hinweis in der Geburtsanamnese auf eine perinatale Schädigung sowie fehlenden neurologischen "soft signs". Theorien, ADHS sei eine Art allergischer Reaktion auf Nah-

rungsmittelbestandteile, bzw. –zusätze, wurden immer wieder diskutiert und konnten auch in Einzelfällen demonstriert werden, insgesamt scheint dieser Aspekt aber für einen Großteil der Patienten von untergeordneter Bedeutung.⁴² Neben diesem Paradigmenwechsel musste, auch um Störungsbilder ohne Hyperaktivität integrieren zu können, der Fokus der Betrachtung von der motorischen Unruhe hin zur Störung der gerichteten Aufmerksamkeit und der deutlich verkürzten Konzentrationsspanne verschoben werden. Heute spricht man von Aufmerksamkeitsstörung mit und ohne Hyperaktivität. Auch die angenommene ausgeprägte Knabenwendigkeit musste zwischenzeitlich unter dem Aspekt nicht hyperaktiver Formen des ADHS und der Tatsache, dass diese vermutlich weniger häufig und oft erst spät erkannt werden, fallen gelassen werden.

Brown⁴³ geht hier noch weiter und spricht in seinem Buch von einem Paradigmenwandel des traditionellen Verständnisses des ADHS als einer einfachen Verhaltensstörung, die sich auf das Kindes- und Jugendalter beschränken lässt. Er postuliert eine hochkomplexe Entwicklungsstörung exekutiver Funktionen des Gehirns, welche – im Sinne eines Resonanzeffektes mit Umweltbedingungen – bleibende Beeinträchtigungen der Lebensbewältigung begründen könnte – Umwelt-Individuum-Interaktion. Das „ADHS-Kind“ schafft sich quasi eine pathologisch veränderte Umwelt (Kommunikations- und Interaktionsstörung), die wiederum negative Verhaltensmuster potenziert. Im Mehrgenerationenmodell verstärken „ADHS-Eltern“ das Problemverhalten ihrer Kinder und umgekehrt – *circulus vitiosus*.^{44, 45}

1.4.1. Begriffsbildung

Trott beschreibt die wechselnde Begriffsbildung ausgehend von einer hirnrorganischen Störung über das MCD-Konzept (Minimal Brain Damage, Gesell und Amaturda 1949), Lempp's "Frühkindlich exogenes Psychosyndrom" oder psycho-organisches Syndrom – POS⁴⁶ (1964) bis hin zu aktuellen Definitionen und der Aufnahme in gängige Klassifikationsmanuals (ICD 10, DSM IV).⁴⁷

1.5. Geschichte der Pharmakotherapie des ADHS

Erste psychopharmakologische Behandlungsversuche bei Kindern gehen auf Bradley zurück, der 1937 in seinem Artikel im American Journal of Psychiatry „The behaviour of children receiving Benzedrine“⁴⁸ erstaunliche Erfolge einer psychopharmakologischen Behandlung mit Benzedrin beschreibt. Trott schreibt hierzu: "Dies ist zugleich der Beginn der modernen kinder- und jugendpsychiatrischen Pharmakotherapie, denn bis dahin gab es nur vereinzelt einen Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern. Bemerkenswert ist, dass nun bereits über 50 Jahre der Einsatz von Psychostimulanzien bei der Behandlung dieses Syndroms üblich ist."⁴⁹

Methylphenidat, das 1944 von Panizzon⁵⁰ synthetisiert wurde, gilt heute als eines der am besten untersuchten Psychopharmaka, die bei Kindern und Jugendlichen zum Einsatz kommen. In zahlreichen gut kontrollierten Studien⁵¹ konnte bei relativ guter Verträglichkeit der Substanz seine eindeutige Wirksamkeit belegt werden. Andere Substanzgruppen sind von untergeordneter Bedeutung, wobei insbesondere unter dem Aspekt der Komorbidität und reaktiver Störungen auch eine Kombination mit anderen Medikamenten durchaus sinnvoll sein kann.

1.5.1. Anmerkungen zur Pharmakotherapie des ADHS

Aus meiner Sicht ist neben der Stimulanzienbehandlung eine ausführliche Aufklärung und Begleitung der betroffenen Familien unter Einbeziehung anderer Bezugspersonen – Kindergärtnerinnen, Lehrer, Erzieher – zu fordernder Standard eines Behandlungssettings. Kinder und ihre Eltern (Bezugspersonen) brauchen ein langfristig angelegtes "Coaching" zur Vermeidung, bzw. Reduktion von Kommunikations- und Beziehungsstörungen. Auf dem Boden einer ausführlichen Diagnostik, die, neben dem Ausschluss somatischer und psychischer Differentialdiagnosen, auch der Frage vorliegender Lern- und Teilleistungsstörungen, bzw. bereits bestehender reaktiver Störungen nachgehen sollte, ist gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer Stellen (z.B. Schulen, Schulamt, Ju-

gendämter), ein differenzierter Therapie- und Hilfeplan zu entwickeln.^{52, 53, 54} Aus pragmatischen Gründen kommt meines Erachtens nur für einen Teil der betroffenen Kinder eine geeignete ambulante Psychotherapie in Frage. Die gegenwärtige Versorgungssituation im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, speziell jene in unserer Region, steht in keinem Verhältnis zur angenommenen Häufigkeit der Störung. Selbst eine Verdoppelung der Therapeutenzahl könnte, von monetären, organisatorischen Fragen und Fragen hinsichtlich der Wirksamkeit einzelner Verfahren einmal ganz abgesehen, keine deckende Versorgung gewährleisten. Eine obligatorische Koppelung der Stimulanzienbehandlung an eine ambulante Psychotherapie hätte eine „Nichtbehandlung“ der meisten Patienten zur Folge!

1.6. Häufigkeit des Störungsbildes

Geht man von einer vorwiegend genetischen Disposition^{55, 56, 57, 58} mit relativ stabiler Prävalenz (international ~5%)⁵⁹ der Störung aus, stellt sich die Frage, warum das Inanspruchnahmeverhalten, bzw. die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die auf dem Boden der Störung Problemverhalten entwickeln, offensichtlich ansteigt. Hier ein sich änderndes Ordnungsverhalten von Stimulanzien oder eine veränderte Informationssituation der breiten Öffentlichkeit als einzige Ursache des steigenden Methylphenidatverbrauchs zu sehen, greift meines Erachtens zu kurz.

1.6.1. Erklärungsmodelle einer angenommenen Zunahme der Häufigkeit

Prof. Helm Stierlin schildert in einem mir als Tondokument vorliegenden Vortrag, den er 1994 in Luxemburg hielt und in dem er auf Inhalte seines im gleichen Jahr erschienen Buches „Ich und die Anderen“⁶⁰ eingeht, sehr eindrucksvoll den Gesellschaftlichen Wandel und die damit verbundene enorme Herausforderung an die Institution Familie in der Postmoderne. Er zitiert zu Beginn seiner Ausführungen eine Rektoratsrede Friedrich Georg Wilhelm Hegels vom

02.09.1813, damals Schulleiter eines Nürnberger Gymnasiums: "Wenn Gesetze und Einrichtungen, die den festen Grund und Halt für das Wandelbare ausmachen sollen, selbst wandelbar gemacht werden, woran soll das an und für sich Wandelbare sich halten?" Das an und für sich Wandelbare, so Stierlin, seien für Hegel Kinder und Jugendliche. Stierlin beschreibt die Familie als eine hervorragende und mehr als vieles andere die Zeit überdauernde Institution dem "Wandelbaren" Halt zu geben. Er zitiert den amerikanischen Anthropologen Paul Bohannon⁶¹: "Die Familie ist die beständigste und anpassungsfähigste aller menschlichen Institutionen. Sie biegt sich wie ein Bambus im orientalischen Märchen, um sich alsbald wieder aufzurichten." Stierlin führt weiter aus: "Wie kaum eine andere Institution scheint die Familie geschaffen, gleichzeitig unserem biologischen Erbe, tiefen existentiellen Bedürfnissen, wie auch gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden." Stierlin zitiert den amerikanischen Autor Christopher Lasch⁶² und beschreibt die Familie als "Hafen in einer herzlosen Welt". Eben diesen "Hafen" sieht er in seiner Existenz zunehmend von gesellschaftlichen Veränderungsprozessen bedroht, mit anderen Worten der sich Stürmen anpassende Bambus wird an seinen Wurzeln unterspült und droht seine Fähigkeit, sich im Wind der Zeit zu neigen und wieder aufzurichten zu verlieren. Stierlin spricht von einem Individualisierungsdruck, der herkömmliche familiäre Organisationsformen verdrängt, ohne dass in ausreichendem Masse alternative Versorgungsstrukturen zur Verfügung stünden.

Auch Neil Postman⁶³, ein kürzlich verstorbener bekannter amerikanischer Autor, beschreibt in seinen Büchern "Wir amüsieren uns zu Tode", "Das Verschwinden der Kindheit" und „Keine Götter mehr – Das Ende der Erziehung“ einen Wegfall bewährter Strukturen ohne adäquaten Ersatz.

Postuliert man ein Strukturdefizit bei Menschen mit ADHS, die ja oft auch als chaotisch und desorganisiert beschrieben werden, so würde verständlich, wieso sie in stärkerem Masse mit diesen Veränderungsprozessen zu kämpfen haben, häufiger mit Krankheit oder Sozialversagen reagieren. Vermutlich hat nicht die absolute Anzahl der "Genomträger" zugenommen, sondern die sich rasant än-

dernden Lebensumstände sind für sie weniger gut zu kompensieren. Aber auch Kinder- und Jugendliche ohne Aufmerksamkeitsstörung können unter extremen Stressbedingungen (schulische Überforderung – Fehlbeschulung, Trennungs- und Scheidungssituation der Eltern) derartig unter Druck geraten, dass sie – im Sinne reaktiver Symptome – vorübergehend Phänomene eines ADHS zeigen.

Prof. Dr. Christian Pheiffer vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen präsentiert in seinem aktuellen Vortrag „Medienverwahrlosung als Ursache von Schulversagen und Jugenddelinquenz“ (2004) bisher unveröffentlichte Daten über das Fernseh- und Computerkonsumverhalten bei Kindern und Jugendlichen.⁶⁴ Aus seiner Sicht zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen Art und Umfang dieser „Medienverwahrlosung“, dem Bildungsniveau und der langfristigen Sozial- und Legalprognose von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere Kinder und Jugendliche mit ADHS scheinen hier auf dem Boden ihrer Impulssteuerungsstörung und der in „ADHS-Familien“ meist wenig konsequenten und konsistenten Erziehungshaltung der Eltern überproportional gefährdet.

Erweitert man die Perspektive um das von Brown⁶⁵ formulierte Resonanzphänomen, das ADHS, neben einer neuro-biologischen, als eine sich selbst verstärkende Interaktions- und Kommunikationsstörung begreift, so sind grundlegende Veränderungen in unseren Bildungs- und Sozialsystemen zu fordern, um den Herausforderungen durch die Symptome dieser Menschen in Zukunft besser gerecht werden zu können. Die für das deutsche Bildungssystem sehr enttäuschenden Ergebnisse der PISA-Studie⁶⁶ machen den dringenden Handlungsbedarf nicht nur im Interesse aufmerksamkeitsgestörter Menschen mehr als deutlich. Wie auf Kindergärten, Schulen, verschiedene Beratungsstellen, die ambulante und stationäre medizinische und psychotherapeutische Versorgung, kommen hier auch neue Aufgaben auf die Jugend- und Sozialhilfe zu.

1.7. Konsequenz

Im Sinne einer Prophylaxe sekundärer Störungen und Komplikationen sollte ADHS möglichst früh diagnostiziert werden, um bei drohender Dekompensation rechtzeitig reagieren zu können – Primär- und Sekundärprophylaxe. Bei geeigneten Rahmenbedingungen muss und darf dies nicht zwingend eine pharmakologische Einstellung bedeuten. Diese sollte aber Kindern und Jugendlichen mit entsprechenden Problemen nicht vorenthalten werden. Die nicht selten von pharmakokritischen Autoren beschworene "Moral" kann meines Erachtens auch im Umkehrschluss herangezogen werden, wenn eine wissenschaftlich belegt wirksame Substanz bei vorhandener Indikation und oft fehlenden Behandlungsalternativen verweigert wird.

2. Methodik

2.1. Auswahl der Studienteilnehmer

Die Auswahl der Studienteilnehmer erfolgte weitgehend unselektiert aus allen Kindern und Jugendlichen meiner Praxisdatei im Sommer 1998 mit den ICD 10 Diagnosen Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (F90.0), Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8) und Aufmerksamkeitsstörung mit Störung des Sozialverhaltens (F90.1), die sich in meiner Behandlung befanden. Die Patienten waren entweder von niedergelassenen Kinder- oder Hausärzten zur Diagnostik und Therapieeinleitung in meine Praxis überwiesen worden oder im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lörrach zur Weiterbehandlung bei mir vorgestellt worden. Weitere Diagnosen galten bis auf erhebliche intellektuelle Defizite (ICD 10 F70 usw.) nicht als Ausschlusskriterium. Keiner der ausgewählten Patienten hatte in durchgeführten Intelligenztests einen IQ kleiner 70.

2.1.1. Einladung zur Teilnahme

Alle Familien wurden angeschrieben und erhielten in diesem Zusammenhang einen ausführlichen Anamnesebogen sowie vier Fragebögen (Muster siehe Anhang), von denen sie zwei mit einem Schreiben (incl. frankiertem Kuvert für die Antwort) an den Klassenlehrer weiter leiten sollten. Auf diese Weise war keine gesonderte Schweigepflichtentbindung erforderlich, da es im Ermessen der Eltern lag, die Lehrer zu informieren. Die Familien wurden gebeten, unabhängig von laufenden ambulanten Kontakten, einen Interviewtermin in meiner Praxis zu vereinbaren (wegen der langen Warteliste waren hierzu für Studienteilnehmer speziell verschiedene Termine freigehalten worden).

Einem Teil der Probanden wurde die Möglichkeit einer Nachtestung angeboten. Hierzu sollten Termine bei einer Psychologin vereinbart werden.

Alle Familien, die sich binnen vier Wochen noch nicht gemeldet hatten und ihre Teilnahme nicht generell ausgeschlossen hatten, wurden wiederholt angeschrieben.

2.1.2. Verwendete Untersuchungsinstrumente

Der verwendete Anamnesebogen wird in ähnlicher Form seit Jahren in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum und auch im Rahmen meiner Praxis verwendet. Die von mir eingesetzten Conners² Fragebögen in einer Überarbeitung von Ch. Steinhausen wurden leicht verändert, um sie als Serierendokument mit den Personaldaten verknüpfen zu können. Inhaltlich wurden keine Änderungen vorgenommen. Die Auswertung erfolgte mit selbst hergestellten Schablonen nach dem üblichen Schema. Die verwendeten Copeland Fragebögen³ entsprechen einer eigenen deutschen Adaptation der vorwiegend in den USA zum Einsatz kommenden Originalbögen (siehe Anhang). Aus Gründen der besseren Verständlichkeit weicht der deutsche Text bei einzelnen Items leicht von einer wörtlichen Übersetzung ab. Beim Fragebogen für den Klassenlehrer wurde die Beurteilung der familiären Situation herausgenommen (X. Beeinträchtigte familiäre Beziehungen). Zur Verwendung als Serierendokument mussten formale Modifikationen vorgenommen werden. Ergänzend konnte der Lehrer einfache Veränderungsfragen beantworten (Skala von 0 – überhaupt nicht, über 1 – ein wenig, 2 – ziemlich bis 3 – sehr stark verbessert bzw. verschlechtert, hinsichtlich der Items: Leistung, Konzentration, Unruhe, Schriftbild, Sozialverhalten, Körperliche Beschwerden, Kooperationsbereitschaft der Eltern, allgemeine Befindlichkeit des Kindes).

Die testpsychologischen Untersuchungen fanden, sofern keine aktuellen Befunde vorlagen (ein Teil der Patienten war mir mit bereits erfolgter ausführlicher Testung von unserem Sozialpädiatrischen Zentrum – SPZ – zugewiesen worden), durch eine Psychologin im Rahmen meiner Praxis statt. Im Bereich der

² Elternfragebogen, Conners et al., Lehrerfragebogen, Goyette, Conners u. Ulrich 1978, bearbeitet von H. C. Steinhausen

³ Copeland Symptom Checklist, E. D. Copeland 1989, Southeastern Psychological Institute, Atlanta, Georgia, USA

Intelligenz, bzw. Leistungsdiagnostik wurde entweder der K-ABC⁴ oder der HAWIK-R⁵, sowie PSB⁶, CPM⁷ bzw. SPM⁸ eingesetzt. Bei der Funktionsdiagnostik kam der FEW⁹, MBH¹⁰, d2¹¹ und PET¹² zum Einsatz. Zur Beurteilung der Befindlichkeit wurde der FIT¹³, SET¹⁴, Sceno¹⁵, Stressbarometer¹⁶, HANES-KJ¹⁷, AFS¹⁸, FSKN¹⁹, BDI²⁰ und DÜSS²¹ herangezogen.

Neben einer ausführlichen Erhebung der Anamnese auf dem Boden der genannten Fragebögen wurden, sofern die Eltern dazu bereit waren, Kopien der Schulzeugnisse erstellt.

Alle Familien deren Daten zur Auswertung kamen haben bei mir ein Interview (ca. 2 Stunden) zu folgenden Fragen absolviert:

1. Wann hatten Sie zum ersten Mal den Verdacht, dass Ihr Kind sich in seinem Verhalten von anderen deutlich unterscheidet?
2. Wurden Sie von jemandem wegen des Verhaltens Ihres Kindes angesprochen (Familienmitglieder, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, Kinderarzt usw.), gegebenenfalls wann und von wem?

⁴ Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), A.S. Kaufman und N.L. Kaufman, Deutschsprachige Fassung: P. Melchers und U. Preuss, Amsterdam: Swets und Zeitlinger B.V., 1994

⁵ Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder Revision 1983 (HAWIK-R), David Wechsler, Deutsche Bearbeitung und Herausgabe: Uwe Tewes, Bern: Huber, 1985

⁶ Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB), W. Horn, Göttingen: Hogrefe, 1969

⁷ Raven-Matrizen-Test, Coloured Progressive Matrices (CPM), Deutsche Bearbeitung: P. Becker, S. Schaller u. A. Schmidtke, Weinheim: Beltz Test Gesellschaft, 1980

⁸ Standard Progressive Matrices (SPM), J.C. Raven, Deutsche Bearbeitung: H. Kratzmeier und R. Horn, Beltz Test GmbH, Göttingen 1998

⁹ Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW), Deutsche Fassung des „Developmental-Test of Visual Perception“ von M. Frostig, Lockowandt, Weinheim: Beltz, 1993

¹⁰ Mensch-Baum-Haus Zeichentest (MBH), basierend auf Baum-Test, K. Koch, Bern: Huber, 1986, Mann-Zeichen-Test (MZT), H. Ziler, Münster: Aschendorff, 1996

¹¹ Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2), R. Brickenkamp, 8., erweiterte und neugestaltete Auflage, Göttingen: Hogrefe, 1994

¹² Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET), Deutsche Bearbeitung des Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) von S.A. Kirk, M. Angermaier, Weinheim: Beltz, 1977

¹³ Familie in Tieren, Luitgard Brem-Gräser, Ernst Reinhard Verlag München Basel, 1995

¹⁴ Satzergänzungstest, Satzanfänge werden vom Probanden beendet, nach C. Neuhaus

¹⁵ Gerhild von Staabs: Der Sceno-Test, 8. Auflage, Bern: Huber, 1992

¹⁶ In Spalten werden verschiedene Lebensbereiche (Schule, Kindergarten, Zuhause), die „Stress“ bereiten, in einer Skala von 10%-100% aufgeführt, nach C. Neuhaus

¹⁷ Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES-KJ), F. Buggle u. F. Baumgärtel, Göttingen: Hogrefe, 1975

¹⁸ Angstfragebogen für Schüler (AFS), W. Wiczercowski, H. Nickel, A. Janowski, B. Frittkau u. W. Rauer, Braunschweig: Westermann, 1981

¹⁹ Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), I.M. Deusinger, Göttingen: Hogrefe, 1987

²⁰ Beck-Depressions-Inventar (BDI), M. Hautzinger, M. Bailer, H. Worall u. F. Keller, Bern: Huber, 1993

²¹ Fabelmethode (Düssfabeln), L. Düss, Studien zur diagnostischen Psychologie, Heft 4, Biel: Institut für Psychohygiene, 1964

3. Wann haben Sie Ihr Kind erstmals wegen seines Verhaltens bei einem Haus- oder Kinderarzt oder einer Beratungsstelle vorgestellt?
4. Zu welchem Ergebnis führte diese Vorstellung, welche Diagnose wurde gestellt, was wurde Ihnen empfohlen (weitere Diagnostik, Therapie)?
5. Wer hatte erstmals den Verdacht, dass eine Aufmerksamkeitsstörung vorliegen könnte?
6. Wer stellte wann die Diagnose ADHS (MCD, HKS, ADS, ADD, ADDH)?
7. Hatten Sie zuvor schon Informationen zu dieser Störung, ggf. wann und durch wen (Familienmitglieder, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, Kinderarzt usw.) oder was (Bücher, Zeitschriften, Radio, Fernsehen)?
8. Wer informierte Sie wann erstmals gezielt über ADS?
9. Welche Behandlungsmethoden wurden Ihnen empfohlen?
10. Gab es entsprechende Angebote, ggf. mit welchen Wartezeiten?
11. Welche wurden umgesetzt?
12. Waren, sind diese hilfreich (gewesen)?
13. Wer informierte Sie wann erstmals gezielt über die Stimulanzienbehandlung (Ritalin®)?
14. Fühlten Sie sich hinreichend aufgeklärt, um eine Behandlungsentscheidung zu treffen?
15. Wurden Ihnen weitere Informationsquellen genannt (Bücher, Eltern-/Selbsthilfegruppen, Facharzt)?
16. Suchten Sie weitergehende Information, ggf. wo (Bücher, Zeitschriften, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, psychologische Beratungsstelle, Hausarzt, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeut)?
17. Was davon erlebten Sie als hilfreich, was verunsicherte Sie eher?
18. Wann entschlossen Sie sich schließlich zu einem Ritalinbehandlungsversuch, bzw. dagegen?
19. Was war für diese Entscheidung maßgeblich?
20. Gab es wegen Ihrer Entscheidung für einen Ritalinbehandlungsversuch Kritik (Familienmitglieder, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, Kinder- oder Hausarzt)?

21. Wurden Ihnen Vorwürfe gemacht, Sie gäben Ihrem Kind „Drogen“, trieben es damit in eine Medikamentenabhängigkeit, es würde dadurch nur ruhig gestellt, etc.?
22. Wer machte Ihnen diese Vorwürfe?
23. Wer begleitet die Behandlung (Beratung, Dosisanpassung)?
24. Wo bekommen Sie die BTM-Rezepte?
25. Wie oft und durch wen werden Laborkontrollen veranlasst?
26. Wie viel Ritalin® nimmt Ihr Kind und zu welchen Zeiten?
27. Geben Sie Ritalin® nur an den Schultagen oder auch am Wochenende und in den Ferien?
28. Zeigte oder zeigt Ihr Kind unerwünschte Wirkungen (Kopf-, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit) des Medikaments?
29. Hat sich die Situation zuhause und in der Schule durch die Behandlung gebessert?
30. Woran merken Sie dies in erster Linie?

Zusätzlich sollten mit einer offenen Frage Wünsche geäußert werden, was im Rahmen der Diagnostik und Therapie in Zukunft verbessert werden könnte. Explizit wurde nach der regionalen Versorgungssituation und Wartezeiten bei den Beratungsstellen, Ärzten und Therapeuten gefragt. Auch hinsichtlich des Informationsstandes der unterschiedlichen Fachleute und Strukturen wurden Angaben gemacht.

Darüber hinaus sollten die Familien auf einem gedachten "Befindlichkeitsthermometer" mit einer Skala von 0 (extrem schlecht) bis 10 (extrem gut) ihre eigene Situation vor und nach Diagnosestellung, Beratung und gegebenenfalls Therapiebeginn einschätzen. Bei unterschiedlichen Bewertungen innerhalb des Familiensystems wurden die Familienmitglieder aufgefordert, zu einer gemeinsamen Bewertung zu kommen.

2.2. Auswertung

Die Daten wurden zunächst gesammelt, gegebenenfalls aus der Patientenakte ergänzt und anschließend handschriftlich in speziellen Datenblättern erfasst (siehe Anhang). Nach Übertragung in eine große Exceldatei konnten dann mit Hilfe sogenannter Pivotdateien die einzelnen Datensätze in unterschiedlicher Verknüpfung ausgewertet und in Form von Tabellen und Grafiken zur Darstellung gebracht werden. Bei eher offenen Fragen wurden die häufigsten Antworten und Synonyme zu Gruppen zusammengefasst.

Wenige Fragebögen mussten ausgeklammert werden, da entweder eine Beurteilung, trotz gegenteiliger Anweisung, für die Zeitspanne nach Beginn der Stimulanzientherapie erfolgt war (Beurteilung des Kindes unter Stimulanzienwirkung) oder die Bögen zu unvollständig ausgefüllt worden waren (z.B. nur die Vorderseite, nur einzelne Items). Einzelne Bögen lagen weit unterhalb der Erwartungswerte, so dass eine tendenzielle Beantwortung nahe lag (z.B. durch den Lehrer praktisch alle Items mit Null bewertet wurden, in den Zeugniskomentaren des gleichen Lehrers aber massive Verhaltensprobleme oder Konzentrationsstörungen beschrieben worden waren oder gar ein Schulausschluss drohte).

Einzelne angenommene Zusammenhänge wurden mit Hilfe eines Statistikprogramms (SPSS⁶⁷) hinsichtlich der Signifikanz einer linearen oder nichtlinearen Korrelation überprüft. Die jeweiligen Berechnungen wurden unter dem Punkt 5. *Statistik* zusammengefasst.

3. Fragestellung

Zentrale Fragestellung ist, inwieweit und wann werden Kinder mit ADHS als solche erkannt, diagnostiziert und behandelt? Wer erkennt wann, in welchem Kontext, welches Verhalten als auffällig? Wer macht wen auf dieses Verhalten aufmerksam? Wann werden die Kinder wegen dem beobachteten Verhalten wo vorgestellt? Wer veranlasst wo, welche diagnostischen Maßnahmen? Welche Diagnosen werden gegebenenfalls gestellt? Welche Behandlungsmaßnahmen werden von wem, auf Grund welcher Befunde oder Angaben empfohlen? Welche Maßnahmen stehen zur Verfügung und werden mit welchem Erfolg umgesetzt?

3.1. Anstöße zur Hypothesenbildung

Im Rahmen meiner Tätigkeit als ermächtigter Kinder- und Jugendpsychiater an der Lörracher Klinik für Kinder- und Jugendmedizin fanden sich in den ersten Jahren meiner Tätigkeit dort sehr häufig Patienten, die eindeutig und oft seit langem ausgeprägte Symptome eines ADHS zeigten, ohne dass, trotz zum Teil mehrfacher Vorstellungen der Kinder beim Kinderarzt, bei Beratungsstellen oder beim Kinder- und Jugendpsychiater, eine entsprechende Diagnose gestellt worden wäre. Oft lagen Jahre zwischen dem Zeitpunkt, an dem die Eltern ihr Kind erstmals als „anders“ als andere eigene oder fremde Kinder erlebt hatten und dieses „Anderssein“ beim Kinder- oder Hausarzt angesprochen hatten. Häufig wurde, in der Regel den Müttern, unterstellt, sie seien zu empfindlich, die Kinder seien etwas lebhaft und das würde sich verwachsen. Wurde dennoch, nicht selten auf Drängen der Eltern eine weitergehende Diagnostik eingeleitet, wurden zwar Lern- und Teilleistungsstörungen sowie sekundäre Störungen der Emotionen oder des Verhaltens diagnostiziert, die Aufmerksamkeitsstörung aber oft nicht erkannt. In einigen Fällen geschah dies, obwohl im Rahmen der Testdiagnostik entsprechende typische Verhaltensweisen auch in der Testsituation aufgefallen waren (ist extrem leicht störbar, muss ständig extern motiviert werden, mangelhafte Aufmerksamkeit, unvollständige Wahrnehmung der Test-

instruktion, usw.). Eingeleitete Behandlungsmaßnahmen wie Logopädie oder Ergotherapie brachten zwar häufig eine gewisse Besserung, eine anhaltende, grundlegende Änderung der Situation blieb aber in der Regel aus („Die Wirksamkeit von Mototherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik und Ergotherapie zur alleinigen Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht belegt“, Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie). Insbesondere im Rahmen wachsender schulischer Anforderungen häuften sich wieder Probleme mit den Kindern. Wurde, meist erst nach wiederholten Vorstellungen, doch noch ein ADHS diagnostiziert, blieb nicht selten ein Hinweis auf eine pharmakologische Behandlungsmöglichkeit aus oder diese wurde als so bedenklich formuliert, dass die Eltern sich nicht dazu entschließen konnten, diese einzuleiten. Einige der Patienten mit ADHS mussten, da sie im Regelschulkontext nicht mehr tragbar erschienen, teilstationäre oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen, ohne, dass im Vorfeld auch nur ein Behandlungsversuch mit Stimulanzien erfolgt wäre. Im Rahmen der Behandlung in meiner Praxis beklagten viele Eltern den schlechten Informationsstand auch der Fachleute (Beratungsstellen, Kinder- und Hausärzte) und unzureichendes Verständnis bzw. Kooperationsbereitschaft der Schulen und Lehrer. Ähnlich wie bei Kindern mit einer Lese-Rechtschreibstörung („Legasthenie gibt es nicht, die betroffenen Eltern wollen sich nur nicht damit abfinden, dass ihr Kind zu dumm ist!“) äußerten verschiedene Lehrer und Direktoren den Eltern gegenüber ernsthafte Zweifel an der Berechtigung der Diagnose ADHS, verweigerten oft auf dieser Basis ihre Bereitschaft, z.B. Mitteilungshefte zu kontrollieren, kurzfristige Rückmeldungen an die Eltern bei nicht gemachten Hausaufgaben oder Fehlzeiten zu geben. Fehlverhalten und Leistungsprobleme wurden oft lapidar als „Provokation und Faulsein“ interpretiert. Ironischerweise erinnerten einige der Jahreszeugniskommentare der gleichen Lehrer frappierend an entsprechende Verhaltensbeschreibungen von ADHS-Kindern in Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

3.2. Hypothesen

Auf dem Boden meiner gewonnenen Daten sollten folgende zehn Hypothesen hinsichtlich ihrer Gültigkeit überprüft werden:

1. Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität werden in der Regel später erkannt!
2. Je ausgeprägter die Symptomatik, insbesondere im Sinne einer Sozialverhaltensstörung ist, desto früher wird die Diagnose ADHS gestellt und eine Stimulanzienbehandlung eingeleitet!
3. Je besser die Störung intellektuell kompensiert wird – gute Begabung – (zunächst fehlende oder geringe Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltensstörung), desto später erfolgt die Diagnosestellung!
4. Eltern bemerken die Störung in der Regel sehr früh (manchmal schon im Säuglingsalter, oft vor dem Kindergartenalter)!
5. Erzieherinnen (Kindergarten) und Klassenlehrer (Grundschule) machen nicht selten die Eltern auf Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen der Kinder aufmerksam!
6. Eltern stellen die Kinder oft schon früh und nicht selten wiederholt wegen Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen beim Kinder- oder Hausarzt vor!
7. Kinder- und Hausärzte leiten in der Regel zunächst keine weitere Diagnostik ein, machen nicht selten die Mütter für die zu beobachtenden Phänomene verantwortlich, erklären, dass sich das Verhalten ohne weitere Therapie bessern würde („lebhaftes Kind, wächst sich aus“)!

8. Eltern sehen sich, wenn sie sich schließlich für eine Stimulanzienbehandlung ihres Kindes entscheiden, nicht selten mit Vorwürfen und Vorurteilen aus dem familiären Umfeld (Onkel, Tante, Großeltern, Freunde und Bekannte) und auch seitens der Lehrer konfrontiert („Ruhigstellen“, „Süchtigmachen“ der Kinder)!
9. Die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, Diagnostiktermine oder spezifische therapeutische Angebote sind oft mit erheblichen Wartezeiten verbunden!
10. Eltern beklagen die späte Diagnosestellung, den schlechten Informationsstand und fehlende Behandlungsmöglichkeiten!

4. Ergebnisse

4.1. Studienteilnehmer

Von den ursprünglich 97 (16w, 81m) Kindern, deren Familien angeschrieben worden waren, haben 28 (4w, 24m) bzw. ~29% eine Teilnahme grundsätzlich abgelehnt oder sich trotz mehrfacher Anschreiben und Telefonate nicht wieder gemeldet. Siebzehn (10w, 7m) oder ~18% der Familien vereinbarten trotz mehrfacher Erinnerungen keinen Interviewtermin oder sandten keine oder nur unvollständige Fragebögen zurück, so dass sie ebenfalls ausgeschlossen werden mussten. Bei zweien der ohnehin ausgeschlossenen Probanden ergaben sich zudem in zumindest einem Leistungstest IQ-Werte <70 . 52 (50m, 2w) oder ~53% der ursprünglich angeschriebenen Familien haben alle notwendigen Fragebögen (bei einigen Familien fehlten die Lehrerfragebögen, da die Eltern diese über die Behandlung nicht informieren wollten, oder weil die Kinder zu Studienbeginn noch keine Schule besuchten) zugesandt, die Kinder wurden umfassend getestet und haben mit ihren Eltern einen, gegebenenfalls mehrere, Interviewtermine wahrgenommen. 30 der Kinder sollten nachgetestet werden, 25 (nur m) oder ~83% der „Retests“ konnten (z.T. erst nach mehrfacher schriftlicher Erinnerung) durchgeführt werden. Bei sechs der Patienten, die zur Nachtestung Stimulanzien einnehmen sollten, war die Medikation entweder vergessen worden oder die Eltern waren irrtümlich davon ausgegangen, dass ihr Kind zum Testtermin kein Ritalin® einnehmen sollte.

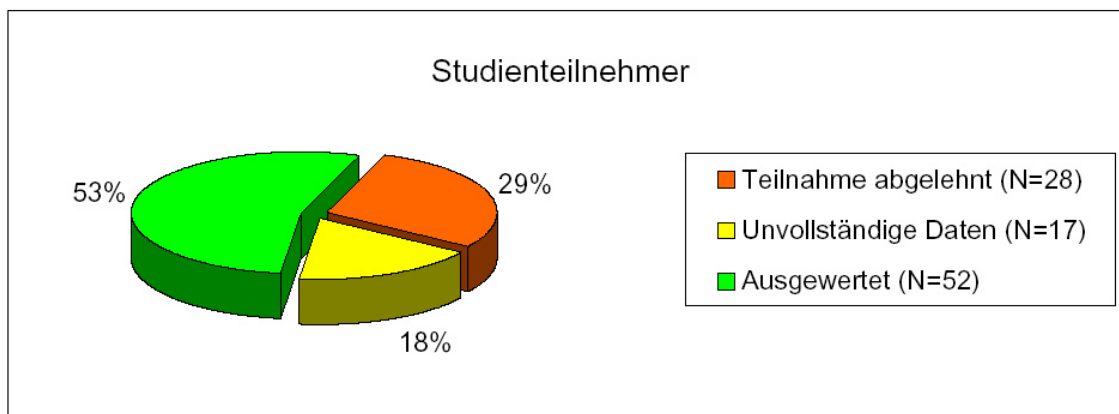


Abbildung 1 Anzahl der Teilnehmer absolut und in Prozent

4.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

1998 ergab sich folgende Altersverteilung: der jüngste Patient war sechs Jahre (1), einer sieben Jahre (1), zehn waren acht Jahre (10), dreizehn neun Jahre (12m, 1w), sieben zehn Jahre (6m, 1w), fünf elf Jahre (5), fünf zwölf Jahre (5), vier dreizehn Jahre (4), vier vierzehn Jahre (4) und zwei fünfzehn Jahre (2). Nur zwei der Patienten waren Mädchen die neun und zehn Jahre alt waren, die übrigen 50 waren Jungs.

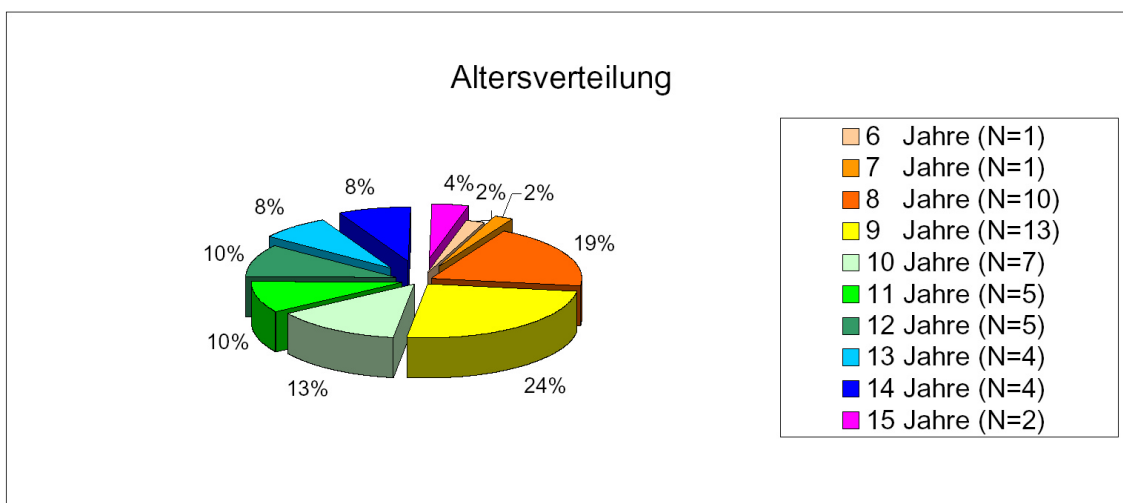


Abbildung 2 Altersverteilung absolut und in Prozent

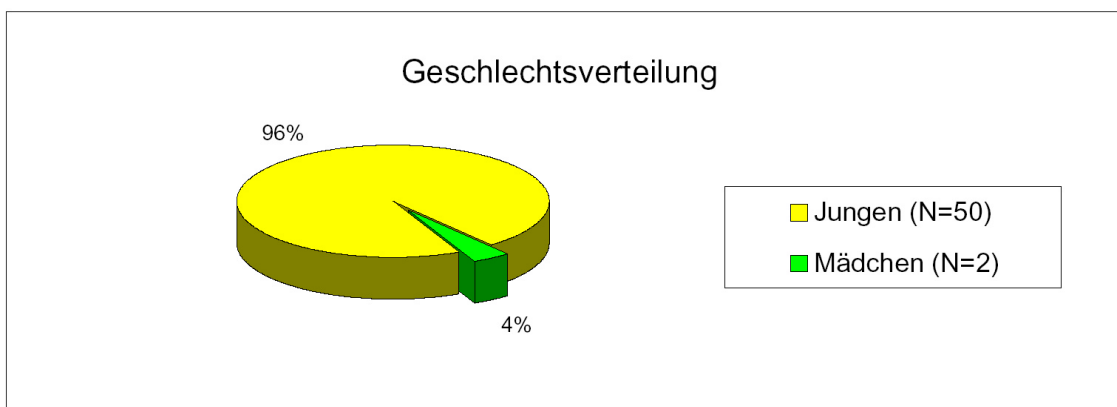


Abbildung 3 Geschlechterverteilung absolut und in Prozent

4.1.2. Diagnosen

Nach ICD 10 wurden 39 (~75%) mit F90.0 (w1), sieben (~13%) mit F98.8 (w1) ohne Hyperaktivität – und sechs (~12%) Fälle mit F90.1 (nur m) – mit Störung des Sozialverhaltens – klassifiziert.

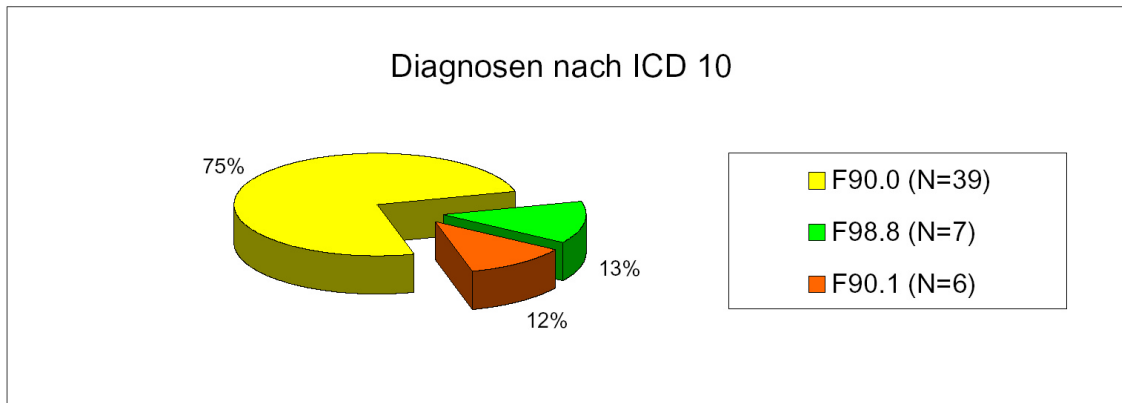


Abbildung 4 Diagnosen nach ICD 10 absolut und in Prozent

4.1.2.1. Nebendiagnosen

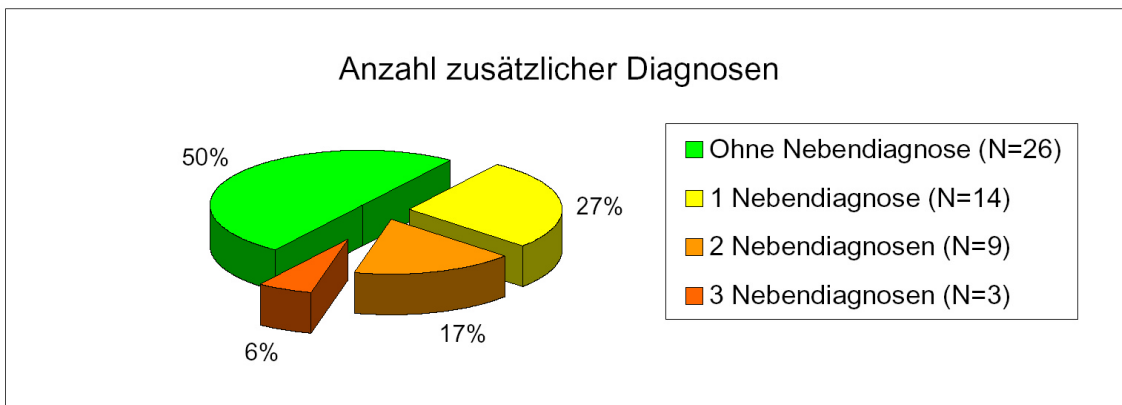


Abbildung 5 Anzahl der Nebendiagnosen absolut und in Prozent

26 (~50%) Jungs (nur m) hatten keine weitere Diagnose, vierzehn (~27%) Kinder (1w) hatten eine weitere Diagnose, neun (~16%) Knaben (nur m) zwei und drei (~5%) Kinder (1w) drei.

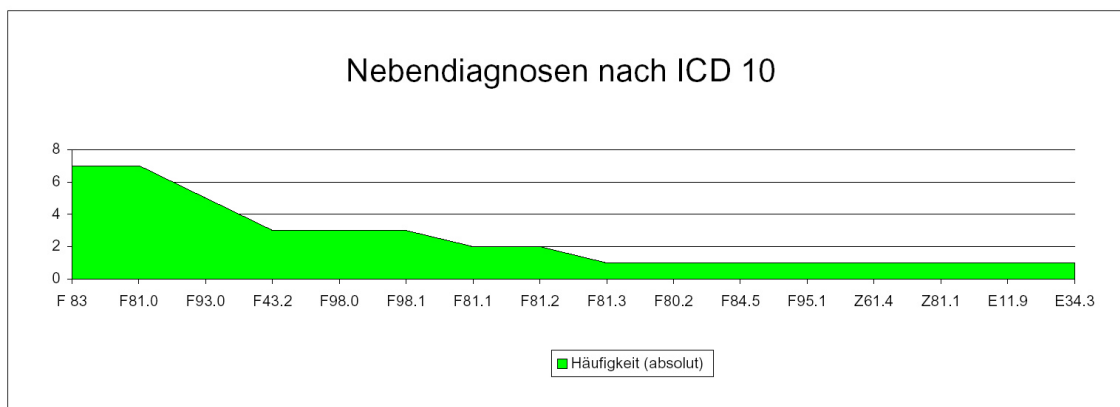


Abbildung 6 Häufigkeit der Nebendiagnosen nach ICD 10

Neben Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung F 83 (7), Lese- und Rechtschreibstörung F 81.0 (7), Spezifische emotionale Störung mit Trennungsangst F 93.0 (5), Anpassungsstörung F 43.2 (3), Enuresis F 98.0 (3), Enkopresis F 98.1 (3), Isolierte Rechtschreibstörung F 81.1 (2), Rechenstörung F 81.2 (2), Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten F 81.3 (1), Rezeptive Sprachstörung F 80.2 (1), Asperger Syndrom F 84.5 (1), Ticstörung F 95.1 (1), fand sich ein Kind mit Missbrauchserfahrung Z 61.4 (1), ein Pflegekind mit Alkoholkranken leiblichen Eltern Z 81.1 (1) ohne Hinweise auf eine Alkoholembryopathie, ein Kind mit einem juvenilen diabetes mellitus E 11.9 (1) und eines mit Minderwuchs E 34.3 (1).

4.1.2.2. Hauptdiagnosen (F 90.0, F 90.1, F 98.8) und Nebendiagnosen

Bei den Probanden mit der Diagnose F 90.0 dominierte die Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung F 83 (7), gefolgt von Lese- und Rechtschreibstörung F 81.0 (4) und den Nebendiagnosen Spezifische emotionale Störung mit Trennungsangst F 93.0 (3), Enuresis F 98.0 (3) und Enkopresis F 98.1 (3). Ein sehr gut begabter Junge hatte zusätzlich zur Diagnose F 90.0 eine tiefgreifende Entwicklungsstörung im Sinne eines Asperger Autismus (F 84.5). Bei denen mit der Diagnose F 98.8 fand sich eine leichte Häufung bei Lese- und Rechtschreibstörung F 81.0 (2) und Isolierte Rechtschreibstörung F 81.1 (2). Bei den Patienten mit der Diagnose F 90.1 fand sich jeweils nur ein Fall mit den Nebendiagnosen Lese- und Rechtschreibstörung F 81.0, Rechenstörung F 81.2, Spezifische

emotionale Störung mit Trennungsangst F93.0 und ein Kind mit Missbrauchserfahrung Z61.4. (Siehe Abbildung 7)

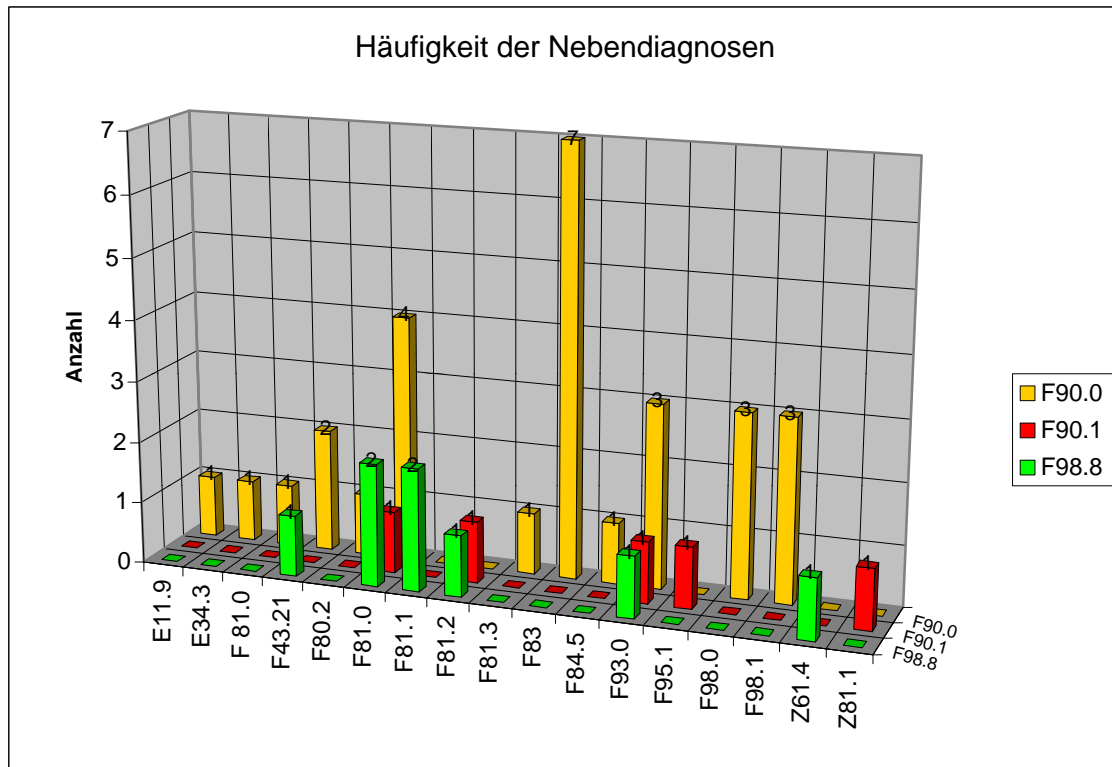


Abbildung 7 Häufigkeit der Nebendiagnosen für die jeweilige Hauptdiagnose

4.1.3. Besuchte Schulformen

42 (~79%) Kinder und Jugendliche besuchten Regelschulen, acht (~15%) der Kinder eine Schule für Erziehungshilfe (E-Schule) im Rahmen einer Jugendhilfeeinrichtung, davon waren fünf in einer "Tagesgruppe" (TG), zwei in der "Wochengruppe" (WG) und ein Kind vollstationär (VS) untergebracht. Ein Jugendlicher besuchte ein spezielles Internat (Privatschule). Ein Kind ging in die Förderschule für Lernbehinderte (L-Schule) und ein weiteres war in der Grundschulförderklasse.

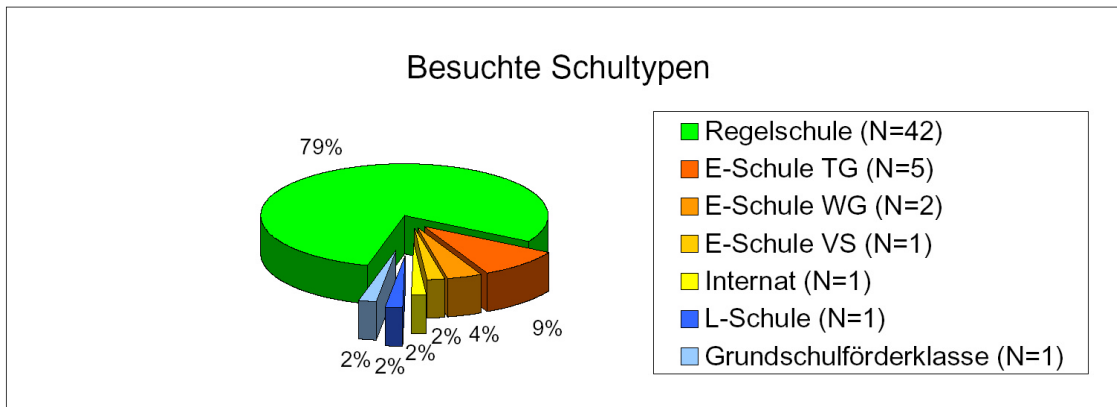


Abbildung 8 Besuchte Schultypen absolut und in Prozent, Abkürzungen siehe Text

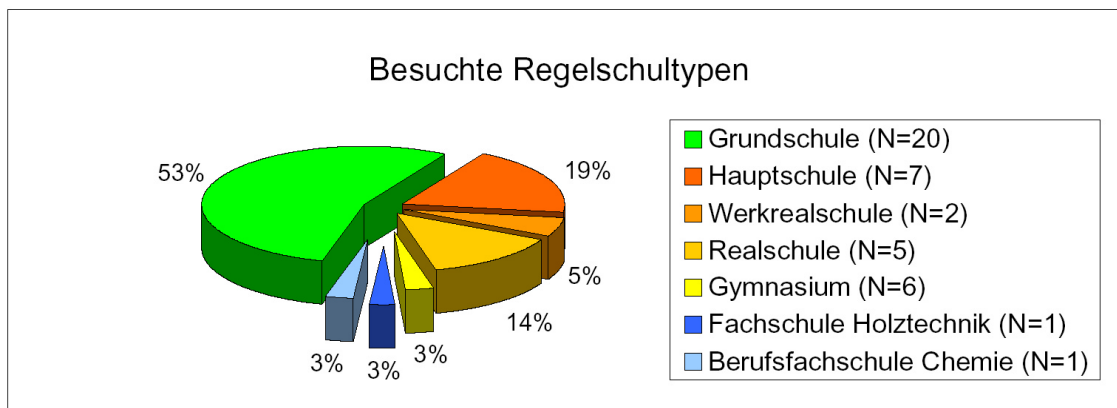


Abbildung 9 Besuchte Regelschultypen absolut und in Prozent

Von den Kindern, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Regelschule besuchten, waren zwanzig Grundschüler, neun Schüler besuchten die Hauptschule, davon zwei den Werkrealschulzweig. Fünf Schüler besuchten eine Realschule, sechs ein Gymnasium. Ein Jugendlicher besuchte die Fachschule Holztechnik und ein Schüler die Berufsfachschule Chemie.

4.1.4. Begabungsprofil der Probanden

Einer der Patienten war kurz vor der Vorstellung in meiner Praxis stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg psychologisch getestet und auf Stimulanzen eingestellt worden. Laut Arztbrief lag eine gut durchschnittliche Begabung vor, genaue Testergebnisse konnten leider trotz mehrfacher Erinnerung der Eltern letztlich nicht beschafft werden. Der Junge wurde danach voll-

stationär in einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht. Den Angaben des dort zuständigen Psychologen zufolge habe es Hinweise auf eine ausgezeichnete Begabung bei deutlich reduzierter Fähigkeit einer kontinuierlichen, ausdauernden Leistungsumsetzung gegeben.

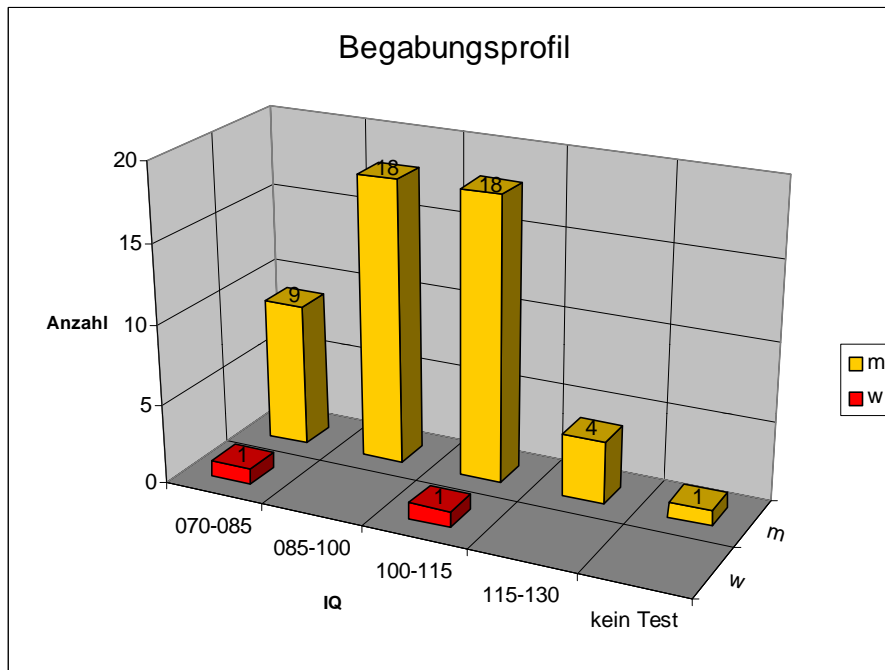


Abbildung 10 Begabungsprofil nach IQ-Gruppen und Geschlecht

Bei den meisten Kindern fiel in der Testsituation eine deutlich erhöhte Ablenkbarkeit auf. Viele waren wegen der leichten Störbarkeit wiederholt auf externe Strukturierung angewiesen. Häufig zeigten sich erhebliche Unterschiede bei der Bewältigung von für das jeweilige Kind subjektiv eher als spannend und interessant bewerteten Aufgaben und solchen, die sie weniger mochten. Bei einzelnen Kindern nahm die Fehlerquote mit steigender Leistungsanforderung ab – spannendere Aufgaben, bessere Ergebnisse – trotz höherem Schwierigkeitsgrad. Einige der Kinder zeigten eine sehr geringe Frustrationstoleranz mit deutlicher Tendenz zur Misserfolgserwartung, Abnahme der Motivation und Zunahme der Konzentrationsprobleme. In einigen Fällen imponierte eine schnelle Ermüdbarkeit mit erhöhter Ablenkbarkeit (Gähnen, auf die Uhr oder zum Fenster schauen, usw.), einige reagierten mit einem schnell hochschießenden Erregungsniveau auf Misserfolge, nicht selten gelang bei diesen Kindern nur über einen erneuten Motivationsaufbau eine Fortführung der Testdiagnostik.

4.1.5. Differenz zwischen Test- und Retestergebnissen

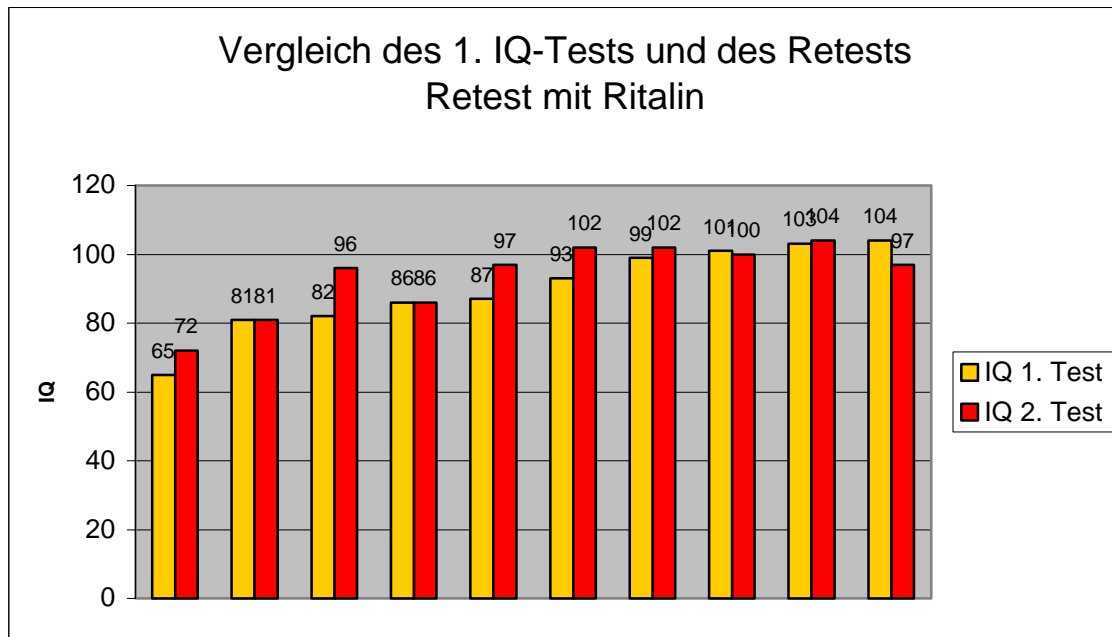


Abbildung 11 Vergleich von Test und Retest

Obige Grafik erfasst die Ergebnisse der einzelnen Probanden die nachgetestet wurden, wobei beim ersten Test keine Stimulanzienbehandlung erfolgte und beim zweiten Test morgens die übliche Dosis eingenommen wurde. Bei einigen der Probanden war eine diskrete Verbesserung der Testergebnisse zu erkennen, andere hatten sich diskret verschlechtert, insgesamt schien jedoch kein eindeutiger Trend zu bestehen.

Grafik 12 erfasst die Ergebnisse der einzelnen Probanden ohne Stimulanzienbehandlung, die nachgetestet wurden, wobei beide Testungen ohne Medikation erfolgten. Vier der Probanden sollten beim zweiten Test Stimulanzien einnehmen – sie waren mit Methylphenidat eingestellt, hatten aber am Testtag ihre Medikation vergessen. Auch hier zeigte sich bei einigen der Probanden eine diskrete Verbesserung der Testergebnisse, andere hatten sich diskret verschlechtert, insgesamt schien ebenfalls kein eindeutiger Trend zu bestehen.

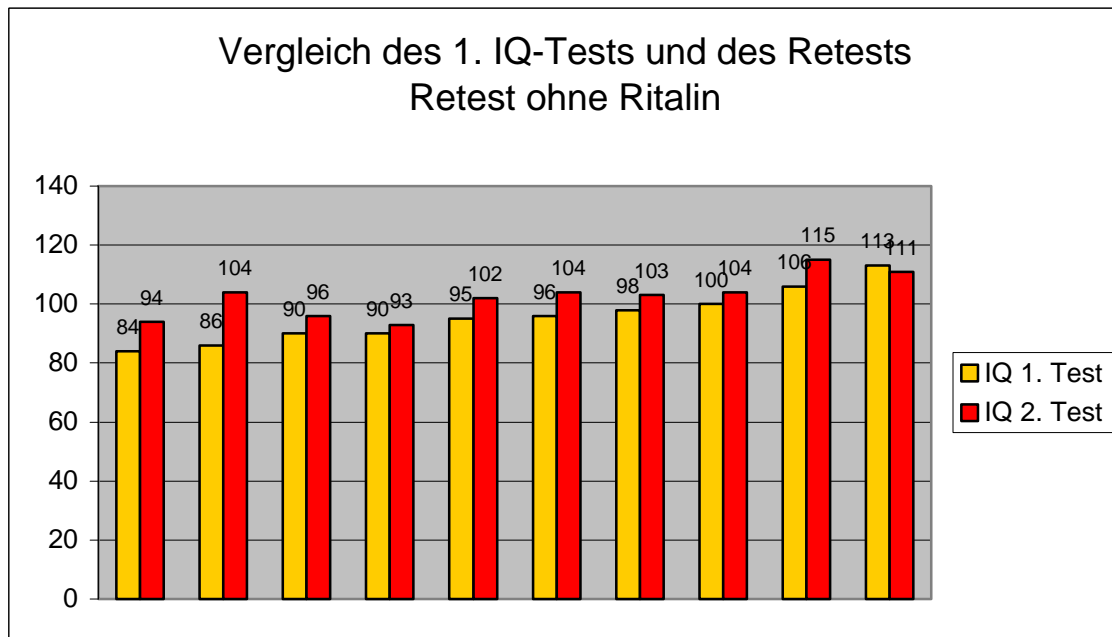


Abbildung 12 Erreichter IQ-Wert in der ersten und zweiten Testung

4.2. ADHS Fragebögen

Trotz der Tatsache, dass die Eltern wiederholt darauf aufmerksam gemacht wurden, die zugesandten Fragebögen hinsichtlich ihrer Beobachtungen vor Beginn einer Behandlung zu bearbeiten und dies auch den angesprochenen Lehrern mitzuteilen, wurden einige der Bögen im Hinblick auf die Effekte der Behandlung ausgefüllt. Sofern dies eindeutig erkennbar war oder die Eltern dazu explizit befragt werden konnten, wurden diese Bögen bei den entsprechenden Analysen ausgeschlossen. Einige der Lehrerfragebögen zeigten deutliche Hinweise darauf, dass der betroffene Pädagoge bemüht war, die Symptomatik so gering wie möglich zu bewerten. Die Ergebnisse lagen deutlich unterhalb der Erwartungswerte. Hin und wieder wurden Bögen praktisch durchgehend bei allen Verhaltensmerkmalen mit 0 bewertet. Gleichzeitig zeigten die Zeugnis-kommentare der gleichen Schüler und des gleichen Pädagogen eindeutige Phänomene einer Aufmerksamkeits- und Impulssteuerungsstörung, zum Teil erinnerten die Kommentare an entsprechende Passagen aus Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Thema „Verhalten beim ADHS“. Einzelne Lehrer hatten den Eltern gegenüber auch offen erklärt, dass sie große Zweifel daran hätten, dass dieses Störungsbild überhaupt existiere und ihre große Ablehnung gegenüber einer möglichen Stimulanzienbehandlung formuliert.

4.2.1. Conners Elternfragebogen

4.2.1.1. Item „Verhaltensprobleme“

Insgesamt 25 der Kinder blieben hier innerhalb des Erwartungswertes. Fünfzehn Patienten mit der Diagnose F90.0, drei Patienten mit der Diagnose F90.1 und alle sieben Patienten mit der Diagnose F98.8. „Auffällig“ waren sieben Patienten mit der Diagnose F90.0, „stark auffällig“ waren fünf Patienten mit der Diagnose F90.0 und „extrem auffällig“ waren sieben Patienten mit der Diagnose F90.0 und drei Patienten mit der Diagnose F90.1. (Siehe Abbildung 13)

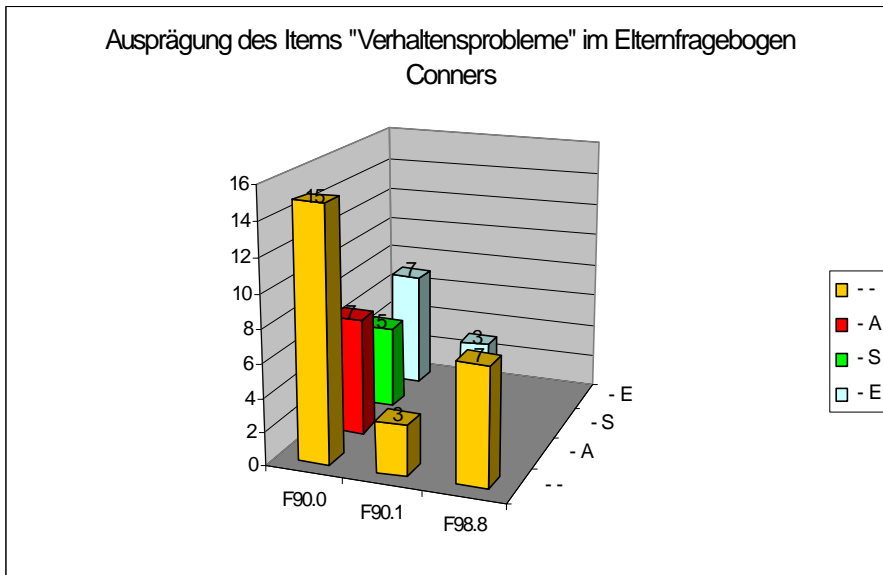


Abbildung 13 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.1.2. Item „Hyperaktivität / Unaufmerksamkeit“

Hier blieben insgesamt sechzehn Patienten innerhalb des Erwartungswertes, zehn mit der Diagnose F90.0, ein Patient mit der Diagnose F90.1 und fünf Patienten mit der Diagnose F98.8. Ein Patient mit der Diagnose F98.8 zeigte sich „auffällig“, ein weiterer „stark auffällig“. Bei der Diagnose F90.1 zeigten sich drei Patienten „stark auffällig“. Sechs Patienten mit der Diagnose F90.0 zeigten sich „auffällig“, neun „stark auffällig“ und neun „extrem auffällig“.

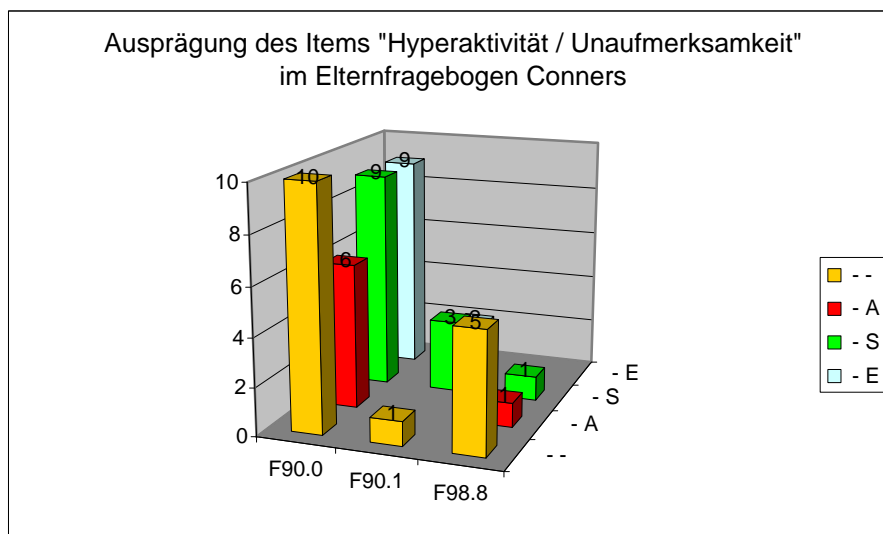


Abbildung 14 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.1.3. Item „Angst“

Hier blieben insgesamt fünfzehn Patienten innerhalb des Erwartungswertes, davon zwei Patienten mit der Diagnose F98.8, vier Patienten mit der Diagnose F90.1 und neunzehn Patienten mit der Diagnose F90.0. Zwei Patienten mit der Diagnose F98.8 wurden als „auffällig“, drei als „stark auffällig“ bewertet. Zwei Patienten mit der Diagnose F90.1 imponierten „extrem auffällig“. Neun Patienten mit der Diagnose F90.0 wurden als „auffällig“, fünf als „stark auffällig“ und ein Patient als „extrem auffällig“ wahrgenommen. (Siehe Abbildung 15)

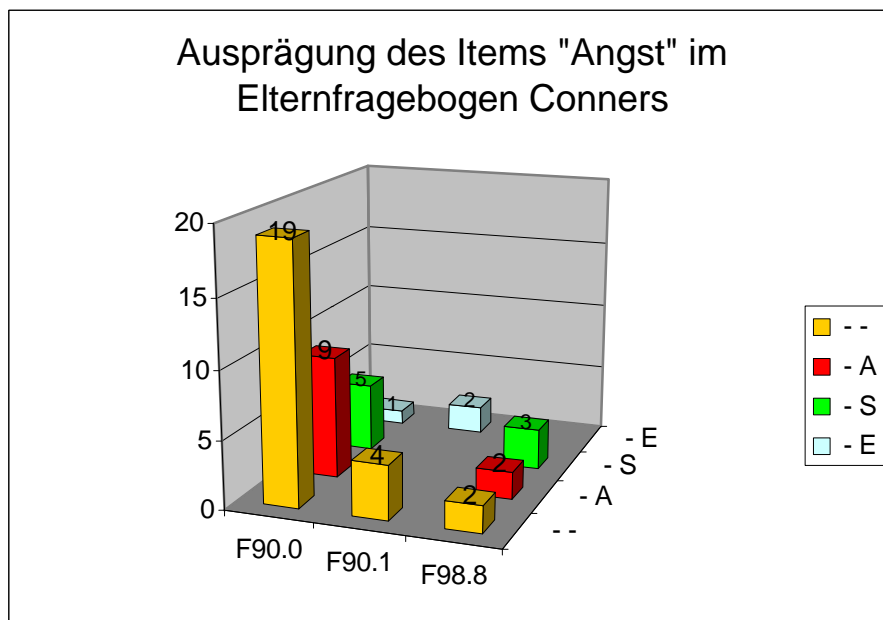


Abbildung 15 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.1.4. Item „Psychosomatische Beschwerden“

Hier blieben insgesamt 42 Patienten innerhalb des Erwartungswertes. Je ein Patient mit der Diagnose F98.8 und F90.1 wurde als „auffällig“, zwei Patienten mit der Diagnose F90.0 als „auffällig“ und ein Patient mit der Diagnose F90.0 als „stark auffällig“ bewertet. (Siehe Abbildung 16)

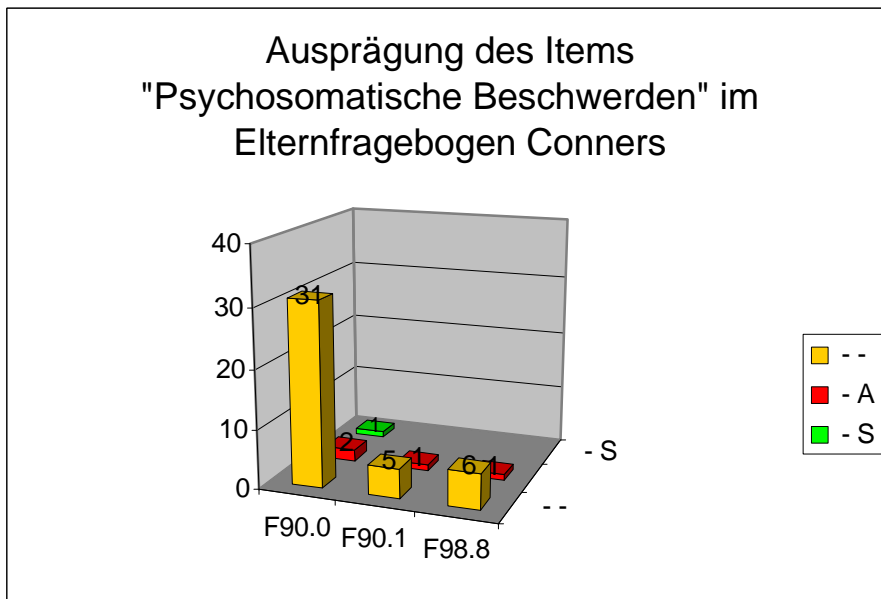


Abbildung 16 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.2. Connors Lehrerfragebogen

4.2.2.1. Item „Verhaltensprobleme“

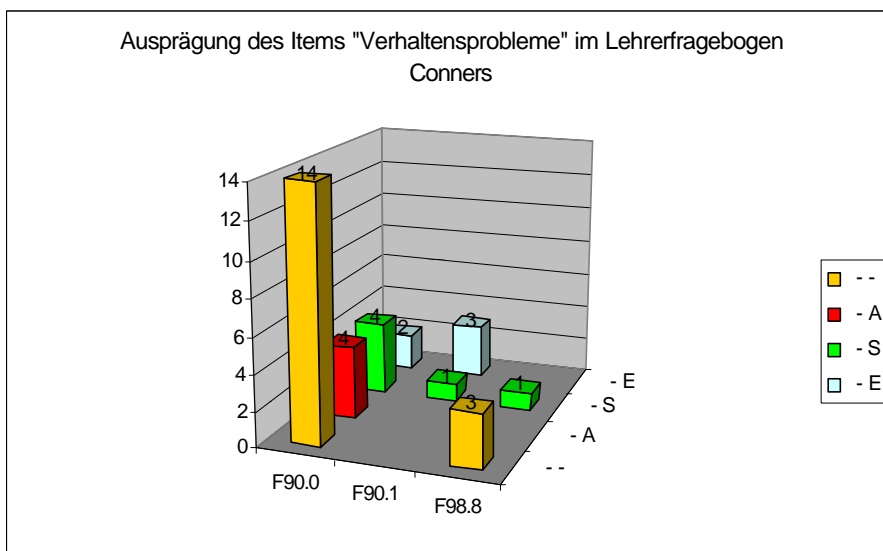


Abbildung 17 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier blieben insgesamt siebzehn Patienten innerhalb des Erwartungswertes, vierzehn Patienten mit der Diagnose F90.0 wurden als nicht „auffällig“, vier als „auffällig“, vier als „stark auffällig“ und zwei als „extrem auffällig“ bewertet. Bei der Diagnose F90.1 blieb keiner der Patienten im Erwartungswert. Im Bereich

„auffällig“ wurde ebenfalls kein Kind bewertet. Es fand sich ein Patient im Bereich „stark auffällig“ und drei Patienten im Bereich „extrem auffällig“. Bei der Diagnose F98.8 fanden sich drei Patienten im Erwartungsbereich, ein Patient wurde als „stark auffällig“ wahrgenommen.

4.2.2.2. Item „Hyperaktivität“

Hier blieben insgesamt zehn Patienten innerhalb des Erwartungswertes, darunter sieben Patienten mit der Diagnose F90.0 und drei Patienten mit der Diagnose F98.8. Bei der Diagnose F90.1 blieb kein Patient innerhalb des Erwartungswertes, hier fanden sich nur Bewertungen im Bereich „stark auffällig“ und „extrem auffällig“. „Stark auffällig“ wurde ein Patient bewertet, „extrem auffällig“ drei Patienten. Bei der Diagnose F90.0 wurden sieben Patienten als „auffällig“ indiziert, sieben als „stark auffällig“ und drei als „extrem auffällig“. Bei der Diagnose F98.8 wurde lediglich ein Patient als „auffällig“ geratet.

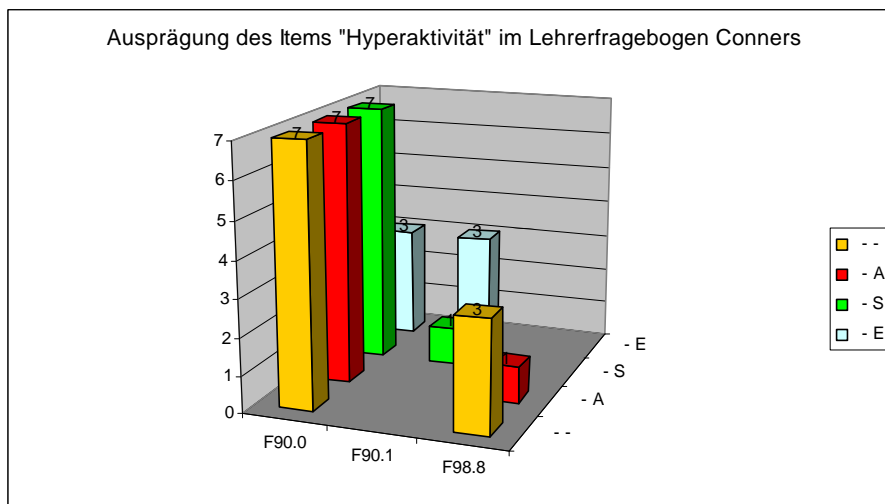


Abbildung 18 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.2.3. Item „Unaufmerksamkeit / Passivität“

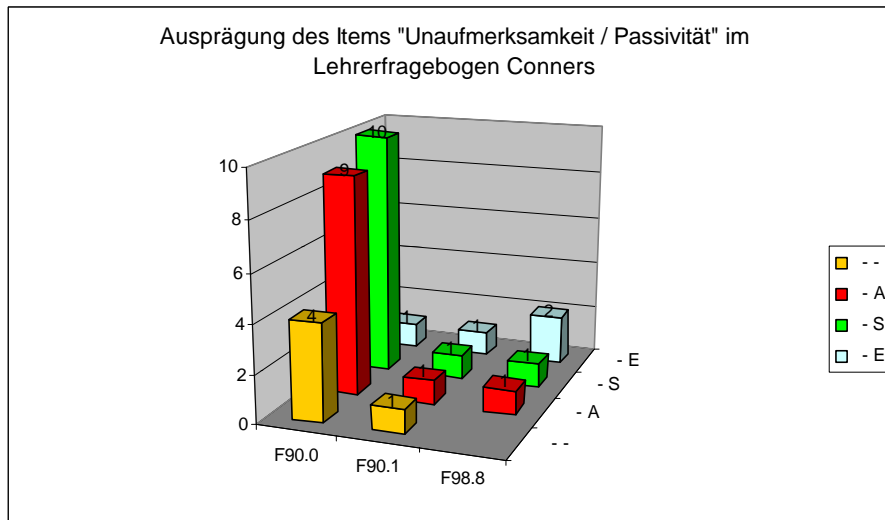


Abbildung 19 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Von den Probanden blieben insgesamt fünf innerhalb des Erwartungswertes, vier mit der Diagnose F90.0 und ein Patient mit der Diagnose F90.1. Keiner der Patienten mit der Diagnose F98.8 blieb innerhalb des Erwartungswertes. Neun Patienten mit der Diagnose F90.0 wurden als „auffällig“, zehn als „stark auffällig“ und ein Patient als „extrem auffällig“ indiziert. Bei der Diagnose F90.1 wurde jeweils ein Patient als „auffällig“, „stark auffällig“ und „extrem auffällig“ bewertet. Bei der Diagnose F98.8 wurde ein Patient als „auffällig“, ein Patient als „stark auffällig“ und zwei Patienten als „extrem auffällig“ geratet.

4.2.3. Copeland Elternfragebogen

4.2.3.1. Item „Unaufmerksamkeit / Ablenkbarkeit“

Hier blieben insgesamt elf Kinder innerhalb des Erwartungswertes. Dreizehn Kinder mit der Diagnose F90.0 wurden als „auffällig“, sechzehn als „stark auffällig“ und zwei als „extrem auffällig“ bewertet. Bei der Diagnose F90.1 zeigten sich in der Bewertung der Eltern zwei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, ein Kind als „auffällig“ und drei Kinder als „stark auffällig“. Bei der Diagnose F98.8 blieben drei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, zwei wurden als „auffällig“ und jeweils eines als „stark auffällig“, bzw. „extrem auffällig“ erkannt.

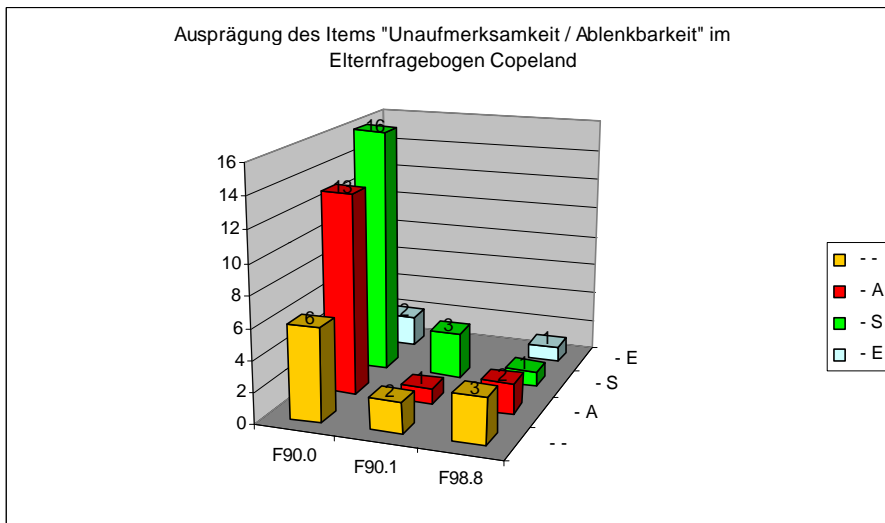


Abbildung 20 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.3.2. Item „Impulsivität“

Hier blieben insgesamt fünf Kinder innerhalb des Erwartungswertes, hiervon drei mit der Diagnose F90.0. In dieser Gruppe waren fünf Kinder „auffällig“, neunzehn Kinder „stark auffällig“ und zehn Kinder „extrem auffällig“. In der Gruppe der Diagnose F90.1 blieb kein Kind innerhalb des Erwartungswertes, zwei waren „auffällig“, eins „stark auffällig“ und drei „extrem auffällig“. In der Gruppe der Diagnose F98.8 wurden zwei Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet, vier zeigten sich „auffällig“, ein Kind „extrem auffällig“. (Siehe Abbildung 21)

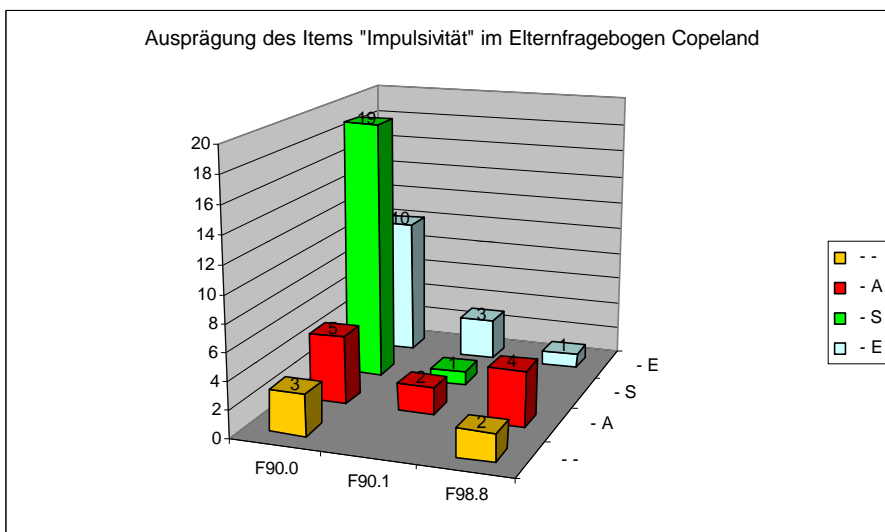


Abbildung 21 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.3.3. Item „Hyperaktivität / Überaktivität“

Hier wurden von den Eltern 24 Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet. Bei der Diagnose F90.0 fünfzehn Kinder, zehn zeigten sich als „auffällig“, elf als „stark auffällig“ und eins als „extrem auffällig“. Bei der Diagnose F90.1 blieben zwei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, ein Kind wurde als „auffällig“, eins als „stark auffällig“ und zwei als „extrem auffällig“ betrachtet. Bei der Diagnose F98.8 wurden alle sieben Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet. (Siehe Abbildung 22)

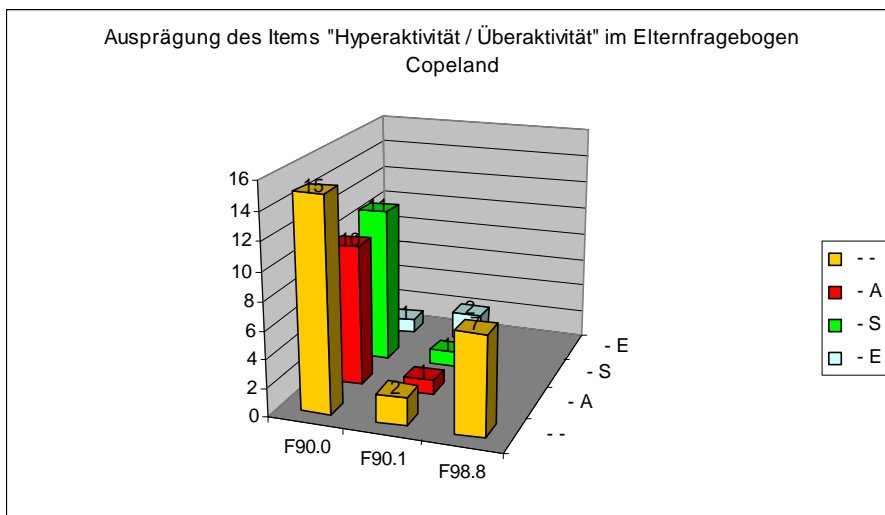


Abbildung 22 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.3.4. Item „Hypoaktivität / Unteraktivität“

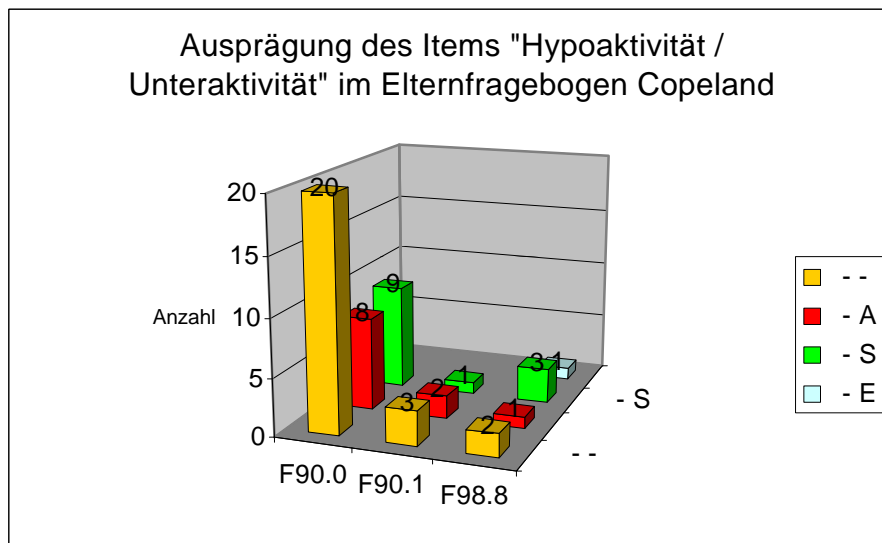


Abbildung 23 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier blieben insgesamt 25 Patienten innerhalb des Erwartungswertes, bei der Diagnose F90.0 erlebten zwanzig der Eltern ihre Kinder als „unauffällig“, acht als „auffällig“ und neun als „stark auffällig“. Bei den Patienten mit der Diagnose F90.1 blieben drei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, zwei wurden als „auffällig“ und ein Kind als „stark auffällig“ wahrgenommen. Bei der Diagnose F98.8 blieben zwei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, ein Kind wurde als „auffällig“ bewertet, drei Kinder als „stark auffällig“ und ein Kind als „extrem auffällig“.

4.2.3.5. Item „Non-Compliance“

Hier wurden von den Eltern sechs der Kinder als „unauffällig“ bewertet, bei der Diagnose F90.0 waren dies vier Kinder, dreizehn Kinder wurden als „auffällig“ bewertet und jeweils zehn als „stark auffällig“ bzw. „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 wurde ein Kind als „unauffällig“ bewertet, zwei als „stark auffällig“ und drei als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 war ein Kind als „unauffällig“ bewertet worden, drei Kinder als „auffällig“, zwei als „stark auffällig“ und ein Kind als „extrem auffällig“. (Siehe Abbildung 24)

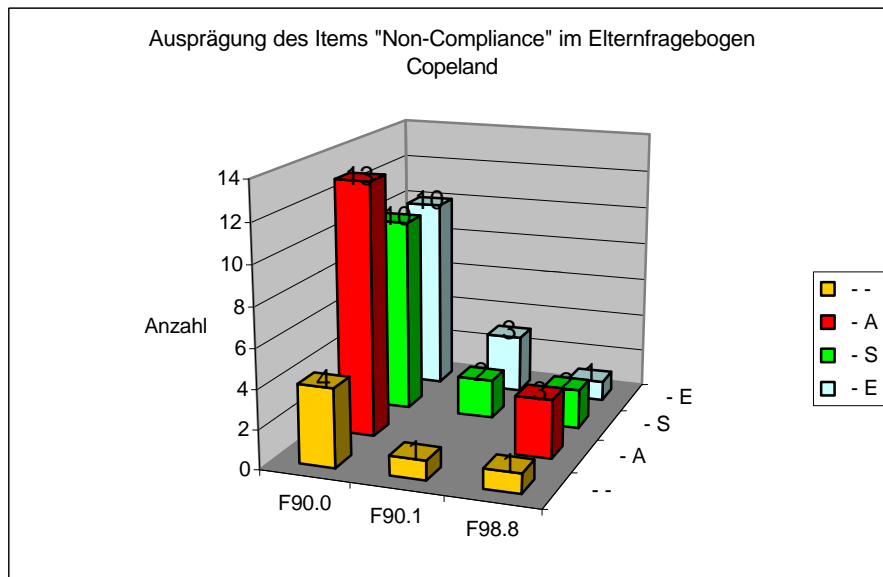


Abbildung 24 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.3.6. Item „Aufmerksamkeitsheischendes Verhalten“

Hier bewerteten neunzehn Eltern ihre Kinder im Bereich des Erwartungswertes. Bei der Diagnose F90.0 waren dies elf Kinder, sechs Kinder wurden als „auffällig“, neunzehn als „stark auffällig“ und eins als „extrem auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 blieb ein Kind innerhalb des Erwartungswertes, zwei Kinder wurden als „auffällig“ beschrieben, drei als „extrem auffällig“. Alle Kinder mit der Diagnose F98.8 blieben innerhalb des Erwartungswertes. (Siehe Abbildung 25)

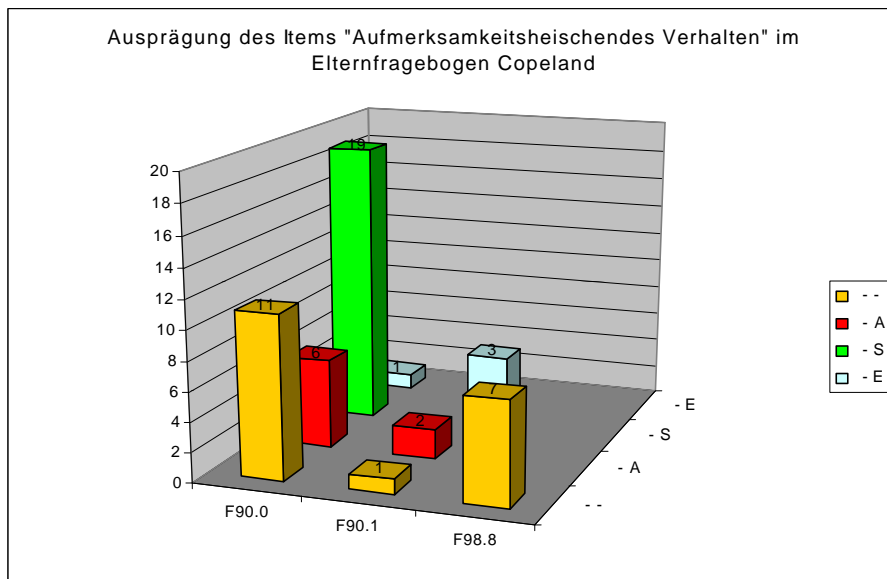


Abbildung 25 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.3.7. Item „Mangelnde Leistungsumsetzung“

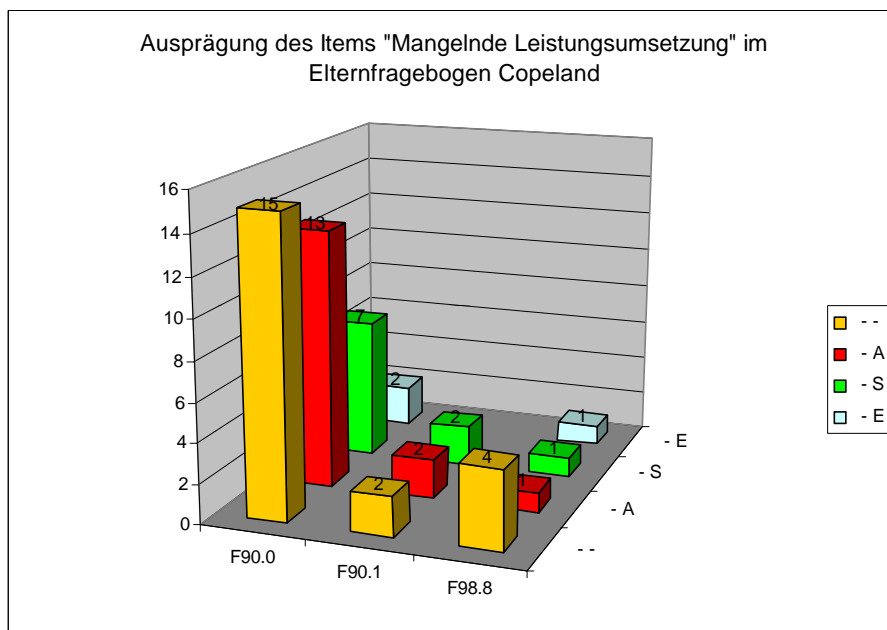


Abbildung 26 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Insgesamt bewerteten die Eltern fünfzehn Kinder mit der Diagnose F90.0 bei diesem Item als „unauffällig“, dreizehn als „auffällig“, sieben als „stark auffällig“ und zwei als „extrem auffällig“. Bei den Patienten mit der Diagnose F90.1 wur-

den zwei innerhalb des Erwartungswertes geratet, zwei zeigten sich „auffällig“ und zwei „stark auffällig“. Bei Kindern ohne Hyperaktivität waren vier als „unauffällig“ bewertet worden, je ein Kind war „auffällig“, „stark auffällig“, bzw. „extrem auffällig“ bewertet.

4.2.3.8. Item „Unreife“

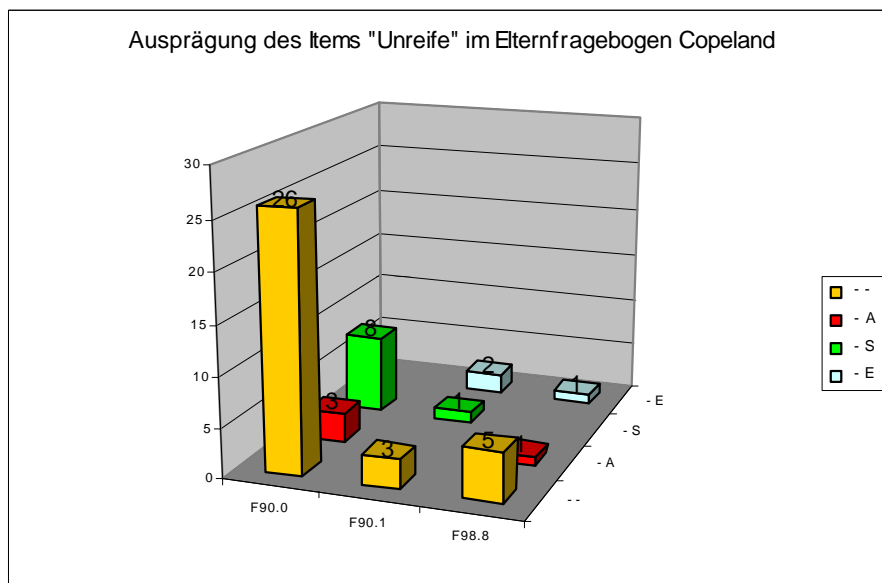


Abbildung 27 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier definierten insgesamt 34 Eltern ihre Kinder als „unauffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.0 sahen 26 Eltern ihre Kinder innerhalb des Erwartungswertes, drei als „auffällig“ und acht als „stark auffällig“. Bei der Diagnose F90.1 lagen drei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, ein Kind wurde als „stark auffällig“, zwei als „extrem auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 wurden fünf Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet, ein Kind als „auffällig“ und ein weiteres als „extrem auffällig“.

4.2.3.9. Item „Emotionale Schwierigkeiten“

Hier wurden insgesamt fünfzehn Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet, zehn der Eltern von Kindern mit der Diagnose F90.0 erlebten ihre Kinder als „unauffällig“, elf als „auffällig“, zwölf als „stark auffällig“ und vier als „extrem auf-

fällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 wurden zwei Kinder innerhalb des Erwartungswertes bewertet, zwei Kinder als „stark auffällig“ und zwei Kinder als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 lagen drei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, zwei wurden als „auffällig“ und zwei als „stark auffällig“ bewertet.

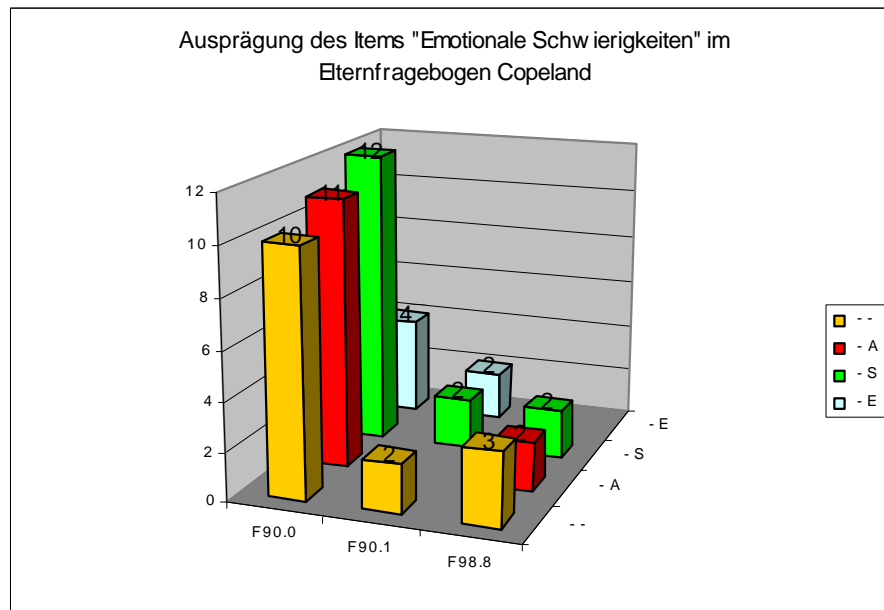


Abbildung 28 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.3.10. Item „Wenig gleichaltrige Freunde“

Hier bewerteten insgesamt 36 der Eltern ihre Kinder innerhalb der Erwartungswerte, hierunter alle sieben Patienten mit der Diagnose F98.8. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.0 blieben 27 innerhalb der Erwartungswerte, fünf wurden als „auffällig“, vier als „stark auffällig“ und ein Kind als „extrem auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 zeigten sich zwei Kinder „unauffällig“, zwei Kinder wurden als „auffällig“ bewertet, jeweils ein Kind „stark auffällig“, bzw. „extrem auffällig“. (Siehe Abbildung 29)

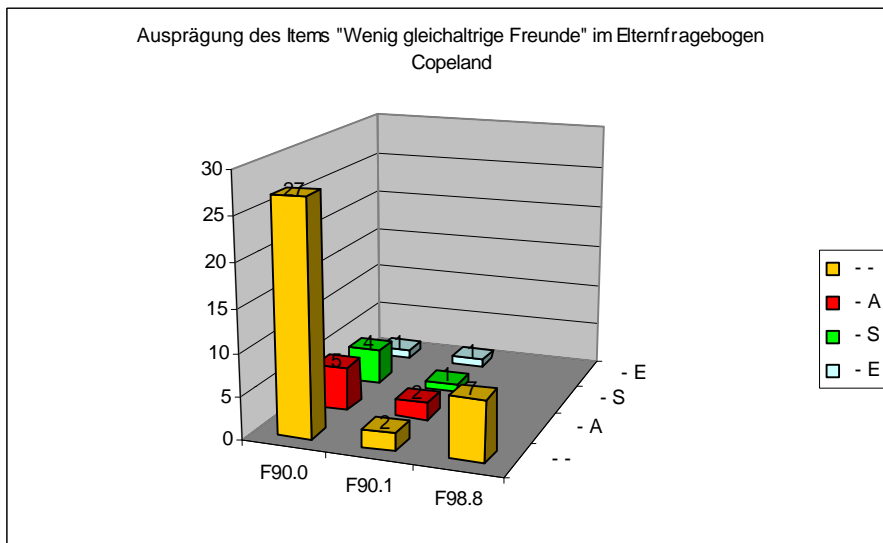


Abbildung 29 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.3.11. Item „Beeinträchtigte familiäre Beziehungen“

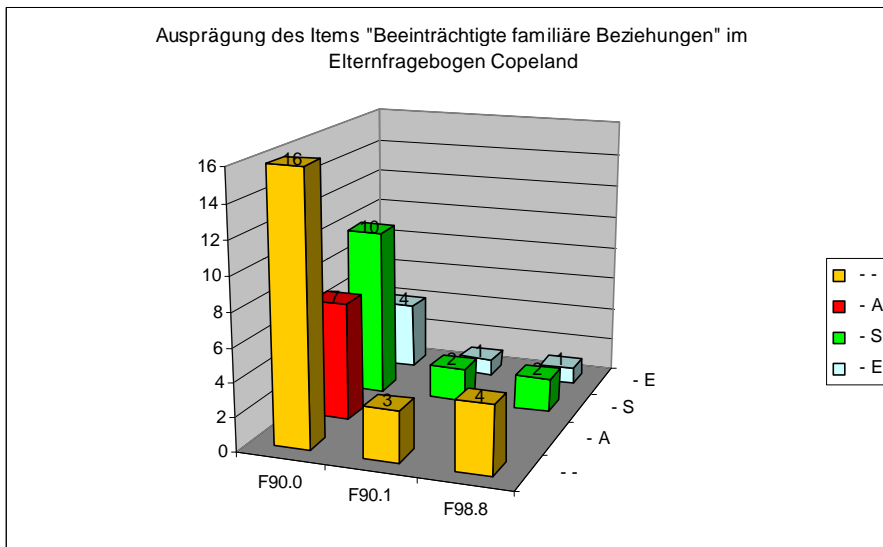


Abbildung 30 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier bewerteten insgesamt 23 Eltern ihre Kinder innerhalb der Erwartungswerte. Sechzehn der Kinder mit der Diagnose F90.0 wurden hinsichtlich dieses Items als „unauffällig“ bewertet, sieben als „auffällig“, zehn als „stark auffällig“ und vier als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 wurden drei Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet, zwei „stark auffällig“ und

ein Kind „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 zeigten sich vier der betroffenen Familien „nicht beeinträchtigt“, zwei „stark beeinträchtigt“ und eine Familie „extrem beeinträchtigt“.

4.2.4. Copeland Lehrerfragebogen

4.2.4.1. Item „Unaufmerksamkeit / Ablenkbarkeit“

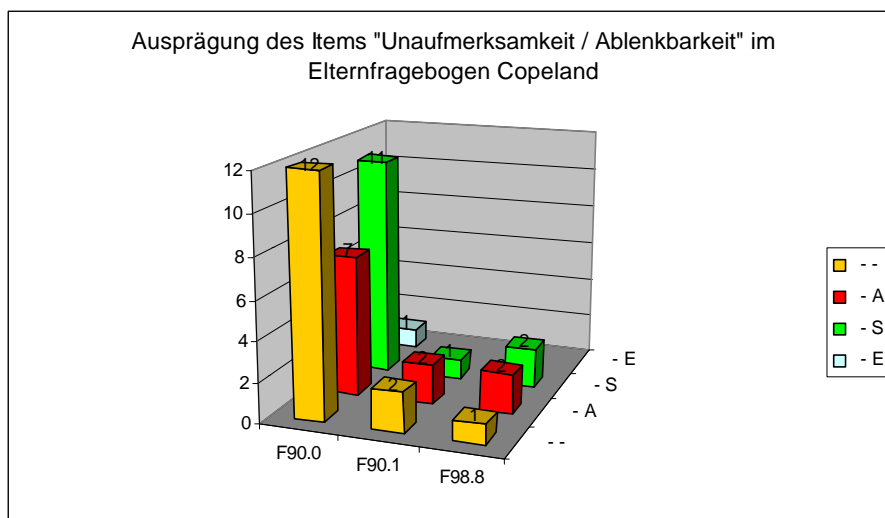


Abbildung 31 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Bei diesem Item bewerteten fünfzehn Lehrer die Kinder innerhalb des Erwartungswertes, davon zwölf Kinder mit der Diagnose F90.0. Sieben Kinder dieser Gruppe wurden als „auffällig“ wahrgenommen, elf Kinder als „stark auffällig“ und ein Kind als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 wurden zwei Kinder als „unauffällig“ beschrieben, zwei Kinder als „auffällig“ und ein Kind als „stark auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 wurde ein Kind innerhalb des Erwartungswertes geratet, zwei Kinder als „auffällig“, zwei als „stark auffällig“.

4.2.4.2. Item „Impulsivität“

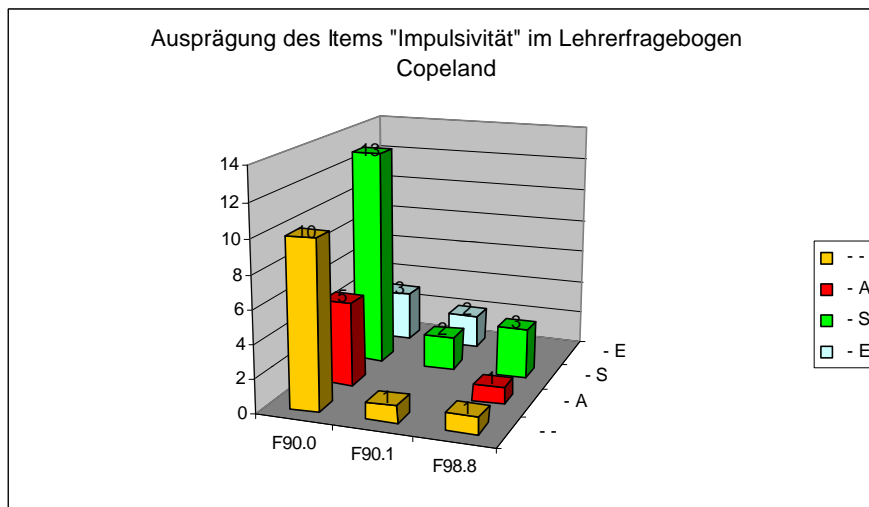


Abbildung 32 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier bewerteten die Lehrer zwölf Kinder innerhalb des Erwartungswertes. Darunter zehnte Kinder mit der Diagnose F90.0. Fünf der Kinder wurden als „auffällig“, dreizehn Kinder wurden als „stark auffällig“, bzw. drei als „extrem auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 wurde ein Kind als „unauffällig“ geratet, zwei Kinder als „stark auffällig“, zwei weitere als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 wurde ein Kind als „unauffällig“ beschrieben, ein Kind als „auffällig“ und drei Kinder als „stark auffällig“.

4.2.4.3. Item „Hyperaktivität / Überaktivität“

Hier wurden von den Lehrkräften insgesamt 28 als „unauffällig“ bewertet, davon vier der Kinder mit der Diagnose F98.8, eines dieser Kinder wurde als „auffällig“ deklariert. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.0 wurden 23 als „unauffällig“ bewertet, drei als „auffällig“, drei als „stark auffällig“ und zwei als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 wurde ein Kind „unauffällig“ bewertet, zwei Kinder als „auffällig“ und zwei Kinder als „stark auffällig“. (Siehe Abbildung 33)

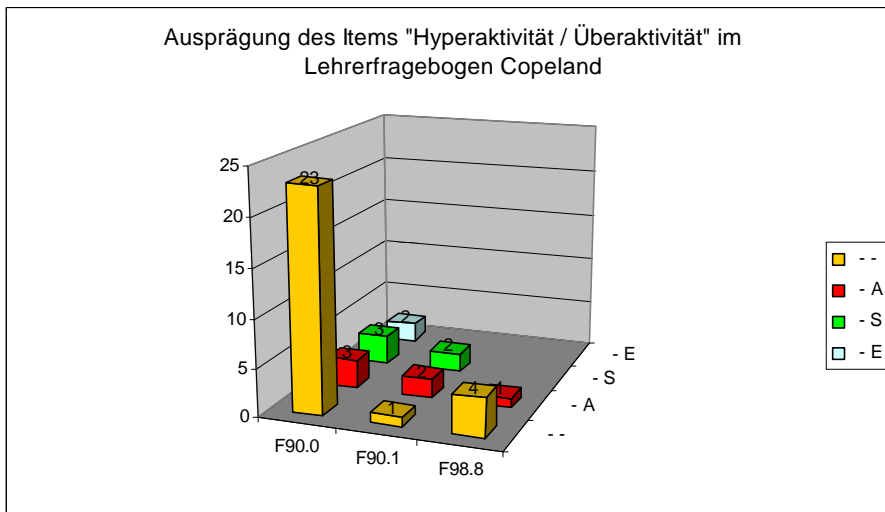


Abbildung 33 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.4.4. Item „Hypoaktivität / Unteraktivität“

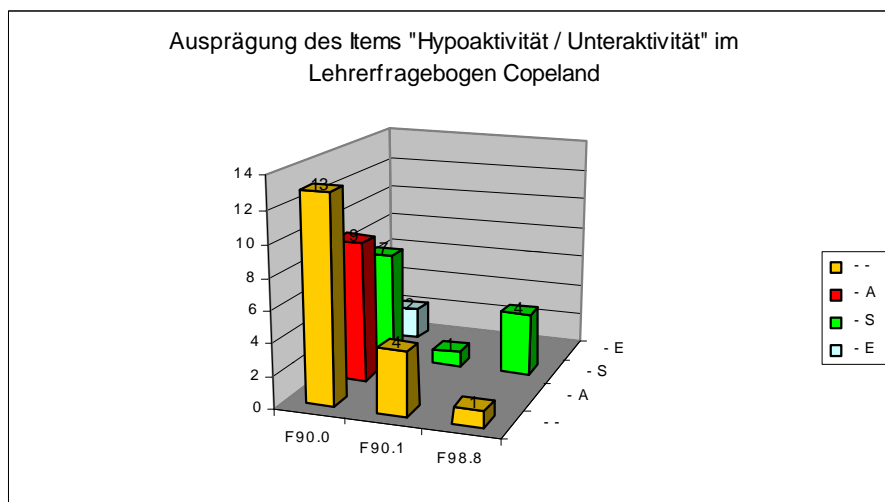


Abbildung 34 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier wurden von den Lehrkräften achtzehn Kinder als „unauffällig“ bewertet, darunter ein Kind mit der Diagnose F98.8. Vier Kinder mit der gleichen Diagnose wurden als „stark auffällig“ bewertet. Dreizehn der Kinder mit der Diagnose F90.0 waren innerhalb des Erwartungswertes geratet worden, neun im Bereich „auffällig“, sieben im Bereich „stark auffällig“ und zwei im Bereich „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 lagen vier Kinder innerhalb des Erwartungswertes, ein Kind wurde als „stark auffällig“ bewertet.

4.2.4.5. Item „Non-Compliance“

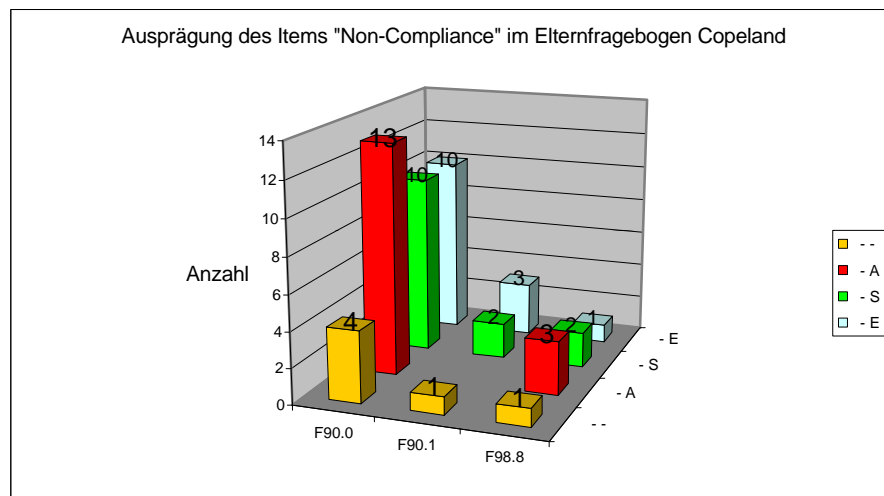


Abbildung 35 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier wurden von den Lehrkräften 22 Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet, neunzehn davon hatten die Diagnose F90.0. Fünf dieser Kinder wurden „auffällig“, vier „stark auffällig“ und drei „extrem auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 zeigte ein Kind Werte innerhalb der Norm, ein Kind wurde „auffällig“ bewertet, zwei „stark auffällig“ und eines „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 lagen zwei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, ein Kind wurde als „auffällig“ und zwei weitere als „stark auffällig“ bewertet.

4.2.4.6. Item „Aufmerksamkeitsheischendes Verhalten“

Hier wurden 28 Kinder von den Lehrern innerhalb des Erwartungswertes gesehen, darunter waren alle fünf berücksichtigten Kinder mit der Diagnose F98.8. Von den Kindern mit der Diagnose F90.0 zeigten sich 21 in dieser Hinsicht „unauffällig“. Sechs wurden als „auffällig“ bewertet, drei als „stark auffällig“ und ein Kind als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 lagen zwei innerhalb des Erwartungswertes, ein Kind wurde als „stark auffällig“, zwei als „extrem auffällig“ bewertet. (Siehe Abbildung 36)

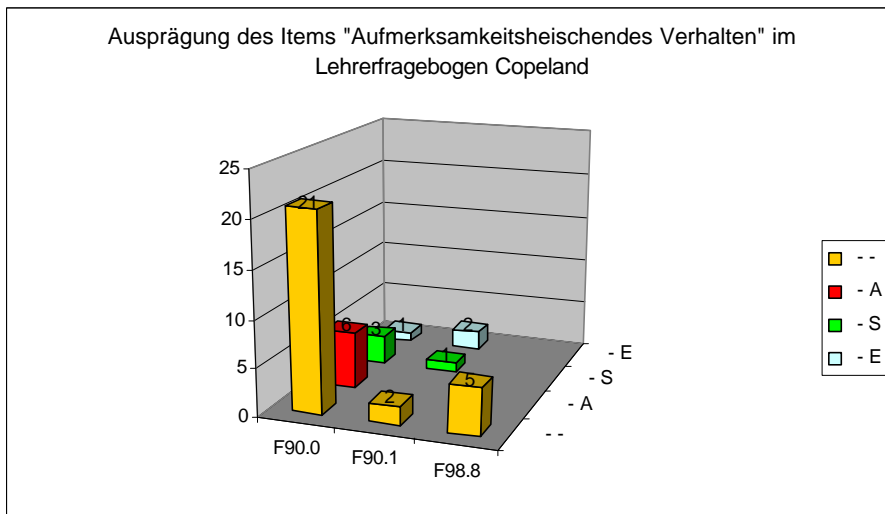


Abbildung 36 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

4.2.4.7. Item „Unreife“

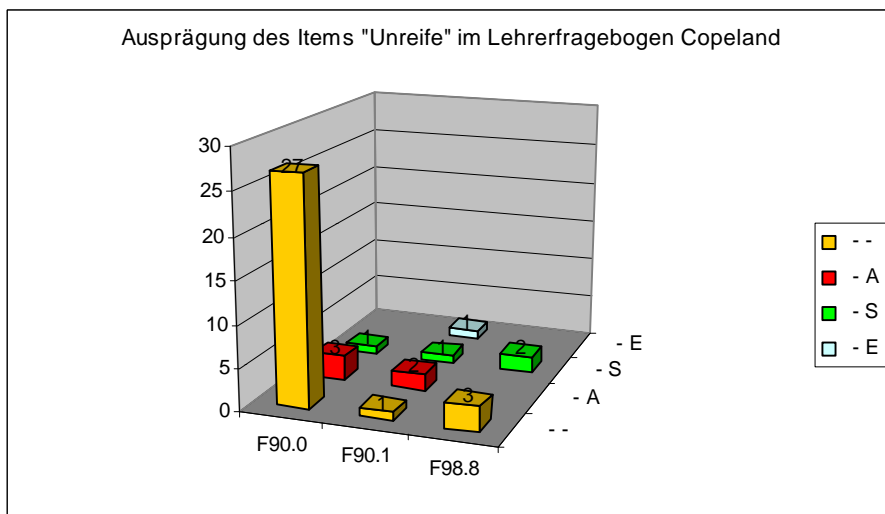


Abbildung 37 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier wurden insgesamt 31 Kinder als „unauffällig“ bewertet, 27 Kinder mit der Diagnose F90.0 blieben innerhalb des Erwartungswertes, drei wurden als „auffällig“, ein Kind als „stark auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 wurde ein Kind innerhalb des Erwartungswertes geratet, zwei „auffällig“, eins „stark auffällig“ und ein weiteres „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 blieben drei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, zwei Kinder wurden als „stark auffällig“ bewertet.

4.2.4.8. Item „Mangelnde Leistungsumsetzung“

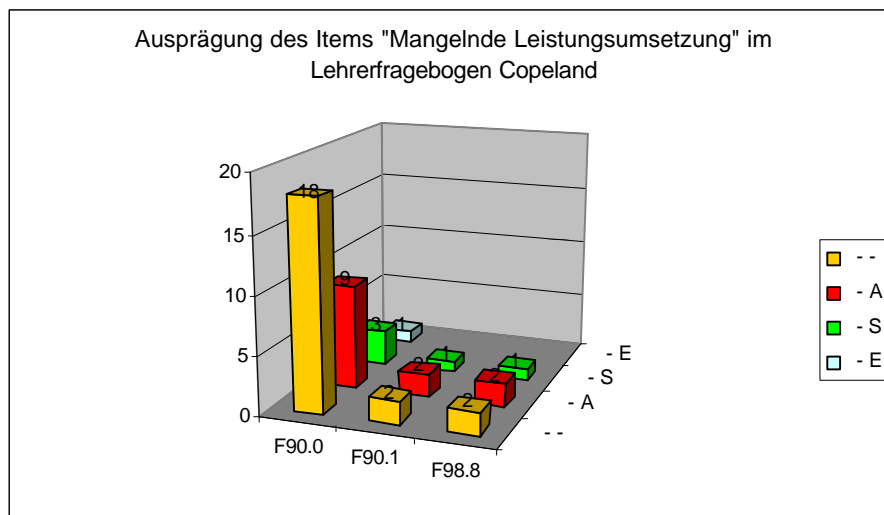


Abbildung 38 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier wurden 22 der Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet, davon achtzehn Kinder mit der Diagnose F90.0. Neun Kinder mit der Diagnose F90.0 wurden als „auffällig“ wahrgenommen, drei als „stark auffällig“ und eines als „extrem auffällig“. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 blieben zwei innerhalb des Erwartungswertes, zwei wurden als „auffällig“ und eins als „stark auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 sahen die Lehrer zwei Kinder innerhalb der Erwartungswerte, zwei „auffällig“ und eines „stark auffällig“.

4.2.4.9. Item „Emotionale Schwierigkeiten“

Hier wurden 21 Kinder innerhalb des Erwartungswertes geratet, hierunter neunzehn Kinder mit der Diagnose F90.0. Drei der Kinder dieser Patientengruppe wurden als „auffällig“, fünf als „stark auffällig“ und vier als „extrem auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 lag keines der Kinder innerhalb der Erwartungswerte. Eines wurde als „auffällig“, eines als „stark auffällig“ und drei als „extrem auffällig“ wahrgenommen. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 lagen zwei Kinder innerhalb des Erwartungswertes, je eines der Kinder im Bereich „auffällig“, „stark auffällig“ und „extrem auffällig“. (Siehe Abbildung 39)

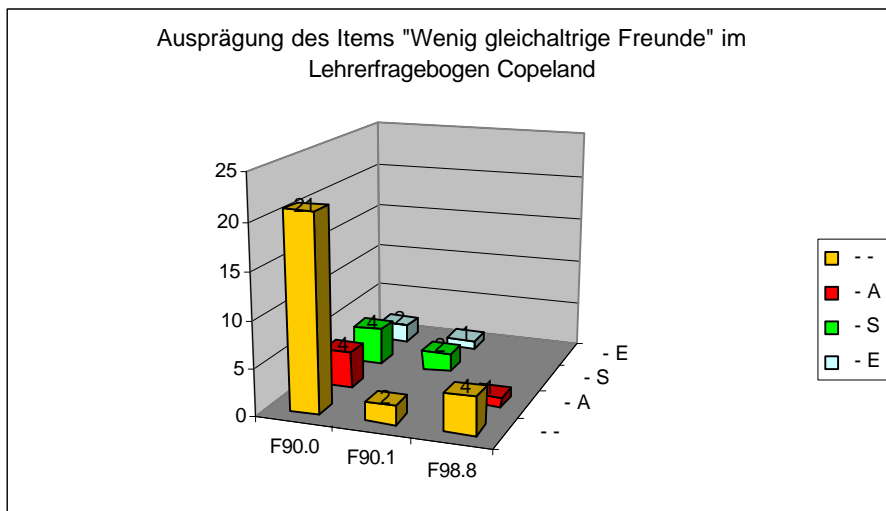
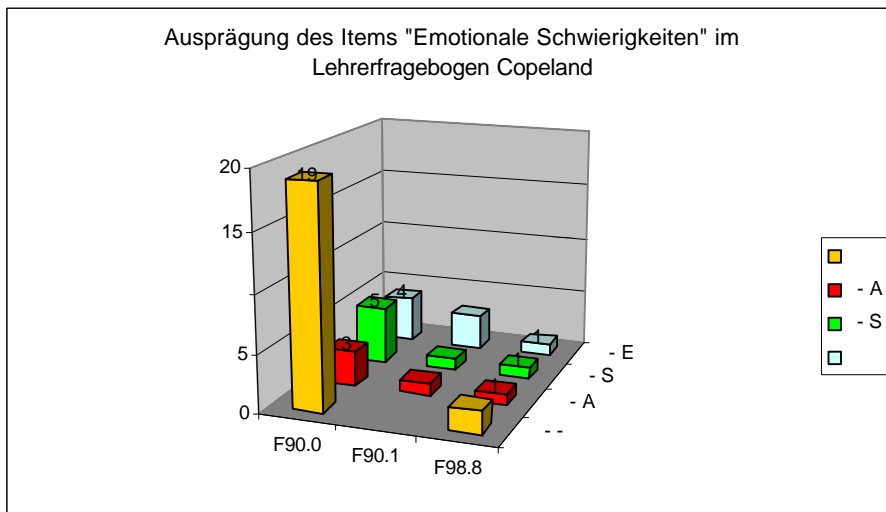


Abbildung 40 Anzahl/Diagnose/A = auffällig, S = stark auffällig, E = extrem auffällig

Hier wurden insgesamt 27 Kinder innerhalb des Erwartungswertes gesehen, davon vier Kinder mit der Diagnose F98.8. Lediglich ein Kind dieser Patientengruppe wurde bei diesem Item mit „auffällig“ bewertet. Bei den Kindern mit der Diagnose F90.0 lagen 21 Kinder im Erwartungsbereich, jeweils vier im Bereich „auffällig“, bzw. „stark auffällig“. Zwei der Kinder wurden als „extrem auffällig“ bewertet. Bei der Diagnose F90.1 lagen zwei Kinder im Erwartungsbereich, zwei wurden als „stark auffällig“, ein Kind als „extrem auffällig“ geratet.

4.3. Interviewfragen

4.3.1. Alter in dem die Eltern erstmals „Auffälligkeiten“ des Kindes beobachteten

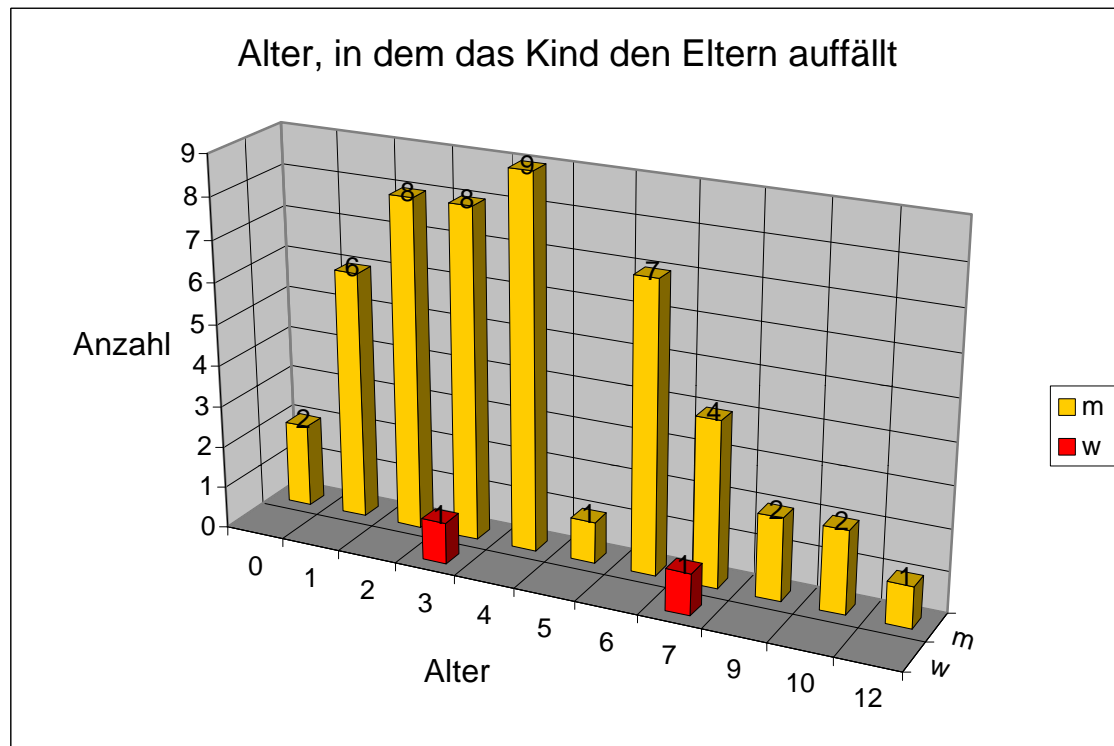


Abbildung 41 Anzahl/Alter/m = Knaben, w = Mädchen

Die Altersangaben wurden auf volle Zahlenwerte gerundet. Zwei der Kinder fielen in den ersten Lebensmonaten auf, sechs zwischen der zweiten Hälfte des ersten und der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres. Neun Kinder zwischen der zweiten Hälfte des zweiten und der ersten des dritten Lebensjahres, usw. auf.

4.3.1.1. Typische beobachtete Verhaltensweisen

Von zwei der Eltern wurden Auffälligkeiten bereits innerhalb der ersten Lebensmonate beobachtet. In einem Fall wurde neben der Hypermotorik des Säuglings der Begriff „Schreibaby“ von den Eltern formuliert. Das Baby habe

ständig auf dem Arm sein wollen, sei sehr selten mit sich zufrieden gewesen, habe einen sehr unregelmäßigen Schlaf-/Wach-Rhythmus mit häufigen Phasen des Wachseins während der Nachtstunden gezeigt. In beiden Fällen hatten die Eltern Erfahrungen mit älteren Geschwisterkindern, die deutlich von diesem Verhalten abwichen. Im zweiten Fall wurde ebenfalls der Begriff „Schreibaby“ genannt und Hyperaktivität, ein ausgeprägtes Bedürfnis ungeteilter Aufmerksamkeit sowie unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung beschrieben.

Bei den sechs Kleinkindern um das erste Lebensjahr dominierte neben der Angabe der großen körperlichen Unruhe, unregelmäßige Schlaf-/Wach-Zeiten, ein großes Bedürfnis nach ungeteilter Aufmerksamkeit, das ständig „auf-dem-Arm-getragen-werden-wollen“, „nur-beim-Autofahren-ruhig-sein“, extreme Ablenkbarkeit und Fütterstörungen.

Bei den Zweijährigen dominierte ebenfalls die extreme körperliche Unruhe, bei zwei Kindern fiel zudem eine motorische Entwicklungsverzögerung auf. Die Kinder wurden als extrem risikofreudig, ungestüm, mit vielen, glücklicherweise meist Bagatelleunfällen beschrieben.

Bei den Dreijährigen fielen die bereits beschriebenen Verhaltensprobleme in der Krabbelgruppe und beim Besuch des Kindergartens auf. Hierunter befand sich auch ein sehr gut begabter Junge, der später als Asperger Autismus eingeschätzt wurde. Das einzige Mädchen zeichnete sich durch große körperliche Unruhe und ständiges „im-Mittelpunkt-stehen-müssen“ im Kindergarten aus. Zwei Knaben mit der Diagnose F98.8 fielen trotz später guter Begabung durch einen Verdacht auf Entwicklungsverzögerungen auf. Sie zeigten sich eher hypoaktiv, lethargisch, wenig am Geschehen im Kindergarten beteiligt („passive Teilnahme“). Es fielen Tempoprobleme auf, die Kinder zeigten sich vergesslich, verträumt und desorganisiert.

Bei den Vierjährigen standen Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten im Vordergrund. Ein Kind fiel durch eine Sprachentwicklungsverzögerung auf. Aggres-

sives, impulsives Verhalten wurde häufig wahrgenommen. Massive Probleme mit Regelverhalten und Disziplinierung („kann sich nicht an Regeln halten“), nicht im Stuhlkreis still sitzen können, Begriffe wie „Lausbub“ wurden genannt. Auch eine von den Eltern wahrgenommene erhöhte Unfallhäufigkeit wurde wieder beschrieben.

Das einzige Kind, bei dem die Aufmerksamkeitsstörung im fünften Lebensjahr deutlich wurde, sei noch im Kindergarten eher ein Draufgänger gewesen, erst im Zusammenhang mit der anstehenden Einschulung sei es dann zu massiven Ängsten und Rückzugsverhalten gekommen.

Bei den Sechsjährigen dominierten Verhaltensprobleme im Zusammenhang mit der Einschulung. Eines der Kinder wuchs auf einem Bauernhof auf. Die Mutter erklärte: „...hätte es nicht dieses große Umfeld mit vielen Attraktionen gegeben, wäre der Junge schon viel früher untragbar gewesen. In einer 3-Zimmer-Wohnung wäre uns sicher gekündigt worden.“

Bei den Siebenjährigen nahmen die Verhaltensprobleme im schulischen Kontext zu. Begriffe wie „Klassenclown“ oder „hat Hummeln im Hintern“ fanden sich zunehmend häufig. Kommentare der Eltern, die Lehrer seien mit den Kindern überfordert gewesen, nahmen zu. Das einzige Mädchen in dieser Altersgruppe mit der Diagnose F98.8 fiel durch ihr introvertiertes Verhalten und ausgeprägte Tempoprobleme in der Schule und bei der Bewältigung von Hausaufgaben auf.

Bei den Neunjährigen kam es bereits zu ersten dissozialen Verhaltensweisen (Stehlen, Lügen). Konzentrations- und allgemeine Verhaltensprobleme, insbesondere im Gruppenkontext, dominierten hier.

Bei den erst später von den Eltern als „auffällig“ indizierten Kindern standen Probleme bei der Hausaufgabenbewältigung und Leistungs- und Verhaltensprobleme im Vordergrund. In zwei Fällen beschrieben die Eltern eine depressive Reaktion ihres Kindes mit zunehmender Misserfolgserwartung.

4.3.2. Alter in dem Andere auf das Verhalten aufmerksam machten

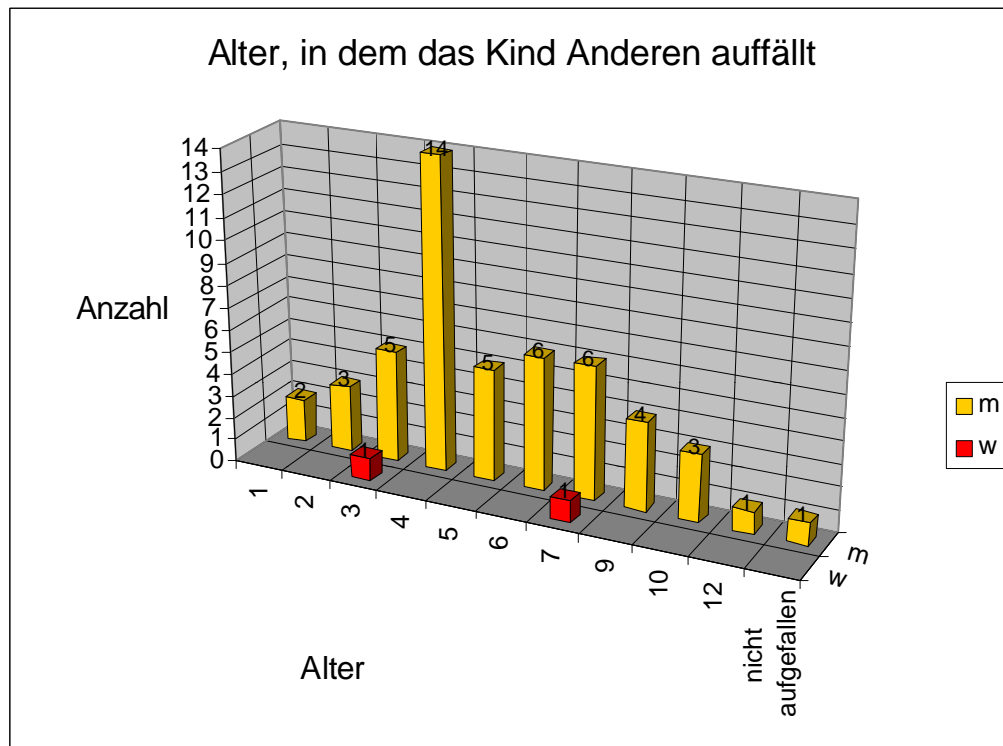


Abbildung 42 Anzahl/Alter/m = Knaben, w = Mädchen

Die Altersangaben wurden auf volle Zahlenwerte gerundet. Zwei der Kinder fielen zwischen der zweiten Hälfte des ersten und der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres, drei Kinder zwischen der zweiten Hälfte des zweiten und der ersten des dritten Lebensjahres, usw. auf. Bei einem der Kinder wurden die Eltern nie von Anderen wegen seines Verhaltens angesprochen.

4.3.2.1. Typische Beschreibungen dieses Verhaltens

Lediglich eines der Kinder fiel den Angaben der Eltern zufolge niemandem auf. Der Junge mit der Diagnose F90.0 lag im unteren Begabungsbereich, bei ihm dominierten eindeutig die Leistungsumsetzungsprobleme, unter ergotherapeutischer, logopädischer Behandlung und nach dem Besuch der Grundschulförderklasse stabilisierte sich sein Zustand. Eine Psychopharmakotherapie wurde

nicht eingeleitet. Bei einer Nachtestung erreichte der Junge unerheblich bessere Werte (IQ 79 gegenüber IQ 76 im ersten Test).

Im ersten Lebensjahr waren es in erster Linie nahe Familienangehörige wie Großmutter, Tante, denen die Kinder auffielen und die die Eltern ansprachen. Eines der Kinder sei in der ehemaligen DDR aufgewachsen und dort im Kinderhort als massiv auffällig beschrieben worden: „...der Junge musste zu dritt angezogen werden (mit Hilfe von drei Erzieherinnen), da er sich mit Händen und Füßen wehrte....“

Im zweiten Lebensjahr wies in einem Fall ein Kinderarzt auf die Auffälligkeit eines Kindes hin und empfahl eine Vorstellung in der psychologischen Beratungsstelle. In einem Fall empfahl der Kindergarten mit Verdacht auf eine Entwicklungsverzögerung eine Vorstellung in unserem sozialpädiatrischen Zentrum.

Bei den Dreijährigen dominierten erste Klagen aus dem Kindergarten, ein Kind musste wegen massiver Verhaltensprobleme in den sozialpädagogischen Kindergarten wechseln. Auffälligkeiten in der Gruppensituation wurden beschrieben. Formulierungen wie „Außenseiter“, „extrem ablenkbar“, „Störenfried“ wurden genannt. Zudem wurden deutliche Konzentrationsprobleme, aggressiv-expansives Verhalten im Kindergarten beschrieben. „Muss den Clown machen“, „muss im Mittelpunkt stehen,,“ waren gängige Formulierungen. Unter den deutlich auffälligen Kindern befand sich auch der Junge der später die Diagnose Asperger Autismus erhielt.

Die beschriebenen Auffälligkeiten hatten im vierten Lebensjahr einen Altersgipfel. Bei vierzehn der untersuchten Patienten wurden die Eltern von anderen, meist vom Kindergarten, auf das Verhalten ihrer Kinder aufmerksam gemacht.

Im letzten Kindergartenjahr fielen vergleichsweise wenige Kinder neu auf, bei einigen waren die Formulierungen jedoch bereits besorgniserregend. Bei zweien der Kinder drohte ein Ausschluss aus dem Kindergarten.

Bei den Sechsjährigen dominierten Probleme mit der Einschulung und erste Schwierigkeiten in der Schule, große körperliche Unruhe, Probleme in der Verhaltenssteuerung, geringe Frustrationstoleranz wurden beschrieben.

Bei den Siebenjährigen wurden vergleichbare Angaben gemacht. Eines der Mädchen fiel hier, bei späterer F98.8-Diagnose, bereits durch sozialen Rückzug und eher depressiv imponierende Verhaltensweisen auf. Zwei Jungen mit der Diagnose F98.8 fielen erst in diesem Alter durch die extreme Ablenkbarkeit und Störbarkeit auf.

Bei den wenigen folgenden Kindern, die erst gegen Ende der Grundschulzeit, bzw. am Anfang der Sekundarstufe auffielen, wurden neben Leistungsumsetzungsproblemen, wiederum große Unruhe und „spielt den Klassenclown“ oder sozialer Rückzug genannt. In einem Fall äußerte die Lehrerin eines neunjährigen Jungen den Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung. Bei einem weiteren Jungen mit einer F98.8-Diagnose fielen vor allen Dingen Konzentrationsprobleme und Tempoprobleme auf. Ein einziger Junge mit sehr gutem Begabungspotential fiel erst als zwölfjähriger durch extreme motorische Unruhe dem Klassenlehrer auf.

4.3.3. Alter bei Erstvorstellung wegen des auffälligen Verhaltens

Die Altersangaben wurden wiederum gerundet. Vier der Kinder wurden um das zweite Lebensjahr von ihren Eltern vorgestellt, sieben Kinder um das dritte Lebensjahr, zehn Kinder um das vierte Lebensjahr, eines davon war ein Mädchen. Vier der Kinder wurden um das fünfte Lebensjahr, sieben Kinder um das sechste, fünf Kinder um das siebte, zwei Kinder um das achte, fünf Kinder und eines der Mädchen um das neunte Lebensjahr vorgestellt. Sechs der Kinder wurden im zehnten Lebensjahr und ein Kind im elften Lebensjahr entweder beim Kinderarzt oder einer Beratungsstelle vorgestellt.

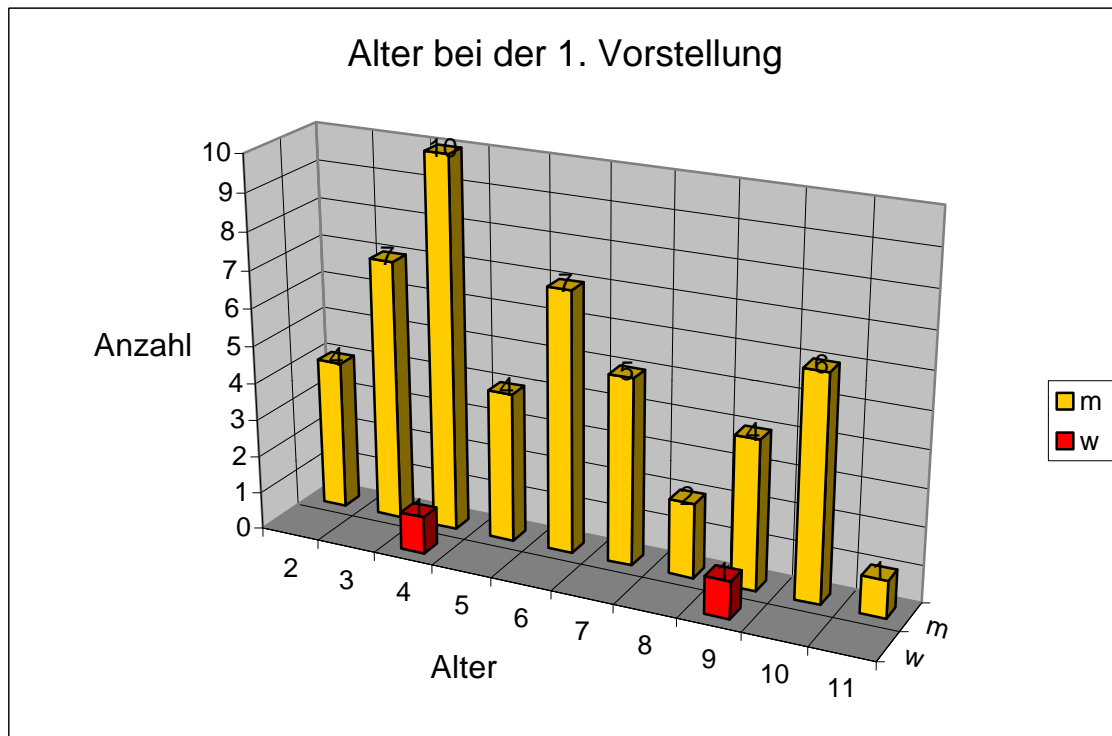


Abbildung 43 Anzahl/Alter/m = Knaben, w = Mädchen

Bei den Kindern, die im Vorschulalter vorgestellt wurden, dominierten eindeutig die Kinderärzte, in einem ländlichen Einzugsgebiet ohne adäquate kinderärztliche Versorgung erfolgte eine Vorstellung beim Hausarzt, ein Kind wurde in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) außerhalb des Landkreises vorgestellt, sieben der Kinder wurden in einer Psychologischen Beratungsstelle (Beratungsstelle für Kinder, Eltern und Jugendliche des Landkreises Lörrach) vorgestellt. Auch das einzige Mädchen wurde bei einem Kinderarzt untersucht.

Im Grundschulalter dominierten ebenfalls die Kinderärzte, eines der Kinder wurde direkt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, eines der Kinder beim Kooperationslehrer der Schulpsychologischen Beratungsstelle, zwei Kinder bei Hausärzten, ein Kind direkt in meiner Praxis, zwei Kinder in der Psychologischen Beratungsstelle. Das einzige Mädchen wurde im Zusammenhang mit der Diagnostik des Bruders (ADHS) direkt bei einer verhaltenstherapeutisch orientierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vorgestellt, in deren Behandlung sich der Bruder zu diesem Zeitpunkt befand.

Ein Junge wurde erst mit elf Jahren wegen seines Verhaltens dem Kinderarzt vorgestellt.

4.3.3.1. Ergebnis der Vorstellung

Bei den Vorschulkindern dominierten Hinweise, die Mutter sei überempfindlich, es sei eben ein lebhaftes Kind, es sei keine weitere Diagnostik erforderlich, die weitere Entwicklung solle abgewartet werden, es handle sich um kein Hyperkinetisches Syndrom (HKS), sondern eher um ein pädagogisches Problem. Zum Teil wurde eine gewisse motorische Unruhe attestiert und eine weitere Beobachtung angeraten. Bei einem Kind wurden Trennungsängste angenommen. Ein Knabe wurde später an unser Sozialpädiatrisches Zentrum verwiesen, wo der Verdacht auf eine Autistische Psychopathie geäußert wurde.

Das einzige Mädchen, bei dem eine Vorstellung wegen Verhaltensproblemen im Vorschulalter erfolgte war, wurde bei einem niedergelassenen Arzt für Psychotherapie über vier Jahre behandelt. Bei einem Kind wurde Ergotherapie empfohlen, später die Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater angeraten. Eines der Kinder erhielt Logopädie. Bei einem weiteren Kind wurde zunächst auch ein pädagogisches Problem angenommen, später „MCD“ diagnostiziert und zwei Jahre „Spieltherapie“ bei einem Psychotherapeuten empfohlen. Ein Kind erhielt nach einer Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum sowohl Logopädie als auch Ergotherapie und besuchte erfolgreich die Grundschulförderklasse. Ein Kind wurde bei der Psychologischen Beratungsstelle vorgestellt, anschließend zu einer verhaltenstherapeutisch orientierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zur weiteren Diagnostik vermittelt. Bei einem weiteren Kind wurde ebenfalls Spieltherapie empfohlen. Bei einem Kind wurde die Annahme geäußert, die Störung sei Folge eines zu intensiven Stuhltrainings. Ein Kind erhielt wegen einer zusätzlich bestehenden Enkopresis ein Jahr „Spieltherapie“. Einem Kind wurde Ergotherapie verordnet, auf eigene Initiative stellte die Familie den Jungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Basel vor, dort sei keine hyperaktive Störung festgestellt worden. Zwei weitere Kinder wurden zur Diagnostik an unser Sozialpädiatrisches Zentrum verwiesen und erhielten Logopädie und Ergotherapie. Bei einem Kind wurde im Alter von knapp zwei Jahren eine „frühe Störung“ angenommen und eine analytisch orientierte Spieltherapie empfohlen.

Bei den Grundschulkindern dominierte ebenfalls die Einschätzung, es handle sich lediglich um ein lebhaftes Kind und eine weitere Diagnostik sei nicht erforderlich. Ein Kind wurde stationär in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen, bei zehn Kindern erfolgte eine weitere testpsychologische Abklärung, eines der Kinder wurde stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin aufgenommen. Eines der Kinder wurde nach einer Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum, bei der bereits der Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung gestellt worden war, mit dem Verdacht auf eine reaktiv-depressive Symptomatik mit Suizidideen als Notfall in meiner Praxis vorgestellt. Ein dreijähriger Junge wurde mit dem Verdacht auf Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen und Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung zur psychologischen Testung an eine Psychotherapeutin verwiesen.

4.3.4. Alter bei erstem Verdacht auf ADHS

Die Altersangaben wurden wiederum gerundet. Bei fünf der Kinder wurde um das vierte Lebensjahr, bei vieren um das fünfte und bei zweien um das sechste Lebensjahr der Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung geäußert. Bei elf Kindern wurde um das siebte Lebensjahr, bei zehn um das achte Lebensjahr, hierunter auch eines der Mädchen, bei drei Kindern um das neunte, darunter das zweite Mädchen, bei fünf um das zehnte, bei dreien um das elfte, bei fünf Kindern um das zwölfte, bei einem um das dreizehnte und bei zwei Jugendlichen um das vierzehnte Lebensjahr der erste Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung geäußert.

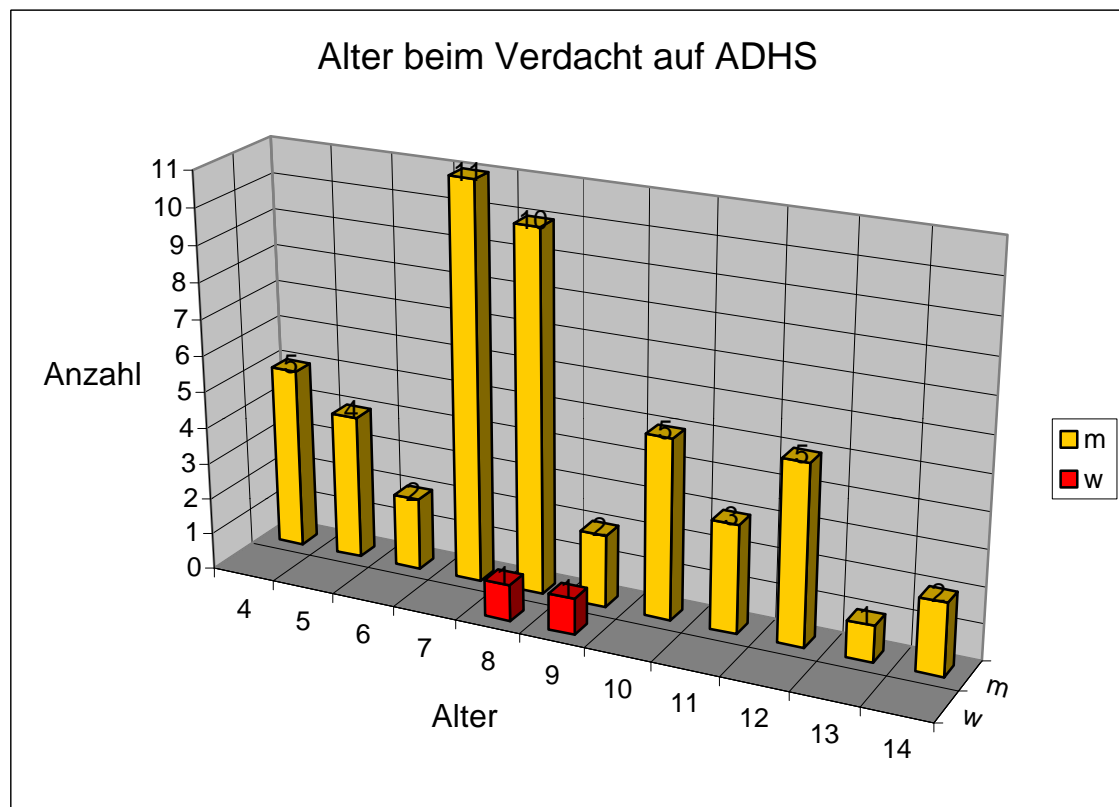


Abbildung 44 Anzahl/Alter/m = Knaben, w = Mädchen

Bei den Vorschulkindern wurde der Verdacht in zwei Fällen von den Müttern erhoben. In einem dieser Fälle handelte es sich um ein Kind mit der Diagnose F98.8 das bereits im Vorschulalter als „aufmerksamkeitsstörungsverdächtig“ wahrgenommen worden war, hier hatte das ältere Geschwisterkind ebenfalls ein diagnostiziertes ADHS und befand sich bereits in verhaltenstherapeutischer Behandlung. Bei zwei Kindern äußerte der Kindergarten den Verdacht auf das Vorliegen eines ADHS, in einem Fall unser Sozialpädiatrisches Zentrum.

Am Anfang der Grundschulzeit häuften sich die Verdachtsfälle, wobei hier neben den Müttern (5) die Klassenlehrer (5), unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (3), meine Praxis (3), andere Psychotherapeuten (2), eine Kinder- und Jugendpsychiaterin (1), Ergotherapeuten (2) oder die Kinderärzte (2) selbst den Verdacht aussprachen. Ein Pflegevater hatte ebenfalls einen entsprechenden Verdacht. In einem Fall war ein Kind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg zur Diagnostik und Therapie vorgestellt worden. Zwei der Eltern, die

selbst den Verdacht hatten, waren nach der Lektüre eines Fachbuches auf die Möglichkeit des Vorliegens eines ADHS gekommen, zwei der Eltern hatten Vorträge zu diesem Thema (einmal im Rahmen einer Fortbildungsreihe in einer Kirchengemeinde, einmal im Rahmen einer Veranstaltung im Rahmen einer Grund- und Hauptschule) besucht und entsprechende Parallelen zu den Problemen mit den eigenen Kindern wahrgenommen.

Bis zum Ende der Grundschule wurde der Verdacht auf das Vorliegen eines ADHS wiederum von den Kinderärzten (4), den Müttern (3), den Lehrern (3), unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (2) und meiner Praxis (5) oder im Rahmen eines Aufenthaltes in unserer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (1) gehegt. Jeweils ein Kind fiel einem Kooperationslehrer und einer anderen Kinder- und Jugendpsychiaterin in dieser Hinsicht auf.

In der Sekundarstufe hatte ein Lehrer (1) den Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung, wiederum unser Sozialpädiatrisches Zentrum (3), die Kinderärzte (2), die Psychologische Beratungsstelle (1), eine Verhaltenstherapeutin (1) und meine Praxis (4). Ein Junge mit der Diagnose Asperger Autismus, der schon länger wegen seines impulsiv-aggressiven Verhaltens mit Stimulanzien behandelt worden war erhielt die Diagnose F90.0 erst nach erneuter Abklärung in meiner Praxis.

4.3.5. Alter bei Diagnosestellung

Ein Kind wurde mit vier Jahren diagnostiziert, um das fünfte Lebensjahr drei weitere, eines mit sechs Jahren, sechs um das siebte und dreizehn um das achte Lebensjahr. Um das neunte Lebensjahr wurden acht Kinder diagnostiziert, darunter die beiden Mädchen. Um das zehnte Lebensjahr wurden sechs, um das elfte, das zwölfte und dreizehnte jeweils vier und zwei Kinder um das vierzehnte Lebensjahr diagnostiziert.

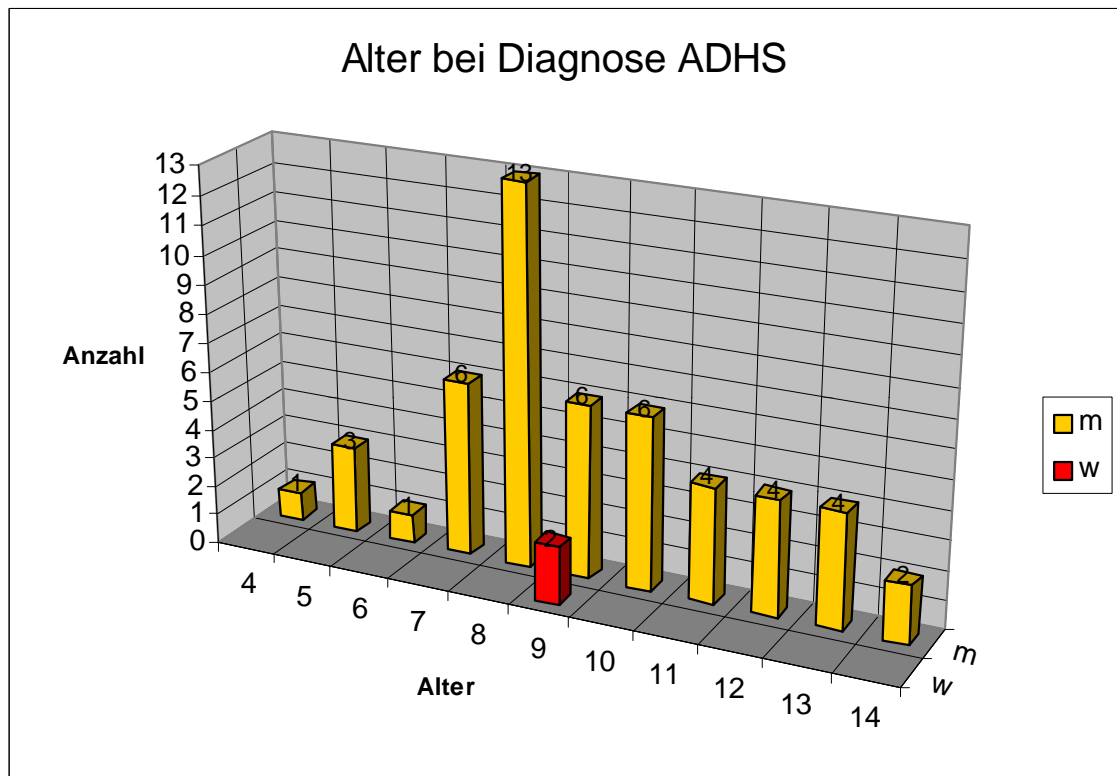


Abbildung 45 Anzahl/Alter/m = Knaben, w = Mädchen

Sechzehn der Kinder wurden durch eine niedergelassene Verhaltenstherapeutin auf dem Boden einer ausführlichen Diagnostik als ADHS-Patienten indiziert. Zwölf der Kinder erhielten die Diagnose im Rahmen der Vorstellung bei mir, bei weiteren fünf Kindern erfolgte die Diagnosestellung ebenfalls im Rahmen meiner Praxis, die diagnostische Verifizierung im Rahmen der psychologischen Testung in der genannten psychotherapeutischen Praxis. Neun wurden über unser Sozialpädiatrisches Zentrum diagnostiziert, drei Kinder durch einen niedergelassenen Arzt für Psychotherapie, bei zwei Kindern wurden die Diagnosen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer kreisfremden Kinder- und Jugendpsychiatrie (in einem Fall waren die Eltern danach erst in den Landkreis Lörrach umgezogen, im zweiten erfolgte die Vorstellung in einem Zentrum in München mit der Frage ob eine oligoantigene Diät hilfreich sein könnte), zwei der Kinder wurden durch eine andere niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin im Landkreis diagnostiziert, ein Kind durch eine niedergelassene Psychologin ohne Kassenzulassung, ein Kind im Rahmen des Aufenthaltes in un-

serer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und ein Kind durch ein kreisfremdes Sozialpädiatrisches Zentrum (Konstanz).

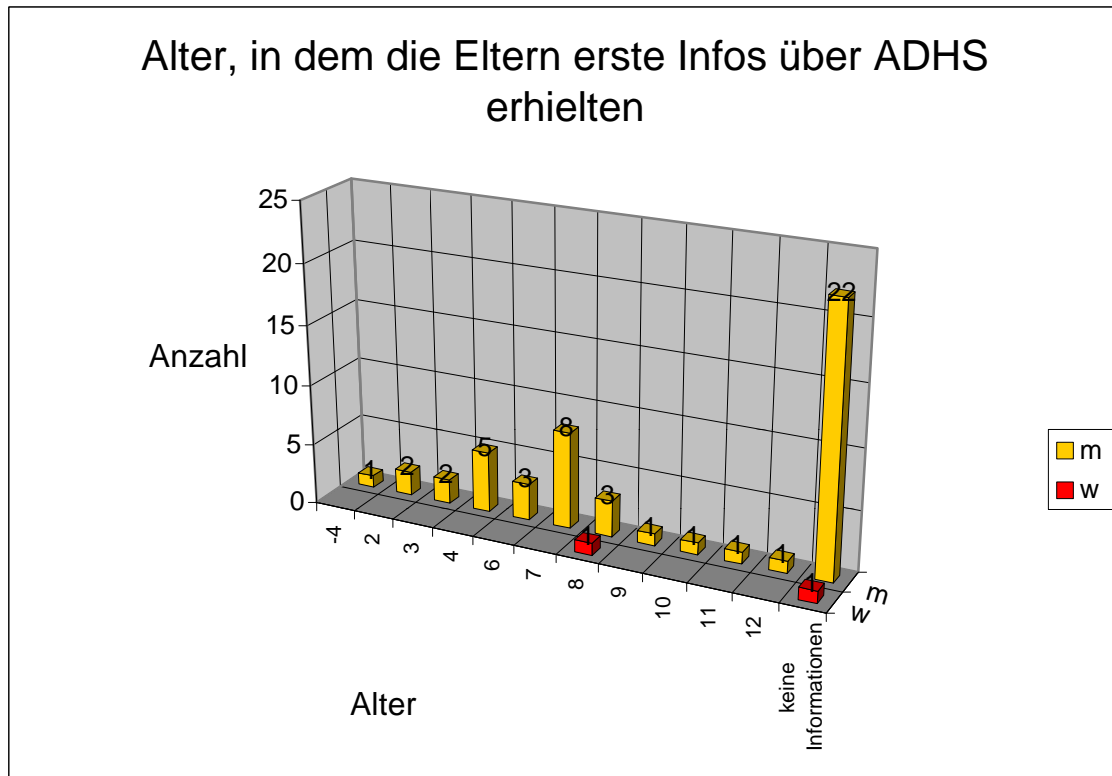


Abbildung 46 Anzahl/Alter/m = Knaben, w = Mädchen

4.3.6. Hatten die Eltern vorher schon Informationen zu ADHS?

Eine der Mütter eines Patienten mit der Diagnose F98.8 hatte ca. vier Jahre vor der Geburt ihres Sohnes im Rahmen ihrer Ausbildung zur Erzieherin erste Informationen zum Störungsbild ADHS erhalten. Zwei Mütter von zweijährigen Kindern hatten über verschiedene Quellen Informationen zum hyperkinetischen Syndrom, eine Mutter eines dreijährigen Jungen war im Rahmen ihrer Ausbildung zur Heilerziehungspflegerin entsprechend informiert worden, eine Mutter hatte Kontakt zur MCD-Selbsthilfegruppe und hierüber Informationen zum ADHS erhalten. Eine Mutter eines Jungen mit Diagnose F90.1 hatte, als dieser vier Jahre alt war, das Buch „Das hyperkinetische Kind und seine Probleme“

von Frau Cordula Neuhaus²² gelesen und Parallelen zu ihren Erfahrungen herstellen können, eine weitere hatte Informationen lediglich zum hyperkinetischen Syndrom, eine weitere hatte über den Kindergarten entsprechende Informationen, eine weitere über Zeitschriften. Bei den Sechsjährigen hatte eine Mutter Informationen von der Ergotherapeutin, darüber hinaus über das bereits genannte Buch von Frau Neuhaus. Sie hatte zusätzlich ein Fortbildungsseminar zum Thema „ADHS“ besucht. Eine weitere hatte Informationen durch ihren Kinderarzt erhalten, eine weitere über Zeitschriften. Bei den Siebenjährigen wurde wiederholt das Buch von Frau Neuhaus genannt, darüber hinaus vielfältige Informationen durch Bekannte, Lehrer, Bücher und Vorträge. Eine der Mütter eines Jungen mit der Diagnose F98.8 hatte Informationen über eine Bekannte, die ein ADHS-Kind hatte. Eine hatte Informationen über die Psychologische Beratungsstelle und ein Merkblatt der MCD-Selbsthilfegruppe. Bei den Achtjährigen hatte die Mutter eines Mädchens mit der Diagnose F98.8 das Buch von Frau Neuhaus gelesen. Eine Mutter hatte mehrere Bücher gelesen, sowie einen Vortrag gehört. Eine weitere Mutter war von ihrer Mototherapeutin auf verschiedene Bücher und die MCD-Selbsthilfegruppe aufmerksam gemacht worden. Bei den älteren Kindern hatte die Mutter eines Jungen Informationen über unser Sozialpädiatrisches Zentrum, zwei über Bücher und Vorträge, eine Mutter eines Jungen war von der Nachhilfelehrerin ihres Sohnes, deren Mutter Psychologin ist, auf das Störungsbild aufmerksam gemacht worden. 22 Eltern, darunter die des zweiten Mädchens, hatten vor der Diagnosestellung keinerlei Informationen über ADHS. (siehe Abbildung 46)

²² Neuhaus, C., *Das hyperaktive Kind und seine Probleme*. Ravensburger Buchverlag

4.3.7. Alter, in dem die Eltern erstmals gezielt über ADHS informiert wurden

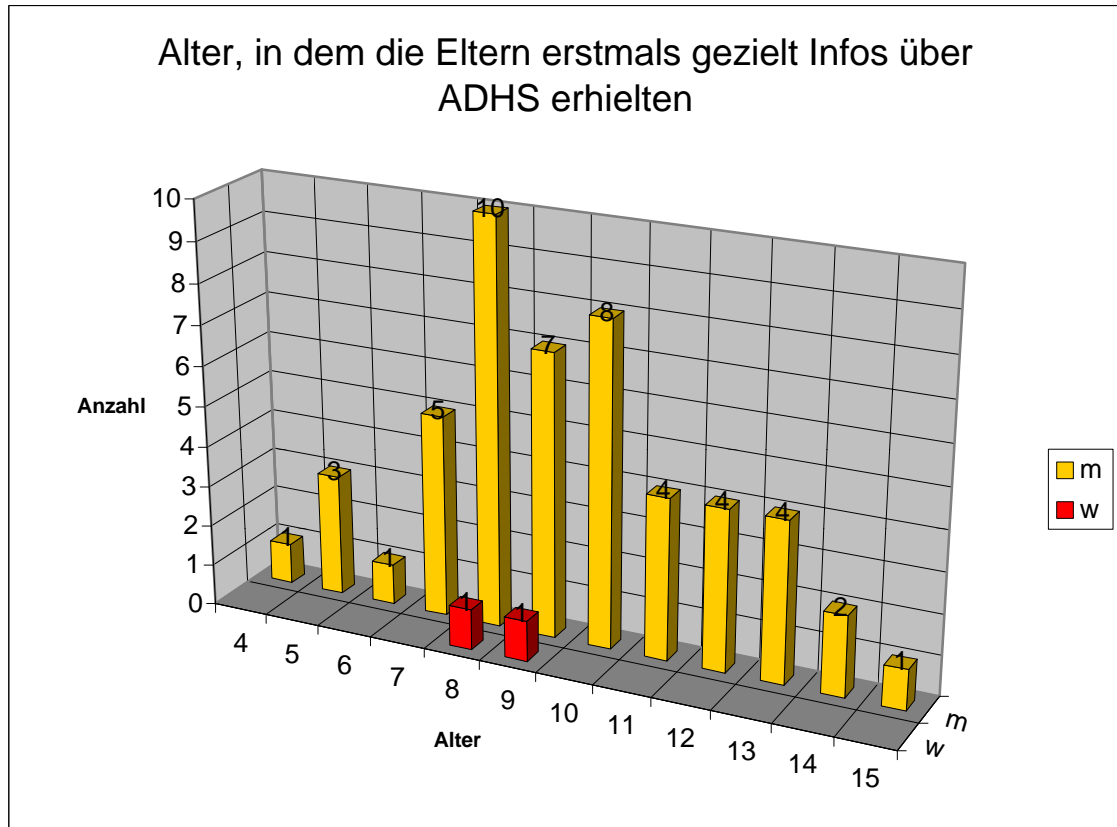


Abbildung 47 Anzahl/Alter/m = Knaben, w = Mädchen

In einem Fall wurden die Eltern informiert, als ihr Kind vier Jahre alt war, in drei Fällen, als es fünf war, in einem Fall, als es sechs war, in fünf Fällen, als es sieben war, in elf Fällen, darunter eines der Mädchen, im achten Lebensjahr, in acht Fällen, darunter eines der Mädchen, im neunten Lebensjahr, in acht Fällen im zehnten Lebensjahr, jeweils vier im elften, zwölften und dreizehnten Lebensjahr, zwei im vierzehnten und in einem Fall im fünfzehnten Lebensjahr.

Die Eltern des jüngsten Patienten wurden mit vier Jahren durch eine niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin gezielt hinsichtlich der hyperkinetischen Störung (HKS) informiert. Bei einem Fünfjährigen erfolgte die Information durch unser Sozialpädiatrisches Zentrum, bei einem durch die Ergotherapeutin und bei einem durch eine niedergelassene Verhaltenstherapeutin, die auch die

Eltern des Jungen im sechsten Lebensjahr informierte. Bei den siebenjährigen erfolgte die Information in zwei Fällen über eine niedergelassene Verhaltenstherapeutin, in einem Fall parallel durch diese und meine Praxis, in einem Fall wurden die Eltern durch eine Mitarbeiterin der MCD-Selbsthilfegruppe ausführlich informiert. Eines der Kinder war wegen der ADHS-Symptomatik in München mit einer oligoantigenen Diät behandelt worden, in diesem Zusammenhang wurde die Mutter ausführlich von der dortigen Oberärztin informiert. Bei den Achtjährigen wurde die Mutter des einzigen Mädchens mit der Diagnose F98.8 im Rahmen der Diagnosestellung und Therapie des ADHS beim älteren Bruder über das Störungsbild informiert, eine hatte Informationen über eine Bekannte, eine über unser Sozialpädiatrisches Zentrum, jeweils vier der Eltern waren über eine niedergelassene Verhaltenstherapeutin, bzw. über meine Praxis informiert worden. Bei den Neunjährigen erfolgte die Information des einzigen Mädchens sowie fünf weiterer Jungen über meine Praxis, weitere Kinder wurden über eine niedergelassene Verhaltenstherapeutin informiert. Bei den Zehn- bis Fünfzehnjährigen erfolgte bei ca. der Hälfte der Patienten die Information der Eltern über eine niedergelassene Verhaltenstherapeutin, bei der anderen Hälfte über meine Praxis. Hierunter auch der Junge mit der Diagnose Asperger Autismus. Lediglich ein Patient wurde im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg mit seinen Eltern informiert, einer im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in unserer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

4.3.8. Welche Behandlungsmethoden wurden empfohlen?

Bei 45 Patienten wurde eine Verhaltenstherapie (VT) empfohlen, bei 44 sollte ein Behandlungsversuch mit Stimulanzien erfolgen. 21 Eltern wurde geraten, ihr Kind ergotherapeutisch behandeln zu lassen, sechs sollten bei einer Logopädin vorgestellt werden. Bei fünf Kindern wurde der Wechsel in eine Schule für Erziehungshilfe und eine Jugendhilfemaßnahme empfohlen. Je zwei sollten zur Kur, in eine Psychomotorikgruppe oder bei einem Kinder- und Jugendpsychia-

ter (KJP) zur weiteren Diagnostik und Therapieeinleitung vorgestellt werden. Nur jeweils ein Kind sollte eine oligoantigene Diät erhalten, den Sozialpädagogischen Kindergarten (Sokiga) besuchen, beim Lehrinstitut für Orthographie und Schreibtechnik (L.O.S.) gefördert werden, Physiotherapie erhalten, bei der Psychologischen Beratungsstelle (PB) vorgestellt werden oder Heilpädagogik erhalten.

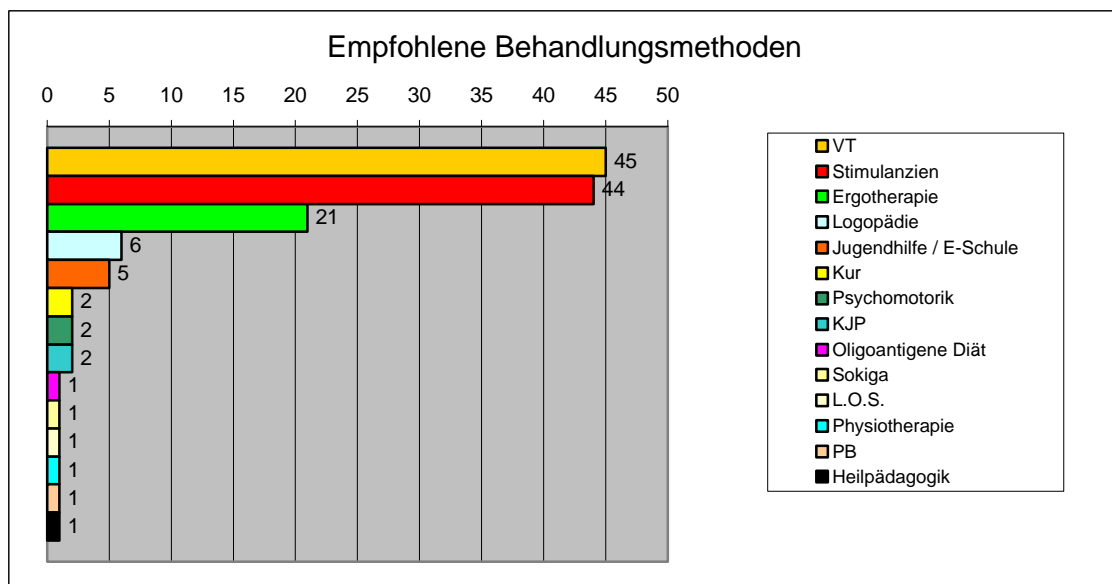


Abbildung 48 VT = Verhaltenstherapie, KJP = Kinder- u. Jugendpsychiater, Sokiga = Sozialpädagogischer Kindergarten, L.O.S. = Lehrinstitut für Orthographie und Schreibtechnik, PB = Psychologische Beratungsstelle

4.3.8.1. Wartezeiten für empfohlene Behandlungsmaßnahmen

Die längsten Wartezeiten ergaben sich für die Jugendhilfemaßnahmen und den Wechsel auf eine Schule für Erziehungshilfe (E-Schule), gefolgt von denen auf einen Verhaltenstherapieplatz (VT). Auch für eine Logopädische Behandlung und Termine in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum mussten lange Wartezeiten in Kauf genommen werden. Hier muss ergänzt werden, dass in unserem Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) nach einem ersten Termin beim Neuropädiater und orientierender Entwicklungsdiagnostik gegebenenfalls weitere Vorstellungen zur Testdiagnostik bei einem Dipl. Psychologen in der Regel mit

noch längeren Wartezeiten verbunden waren. Termine zur Erstvorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater (KJP) waren im Schnitt innerhalb von vier Monaten zu bekommen, die Psychologische Beratungsstelle (PB) konnte hier die kurzfristigsten Angebote machen. Bei den letzten drei Stellen war mit der Erstvorstellung i.d.R. jedoch noch keine therapeutische Versorgung gewährleistet, da meist zunächst nur Termine zur Diagnostik und Krisenintervention vergeben wurden, längere Behandlungen zum Teil nicht Gegenstand des Auftrages waren (Psychologische Beratungsstelle nur Krisenintervention und Beratung, Sozialpädiatrisches Zentrum Therapien nur in bestimmten Fällen).

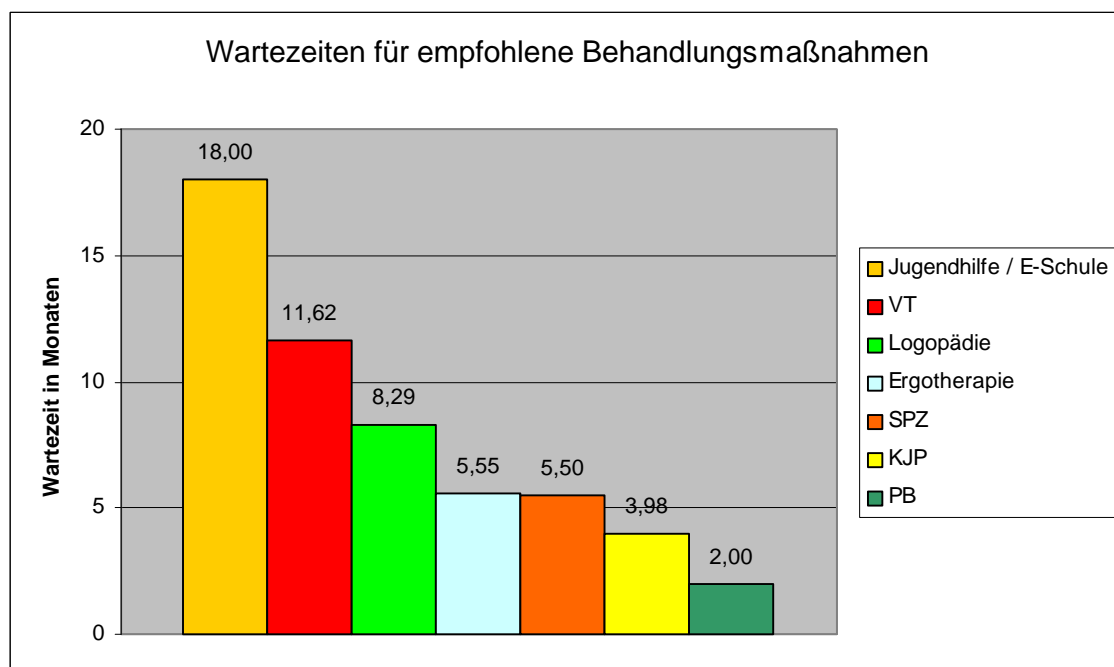


Abbildung 49 Wartezeit in Monaten/E-Schule = Schule für Erziehungshilfe, VT = Verhaltenstherapie, SPZ = Sozialpädiatrisches Zentrum, KJP = Kinder- u. Jugendpsychiater, PB = Psychologische Beratungsstelle

4.3.8.2. Welche Methoden wurden umgesetzt?

41 der untersuchten Kinder und Jugendlichen wurden mit Stimulanzen behandelt. 35 wurden an einen Verhaltenstherapeuten vermittelt, 25 erhielten Ergotherapie, sieben Logopädie. Fünf Kinder und Jugendliche wechselten auf eine Schule für Erziehungshilfe (E-Schule) im Rahmen einer Jugendhilfemaßnahme,

drei hatten Kontakte zur Psychologischen Beratungsstelle (PB), zwei erhielten Mototherapie, je ein Kind wurde in unserem sozialpädiatrischen Zentrum weiter betreut, erhielt Spieltherapie, machte einen Schulwechsel, erhielt eine oligoan- tigene Diät, nahm an einer Musiktherapie teil, wurde im Lehrinstitut für Ortho- graphie und Schreibtechnik gefördert oder zu einer Kur geschickt. Hierbei wa- ren Doppelangaben möglich. Viele der Kinder erhielten neben der Stimulan- zienbehandlung eine Verhaltenstherapie und / oder Ergotherapie, Logopädie oder wurden über die Jugendhilfe versorgt.

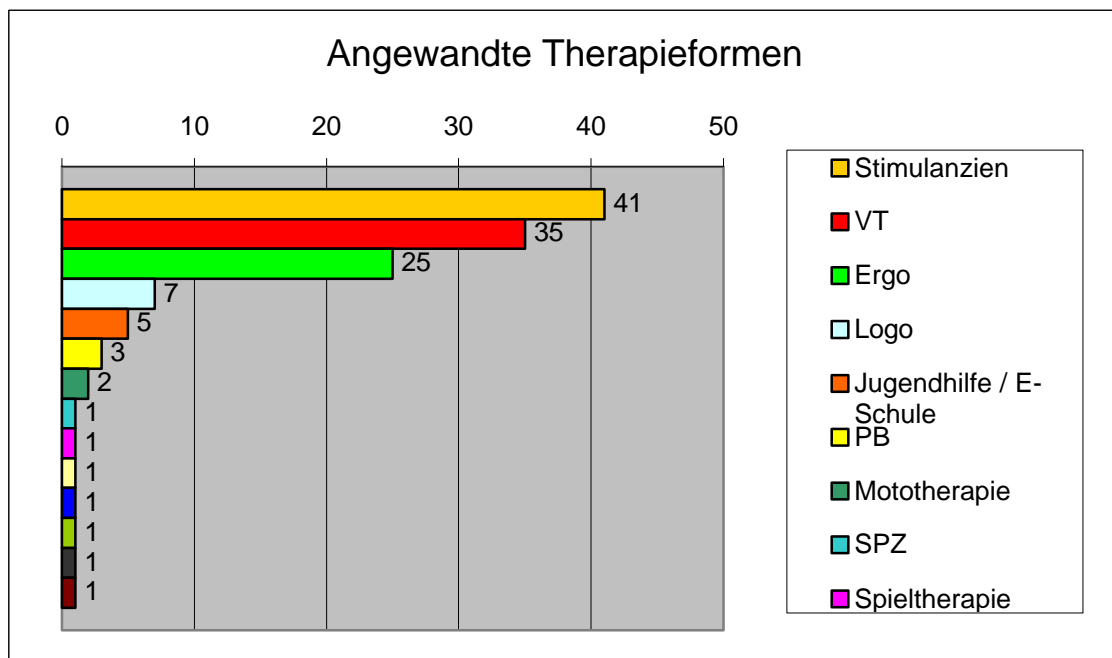


Abbildung 50 Anzahl/VT = Verhaltenstherapie, Ergo = Ergotherapie, Logo = Logopädie, E-Schule = Schule für Erziehungshilfe, VT = Verhaltenstherapie, PB = Psychologische Beratungsstelle, SPZ = Sozialpädiatrisches Zentrum, L.O.S. = Lehrinstitut für Orthogra- phie und Schreibtechnik

4.3.8.3. Waren die Maßnahmen aus Sicht der Eltern hilfreich?

Im Interview wurde von den Eltern in 38 Fällen die Stimulanzenbehandlung positiv bewertet. 29 bewerteten die Verhaltenstherapie (VT) als positiv, sech- zehn die Ergotherapie (Ergo), wobei hier eine Praxis fast durchgehend positiv, eine andere hinsichtlich der Behandlung von ADHS vorwiegend negativ bewer-

tet wurde. Fünf Eltern bewerteten die Logopädie (Logo) als wirkungsvoll, vier die durchgeführte Jugendhilfemaßnahme, einer den Wechsel in den Sozialpädagogischen Kindergarten (Sokiga). Je eine Familie bewertete die weitere Versorgung im Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) und in der Psychologischen Beratungsstelle (PB) als hilfreich. Auch hier waren Doppelnennungen möglich.

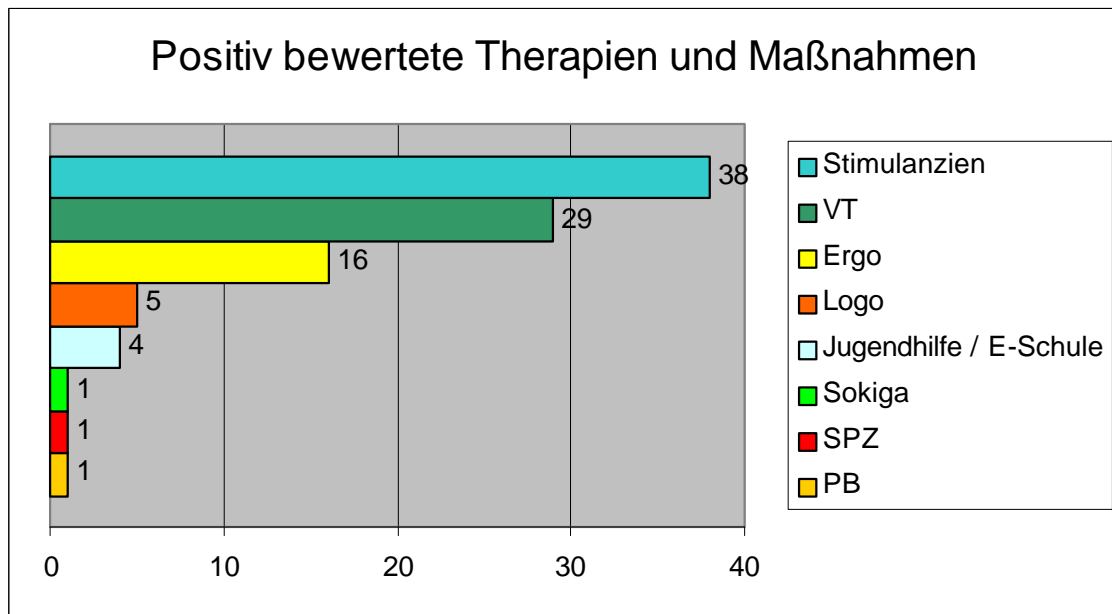


Abbildung 51 Anzahl/VT = Verhaltenstherapie, Ergo = Ergotherapie, Logo = Logopädie, E-Schule = Schule für Erziehungshilfe, VT = Verhaltenstherapie, PB = Psychologische Beratungsstelle, Sokiga = Sozialpädagogischer Kindergarten, SPZ = Sozialpädiatrisches Zentrum, L.O.S. = Lehrinstitut für Orthographie und Schreibtechnik

4.3.9. Wer informierte Sie wann erstmals gezielt über die Stimulanzenbehandlung?

24 der Eltern wurden im Rahmen meiner Praxis gezielt über die Stimulanzenbehandlung informiert, 22 im Rahmen der laufenden Therapie in der Praxis einer niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit Arbeitsschwerpunkt ADHS, davon zwei im Rahmen des dort regelmäßig stattfindenden Elterntrainings. Zwei der Kinder wurden im Rahmen unseres Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) gezielt über Stimulanzenbehandlung informiert, zwei

über die Selbsthilfegruppe. Zwei Patienten wurden in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis informiert, je ein Patient über die Ergotherapeutin, Selbstinformation über das Internet, in der Ambulanz von Prof. Egger in München, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg, bei einem der Eltern hatte eine gezielte Information im Rahmen der Behandlung des älteren Bruders stattgefunden, ein Elternpaar war über Bekannte informiert worden, die selbst Erfahrung bei ihren Kindern mit der Stimulanzienbehandlung hatten.

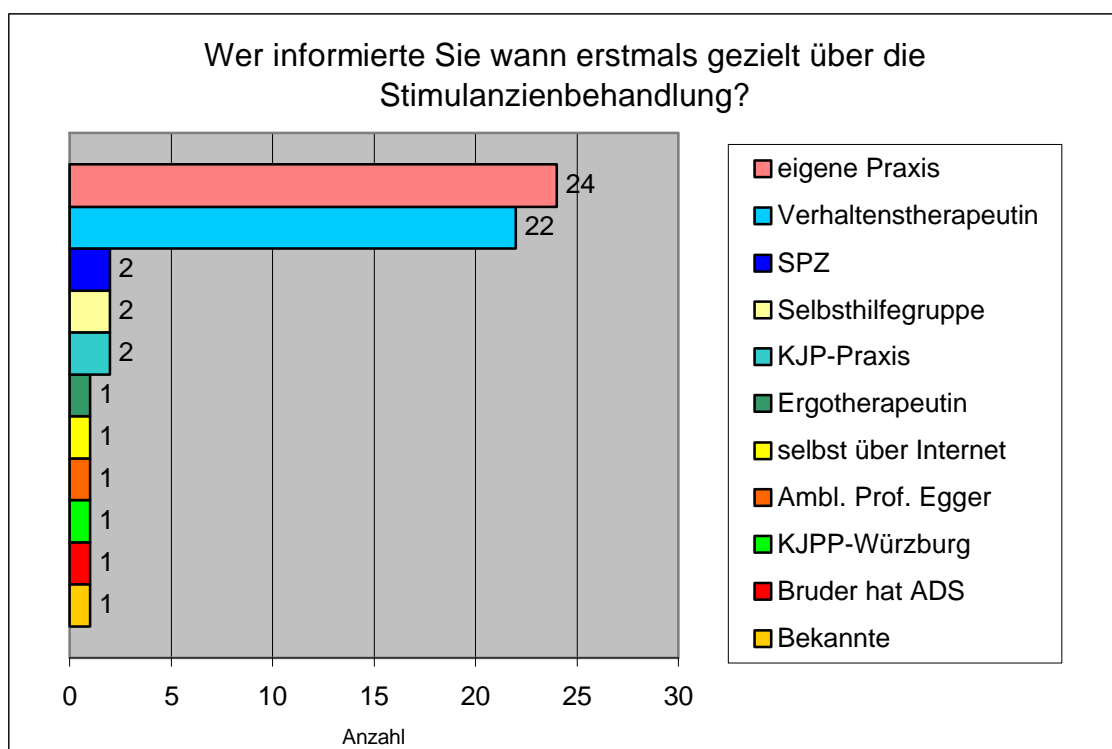


Abbildung 52 SPZ = Sozialpädiatrisches Zentrum, KJPP = Kinder- u. Jugendpsychiatrie, KJP-Praxis = anderer Kinder- und Jugendpsychiater

4.3.9.1. Fühlten Sie Sich hinreichend aufgeklärt?

35 Eltern beantworteten die Frage mit „ja“, drei mit „zunächst nicht“, ein Elternteil mit „nicht wirklich“, ein Elternteil suchte weitere Informationen nach dem Aufklärungsgespräch. Ein Elternteil, der sich hinreichend aufgeklärt sah, bemerkte noch, dass er sich zuvor bei einem anderen Kontakt zu seinem Kinderarzt nicht hinreichend informiert gesehen habe.

4.3.9.2. Wurden Ihnen weitere Informationsquellen genannt?

Hier gaben 43 der Eltern an, Ihnen seien Bücher als Informationsquelle genannt worden, 29 gaben an, auf die Existenz von Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht worden zu sein. 34 erhielten im Rahmen meiner Praxis ein Informationsblatt zur Stimulanzienbehandlung, vier Eltern erklärten, an einen Kinder- und Jugendpsychiater zur weiteren Information verwiesen worden zu sein, ein Elternteil war auf einen Vortrag aufmerksam gemacht worden, ein Elternteil auf ein Elterntaining bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin. Vier der Eltern beantworteten die Frage lediglich mit „nein“, zwei mit „ja“, ohne hier nähere Angaben zu machen.

Doppelnennungen waren möglich. Das in meiner Praxis damals verwendete Informationsblatt zur Stimulanzienbehandlung befindet sich im Anhang.

4.3.9.3. Suchten Sie weitere Informationen?

Dreizehn der Eltern gaben an, dass sie über die erste gezielte Information hinaus in Büchern weitere Information zur Stimulanzienbehandlung gesucht hätten. Neun der Eltern gaben an, keine weiteren Informationen gesucht zu haben, neun der Eltern gaben an, dass sie ständig in unterschiedlichen Kontexten Informationen gesucht hätten, sieben erklärten, mit der Selbsthilfegruppe Kontakt aufgenommen zu haben, um sich weitere Informationen zu beschaffen, sechs informierten sich in ihrem Bekanntenkreis, weitere sechs bei betroffenen anderen Eltern, fünf griffen auf das von mir ausgegebene Informationsblatt zurück, fünf befragten zusätzlich ihren Kinderarzt, vier konsultierten eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis, drei informierten sich über Zeitschriften, drei bei einer Psychotherapeutin, zwei über das Fernsehen, zwei bei ihrem Hausarzt, zwei über das Internet. Jeweils eine Familie befragte ihren Apotheker oder die Psychologische Beratungsstelle zu diesem Thema. (Siehe Abbildung 53)

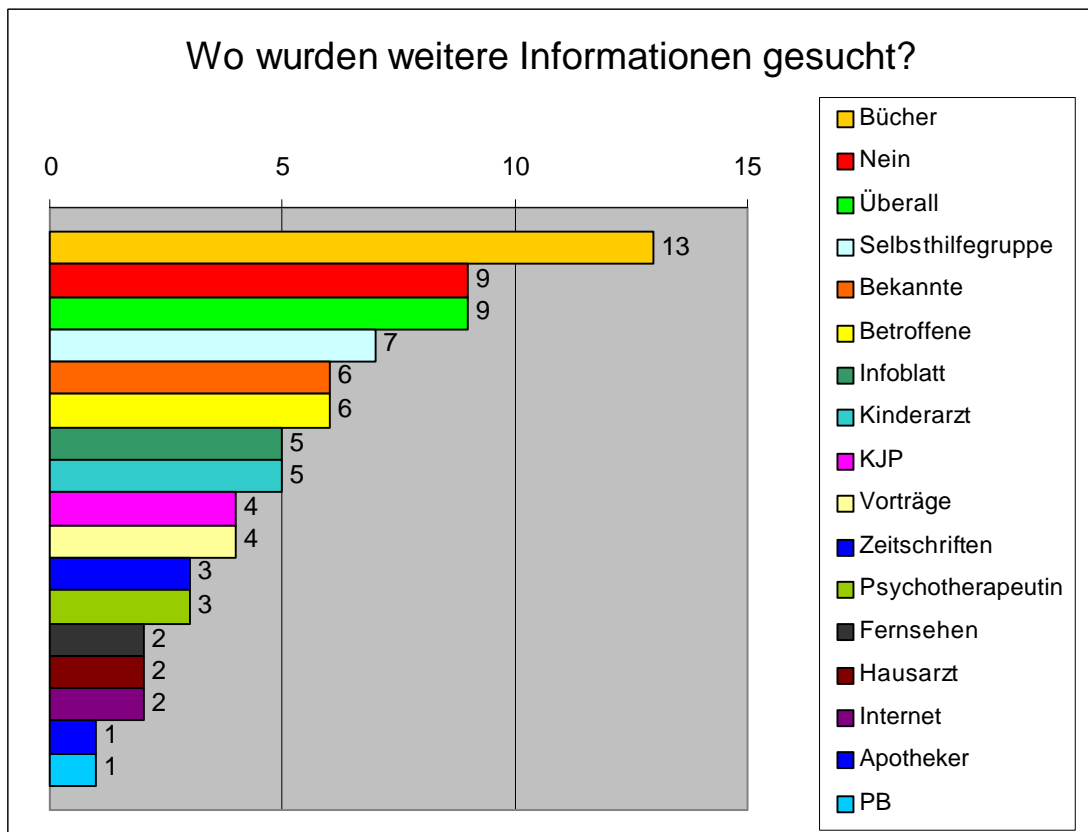


Abbildung 53 Anzahl/KJP = Kinder- u. Jugendpsychiater, PB = Psychologische Beratungsstelle

4.3.9.4. Was erlebten Sie davon als hilfreich, was verunsicherte Sie eher?

Überwiegend erlebten die betroffenen Eltern die Informationen als hilfreich. Vom Beipackzettel des Medikaments fühlten sich viele Eltern sehr verunsichert. In einigen Fällen war es nach der Lektüre des Beipackzettels zu telefonischen Rückfragen bei mir gekommen. Die Eltern waren durch die Angaben derartig aufgeschreckt, dass sie Zweifel an ihrer Entscheidung für die Medikation bekommen hatten. Einige Eltern erlebten die unterschiedlichen Informationen, die sie eingeholt hatten, zum Teil als sehr widersprüchlich, zum Teil inhaltlich vollkommen gegensätzlich. Eine Mutter eines Patienten sah sich hinsichtlich des Grades der Übereinstimmung zwischen den im Buch von Frau Neuhaus genannten Verhaltensweisen eines ADHS-Kindes und denen ihres eigenen Sohnes erschüttert – „Ich sah meinen eigenen Sohn beschrieben.“ Zwei Eltern waren nach der Lektüre des Testpsychologischen Untersuchungsbefundes unse-

res Sozialpädiatrischen Zentrums irritiert, wobei im gemeinsamen Gespräch dies in erster Linie darauf zurückzuführen war, dass Fachbegriffe unzureichend entschlüsselt werden konnten.

4.3.10. Wann entschlossen Sie sich zu einem Ritalinbehandlungsversuch?

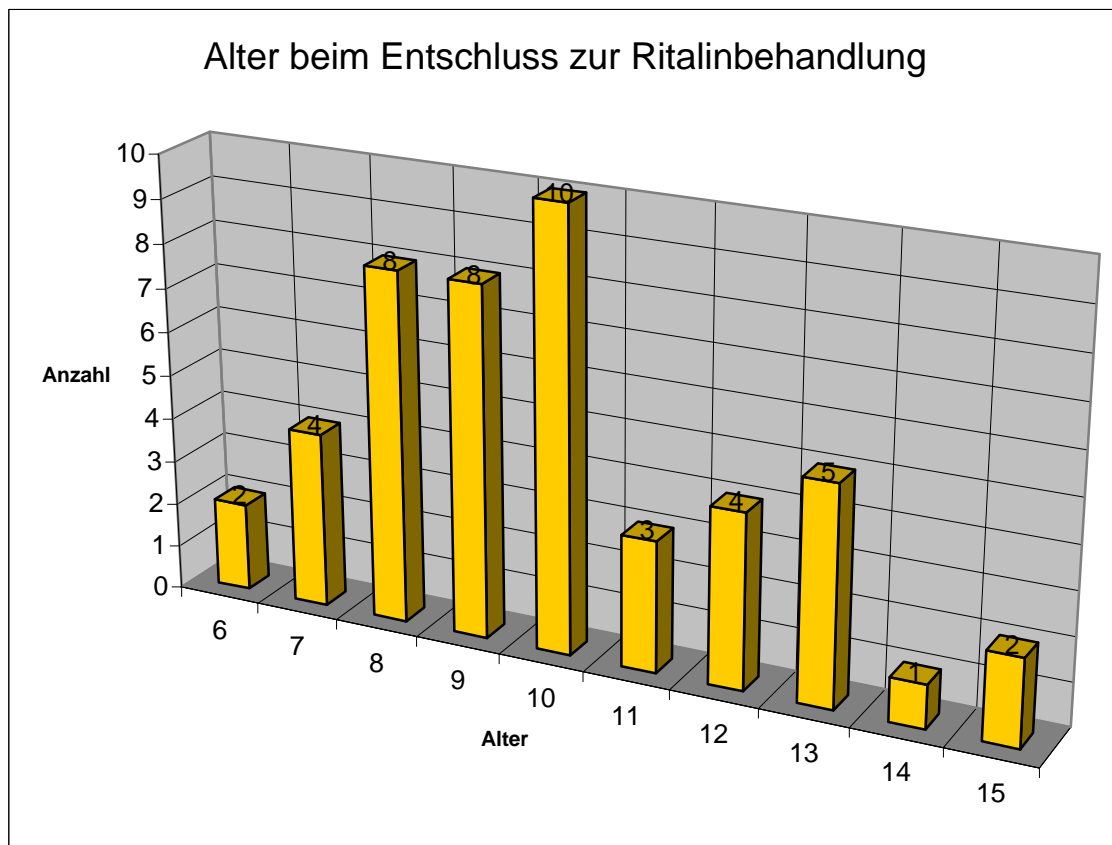


Abbildung 54 Anzahl nach Alter beim Behandlungsentschluss

Zwei der Kinder wurden bereits in der ersten Klasse mit Stimulanzien eingestellt, hierunter auch ein sehr gut begabter Junge mit zusätzlich vorliegendem Asperger-Autismus. Vier der Kinder wurden um das siebte Lebensjahr eingestellt, acht um das achte Lebensjahr und die gleiche Zahl um das neunte Lebensjahr und zehn Kinder um das zehnte Lebensjahr. Hier scheinen vorwiegend die wachsenden Leistungsanforderungen in der dritten und vierten Grund-

schulklasse und die jeweils angesetzten Leistungsnormen für die angestrebte Schullaufbahn eine Rolle zu spielen.

In der Sekundarstufe erfolgte um das elfte Lebensjahr bei drei Kindern der Entschluss zur Stimulanzienbehandlung, um das zwölfte Lebensjahr bei vier Kindern und um das dreizehnte Lebensjahr bei fünf Kindern. Hier standen neben Leistungsproblemen in der gewählten Schulform meist auch Verhaltensprobleme im Zusammenhang mit der beginnenden Pubertätsentwicklung im Vordergrund.

Eines der Kinder erhielt die Stimulanzien erstmals mit vierzehn Jahren, zwei der Kinder mit fünfzehn Jahren.

4.3.10.1. Was war für diese Entscheidung maßgeblich?

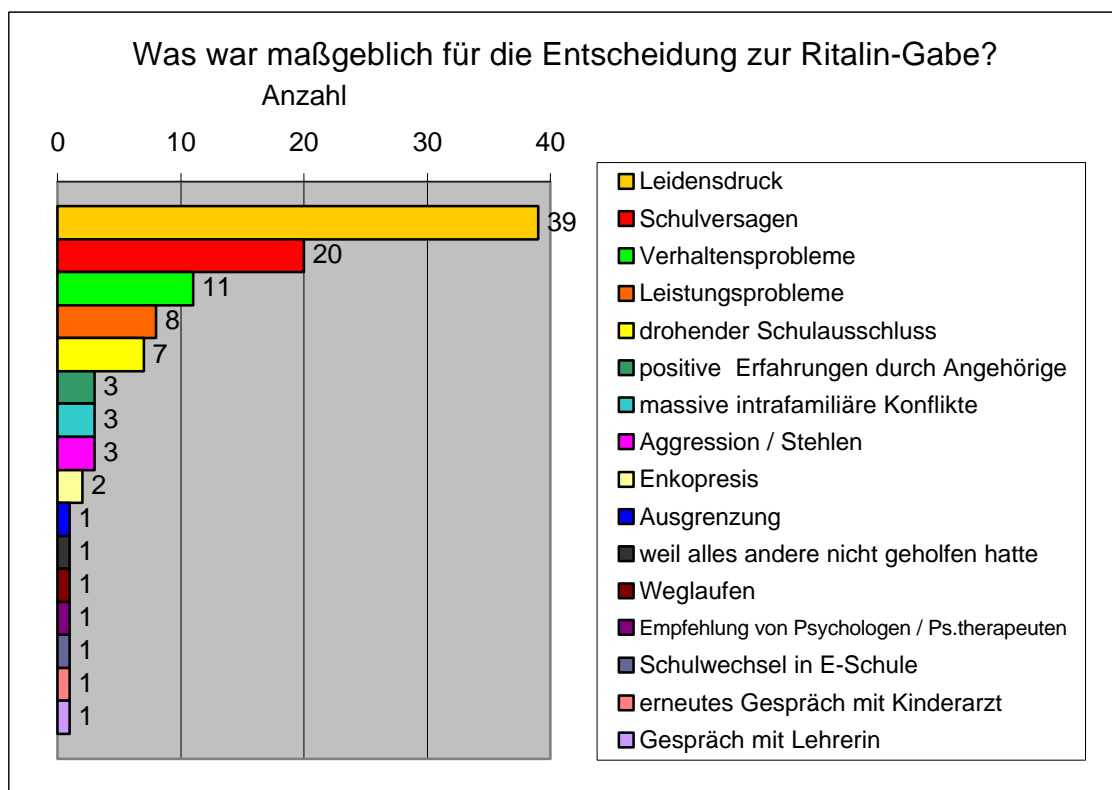


Abbildung 55 Antworten nach Häufigkeit sortiert

Am häufigsten wurde der Leidensdruck des Kindes (39), aber auch der der Familie genannt. Am zweithäufigsten imponierten ein drohendes Schulversagen (20) und massive Leistungsprobleme (8), gefolgt von Verhaltensproblemen (11)

und einem drohenden Schulausschluss (7), wobei massive Verhaltensprobleme mit Stehlen und heftiger Aggression (3) nochmals separat erfasst wurden. Erhebliche intrafamiliäre Konflikte (3), wie der notwendig gewordene Wechsel in eine Schule für Erziehungshilfe (1) waren neben positiven Behandlungserfahrungen bei Geschwisterkindern, bzw. Kindern mit Stimulanzienbehandlung aus dem Bekanntenkreis (N=3) ebenfalls Entscheidungskriterien. In einem Fall war eine drohende Ausgrenzung des Kindes maßgeblicher Entscheidungsgrund (reaktive Depression mit Somatisierungsstörung und beginnender Schulphobie), in jeweils einem Fall wurde die Entscheidung nach einem weiteren ausführlichen Gespräch mit dem Kinderarzt, der Psychotherapeutin, bzw. mit der Klassenlehrerin getroffen. Eine Familie entschloss sich im Zusammenhang mit dem notwendig gewordenen Schulwechsel zur Pharmakotherapie, eine Familie, nachdem das Kind weggelaufen und für Stunden verschwunden war (massive Selbstwertproblematik mit Misserfolgserwartung und Vermeidungsverhalten), eine, weil alles andere nicht geholfen hatte.

Doppelangaben waren grundsätzlich möglich.

4.3.10.2. Gab es wegen dieser Entscheidung Kritik?

Die Frage nach Kritik bejahten 33 der Eltern. Sechs Eltern nannten Bekannte und Angehörige als Quelle dieser Kritik, vier die Lehrer des Kindes und ebenfalls vier den Haus- oder Kinderarzt. Zehn der Eltern gaben an, keine Kritik an Ihrer Entscheidung in ihrer Umgebung wahrgenommen zu haben.

4.3.10.3. Wurden Ihnen Vorwürfe gemacht Ihrem Kind „Drogen“ zu geben?

Von den befragten Eltern beantworteten diese Frage siebzehn mit „nein“, 22 der Eltern mit „ja“. In einem Fall war von einem Lehrer lediglich von „ruhigstellen“ gesprochen worden. Bei vier Kindern wurden hierzu keine Angaben gemacht, sieben Kinder bekamen zum Zeitpunkt der Frage keine Stimulanzien.

4.3.10.4. Wer machte diese Vorwürfe?

In elf Fällen waren Angehörige diejenigen, die den Vorwurf, das Kind „Drogenabhängig“ zu machen, äußerten, wobei hier häufig die Großeltern, aber auch die Väter, Onkel und Tanten genannt wurden. In neun Fällen waren es Bekannte, die diese Vorwürfe machten, wobei diese zum Teil als Fachkräfte von den Eltern wahrgenommen wurden (Krankenschwester, Arzthelferin, Pädagogen, Erzieher). In einem Fall kam die Kritik von einer Erzieherin einer Jugendhilfeeinrichtung, die sich wohl grundsätzlich gegen jede Psychopharmakologische Behandlungen geäußert und hierbei explizit Ritalin® genannt hatte. In einem Fall kam die Kritik vom Kinderarzt, in einem Fall durch Mitschüler – „...du nimmst Drogen...“. Einer der Pädagogen (Klassenlehrer), der den Eltern entsprechende Vorwürfe gemacht hatte, hätte den Eltern gegenüber gedroht: „...dass, sollte das Kind unter Ritalin® die Schule besuchen, er es aus dem Unterricht werfen werde. Er dulde keine Drogen bei seinen Schülern.“

4.3.11. Wer begleitet die Behandlung?

40 der Patienten wurden durch meine Praxis betreut, vier Patienten vorwiegend bei ihren Hausärzten, zwei Patienten bei einem anderen Kinder- und Jugend-Psychiater. Die Patienten meiner Praxis wurden in der Regel ca. vierteljährlich, in der Phase der Einstellung und Dosisfindung oft häufiger, einbestellt. Bei laufendem Auslassversuch auch seltener. Hin- und wieder sagen Familien, auch unter der Medikation bei gutem Verlauf einzelne Termine ab, in der Regel werden diese aber recht zuverlässig wahrgenommen.

Wegen der mittlerweile enormen Warteliste vereinbarten die meisten meiner Patienten ihre Termine für über ein Jahr im voraus. In Krisensituationen gab es Notfalltermine, in solchen Fällen konnte die Vorstellungsfrequenz auch deutlich höher liegen. In vielen Fällen gab es gemeinsame Termine mit der Schule, nicht selten auch mit den zuständigen Jugendämtern oder dem staatlichen Schulamt (Helferrunden).

In den von mir mitbetreuten Jugendhilfeeinrichtungen gab es regelmäßige Vorstellungen der Patienten vor Ort (d.h. in der Jugendhilfeeinrichtung). Gemeinsam mit den Bezugserziehern und den zuständigen Psychologen, manchmal auch mit den Eltern des Kindes (abhängig vom Wohnort der Eltern) wurde die laufende Entwicklung und die Therapie besprochen. Meist erfolgte in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang ein telefonischer Kontakt mit dem behandelnden Kinder- oder Hausarzt und den Eltern (falls diese nicht zum Termin kommen konnten) um einen gemeinsamen Informationsstand zu gewährleisten. Bei wichtigen Entscheidungen fanden solche Termine in Einzelfällen auch gemeinsam mit dem Kinderarzt und einem Mitarbeiter des zuständigen Jugendamtes statt.

4.3.11.1. Wo bekommen Sie Ihre BTM-Rezepte?

35 Patienten erhielten ihre Betäubungsmittelrezepte regelmäßig beim Kinderarzt, zehn beim Hausarzt, ein Patient ausschließlich über meine Praxis. Ein Kinderarzt in der Region stellte grundsätzlich keine BTM-Rezepte aus. Im Vertretungsfall erfolgte die Verordnung über meine Praxis oder die anderen Vertretungspraxen.

4.3.11.2. Wie oft und durch wen werden Laborkontrollen veranlasst?

Bei allen Patienten, die durch mich begleitet wurden und regelmäßig ihre Rezepte beim Kinder- oder Hausarzt abholten, wurden anfangs zweimal nach jeweils drei Monaten, später halbjährlich Laborkontrollen durchgeführt. Befunde wurden in der Regel durch die Kinder- oder Hausärzte an mich weitergeleitet – meist per Fax. Einzelne Kinderärzte waren in der Wahrnehmung dieser im Arztbrief in der Regel von mir so empfohlenen Vorgehensweise sehr zuverlässig, andere sahen die Indikation entsprechender Laborkontrollen eher großzügiger. Von wenigen Ausnahmen abgesehen erfolgte aber bei langjähriger Stimulanzengabe mindestens eine Laborkontrolle pro Jahr.

4.3.11.3. Wie viel Ritalin® nimmt Ihr Kind und zu welchen Zeiten?

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des Interviews. In den allermeisten Fällen wurden die Dosen bei den Patientin entsprechend dem Tagesprofil (Anforderungsprofil) angepasst. Viele der Patientin wurden im Laufe der Zeit, sofern keine Einschlafstörungen zu beobachten waren, auf länger wirksame Stimulanzien – Ritalin-SR® oder Concerta® – umgestellt. Dieses Vorgehen bewährte sich insbesondere dann, wenn ein Wirkungsabfall in der zweiten Vormittagshälfte im Rahmen der schulischen Anforderungen zu beobachten war und eine zuverlässige Einnahme in der Schule nicht gewährleistet erschien. Darüber hinaus war dies insbesondere bei Schülern der höheren Klassenstufen mit häufigem Nachmittagsunterricht und zunehmender Konzentrationsherausforderung auch im Zusammenhang mit der Bewältigung der Hausaufgaben indiziert. Auch bei Patienten mit impulsiv-aggressivem Verhalten im Sinne einer Störung des Sozialverhaltens bewährte sich eine Einstellung bis in die Abendstunden. Die Dosis lag in einer Bandbreite von 0,2 mg/kg Körpergewicht bis hin zu 1 mg/kg Körpergewicht. In der Regel erfolgte eine Dosierung am Vormittag und eine am Nachmittag. Siebzehn der Patienten erhielten lediglich eine einmalige Dosis morgens zur Bewältigung des Schulvormittags, 26 Patienten erhielten eine Dosis morgens und mittags, zwei Patienten eine Dosis morgens, eine weitere im Verlaufe des Vormittags und eine zum Mittag.

4.3.11.4. Geben Sie Ritalin® nur an Schultagen?

Den Angaben der Eltern zufolge nahmen 21 der Patienten ihre Tagesdosis nur an Schultagen, elf Patienten nahmen von Anfang an die Medikation durchgehend, acht anfangs nur an Schultagen. Drei der Patienten nahmen an Wochenende eine geringere Dosis. Die in meiner Praxis betreuten Patienten wurden grundsätzlich dazu angehalten, die Medikation möglichst durchgehend zu nehmen, gegebenenfalls mit einer geringeren Dosis (angepasst an das Tagesprofil) an den Wochenenden und in den Ferien. In vielen Fällen hatten die Eltern aber Bedenken, die Medikation durchgehend zu geben. „Wenn es unbedingt notwendig ist, in der Schule kommt unser Kind ohne Stimulanzien nicht klar, zu-

hause kommen wir einigermaßen mit ihm zurecht“ waren häufige Kommentare. In einzelnen Fällen waren es aber auch die Jugendlichen, die sich schlicht weigerten, Stimulanzien an Wochenenden und in den Ferien zu nehmen. Einige der Patienten änderten hierzu ihre Meinung mittlerweile, insbesondere der Wechsel auf länger wirkende Stimulanzien – nur noch eine morgendliche Tabletteneinnahme – führten hier zu einer deutlich besseren Compliance. Wegen des längeren Schlafens an den Wochenenden nahmen viele Patienten an Schultagen ein über fast zwölf Stunden wirkendes Präparat (Concerta®), an den Wochenenden ein weniger lang wirkendes Retardpräparat (Ritalin-SR®). Regelmäßig (meist einige Monate nach Stabilisierung der Situation und bei weiterer Gabe von Stimulanzien je nach Ausprägung der Symptomatik wiederholt) wurden mit den Patienten und ihren Eltern Auslassversuche der Stimulanzienbehandlung diskutiert. Abhängig von der aktuellen Situation in der Schule und im familiären Kontext wurde die Medikation ausgesetzt. Für eine Beurteilung der weiteren Notwendigkeit einer Pharmakotherapie war auch wichtig, dass sich nicht andere Parameter in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zusätzlich änderten (Lehrer-, Klassen oder Schulwechsel, usw.) – Effektüberlagerung. Oft verwandten wir beim Auslassversuch Verlaufsbögen (siehe Anhang) zur Dokumentation, die auch bei der klinischen Beurteilung (stationäre Patienten unserer Klinik) Verwendung fanden.

4.3.11.5. Zeigt Ihr Kind unerwünschte Wirkungen?

Hier schien es auch aufgrund der Antworten sinnvoll, zwischen vorübergehenden und anhaltenden unerwünschten Wirkungen zu differenzieren.

Bei den vorübergehenden Nebenwirkungen am Anfang der Behandlung gaben siebzehn der Eltern an, dass sie auch in dieser Zeit keine Nebenwirkungen beobachteten. Zehn der Patienten klagten über Appetitmangel, sechs über Bauchschmerzen, jeweils fünf über Einschlafprobleme und Kopfschmerzen, vier der Patienten hätten eine gewisse Verstimmtheit und Weinerlichkeit gezeigt,

drei klagten über Übelkeit, ein Patient über Schwindel. Ein Patient beschrieb lediglich diskrete vorübergehende Nebenwirkungen.

Bei den anhaltenden Nebenwirkungen gaben 33 Patienten an, keine anhaltenden Nebenwirkungen beobachtet zu haben, sieben klagten über anhaltenden Appetitmangel, drei über Einschlafprobleme, jeweils ein Patient über Schwindel, Verstimmtheit und Übelkeit. Bei einem Patienten, der sowohl bei den vorübergehenden als auch den anhaltenden Nebenwirkungen in mehreren Bereichen Angaben gemacht hatte, wurde die Medikation wegen der starken Nebenwirkungen bereits nach drei Wochen wieder abgebrochen. Mehrfachangaben waren grundsätzlich möglich. Bei keinem der Patienten war der Appetitmangel langfristig Gewichtsrelevant (keine Sprünge in den Percentilenkurven). Ein Patient war gleichzeitig wegen Minderwuchs in ambulanter Behandlung und zeigte eine gute Größenentwicklung unter der Therapie. Bei einem Patienten mit anhaltender Verstimmtheit im Zusammenhang mit der Stimulanzieinnahme, der ohne Medikation massive Probleme mit dem Arbeitstempo (wurde in Klausuren nie fertig) und der Terminorganisation hatte (trotz sehr guter Begabung drohender Schulausschluss wegen permanentem „Zuspätkommen“), verbesserte sich die Verträglichkeit und die Compliance schlagartig, als dieser zusätzlich niedrigdosiert mit einem Antidepressivum (SSRI) behandelt wurde.

4.3.12. Hat sich die Situation zu Hause und in der Schule gebessert?

Achtzehn der befragten Eltern gaben an, dass sich die Situation in der Schule deutlich gebessert habe. Eine Familie sah die Schulsituation lediglich gebessert. Drei Familien sahen die Schulsituation wenig gebessert. Die Situation zuhause bewerteten zwölf Familien als deutlich gebessert, zwei gebessert und drei nur wenig gebessert. Dreizehn Familien sahen in allen Bereichen eine deutliche, sechs eine Besserung. Bei der Hausaufgabensituation sahen neun Patienten eine deutliche Verbesserung. Jeweils eine Familie sah ihr Kind weniger impulsiv, besser in der Konzentration, deutlich besser in der Gruppensitua-

tion, deutlich besser in der Interaktion mit Gleichaltrigen, deutlich besser in den Therapiestunden (Ergotherapie und Logopädie). Bei einem Kind hatten sich Verhaltensprobleme aus der Sicht der Eltern deutlich gebessert, bei einem Kind sei eine vorher bestehende primäre Enkopresis, bei einem weiteren eine primäre Enuresis ohne weitere gezielte Therapie sistiert. Mehrfachnennungen waren grundsätzlich möglich.

4.3.12.1. Woran merken Sie dies in erster Linie?

36 Mal erfolgte die Angabe „durch eine positive Rückmeldung der Schule“. 21 Mal wurde eine Entlastung des Familienlebens beschrieben. Siebzehn Mal habe sich die Situation bei der Hausaufgabenbewältigung entspannt. In sechs Fällen wurden bessere Noten angegeben, in fünf Fällen sei eine allgemeine Verbesserung des Verhaltens eingetreten. Bei vier Familien habe sich das Kind „weniger impulsiv, aggressiv, insgesamt ruhiger“ gezeigt, in drei Fällen sei es „zufriedener von der Schule nach Hause gekommen“. Drei Kinder waren „besser organisiert“, bzw. „interessierter und aufmerksamer“ wahrgenommen worden. In zwei Fällen wurde angegeben, dass das Kind wieder gerne zur Schule gegangen sei, in weiteren zwei habe es wieder Freude am Spielen gezeigt, bzw. sich besser konzentrieren können. In einem Fall wurde ein Rückgang beobachteter Ängste beschrieben, in einem Fall eine deutliche Zunahme der Frustrationstoleranz. Einer der Jungen konnte, den Angaben der Eltern zufolge, erstmals sein Zimmer selbständig aufräumen. Bei einem Kind kam eine positive Rückmeldung der Tagesgruppenleiterin der ihn betreuenden Jugendhilfeeinrichtung.

4.4. Was sollte sich hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung ändern?

Nur drei Familien äußerten keine Wünsche. Eine Familie gab an, dass alles „O.K.“ gewesen sei. Einen besseren Informationsstandard der Lehrer und Schulen forderten die meisten Familien (42), darüber hinaus besser informierte Kinderärzte (34), wobei in dieser Gruppe ein Hausarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und zwei Wünsche hinsichtlich einer besseren Information der Psychologischen Beratungsstelle enthalten waren. Mehr Informationen für Eltern wünschten sich 37 der befragten Familien. Eine bessere regionale Versorgung wünschten ebenfalls sehr viele betroffene Eltern (36), wobei ein Elternteil explizit auf das Transportproblem und die enormen Rüstzeiten bei der Wahrnehmung verschiedener Therapien bei ländlichem Wohnsitz hinwies. Mehr Unterstützung, Engagement und eine bessere Zusammenarbeit wünschten sich die Eltern insbesondere von den Lehrern (1), den Schulen (4), vom staatlichen Schulamt (2), aber auch von ihrem Partner (1) und dem Kinder- bzw. Hausarzt (2). Eine Familie monierte die extreme Polarisierung hinsichtlich der Stimulanzienbehandlung (1), zwei der Mütter zeigten sich verärgert über einseitige Schuldzuweisungen (2). Eine Familie beklagte häufigen Ärger mit den Betäubungsmittelrezepten (1) – ihr Kinderarzt stellte keine BTM-Rezepte aus –, eine Familie reklamierte zu lange Wartezeiten für dringend erforderliche Jugendhilfemaßnahmen (1).

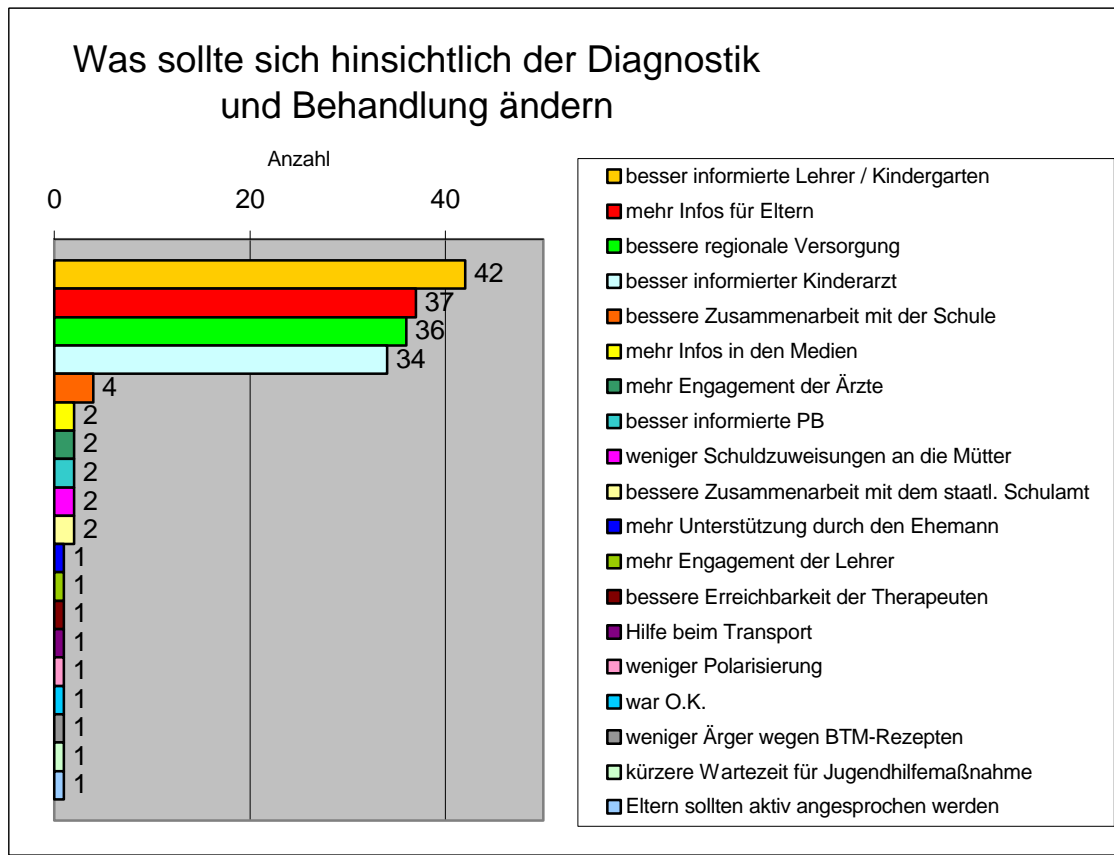


Abbildung 56 Antworten nach Häufigkeit der Nennung sortiert

4.5. Befindlichkeitsthermometer

Beim Befindlichkeitsthermometer wurden die Familien aufgefordert, sich ein fiktives Messinstrument für die familiäre Befindlichkeit vorzustellen, dessen Skala von „null“ bis „zehn“ reiche. „Null“ sollte die maximal schlechteste Befindlichkeit darstellen, „zehn“ allergrößte Zufriedenheit. Die Familienmitglieder wurden zunächst aufgefordert, jeder für sich den Grad der Zufriedenheit und der gemessenen Befindlichkeit anzugeben, danach sollte die Familie gemeinsam zu einer Bewertung kommen. Hier wurde bewusst eine allgemeine Bewertung und keine differenzierte Angabe für Teilbereiche eingefordert. Zwischenwerte waren nicht zulässig.

4.5.1. Veränderung im Rahmen der Behandlung

Die meisten Familien werteten Ihre Situation nach Beginn der Behandlung deutlich günstiger als zuvor. Lediglich bei einer Familie gab es keine Veränderung. Viele Familien erklärten, dass sich die Situation bereits im Rahmen der Diagnostik deutlich entspannt habe, da die Eltern wieder mehr Verständnis für die Verhaltensweisen ihrer Kinder finden konnten, sich nicht mehr so häufig vorsätzlich provoziert sahen und durch konsequentere, liebevoll energische Reaktion sich pädagogisch wieder erfolgreicher erleben konnten. Darüber hinaus gaben viele Eltern an, aus der Tatsache, dass sie sich nicht mehr als ausschließlich für die Situation verantwortlich und im Sinne eigener Ansprüche an eine gute Elternschaft, gescheiterte Erziehende erlebten, wieder mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern gefunden zu haben. Die meist positive Resonanz ihrer Kinder auf das veränderte Erziehungsverhalten erlebten viele Eltern als Weg aus einer „pädagogischen Sackgasse“. Sowohl die Eltern als auch ältere Kinder und Jugendliche beschrieben im Zusammenhang mit der Stimulanzienbehandlung leichte Verbesserungen der Konzentrationsfähigkeit, die über zunächst zaghafte, kleine Leistungsverbesserungen die Motivationssituation positiv veränderte, was wiederum bei den Betroffenen eine Art „Aufbruchstim-

mung“ auslöste, die die oft erlebte Misserfolgserwartung und Hoffnungslosigkeit ablöste und im Weiteren bei den meisten Familien trotz kleinerer Rückschläge eine insgesamt positive Bewertung der Behandlung bewirkte. Auch die Familien, die sich gegen eine Stimulanzienbehandlung entschieden hatten, sahen positive Veränderungen, einmal auf dem Boden der bereits beschriebenen Mechanismen, zum anderen durch die eingeleitete Verhaltenstherapie, wobei hier insbesondere das Elterntaining mehrfach positiv hervorgehoben wurde. In dessen Folge hätten sich familiäre Interaktionsprobleme bei den meisten Familien deutlich reduziert. Die größte Veränderung wurde mit acht, die geringste ohne Veränderung bewertet. Durchschnittlich verbesserte sich die Befindlichkeit im Rahmen der eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen von 2,1 auf 6,89 mit einer durchschnittlichen positiven Veränderung von plus 4,79 Wertpunkten auf der angenommenen Befindlichkeitsskala.

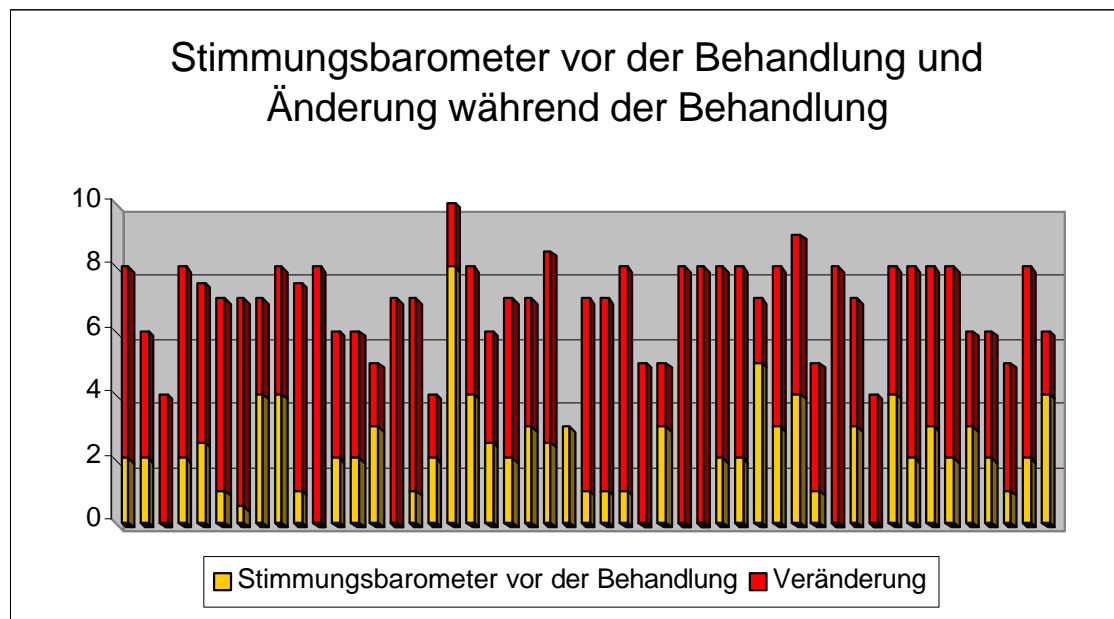


Abbildung 57 Angaben auf einer gedachten Skala von null bis zehn vor und nach Behandlungsbeginn, wobei null extrem schlecht und zehn sehr gut bedeuteten sollte

4.6. Hypothesen

4.6.1. Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität werden in der Regel später erkannt!

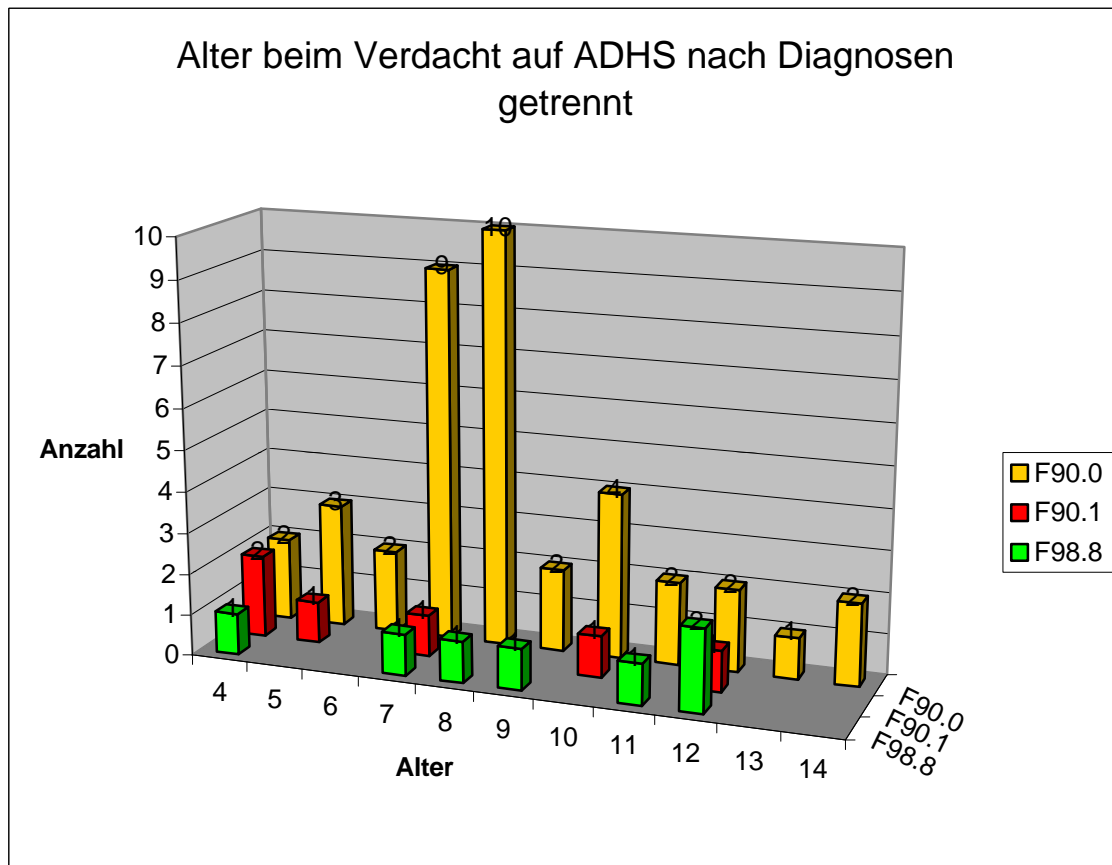


Abbildung 58 Anzahl nach Alter und Hauptdiagnose getrennt

Im vierten Lebensjahr wurde bei zwei Kindern mit der Diagnose F90.1 und bei zwei Kindern mit der Diagnose F90.0 der Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung gestellt. Lediglich ein Kind mit der Diagnose F98.8 erweckte so früh den Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung. Hierbei handelte es sich um einen Jungen, dessen älterer Bruder zu diesem Zeitpunkt bereits eine entsprechende Diagnose gestellt bekommen hatte, wodurch die Mutter wahrscheinlich entsprechend sensibilisiert war. Im Alter von fünf Jahren wurde ein weiteres Kind mit der Diagnose F90.1 erkannt, drei weitere Kinder mit der Diagnose F90.0. Im Alter von sechs Jahren wurden zwei Kinder mit der Diagnose F90.0, im Alter von sieben Jahren mit ersten Erfahrungen in der Grund-

schule wurden neun Kinder mit der Diagnose F90.0 erkannt, ein Kind mit der Diagnose F90.1 und ein Kind mit der Diagnose F98.8. In letzterem Fall war die Mutter durch die Tatsache, dass eine ihrer Bekannten ein Kind mit einer Aufmerksamkeitsstörung hatte, mit der Symptomatik vertraut. Im Alter von acht Jahren fielen zehn Kinder mit der Diagnose F90.0 auf, ein Mädchen mit der Diagnose F98.8, wobei hier ebenfalls der ältere Bruder ein diagnostiziertes ADHS hatte, die Mutter im Zusammenhang mit dieser Diagnose nach der Lektüre des Buches von Frau Neuhaus auch bei ihrer Tochter typische Phänomene einer Aufmerksamkeitsstörung beobachtete. Im Alter von neun Jahren fielen zwei Kinder mit der Diagnose F90.0 auf, ein Junge mit der Diagnose F98.8. Hier war ein Cousin des Jungen wegen einer ADHS bereits in meiner Praxis vorgestellt worden. Wegen massiver Leistungsumsetzungsprobleme, trotz angenommener guter Begabung, hatten sich die Eltern nach Rücksprache mit Onkel und Tante des Jungen entschlossen, diesen ebenfalls bei mir vorzustellen. Im Alter von zehn Jahren fielen vier Kinder mit der Diagnose F90.0 auf, ein Kind mit der Diagnose F90.1. Im Alter von elf Jahren fielen zwei Kinder mit der Diagnose F90.0 auf, ein Junge mit der Diagnose F98.8 war wegen massiver Leistungsumsetzungsprobleme bei einer Psychotherapeutin vorgestellt worden. Der selbe Junge war bereits drei Jahre zuvor wegen einer infrafamiliären Missbrauchserfahrung (durch den älteren Bruder) bereits bei einem Psychotherapeuten in Behandlung gewesen. Die damals beobachteten Konzentrationsstörungen waren mit der Missbrauchserfahrung in Zusammenhang gebracht worden. Nachdem sich die Befindlichkeit des Jungen wieder deutlich stabilisiert hatte, aber immer noch Probleme in der Leistungsumsetzung bestanden, entschloss sich die Familie, den Jungen erneut bei einer Psychotherapeutin vorzustellen. Im Alter von zwölf Jahren wurden zwei Kinder mit der Diagnose F90.0 diagnostiziert, ein Kind mit der Diagnose F90.1 und zwei Kinder mit der Diagnose F98.8. Bei einem Jungen aus der letzten Gruppe hatte die Mutter im Rahmen ihrer Ausbildung zur Erzieherin bereits vor der Geburt ihres Sohnes Informationen zur hyperkinetischen Störung gehabt, lange Zeit die Symptomatik ihres Sohnes aber wegen der fehlenden hypermotorischen Aspekte verkannt. Erst im Rahmen einer Vorstellung bei einem Arzt für Psychotherapie und paral-

lei dazu in der Psychologischen Beratungsstelle konkretisierte sich der Verdacht. Auch beim zweiten Kind handelte es sich um einen Jungen, der bereits im Kindergarten durch Trennungsängste aufgefallen war. Wegen erheblicher Leistungsumsetzungsprobleme in der Grundschule war von einem Arzt für Psychotherapie der Wechsel in eine Schule für Lernbehinderte empfohlen worden, was die Eltern zunächst ablehnten. Wegen anhaltender Probleme im schulischen Kontext war dann nach einem Kinderarztwechsel eine Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum erfolgt, wo der Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität geäußert worden war. Im Alter von dreizehn Jahren wurde bei einem Jungen der Verdacht auf eine ADHS gestellt. Die Mutter hatte ihr Kind bereits mehrfach wegen der beobachteten Verhaltensproblematik beim Kinderarzt vorgestellt, war jedoch jedes Mal mit dem Hinweis, es handle sich lediglich um ein lebhaftes Kind, beruhigt worden. Aufgrund von massiven Verhaltensproblemen mit der Pubertät drängte die Mutter dann auf eine diagnostische Abklärung, war nicht länger bereit, die Verhaltensprobleme ihres Sohnes als „Normvariante“ und „pubertätstypisch“ zu interpretieren. Bei zwei Jugendlichen wurde im vierzehnten Lebensjahr ein Verdacht geäußert. Ein Junge mit zusätzlicher Diagnose Asperger-Autismus und ausgezeichneter Begabung wurde wegen anhaltender massiver Verhaltensprobleme in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum und in meiner Praxis vorgestellt, wobei neben der autistischen Störung der Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung geäußert wurde. Bei einem weiteren vierzehnjährigen Jugendlichen wurde wegen ausgeprägter Verhaltensprobleme ein Wechsel an eine Schule für Erziehungshilfe angeregt, da der Junge im Hauptschulkontext nicht länger tragbar erschien. In diesem Zusammenhang kam es zur Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum, der dortige Psychologe hatte schließlich den Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung.

Insgesamt ergab sich bei den Kindern mit der Diagnose F90.0 ein durchschnittliches Alter beim ersten Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung von acht Jahren und zwei Monaten (8,20 Jahre) bei einem Minimum von knapp vier Jahren (3,96 Jahre) und einem Maximum von gut vierzehn Jahren

(14,01 Jahre). Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 ergab sich ein durchschnittliches Alter beim ersten Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung von sieben Jahren und gut einem Monat (7,10 Jahre) bei einem Minimum von drei Jahren und neun Monaten (3,81 Jahre) und einem Maximum von zwölf Jahren und gut zwei Monaten (12,18 Jahre). Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 ergab sich ein durchschnittliches Alter beim ersten Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung von neun Jahren, bei einem Minimum von gut vier Jahren (4,06 Jahre) und einem Maximum von elf Jahren und zehn Monaten (11,81 Jahre).

Das durchschnittliche Alter beim ersten Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung lag damit bei der Diagnose F90.1 um knapp elf Monate (0,9 Jahre) unter dem Durchschnitt von F90.0 und bei der Diagnose F98.8 um knapp 23 Monate (1,89 Jahre) über dem Durchschnitt von F90.0.

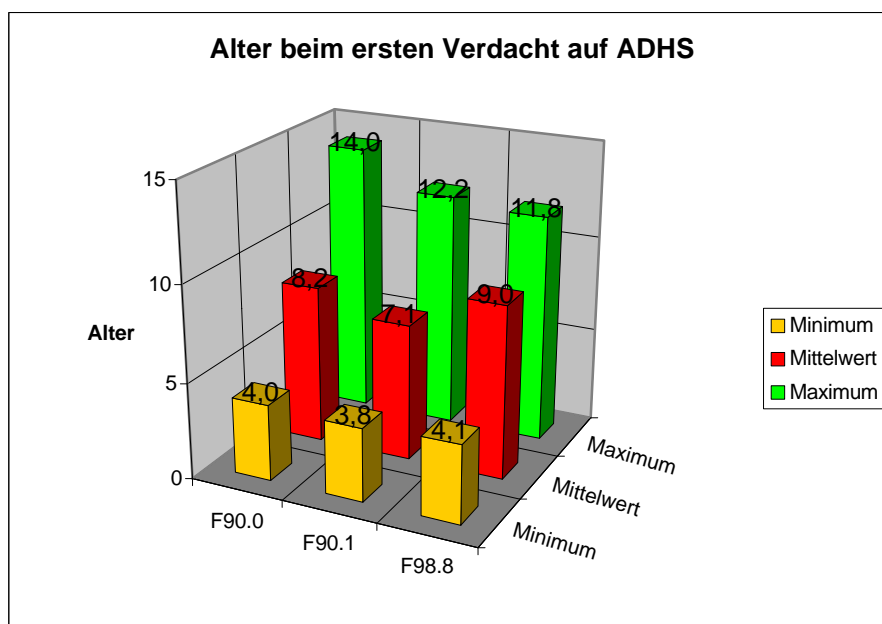


Abbildung 59 Alters-Minimum, Mittelwert und Maximum beim ersten Verdacht auf ADHS nach Diagnosen getrennt

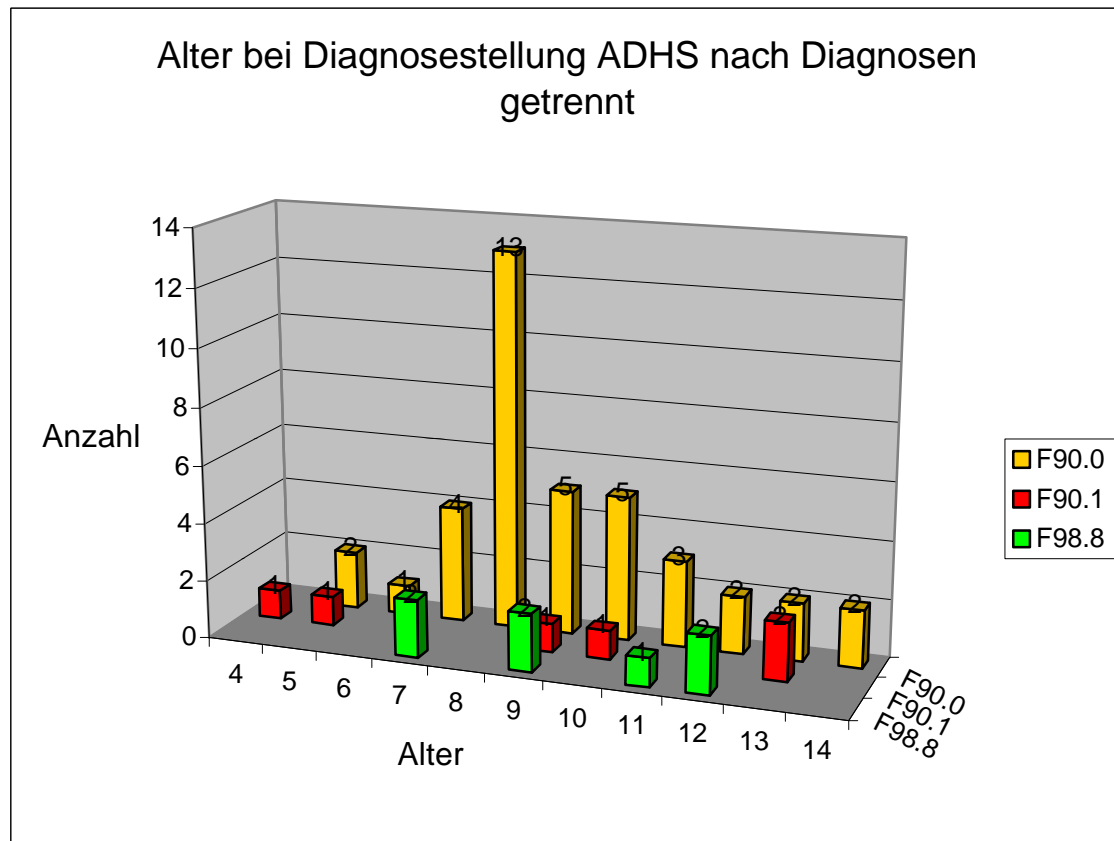


Abbildung 60 Alter und Häufigkeit bei Diagnosestellung nach Diagnosen getrennt

Bei der Diagnosestellung ergab sich ein durchschnittliches Diagnosealter für die Diagnose F90.0 von gut neun Jahren (9,02 Jahre) mit einem Minimum von vier Jahren und knapp elf Monaten (4,88 Jahre) und einem Maximum von vierzehn Jahren. Bei der Diagnose F90.1 lag das durchschnittliche Diagnosealter bei gut neun Jahren (9,04 Jahre) mit einem Minimum von vier Jahren und knapp zwei Monaten (4,14 Jahre) und einem Maximum von zwölf Jahren und knapp zehn Monaten (12,82 Jahre). Für die Diagnose F98.8 erfolgten zwei Diagnosen im Rahmen der ersten beiden Grundschulklassen und gegen Ende der Grundschule sowie am Anfang der Sekundarstufe. Das durchschnittliche Diagnosealter lag bei neun Jahren und gut sechs Monaten (9,54 Jahre) mit einem Minimum von sechs Jahren und knapp elf Monaten (6,90 Jahre) und einem Maximum von elf Jahren und knapp zehn Monaten (11,82 Jahre).

Das durchschnittliche Alter bei der Diagnosestellung war damit bei der Diagnose F90.1 praktisch identisch mit dem Durchschnitt bei F90.0 (9,02, bzw. 9,04 Jahre). Bei der Diagnose F98.8 lag er um gut sechs Monate (0,52 Jahre) über diesem Durchschnitt (9,54 Jahre).

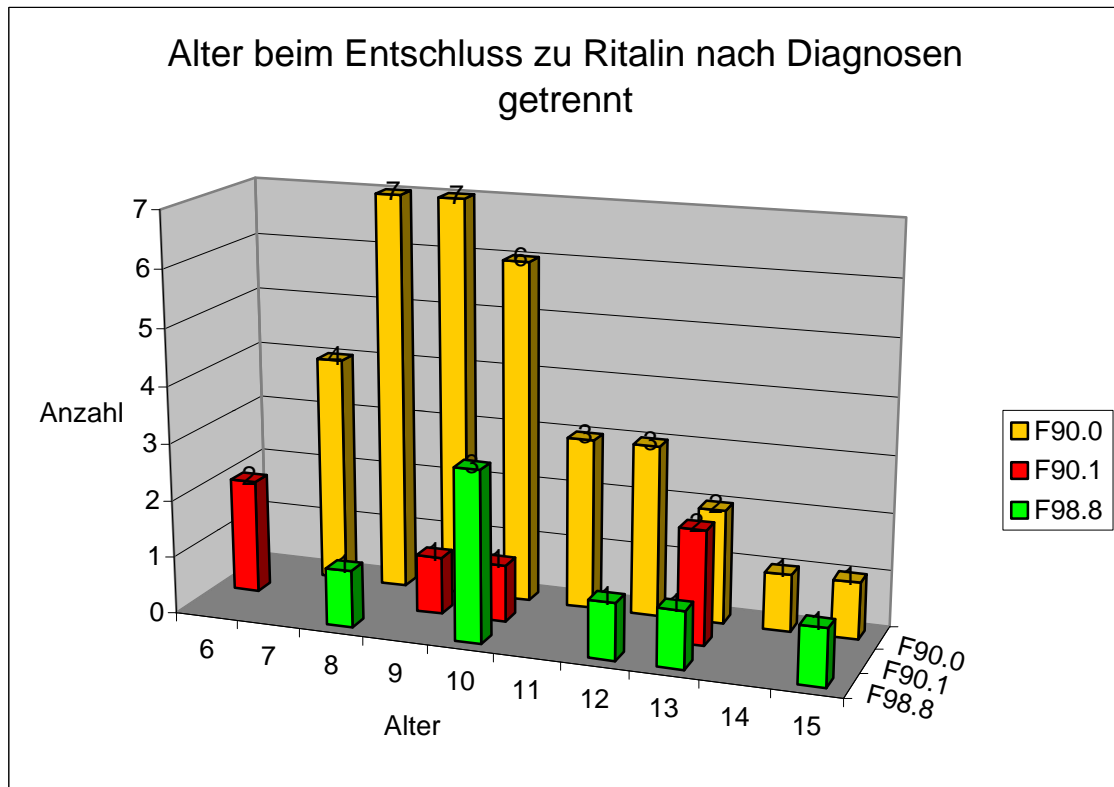


Abbildung 61 Alter und Häufigkeit beim Behandlungsentschluss nach Diagnosen getrennt

Hier ergab sich ein durchschnittliches Applikationsalter von Stimulanzien bei Kindern mit der Diagnose F90.0 von neun Jahren und gut acht Monaten (9,70 Jahre) mit einem Minimum von sechs Jahren und knapp acht Monaten (6,66 Jahre) und einem Maximum von fünfzehn Jahren und knapp zwei Monaten (15,16 Jahre). Bei der Diagnose F90.1 ergab sich ein durchschnittliches Applikationsalter von neun Jahren und knapp neun Monaten (9,73 Jahre) mit einem Minimum von sechs Jahren und knapp vier Monaten (6,31 Jahre) und einem Maximum von knapp dreizehneinhalb Jahren (13,49 Jahre). Bei der Diagnose F98.8 erfolgte der Entschluss Methylphenidat zu geben beim jüngsten Patienten mit sieben Jahren und knapp elf Monaten (7,90 Jahre), beim ältesten Pati-

enten mit vierzehn Jahren und gut acht Monaten (14,70 Jahre). Das durchschnittliche Alter beim Entschluss, Stimulanzen einzusetzen liegt bei zehn Jahren und knapp elf Monaten (10,88 Jahre).

Das durchschnittliche Alter beim Entschluss zur Medikation war damit bei der Diagnose F90.1 identisch mit dem Durchschnitt bei F90.0 (9,7, bzw. 9,73 Jahre). Bei der Diagnose F98.8. um gut vierzehn Monate (1,17 Jahre) über diesem Durchschnitt.

Insgesamt betrachtet schien damit die Hypothese, dass Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität später erkannt werden stimmig. Es ergaben sich jedoch erhebliche Streuungen, so dass eine Bewertung letztlich nur unter Berücksichtigung der Einzelfallaspekte sinnvoll erschien. Auf eine statistische Auswertung wurde deshalb hier verzichtet.

4.6.2. Je ausgeprägter die Symptomatik insbesondere im Sinne einer Sozialverhaltensstörung, desto früher wird die Diagnose ADHS gestellt, eine Stimulanzenbehandlung eher eingeleitet!

Eine der wesentlichsten Fragen war, wie möglichst objektiv Hinweise für eine vorliegende Sozialverhaltensstörung erfasst werden könnten. Aus meinem Datenmaterial wurden dazu die Ergebnisse der Conners-Fragebögen, und hier das Item „Verhaltensprobleme“, sowohl im Fragebogen für die Eltern als auch im Fragebogen für die Lehrer herangezogen und einmal mit dem Alter bei Diagnosestellung, zum zweiten mit dem Alter bei Erstverordnung von Stimulanzen für die Patienten der Diagnosen F90.0 und F90.1 verknüpft. Analog wurde mit den Copeland-Fragebögen vorgegangen, wobei hier die Items „Impulsivität“, „Non-Compliance“ und „beeinträchtigte familiäre Beziehungen“ herangezogen wurden, beim Item „Impulsivität“ sowohl in der Beurteilung durch die Eltern als auch durch die Lehrer.

Im Ergebnis konnte bei den Conners-Fragebogenergebnissen keine Beziehung zwischen Ausprägung der Symptomatik und einer früheren Diagnosestellung, bzw. Einleitung der Stimulanzienbehandlung hergestellt werden. Beim Copeland-Fragebogen wurde für das Item „Impulsivität“ in der Beurteilung der Eltern ein Zusammenhang zwischen Ausprägung der Symptomatik und früherer Diagnosestellung, sowie früherer Einleitung einer Stimulanzienbehandlung deutlich. (Abbildungen 63 und 64)

Wegen der großen Streubreite wurde auf eine ausführliche statistische Auswertung verzichtet. Auf dem Boden einer linearen Regressionsanalyse war kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den in den Fragebögen angegebenen Item-Ausprägungen und dem Zeitpunkt der Diagnosestellung herzustellen.

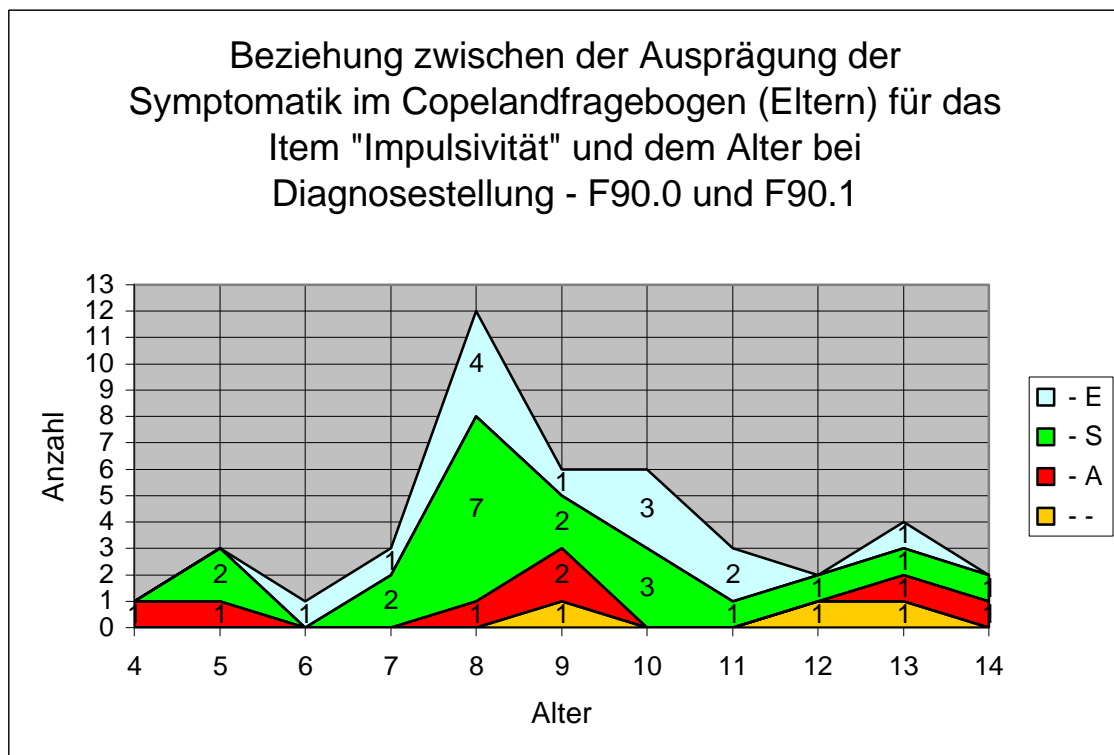


Abbildung 62 Alter/Anzahl/ --= Erwartungswert, A= Auffällig, S= stark A., E= extrem A.

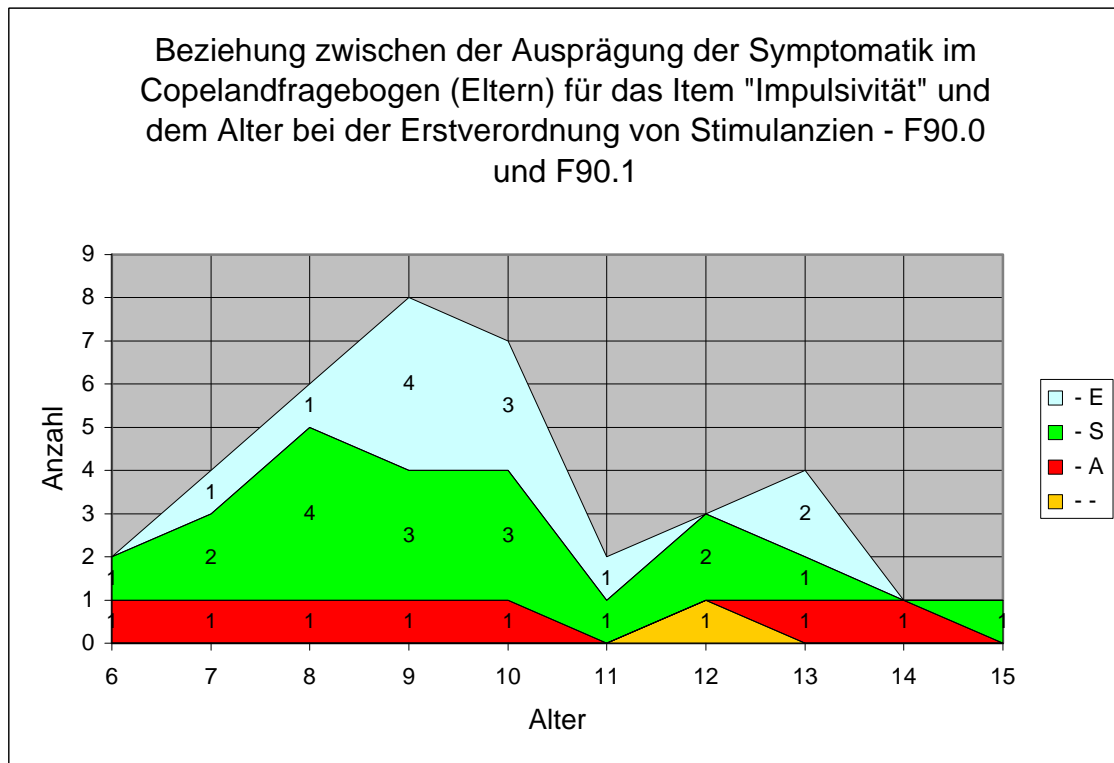


Abbildung 63 Alter/Anzahl/ --- Erwartungswert, A= Auffällig, S= stark A., E= extrem A.

Beim Item „Non-Compliance“ im Copeland-Fragebogen in der Beurteilung der Eltern gab es nur einen diskreten Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik und früherer Diagnosestellung. Bei der Erstverordnung von Stimulanzen zeichnete sich jedoch eine Tendenz zu einem Zusammenhang zwischen Ausprägung der Symptomatik und eher früherer Verordnung ab. (Abbildungen 64 und 65)

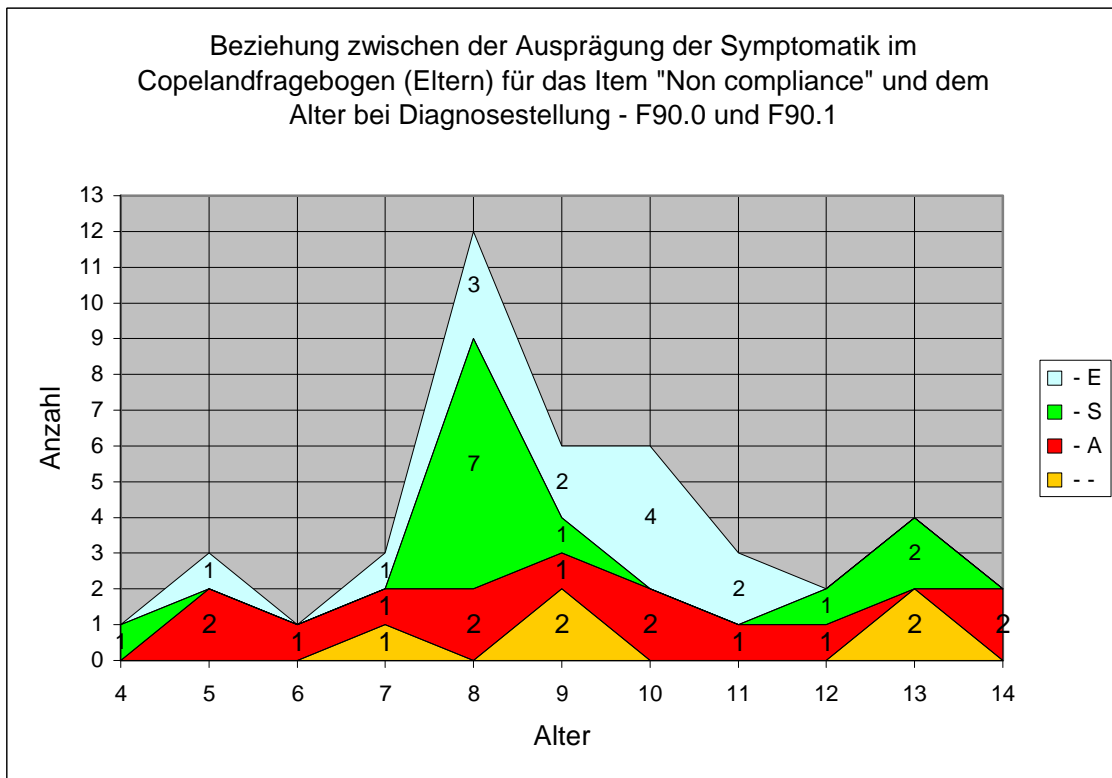


Abbildung 64 Alter/Anzahl/ --= Erwartungswert, A= Auffällig, S= stark A., E= extrem A.

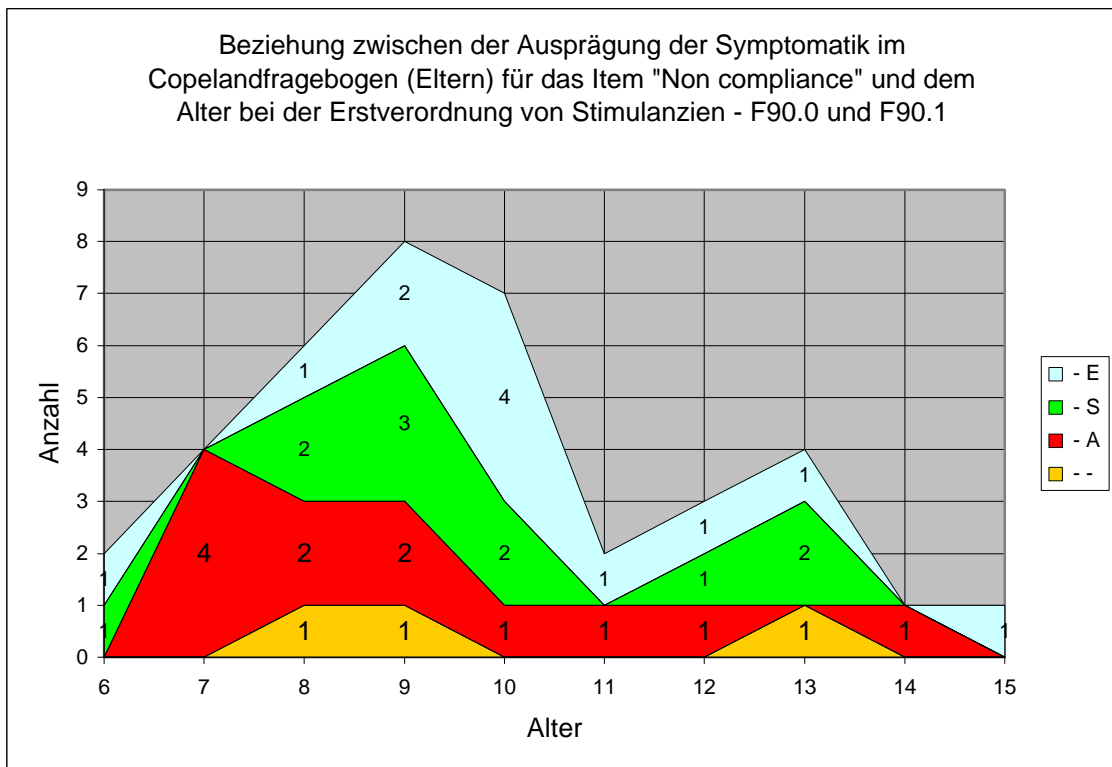


Abbildung 65 Alter/Anzahl/ --= Erwartungswert, A= Auffällig, S= stark A., E= extrem A.

Für das Item „Beeinträchtigte familiäre Beziehungen“ ergab sich kein klarer Zusammenhang zwischen einer früheren Diagnosestellung oder einer früheren Einleitung einer Stimulanzienbehandlung. In der Beurteilung der Copeland-Fragebögen durch die Lehrer wurde für das Item „Impulsivität“ und dem Alter bei Diagnosestellung und „Erstverordnung von Stimulanzien“ eine Tendenz zur früheren Diagnosestellung und Behandlung bei ausgeprägteren Symptomen deutlich. (Abbildungen 66 und 67)

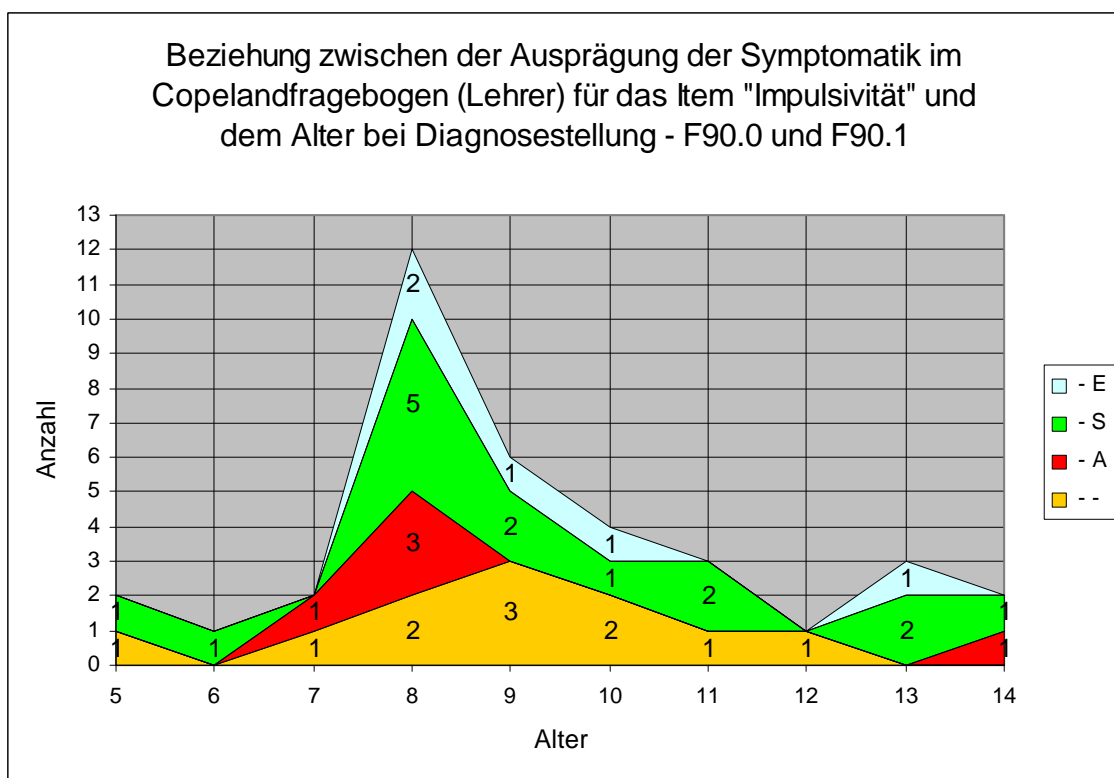


Abbildung 66 Alter/Anzahl/ --= Erwartungswert, A= Auffällig, S= stark A., E= extrem A.

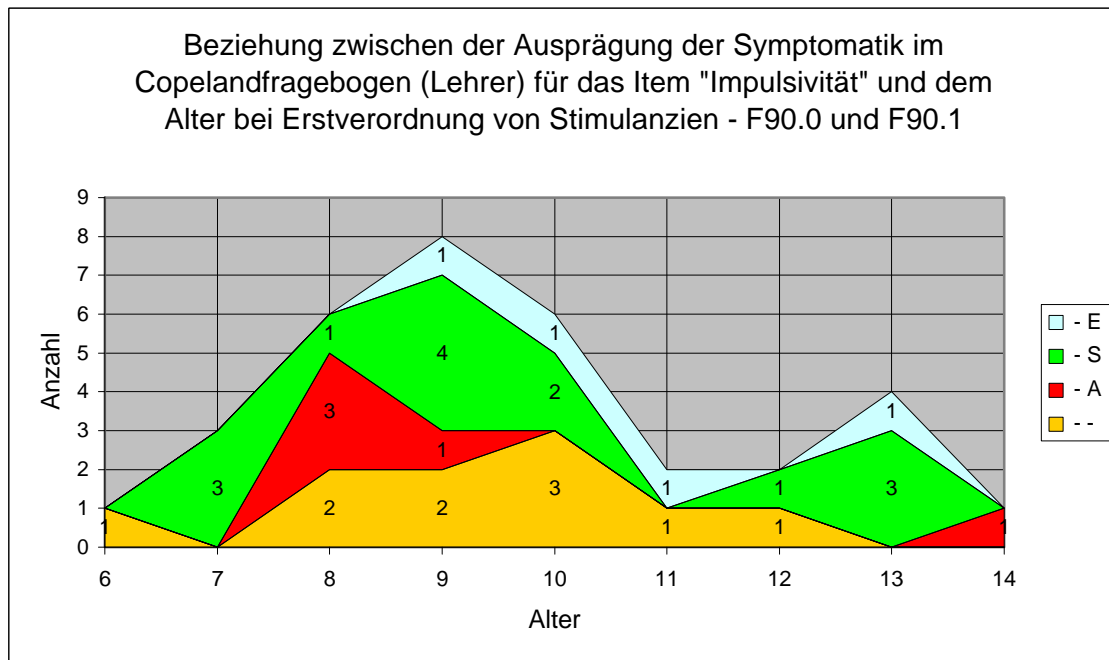


Abbildung 67 Alter/Anzahl/ --= Erwartungswert, A= Auffällig, S= stark A., E= extrem A.

Hinsichtlich der Copeland-Fragebogenergebnisse zum Item „Non-Compliance“ ergab sich in der Beurteilung der Lehrer wiederum kein Zusammenhang zum Zeitpunkt der Diagnosestellung oder mit dem Alter der Kinder bei der Erstverordnung der Stimulanzen.

Zusammenfassend ergaben sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen impulsivem Verhalten und eher früherer Diagnosestellung, wie auch auf einen Zusammenhang zwischen impulsivem Verhalten und einer früheren Einleitung einer Stimulanzenbehandlung. Beides war jedoch statistisch nicht signifikant – kleine Stichprobe und zu große Streuung. Für die Bereiche „Non-Compliance“ oder „beeinträchtigte familiäre Beziehungen“ konnte auf dem Boden der von mir erhobenen Daten kein direkter Zusammenhang nachgewiesen werden.

4.6.3. Je besser die Störung intellektuell kompensiert wird – gute Begabung – (zunächst fehlende oder geringe Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltensstörung), desto später die Diagnosestellung!

Zur Beantwortung dieser Frage wurden zunächst die Diagnosen F90.0, F90.1 und F98.8 mit der Begabung verknüpft, wobei die Ergebnisse der Intelligenztests (in der Regel K-ABC oder HAWIK-R) in vier Gruppen unterteilt wurden:

- IQ 70 bis <85 Grenzbereich der intellektuellen Begabung
- IQ 85 bis <100 unterer Normbegabungsbereich
- IQ 100 bis <115 oberer Normbegabungsbereich
- IQ 115 bis <130 überdurchschnittliche Begabung

Wurde eine Beziehung zwischen Begabung und Diagnose hergestellt, so zeichnete sich eine Tendenz zu mehr Diagnosen F90.1 im niedrigeren Intelligenzbereich und eine weitere hin zu mehr Diagnosen F98.8 im höheren Intelligenzbereich ab. (Siehe Abbildung 68)

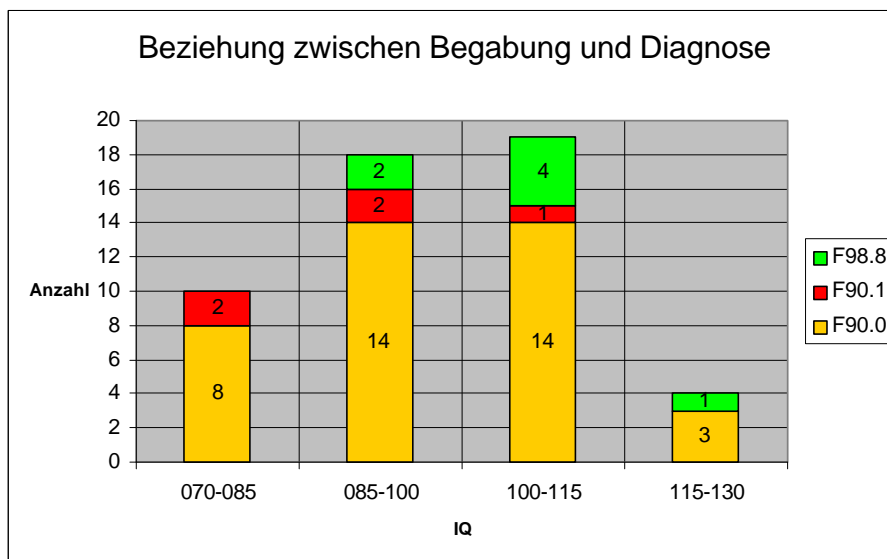


Abbildung 68 IQ/Anzahl/Diagnosen nach ICD 10

Darüber hinaus wurden die Zusammenhänge zwischen Begabung und dem Alter, in dem die Eltern das Kind als „anders“ indiziert hatten, des weiteren als die Eltern von „Anderen“ auf dieses Verhalten aufmerksam gemacht wurden und den Zeitpunkt der Diagnosestellung sowie der Zeitpunkt des Entschlusses zur einer Stimulanzienbehandlung untersucht.

Ein sehr gut begabter Junge mit einem zusätzlich diagnostizierten Asperger Autismus wurde bei den folgenden Darstellungen und der statistischen Auswertung herausgenommen, da er wegen seines autistischen Verhaltens sehr früh auffällig wurde und mit Stimulanzien (wegen des autistischen Verhaltens) behandelt wurde.

Zur statistischen Auswertung wurden 49 Probanden herangezogen und hinsichtlich einer möglichen Korrelation zwischen dem Alter bei ersten Auffälligkeiten, bzw. dem Alter bei Diagnosestellung ADHS und ihrer Begabung überprüft.

Zur besseren Erfassung der Verteilung wurden Percentilen hinsichtlich des Alters und der Ergebnisse im Intelligenztest gebildet. Über Kreuztabellen wurde das Chi-Quadrat bestimmt. Unter der Annahme, dass eine nicht-lineare Korrelation und Regression (Eta) zwischen Begabung und Alter bei ersten Auffälligkeiten oder zwischen Begabung und dem Alter bei Diagnosestellung bestehen könnten, wurde Eta bestimmt. Bei einer linearen Regressionsanalyse zeigte sich kein statistisch relevanter Zusammenhang. Wegen großer Streubreite und geringen Fallzahlen waren zudem lediglich Beziehungstendenzen zu erwarten.

Zunächst die Beziehung zwischen der Begabung und dem Alter, in dem die Eltern feststellten, dass ihr Kind „anders“ ist. (Siehe Abbildung 69)

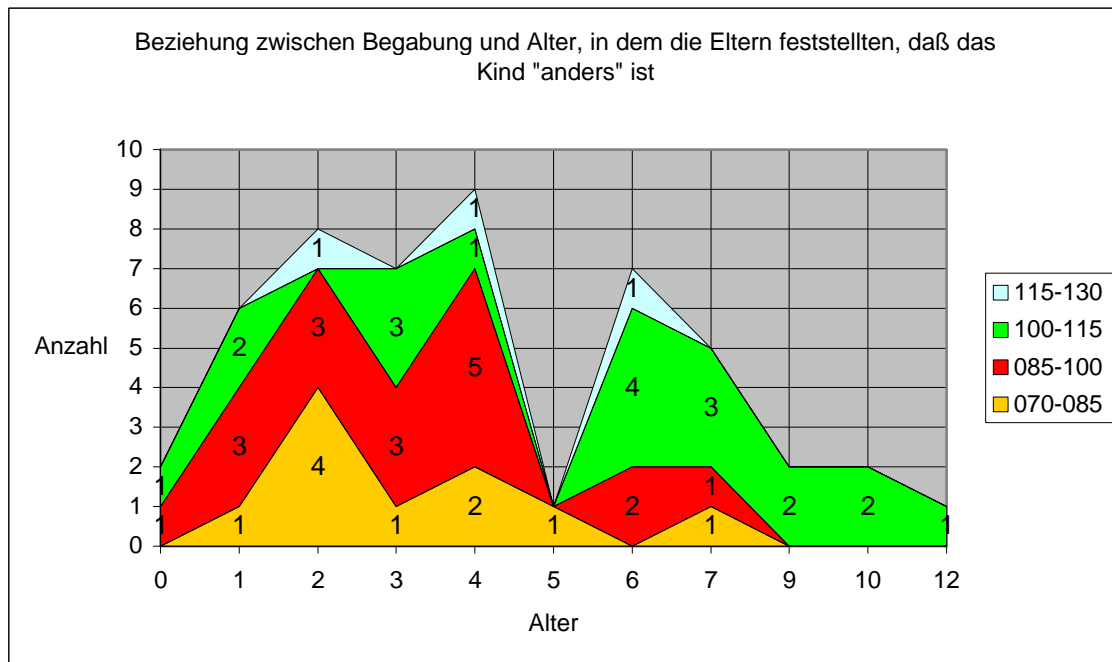


Abbildung 69 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Kind fällt den Eltern auf

Deutlich war zu erkennen, dass die meisten Eltern im Rahmen der ersten Kindergartenjahre ihre Kinder als auffällig erlebten, ein zweiter Gipfel ergab sich im Zusammenhang mit der Einschulung. Eine Beziehung zwischen höherer Begabung und späterer Diagnosestellung deutete sich an. Ein klarer Zusammenhang war jedoch nicht herstellbar. So lag der Altersdurchschnitt, bei dem Eltern ihr Kind erstmals als „anders“ erlebten, im Begabungsprofil IQ 70-85 (N=10) bei drei Jahren und gut einem Monat (3,1 Jahre), bei IQ 85-100 (N=17) bei drei Jahren und einem knappen Monat (3,07 Jahre), bei IQ 100-115 (N=18) bei fünf Jahren und einem knappen Monat (5,74 Jahre) und bei IQ 115-130 (N=3) bei fast vier Jahren (3,99 Jahre).

Eine Aufschlüsselung nach den Diagnosen F90.0, F90.1 bzw. F98.8 ergab für dieses Verhältnis, vor allem auch wegen der geringen Fallzahlen bei den Diagnosen F90.1 und F98.8, keine neuen Informationen.

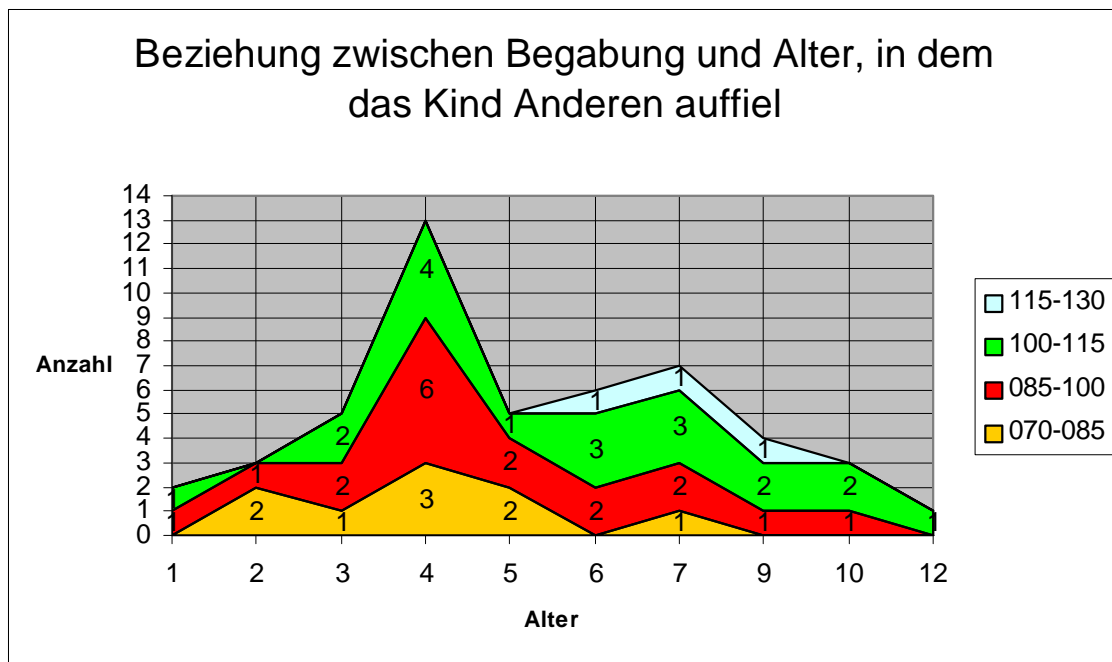


Abbildung 70 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Kind fällt anderen auf

Hier schien sich eine deutliche Tendenz hinsichtlich einer späteren Auffälligkeit bei guter Begabung zu bestätigen. Das durchschnittliche Alter, in dem die Kinder „Anderen“ auffielen, lag bei den am schwächsten begabten Kindern (IQ 70-85, N=9) bei drei Jahren und gut zehn Monaten (3,86 Jahre), bei jenen im unteren Normbereich-Segment bei (IQ 85-100, N=19) bei vier Jahren und gut zehn Monaten (4,82 Jahre). Im oberen Normbegabungsbereich (IQ 100-115, N=18) wurden die Kinder durchschnittlich mit sechs Jahren und gut einem Monat (6,12 Jahre) von „Anderen“ als auffällig wahrgenommen, bei den Kindern im überdurchschnittlichen Begabungsbereich (IQ 115-130, N=3) war das Durchschnittsalter sieben Jahre und gut sieben Monate (7,59 Jahre). (Siehe Abbildung 70)

Auch hier ergab eine Auswertung nach Diagnosen aufgeschlüsselt keine neuen Informationen.

Deutlicher und statistisch zunehmend fassbar erschien die angenommene Tendenz bei der Beziehung zwischen Begabung und Alter, in dem erstmals der Verdacht auf ein ADHS gestellt wurde. Für die Kinder im unteren Begabungs-

segment (IQ 70-85, N=10) lag hier das Durchschnittsalter bei sieben Jahren und knapp acht Monaten (7,65 Jahre), für die Kinder im unteren Normbegabungsbereich (IQ 85-100, N=19) bei sechs Jahren und gut elf Monaten (6,92 Jahre), bei den Kindern im oberen Normbegabungsbereich (IQ 100-115, N=18) bei fast neun Jahren (8,99 Jahre) und bei den Kindern im überdurchschnittlichen Begabungsbereich (IQ 115-130, N=3) bei zehn Jahren und knapp sechs Monaten (10,48 Jahre). (Siehe Abbildung 71)

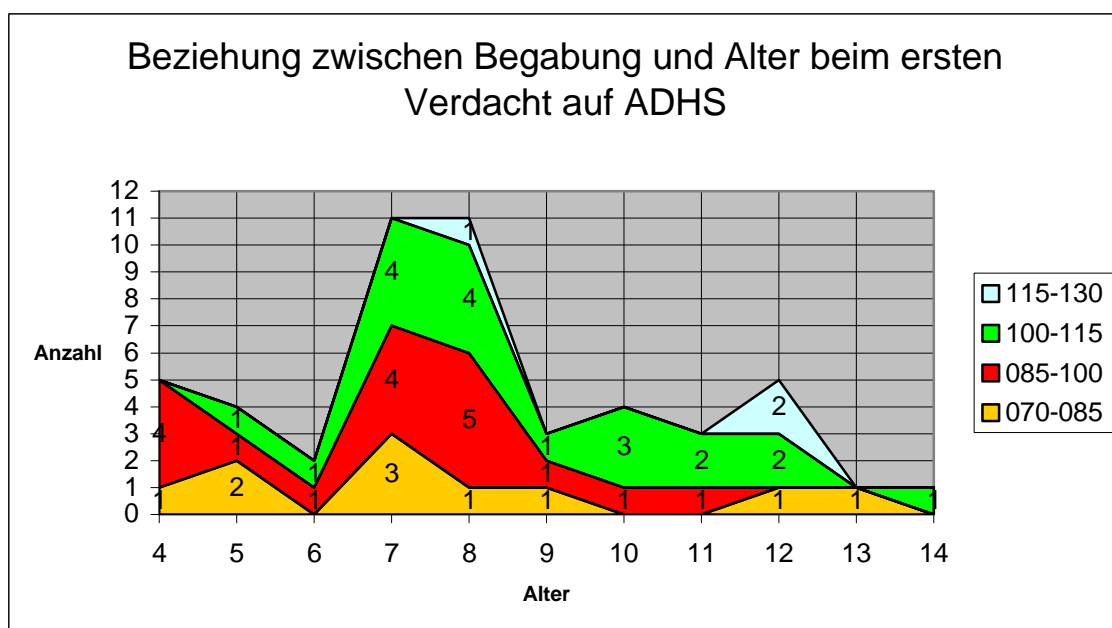


Abbildung 71 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Verdacht auf ADHS

Deutlicher wurde die Beziehung zwischen Begabung und dem Alter beim ersten Verdacht auf ADHS bei den Kindern mit der Diagnose F98.8. Hier deutete sich eine klare Beziehung an, die jedoch wegen der geringen Fallzahl wenig aussagekräftig erschien. (Siehe Abbildung 72)

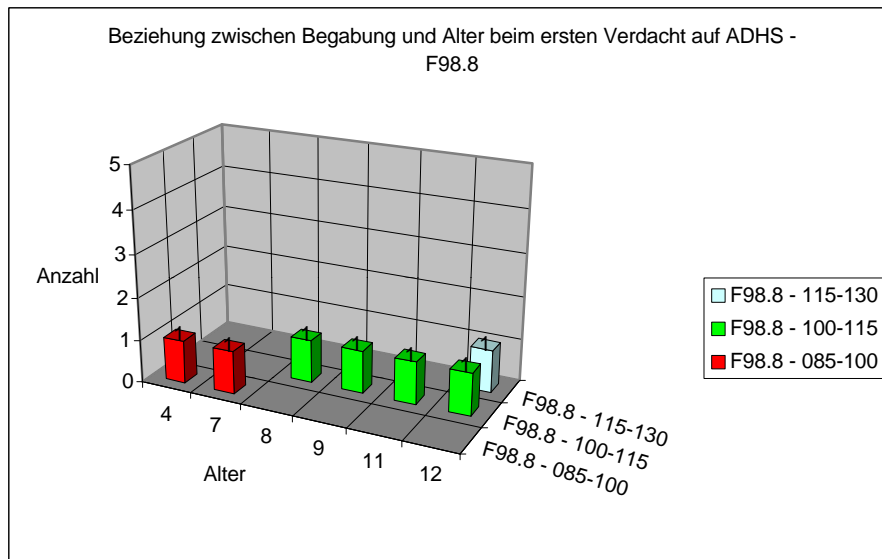


Abbildung 72 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Verdacht auf ADHS nur F98.8

In dieser Patientengruppe fanden sich keine Kinder im unterdurchschnittlichen Begabungsbereich (IQ 70-85, N=0), für zwei Kinder im unteren Normbegabungsbereich (IQ 85-100, N=2) wurde die Diagnose mit vier oder sieben Jahren gestellt, bei vier Kindern im oberen Normbegabungsbereich (IQ 100-115, N=4) wurde die Diagnose mit acht, neun, elf, oder zwölf Jahren gestellt, bei einem Kind im überdurchschnittlichen Begabungsbereich (IQ 115-130, N=1) erfolgte die Diagnosestellung erst mit zwölf Jahren. (Siehe Abbildung 72)

Etwas deutlicher zeigte sich die Tendenz im Zusammenhang zwischen den Leistungen in einem Standardintelligenztest und dem Alter bei der Diagnosestellung ADHS. Hier lag das Durchschnittsalter im unterdurchschnittlichen Begabungsbereich (IQ 70-85, N=10) bei acht Jahren und sechs Monaten (8,5 Jahre), im unteren Normbegabungsbereich (IQ 85-100, N=19) bei acht Jahren und knapp vier Monaten (8,3 Jahre), im oberen Normbegabungsbereich (IQ 100-115, N=18) bei neun Jahren und sechs Monaten (9,5 Jahre) und im Bereich der überdurchschnittlichen Begabung (IQ 115-130, N=3) bei zehn Jahren und gut neun Monaten (10,76 Jahre). (Siehe Abbildung 73)

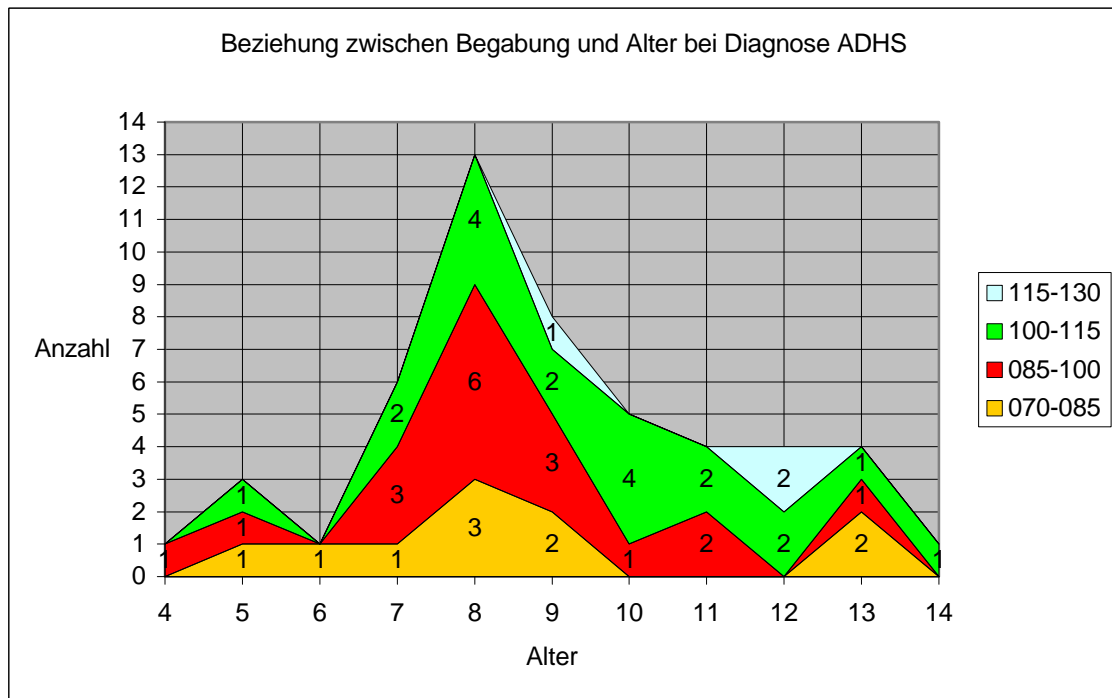


Abbildung 73 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Diagnosestellung ADHS

Auch bei Patienten mit der Diagnose F98.8 zeigte sich eine deutliche Tendenz, wobei wegen der geringen Fallzahl (insgesamt nur acht Patienten) eine sehr zurückhaltende Bewertung erfolgen musste. Auch in dieser Auswertung gab es keine Probanden im unterdurchschnittlichen Begabungsbereich, zwei der Kinder im unteren Normbegabungsbereich (IQ 85-100, N=2) werden mit sieben Jahren diagnostiziert, vier Kinder im oberen Normbegabungsbereich (IQ 100-115, N=4) werden mit neun, elf und zwölf Jahren diagnostiziert und ein Kind im überdurchschnittlichen Begabungsbereich (IQ 115-130, N=1) wird mit zwölf Jahren diagnostiziert. (Siehe Abbildung 74)

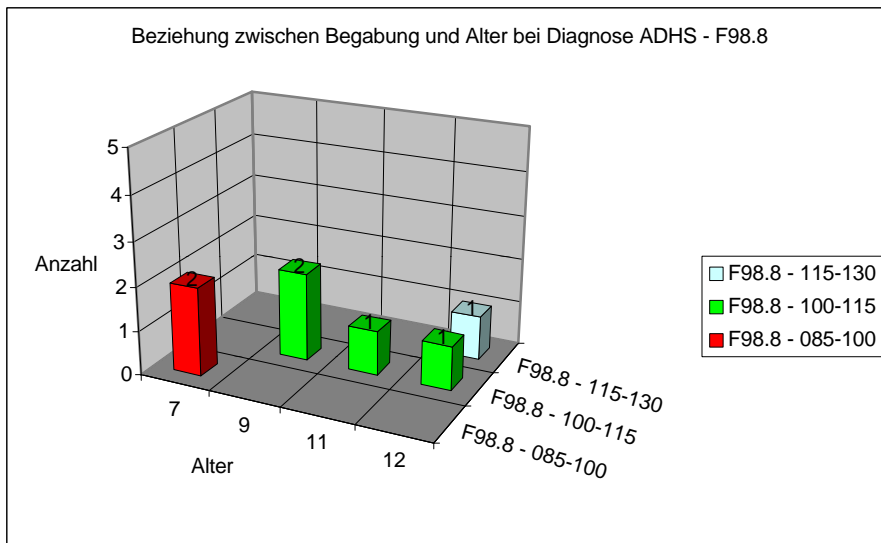


Abbildung 74 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Diagnosestellung nur F98.8

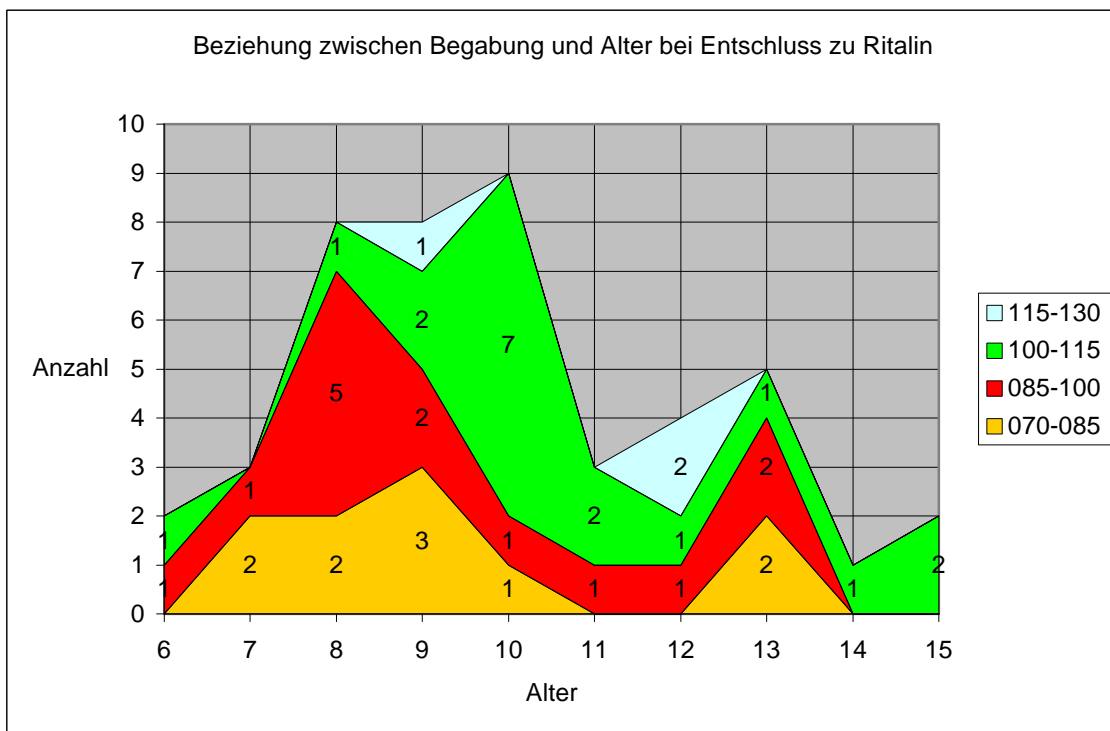


Abbildung 75 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Entschluss zur Medikation

Auch bei der Beziehung zwischen der Begabung und dem Alter in dem der Entschluss zur Stimulanzienbehandlung erfolgte wurde eine gewisse Tendenz deutlich. Im unterdurchschnittlichen Begabungssegment (IQ 70-85, N=10) lag das Durchschnittsalter bei der Entscheidung, dem Kind Stimulanzien zu geben,

bei neun Jahren und knapp zwei Monaten (9,16 Jahre), im unteren Normbegabungsbereich (IQ 85-100, N=15) bei neun Jahren und fast vier Monaten (9,32 Jahre), im oberen Normbegabungsbereich (IQ 100-115, N=17) und im sehr guten Begabungsbereich (IQ 115-130, N=3) bei zehn Jahren und gut acht Monaten (10,67 Jahre, bzw. 10,7 Jahre). (Siehe Abbildung 75)

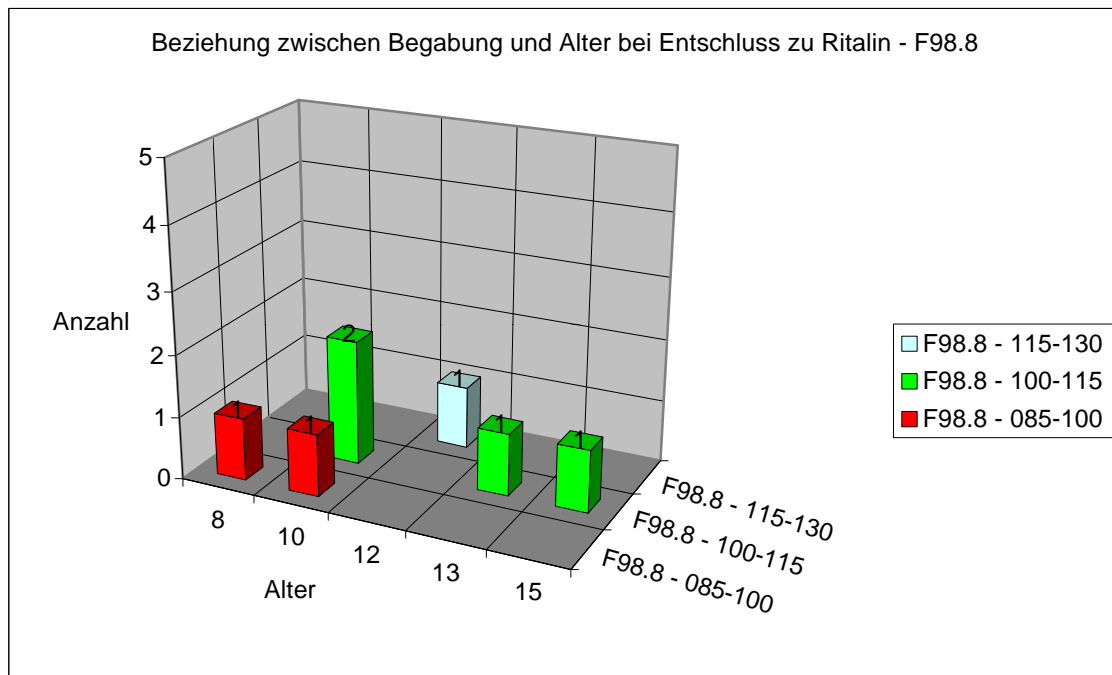


Abbildung 76 Alter/Anzahl/IQ nach Begabungsgruppen – Entschluss zu Ritalin nur F98.8

Auch hier fanden sich keine Patienten im unterdurchschnittlichen Begabungsprofil, zwei Patienten im unteren Normbegabungsbereich (IQ 85-100, N=2), die mit acht bzw. zehn Jahren erstmals Stimulanzen erhielten, vier Kinder im oberen Normbegabungsbereich (IQ 100-115, N=4), zwei davon erhielten mit zehn Jahren erstmals Stimulanzen, eines mit dreizehn und ein Jugendlicher mit fünfzehn Jahren. Der einzige Proband im Bereich der überdurchschnittlichen Begabung (IQ 115-130, N=1) wurde im Alter von zwölf Jahren erstmals mit Stimulanzen behandelt. (Siehe Abbildung 76)

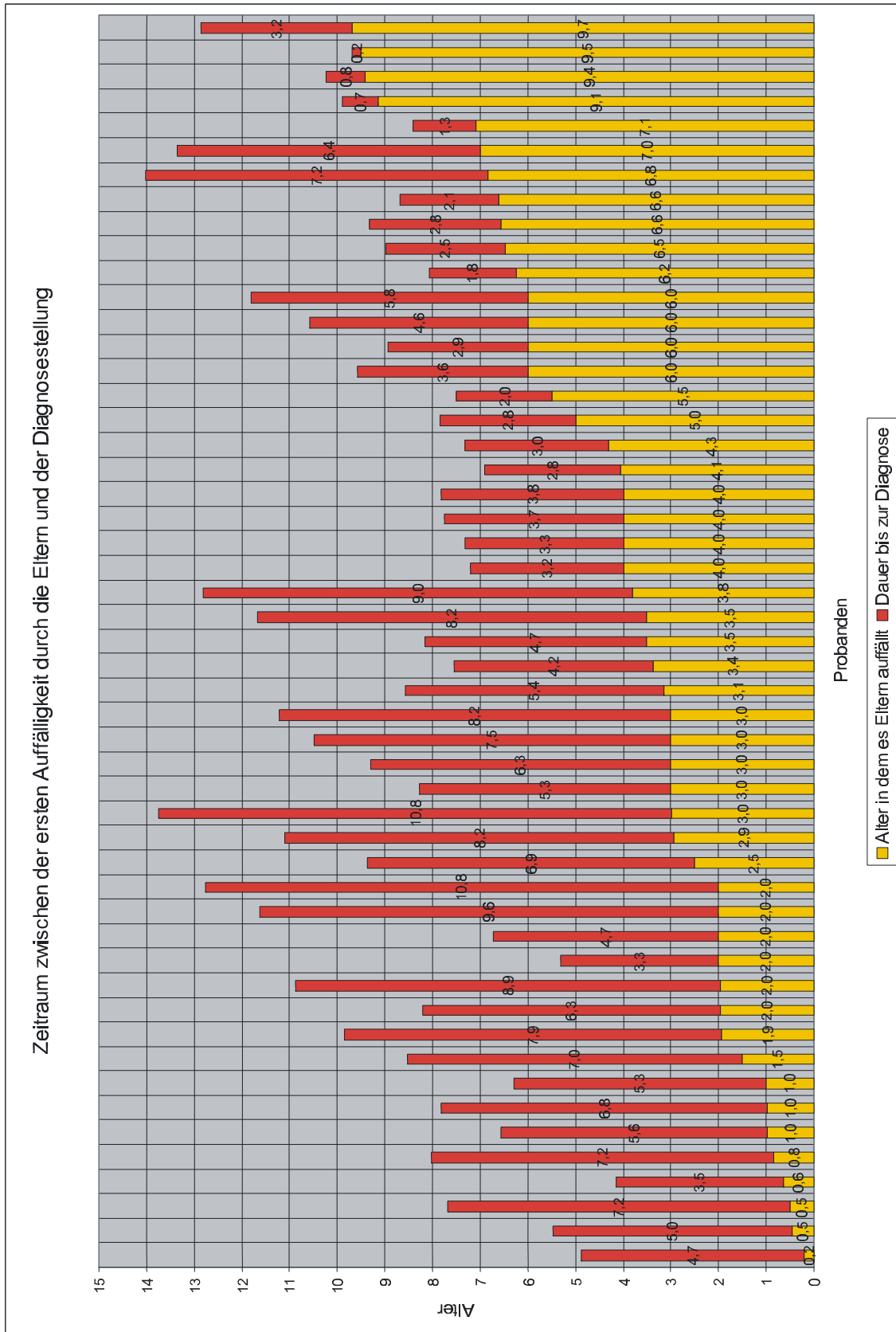


Abbildung 77 Alter/Anzahl – Differenz zwischen erster Auffälligkeit und Diagnosestellung

4.6.4. Eltern bemerken die Störung in der Regel sehr früh (manchmal schon im Säuglingsalter, oft vor dem Kindergartenalter)!

In der Übersicht aller Patienten wurde deutlich, dass zwischen dem Zeitpunkt, in dem die Eltern ihr Kind erstmals als „anders“ erlebten und dem Zeitpunkt, zu dem die Diagnose gestellt wurde, Jahre vergehen. Das Maximum lag bei zehn Jahren und knapp zehn Monaten (10,8 Jahre), das Minimum bei gut zwei Monaten (0,2 Jahre). Durchschnittlich vergingen fünf Jahre (5,0 Jahre), ehe es zu einer Diagnosestellung kam. (Siehe Abbildung 77)

Bei der Aufschlüsselung nach den einzelnen Diagnosen – F90.0, F90.1. und F98.8 – wurde wiederum der diskrete Trend bestätigt, dass bei Kindern, die sozial eher als störend erlebt wurden, sowohl die Eltern das Auffälligsein früher erkannten, als auch eine frühere Diagnosestellung erfolgte. Hierbei lag bei Patienten mit der Diagnose F90.0 die durchschnittliche Zeitspanne bis die Eltern das Anderssein der Kinder erkannten bei vier Jahren und knapp fünf Monaten (4,4 Jahre), die durchschnittliche Zeit, die verging, bis die Diagnose (F90.0) gestellt wurde, lag bei vier Jahren und gut sieben Monaten (4,6 Jahre), d.h. in dieser Patientengruppe wird die Diagnose im Durchschnitt mit neun Jahren gestellt. (Siehe Abbildung 78) Bei Patienten mit der Diagnose F90.1 lag die durchschnittliche Zeitspanne bis die Eltern das Anderssein der Kinder erkannten bei einem Jahr und knapp elf Monaten (1,9 Jahre), die durchschnittliche Zeit, die verging, bis die Diagnose (F90.1) gestellt wurde, lag bei sieben Jahren und gut einem Monat (7,1 Jahre), d.h. in dieser Patientengruppe wird die Diagnose im Durchschnitt ebenfalls mit neun Jahren gestellt. (Siehe Abbildung 79)

Bei den Patienten mit der Diagnose F98.8 erkannten die Eltern im Durchschnitt mit vier Jahren und knapp vier Monaten (4,3 Jahre), dass ihr Kind anders ist als andere Kinder. Es vergingen dann durchschnittlich weitere fünf Jahre und gut zwei Monate (5,2 Jahre) bis es zur Diagnosestellung kam. Die Kinder waren durchschnittlich neun Jahre und sechs Monate (9,5 Jahre) bei der Diagnosestellung (F98.8). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch die geringe Fallzahl von nur sechs Kindern mit der Diagnose F90.1 und sieben Kindern mit der Diagnose F98.8 berücksichtigt werden. (Siehe Abbildung 80)

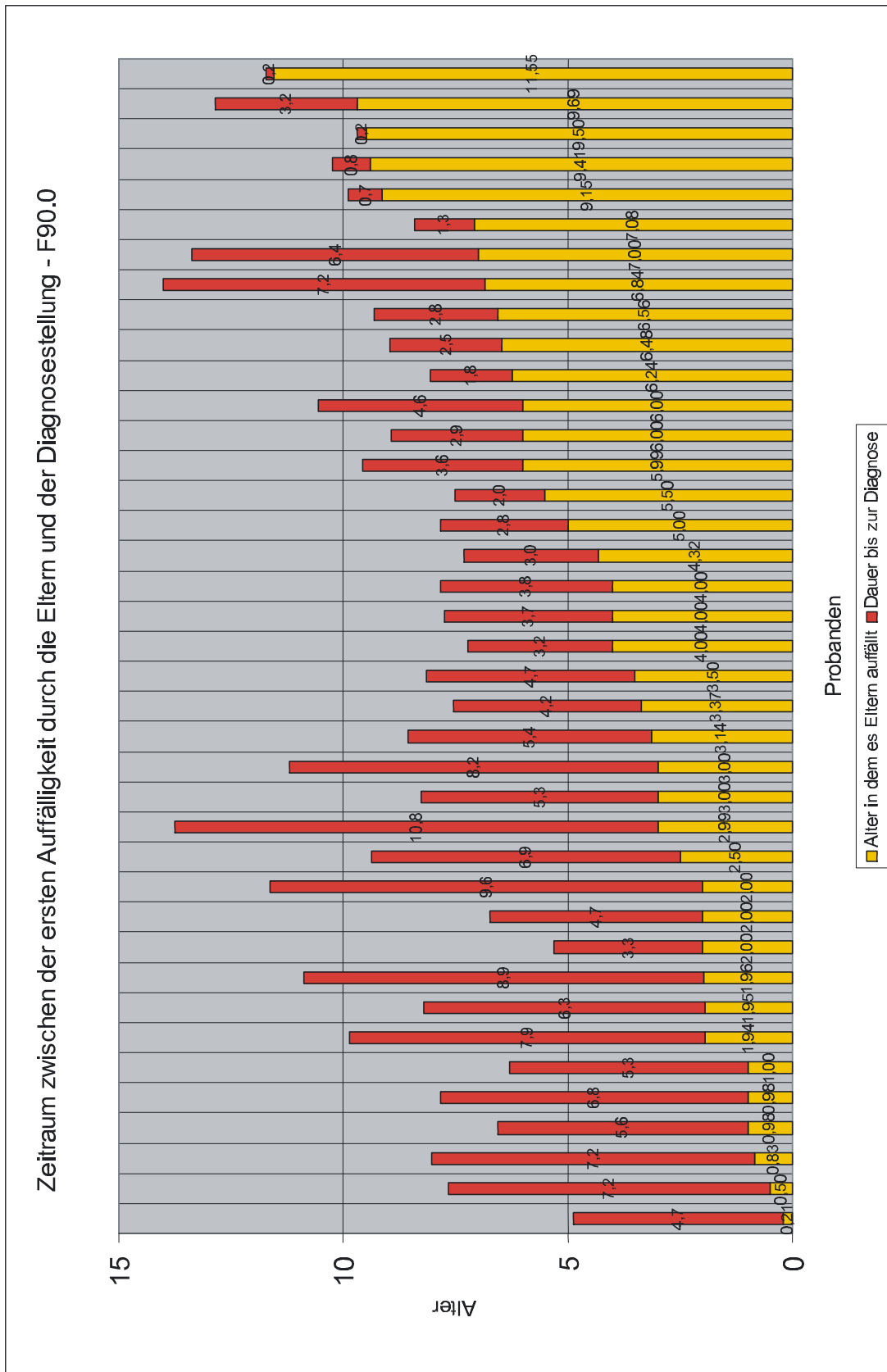


Abbildung 78 Alter/Anzahl – Differenz erster Auffälligkeit und Diagnosestellung nur F90.0

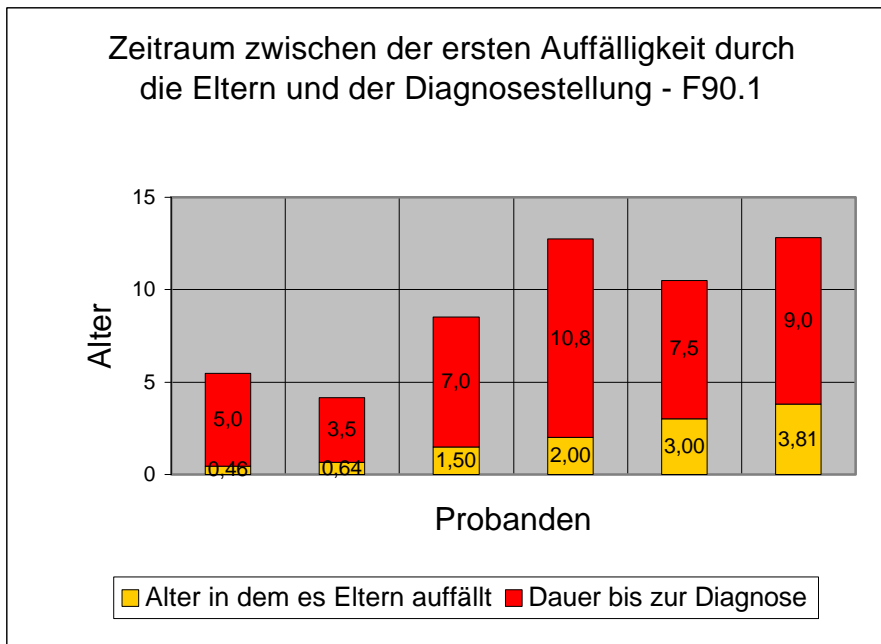


Abbildung 79 Altersdifferenz erste Auffälligkeit und Diagnosestellung nur F90.1

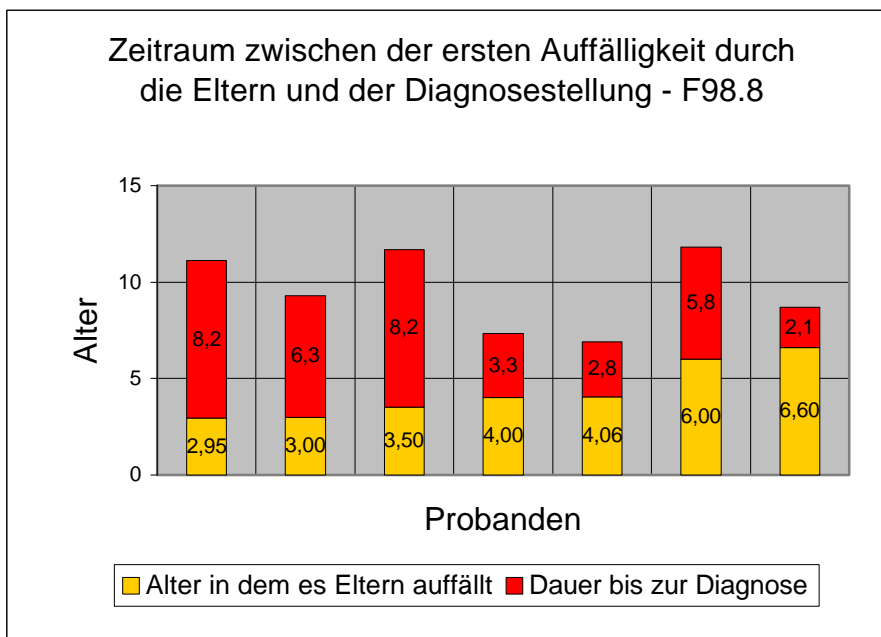


Abbildung 80 Altersdifferenz erste Auffälligkeit und Diagnosestellung nur F98.8

Ein Vergleich der Zeitpunkte, zu denen das Kind den Eltern erstmals auffiel mit jenen der Erstverordnung mit Stimulanzien, brachte lediglich in der Aufschlüsselung nach Diagnosen (F90.1 und F98.8) weiterführende Informationen. Hier wurde deutlich, dass bei Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens schon durchschnittlich ca. sechs Monate nach der Diagnosestellung eine Einstellung

auf Stimulanzien erfolgte, während bei Kindern mit einer nicht hyperaktiven Aufmerksamkeitsstörung durchschnittlich über ein Jahr verging, bevor Stimulanzien eingesetzt wurden. Wie bereits oben erklärt, mussten auch hier als Einschränkung die geringen Fallzahlen Berücksichtigung finden. (Siehe Abbildungen 81 und 82)

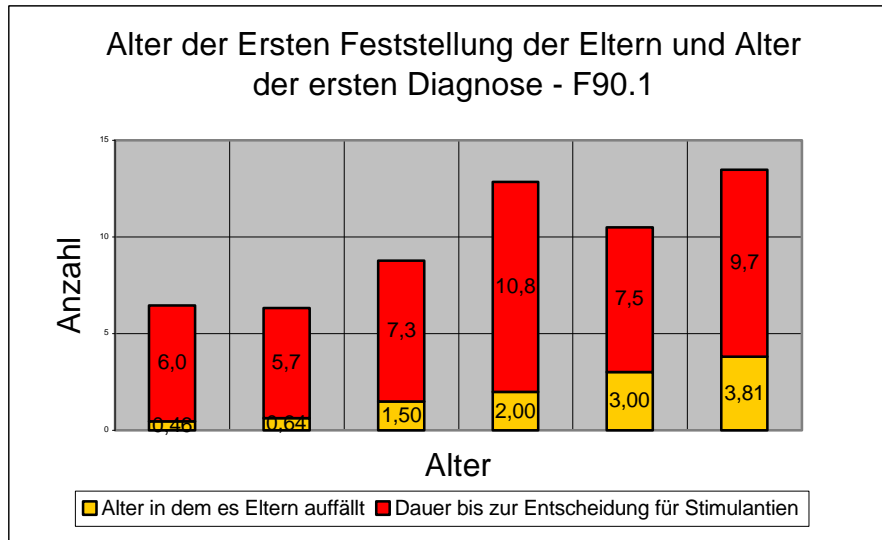


Abbildung 81 Altersdifferenz erste Auffälligkeit und Behandlungsentscheidung nur F90.1

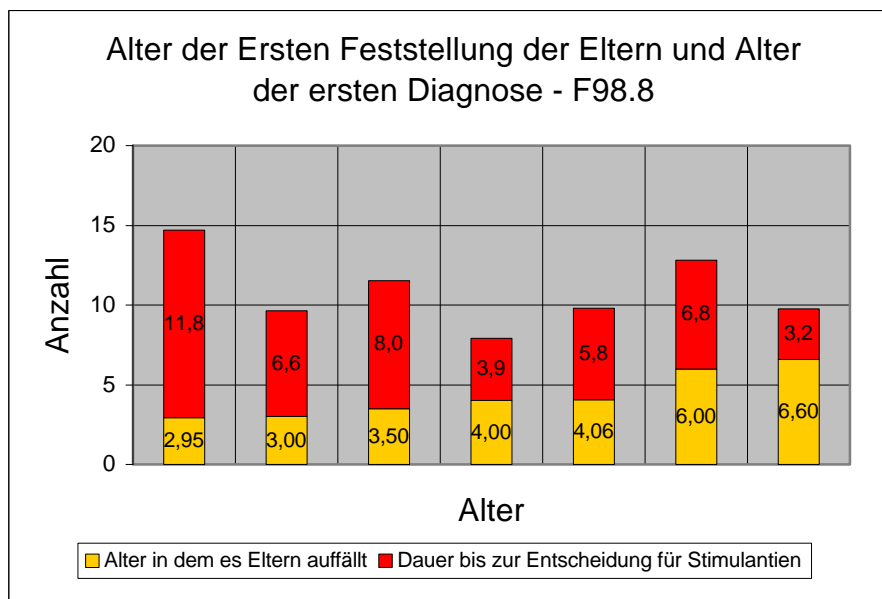


Abbildung 82 Altersdifferenz erste Auffälligkeit und Behandlungsentscheidung nur F98.8

4.6.5. Erzieherinnen (Kindergarten) und Klassenlehrer (Grundschule) machen nicht selten die Eltern auf Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen der Kinder aufmerksam!

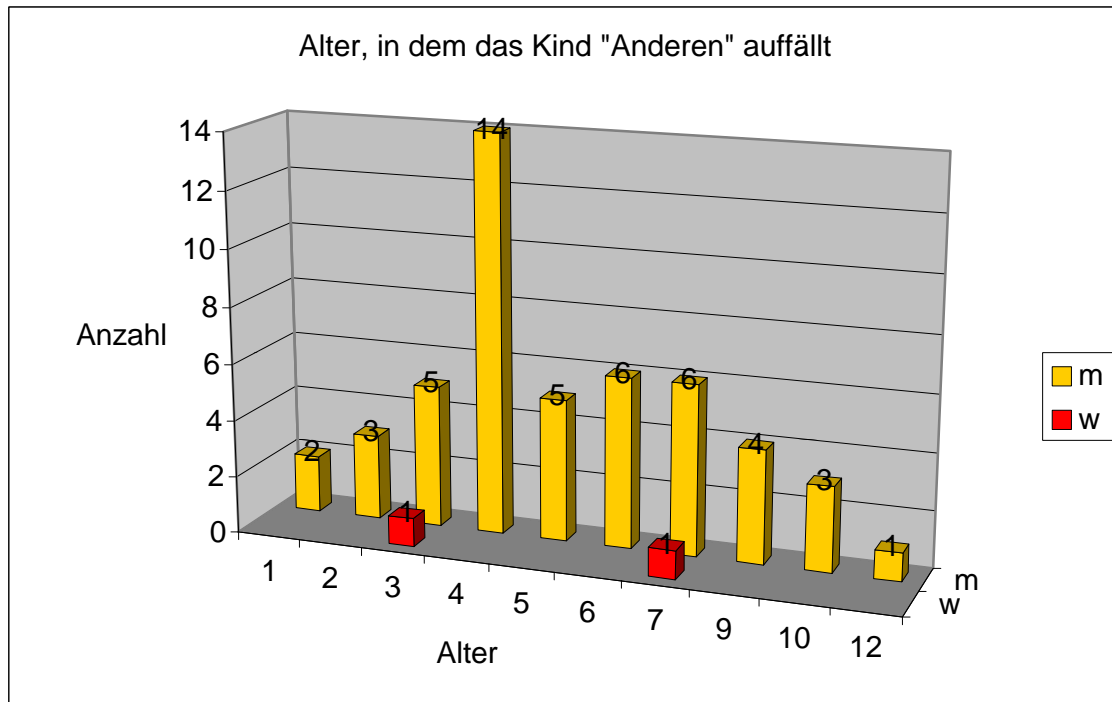


Abbildung 83 Alter/Anzahl der auffälligen Kinder – nach Geschlecht getrennt

Die Altersangaben wurden auf volle Zahlenwerte gerundet. Zwei der Kinder fielen zwischen der zweiten Hälfte des ersten und der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres, drei Kinder zwischen der zweiten Hälfte des zweiten und der ersten des dritten Lebensjahres, usw. auf. Auf eines der Kinder wurden die Eltern nie von Anderen wegen seines Verhaltens aufmerksam gemacht. (Siehe Abbildungen 83 und 84)

Im ersten Lebensjahr waren es in erster Regel nahe Familienangehörige, wie Großmutter und Tante, denen die Kinder auffielen und die die Eltern ansprachen. Eines der Kinder fiel in der ehemaligen DDR im Kinderhort massiv auf. Im zweiten Lebensjahr wies in einem Fall ein Kinderarzt auf die Auffälligkeiten eines Kindes hin. In einem Fall empfahl der Kindergarten mit Verdacht auf eine Entwicklungsverzögerung eine Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum.

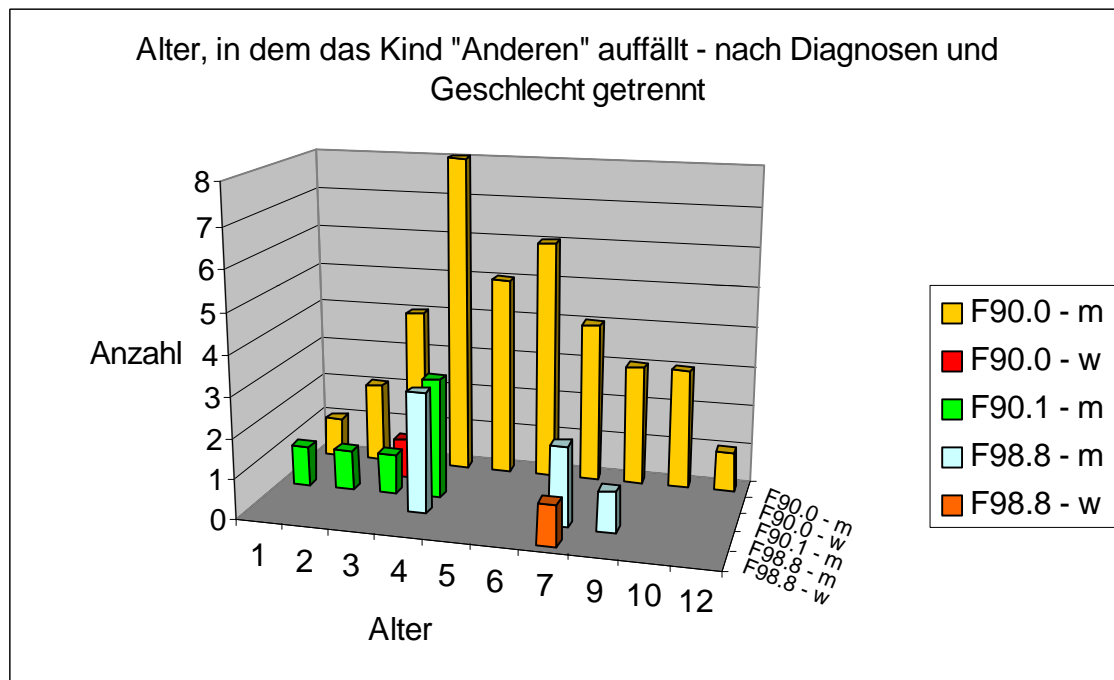


Abbildung 84 Alter/Anzahl der auffälligen Kinder – nach Diagnosen und Geschlecht getrennt

Bei den Dreijährigen dominierten Klagen aus dem Kindergarten, ein Kind (F90.1) musste wegen massiver Verhaltensprobleme in den Sozialpädagogischen Kindergarten (Sokiga) wechseln. Auffälligkeiten in der Gruppensituation wurden beschrieben, Formulierungen wie „Außenseiter“, „extrem ablenkbar“, „Störenfried“ und Hinweise auf deutliche Konzentrationsprobleme wurden genannt. Aggressiv-expansives Verhalten („Muss den Clown machen“, „muss im Mittelpunkt stehen,“) beschrieb der Kindergarten. Ein Junge mit der Diagnose Asperger Autismus fiel hier wegen massiver Verhaltensprobleme auf. Das einzige Mädchen mit der Diagnose F90.0 wurde durch große Unruhe, insgesamt störendes Verhalten und ständiges im Mittelpunkt stehen müssen auffällig.

Die beschriebenen Auffälligkeiten hatten im vierten Lebensjahr einen Altersgipfel. Bei vierzehn der untersuchten Patienten werden die Eltern von Anderen, meist vom Kindergarten, auf das Verhalten ihrer Kinder aufmerksam gemacht. Alle Kinder mit der Diagnose F90.1 waren bis zu diesem Alter hinsichtlich ihres Verhaltens so auffällig, dass die Eltern daraufhin angesprochen wurden.

Im letzten Kindergartenjahr fielen vergleichsweise wenige Kinder neu auf, bei einigen waren die Formulierungen jedoch besorgniserregend. Bei zweien der Kinder drohte kurz vor dem Wechsel in die Grundschule noch ein Ausschluss aus dem Kindergarten.

Bei den Sechsjährigen dominierten Probleme mit der Einschulung und erste Schwierigkeiten in der Schule, große körperliche Unruhe, Probleme in der Verhaltenssteuerung und geringe Frustrationstoleranz wurden beschrieben.

Bei den Siebenjährigen wurden vergleichbare Angaben gemacht. Das zweite Mädchen fiel hier bei einer F98.8-Diagnose bereits durch sozialen Rückzug und eher depressiv imponierende Verhaltensweisen auf. Bei einem Jungen mit einer F98.8-Diagnose fielen vor allen Dingen Konzentrationsprobleme und Tempoprobleme auf. Ein weiterer Junge mit F98.8 fiel durch seine extreme Ablenkbarkeit und Störbarkeit auf, wobei die Eltern zunächst dachten, dass die Klassenlehrerin überfordert sei und ihr Kind wegen zu großer Unruhe in der Klasse Konzentrationsprobleme hätte.

Bei den folgenden wenigen Kindern, die erst gegen Ende der Grundschulzeit oder am Anfang der Sekundarstufe auffielen, wurden neben Leitungsumsetzungsproblemen wiederum große Unruhe („spielt den Klassenclown“) oder sozialer Rückzug genannt. In einem Fall äußerte die Lehrerin bei einem Neunjährigen bereits einen Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung. Ein zweiter Junge mit der Diagnose F98.8 fiel insbesondere durch Konzentrationsstörungen, massive Tempoprobleme und „bummeln“ bei für ihn uninteressanten Aufgaben, sowie ständiges „Zuspätkommen“ auf. Die Klassenlehrerin habe damals bei dem sehr gut begabten Jungen eine Teilleistungsstörung vermutet, die letztlich nicht bestätigt werden konnte. Ein einziger Junge mit sehr gutem Begaubungspotential fällt erst als Zwölfjähriger durch seine extreme motorische Unruhe dem Klassenlehrer auf.

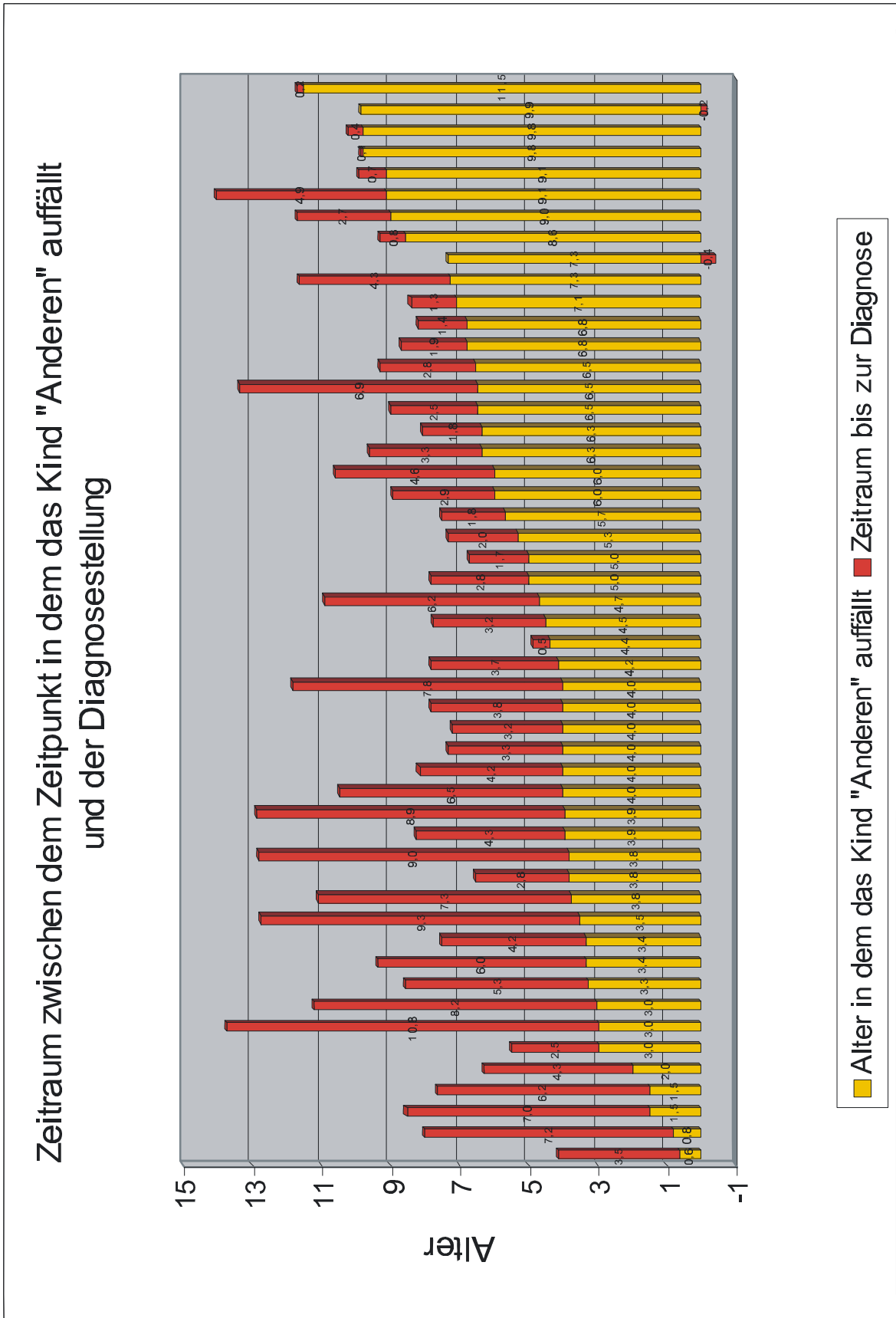


Abbildung 85 Zeitdifferenz zwischen Auffälligkeit und Diagnosestellung

Durchschnittlich vergingen fast vier Jahre (3,93 Jahre) zwischen dem Zeitpunkt, in dem Kinder mit Symptomen einer ADHS anderen auffielen, und der Diagnosestellung. In zwei Fällen erfolgte die Diagnosestellung bevor die Eltern von anderen auf das Verhalten der Kinder aufmerksam gemacht wurden. (Siehe Abbildung 85)

4.6.6. Eltern stellen die Kinder oft schon früh und nicht selten wiederholt wegen Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörung beim Kinder- oder Hausarzt vor!

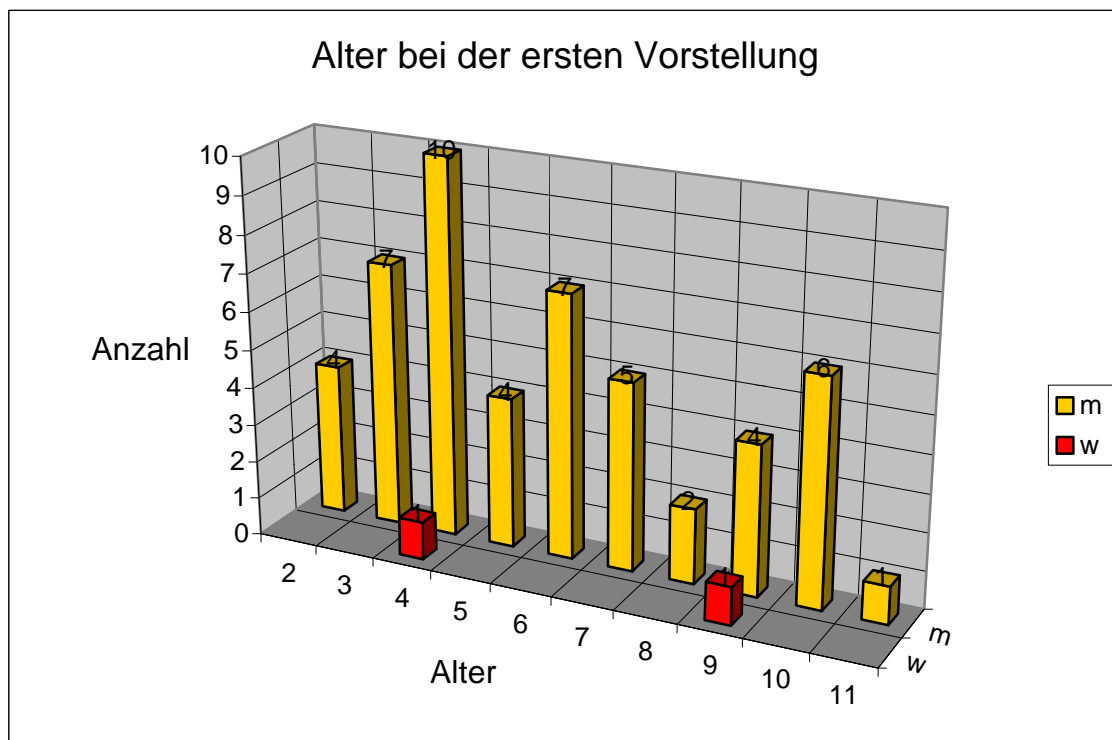


Abbildung 86 Alter/Anzahl der Kinder bei erster Vorstellung – nach Geschlecht getrennt

Die Altersangaben wurden wiederum gerundet. Vier der Kinder wurden um das zweite Lebensjahr, sieben Kinder um das dritte Lebensjahr, zehn, davon eines der Mädchen, um das vierte Lebensjahr von ihren Eltern vorgestellt. Vier der Kinder wurden um das fünfte Lebensjahr, sieben Kinder um das sechste, fünf Kinder um das siebte, zwei Kinder um das achte, fünf Kinder, davon eines der Mädchen, um das neunte Lebensjahr von ihren Eltern vorgestellt. Sechs der

Kinder wurden im zehnten Lebensjahr und ein Kind im elften Lebensjahr beim Kinderarzt oder einer Beratungsstelle vorgestellt.

Bei den Kindern, die im Vorschulalter vorgestellt wurden, dominierten eindeutig die Kinderärzte. In einem ländlichen Einzugsgebiet ohne kinderärztliche Praxis erfolgte die Vorstellung beim Hausarzt, ein Kind wurde in einem Sozialpädiatrischen Zentrum außerhalb des Landkreises (Konstanz) vorgestellt, sieben der Kinder wurden in einer Psychologischen Beratungsstelle vorgestellt. Das einzige Mädchen sah ein Kinderarzt. Ein Junge wurde vom Kinderarzt an unser Sozialpädiatrisches Zentrum verwiesen, wo der Verdacht auf das Vorliegen einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung (F 84.5) geäußert wurde.

Im Grundschulalter dominierten ebenfalls die Kinderärzte, eines der Kinder wurde direkt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, eines der Kinder beim Kooperationslehrer der Schulpsychologischen Beratungsstelle, zwei Kinder bei Hausärzten, ein Kind direkt in meiner Praxis, zwei Kinder in der Psychologischen Beratungsstelle (Beratungsstelle für Kinder, Eltern und Jugendliche des Landkreises Lörrach). Das einzige Mädchen wurde im Zusammenhang mit der Diagnostik des Bruders (ADHS) direkt bei einer verhaltenstherapeutisch orientierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vorgestellt, in deren Behandlung sich der Bruder befand.

Ein Junge wird erst mit elf Jahren wegen seines Verhaltens dem Kinderarzt vorgestellt. (Siehe Abbildung 86)

Durchschnittlich vergingen ein Jahr und gut acht Monate (1,67 Jahre) bevor Eltern ihr Kind erstmals wegen beobachteter Symptome eines ADHS beim Kinderarzt vorstellten. (Siehe Abbildung 87)

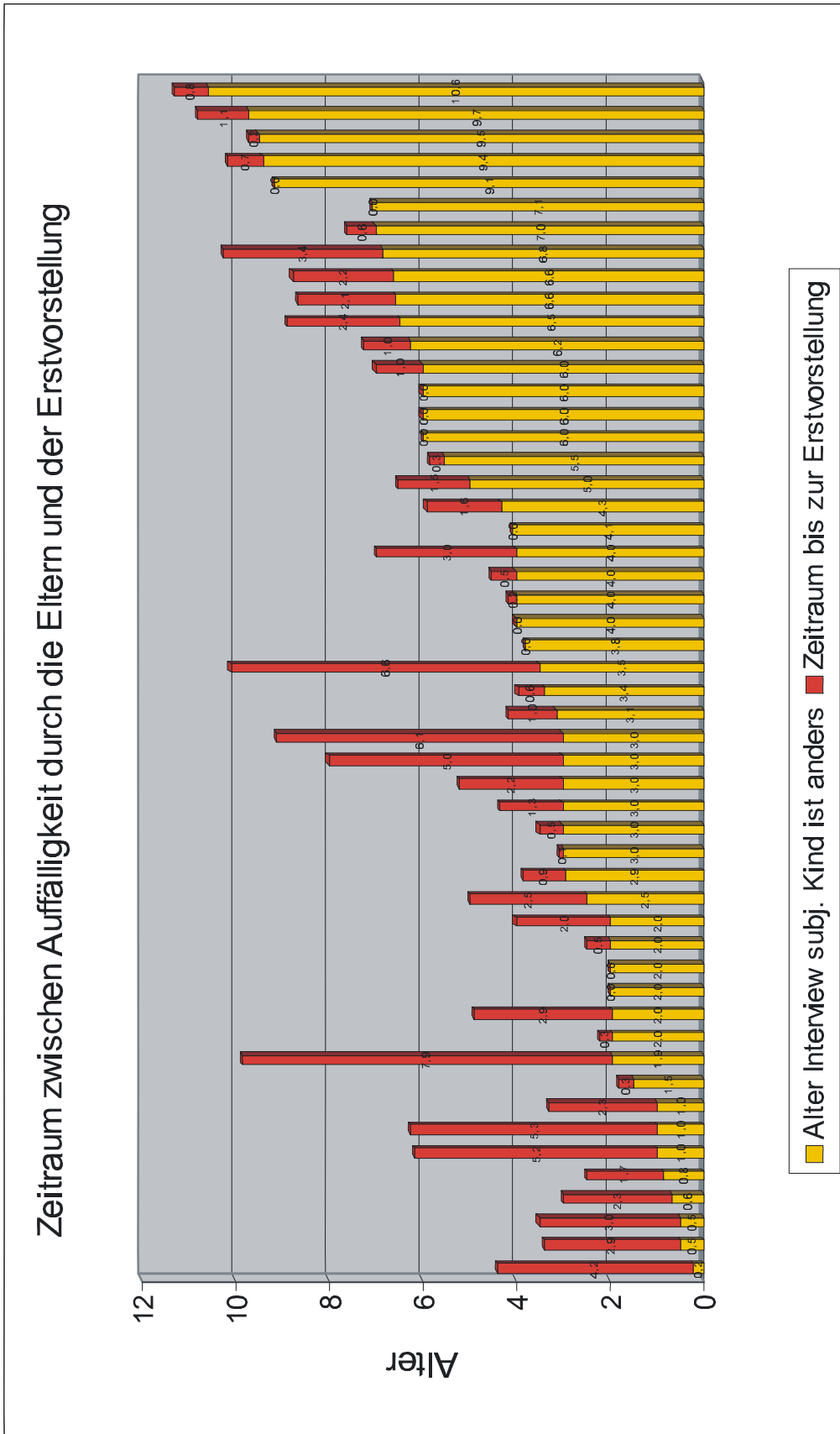


Abbildung 87 Zeitdifferenz zwischen Auffälligkeit und erster Vorstellung

4.6.7. Kinder- und Hausärzte leiten in der Regel zunächst keine weitere Diagnostik ein, machen nicht selten die Mütter für die zu beobachtenden Phänomene verantwortlich, erklären, dass sich das Verhalten ohne weitere Therapie bessern würde („lebhaftes Kind, wächst sich aus“)!

Bei den Vorschulkindern dominierten Hinweise, die Mutter sei überempfindlich, es sei eben ein lebhaftes Kind, es sei keine weitere Diagnostik erforderlich, die weitere Entwicklung solle abgewartet werden, es handle sich um kein Hyperkinetisches Syndrom (HKS), sondern eher um ein pädagogisches Problem. Zum Teil wurde eine gewisse motorische Unruhe attestiert und eine weitere Beobachtung angeraten. Bei einem Kind wurden Trennungsängste angenommen.

Das einzige Mädchen wurde bei einem niedergelassenen Arzt für Psychotherapie über vier Jahre behandelt. Bei einem Kind wurde Ergotherapie empfohlen, später die Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater angeraten. Eines der Kinder erhielt Logopädie. Bei einem weiteren Kind wurde zunächst auch ein pädagogisches Problem angenommen, später „MCD“ diagnostiziert und eine Spieltherapie bei einem Psychotherapeuten empfohlen.

Ein Kind erhielt nach einer Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum sowohl Logopädie als auch Ergotherapie und besuchte erfolgreich die Grundschulförderklasse. Ein Kind wurde bei der Psychologischen Beratungsstelle vorgestellt, anschließend zu einer verhaltenstherapeutisch orientierten Kinder-Psychotherapeutin zur weiteren Diagnostik vermittelt. Bei einem weiteren Kind wurde ebenfalls Spieltherapie empfohlen. Bei einem Kind wurde die Annahme geäußert, die Störung sei Folge eines zu intensiven Stuhltrainings. Ein Kind erhielt wegen einer zusätzlich bestehenden Enkopresis ein Jahr Spieltherapie. Einem Kind wurde Ergotherapie verordnet, auf eigene Initiative stellte die Familie den Jungen darüber hinaus in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Basel vor, dort sei keine hyperaktive Störung festgestellt worden. Zwei weitere Kinder wurden zur Diagnostik an unser Sozialpädiatrisches Zentrum verwiesen und erhielten Lo-

gopädie und Ergotherapie. Bei einem Kind wurde im Alter von knapp zwei Jahren eine „frühe Störung“ angenommen und eine analytisch orientierte Spieltherapie empfohlen.

Bei den Grundschulkindern dominierten ebenfalls die Einschätzungen, es handle sich lediglich um lebhaftere Kinder, eine weitere Diagnostik sei deshalb nicht erforderlich. Ein Kind wurde stationär in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen, bei zehn Kindern erfolgte eine weitere testpsychologische Abklärung, eines der Kinder wurde stationär in unserer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin aufgenommen. Eines der Kinder wurde nach einer Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum, bei der bereits der Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung gestellt wurde, mit dem Verdacht auf eine reaktiv-depressive Symptomatik mit Suizidideen als Notfall in meiner Praxis vorgestellt. Ein dreijähriger Junge wurde mit dem Verdacht auf Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen und dem Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung zur psychologischen Testung an eine Psychotherapeutin verwiesen.

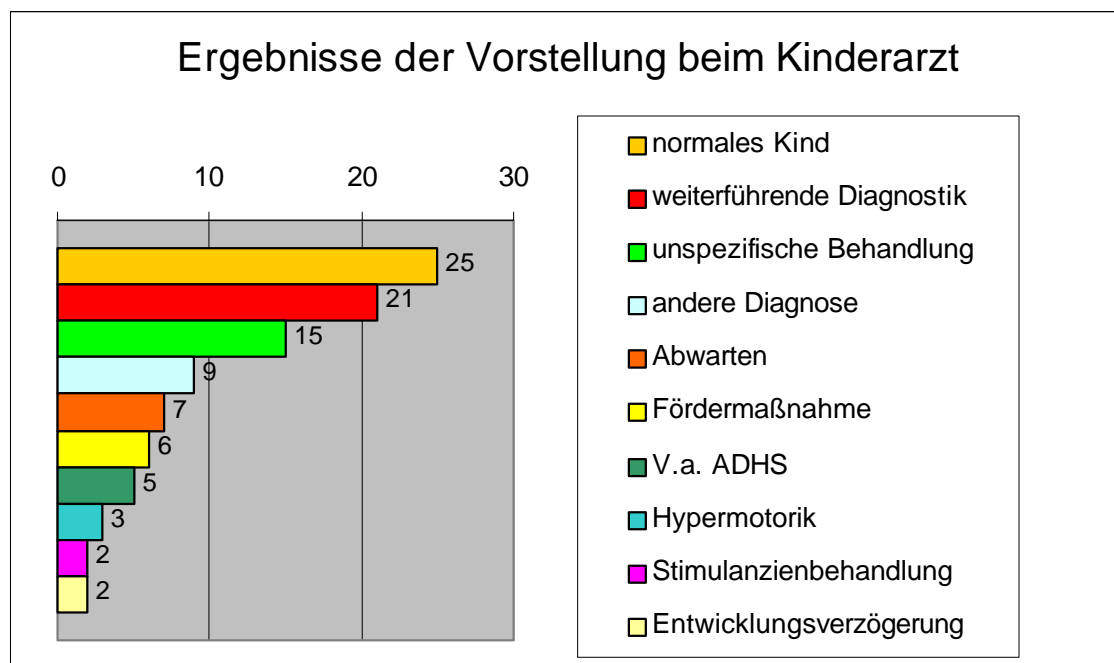


Abbildung 88 Antworten nach Häufigkeiten

In 25 Fällen erhielten die Eltern die Auskunft es handle sich um ein vollkommen normales Kind, 21 Eltern wurde eine weiterführende Diagnostik empfohlen, in fünfzehn Fällen wurden unterschiedliche unspezifische Behandlungsmaßnahmen (Ergotherapie, Logopädie, Mototherapie, Spieltherapie, usw.) eingeleitet. Neun Patienten erhielten eine andere Diagnose (Spezifische emotionale Störung mit Trennungsangst / Schulphobie (N=2), kein HKS (N=2), Wahrnehmungsverarbeitungsstörung, „frühe Störung“, Enkopresis, Somatisierungsstörung, leichte Störung der Grobmotorik). In sieben Fällen sollte zunächst die weitere Entwicklung abgewartet werden. Sechs Kinder erhielten Fördermaßnahmen (Sozialpädagogischer Kindergarten, Förderschule für Lernbehinderte, Grundschulförderklasse, Schule für Erziehungshilfe, Hort). Bei fünf Kindern wurde ein Verdacht auf ADHS gestellt. Bei drei Kindern wurde eine Hypermotorik gesehen, bei zwei Kinder direkt eine Stimulanzienbehandlung empfohlen. Zwei der Kinder wurden als entwicklungsverzögert eingestuft. (Siehe Abbildung 88)

Durchschnittlich vergingen drei Jahre und fast vier Monate (3,31 Jahre) zwischen der ersten Vorstellung des Kindes und der Diagnosestellung ADHS, lediglich bei einem Kind wird die Diagnose im Rahmen dieser ersten Vorstellung gestellt. Bei einem Kind erst nach zehn Jahren und acht Monaten (10,67 Jahre). (Siehe Abbildung 89)

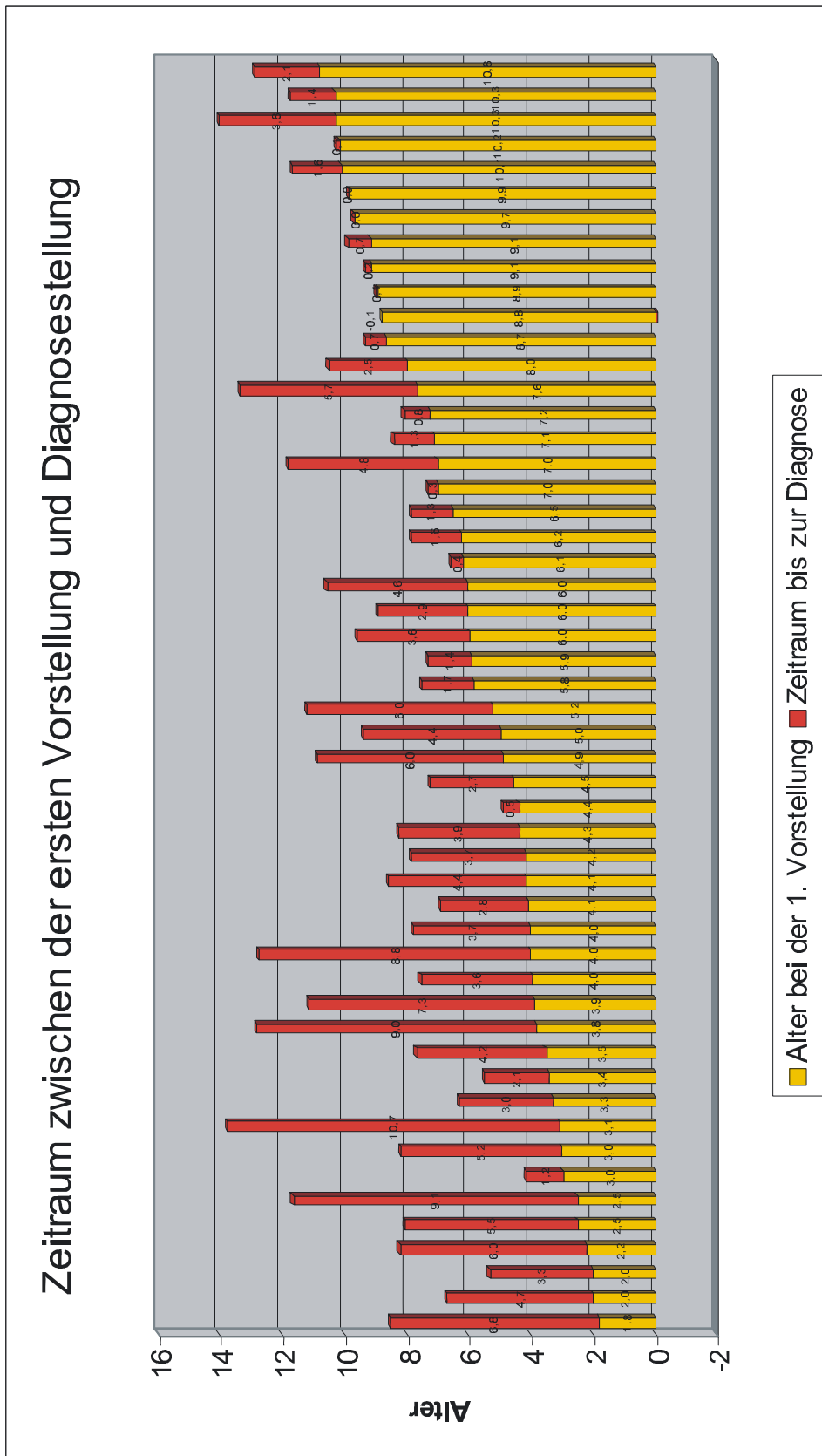


Abbildung 89 Zeitdifferenz zwischen erster Auffälligkeit und Diagnosestellung

4.6.8. Eltern sehen sich, wenn sie sich schließlich für eine Stimulanzienbehandlung ihres Kindes entscheiden, nicht selten mit Vorwürfen und Vorurteilen aus dem familiären Umfeld (Onkel, Tante, Großeltern, Freunde und Bekannte) und auch seitens der Lehrer konfrontiert („Ruhigstellen“, „Süchtigmachen“ der Kinder)!

Die Frage nach Kritik bejahten 33 der Eltern. Sechs Eltern nannten Bekannte und Angehörige als Quelle dieser Kritik, vier die Lehrer des Kindes und ebenfalls vier den Haus- oder Kinderarzt. Zehn der Eltern gaben an, keine Kritik an ihrer Entscheidung in ihrer Umgebung wahrgenommen zu haben.

Von den befragten Eltern beantworteten siebzehn die Frage: „Wurden Ihnen Vorwürfe gemacht Sie gäben Ihrem Kind „Drogen“, trieben es damit in eine Medikamentenabhängigkeit, es würde dadurch nur ruhig gestellt, etc.?“ mit „nein“, 22 der Eltern mit „ja“. In einem Fall war von einem Lehrer lediglich von „ruhigstellen“ gesprochen worden. Bei vier Kindern wurden hierzu keine Angaben gemacht, sieben Kinder bekamen zum Zeitpunkt der Frage keine Stimulanzien.

In elf Fällen waren Angehörige diejenigen, die den Vorwurf, das Kind „drogenabhängig“ zu machen, äußerten, wobei hier häufig die Großeltern, aber auch die Väter, Onkel oder Tanten genannt wurden. In neun Fällen waren es Bekannte, die diese Vorwürfe machten, wobei diese zum Teil von den Eltern als Fachkräfte wahrgenommen wurden (Krankenschwester, Arzthelferin, Pädagogen, Erzieher). In einem Fall kam die Kritik vom Kinderarzt, in einem Fall durch Mitschüler – „...du nimmst Drogen...“. Einer der Pädagogen (Klassenlehrer), der den Eltern entsprechende Vorwürfe gemacht hatte, hätte den Eltern gegenüber gedroht: „...dass, sollte das Kind unter Ritalin® die Schule besuchen, er es aus dem Unterricht werfen werde. Er dulde keine Drogen bei seinen Schülern.“

4.6.9. Die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, Diagnostiktermine oder spezifische therapeutische Angebote sind oft mit erheblichen Wartezeiten verbunden!

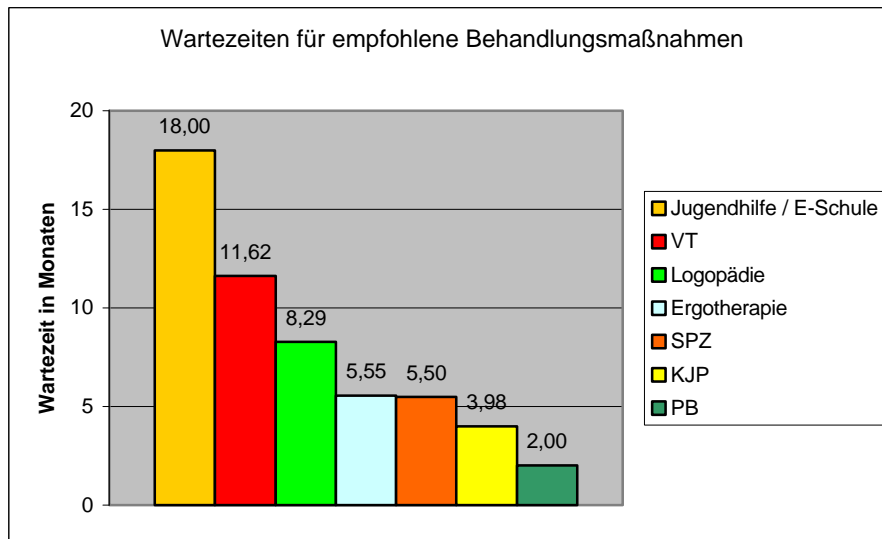


Abbildung 90 Wartezeiten in Monaten für die einzelnen Maßnahmen (VT= Verhaltenstherapie, SPZ= Sozialpädiatrisches Zentrum, KJP= Kinder- und Jugendpsychiater, PB= Psychologische Beratungsstelle)

Die längsten Wartezeiten entstanden im Zusammenhang mit dem angestrebten Wechsel in eine Schule für Erziehungshilfe oder einer teil- oder vollstationären Jugendhilfemaßnahme. Hier vergingen durchschnittlich achtzehn Monate bevor eine als notwendig erachtete Maßnahme umgesetzt wurde. Durchschnittlich fast ein Jahr (11,62 Monate) verging, bis ein Platz in einer verhaltenstherapeutischen Praxis zur Verfügung stand. Gut acht Monate (8,29 Monate) durchschnittliche Wartezeit ergaben sich für eine Behandlung im Rahmen der Logopädie, fast sechs Monate (5,55 Monate) für einen Behandlungsplatz bei einem Ergotherapeuten oder bis zur Erstvorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (5,5 Monate). Fast vier Monate (3,98 Monate) dauerte es durchschnittlich bis ein erster Vorstellungstermin bei einem Kinder- und Jugendpsychiater möglich war. Durchschnittlich zwei Monate vergingen, bis ein Kind einen ersten Vorstellungstermin bei der Psychologischen Beratungsstelle erhielt. Hierzu muss noch angemerkt werden, dass es sich bei den Vorstellungen im Sozialpädiatrischen Zentrum in aller Regel lediglich um

diatrischen Zentrum in aller Regel lediglich um Diagnostiktermine handelte, nur in Ausnahmefällen ein Therapieangebot gemacht werden konnte und dass bei der Vorstellung in der Psychologischen Beratungsstelle in der Regel kein längerfristiges Therapieangebot gemacht wurde, der Beratungsaspekt und die Krisenintervention im Vordergrund standen. Auch bei den Wartezeiten zur ersten Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater handelte es sich nicht um Wartezeiten zu einer Psychotherapie in diesem Rahmen, sondern lediglich um die Zeit bis zum ersten Vorstellungstermin. (Siehe Abbildung 90)

4.6.10. Eltern beklagen die späte Diagnosestellung, den schlechten Informationsstand und fehlende Behandlungsmöglichkeiten!

Nur drei Familien äußerten keine Wünsche. Eine Familie gab an, dass alles „O.K.“ gewesen sei. Einen besseren Informationsstandard der Lehrer und Schulen forderten die meisten Familien, darüber hinaus besser informierte Kinderärzte, wobei in dieser Gruppe ein Hausarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und zwei Wünsche hinsichtlich einer besseren Information der Psychologischen Beratungsstelle enthalten waren. Eine bessere regionale Versorgung wünschten sehr viele betroffene Eltern, wobei ein Elternteil explizit auf das Transportproblem und die enormen Rüstzeiten bei der Wahrnehmung verschiedener Therapien bei ländlichem Wohnsitz hinwies. Mehr Unterstützung, Engagement und eine bessere Zusammenarbeit wünschten sich die Eltern insbesondere von den Lehrern, vom staatlichen Schulamt, aber auch von ihrem Partner und dem Kinderarzt. Eine Familie monierte die extreme Polarisierung hinsichtlich der Stimulanzienbehandlung, zwei der Mütter zeigten sich verärgert über einseitige Schuldzuweisungen. Eine Familie beklagte häufigen Ärger mit den Betäubungsmittelrezepten (ihr Kinderarzt stellte keine BtM-Rezepte aus), eine Familie reklamierte zu lange Wartezeiten für dringend erforderliche Jugendhilfemaßnahmen. (Siehe Abbildung 91)

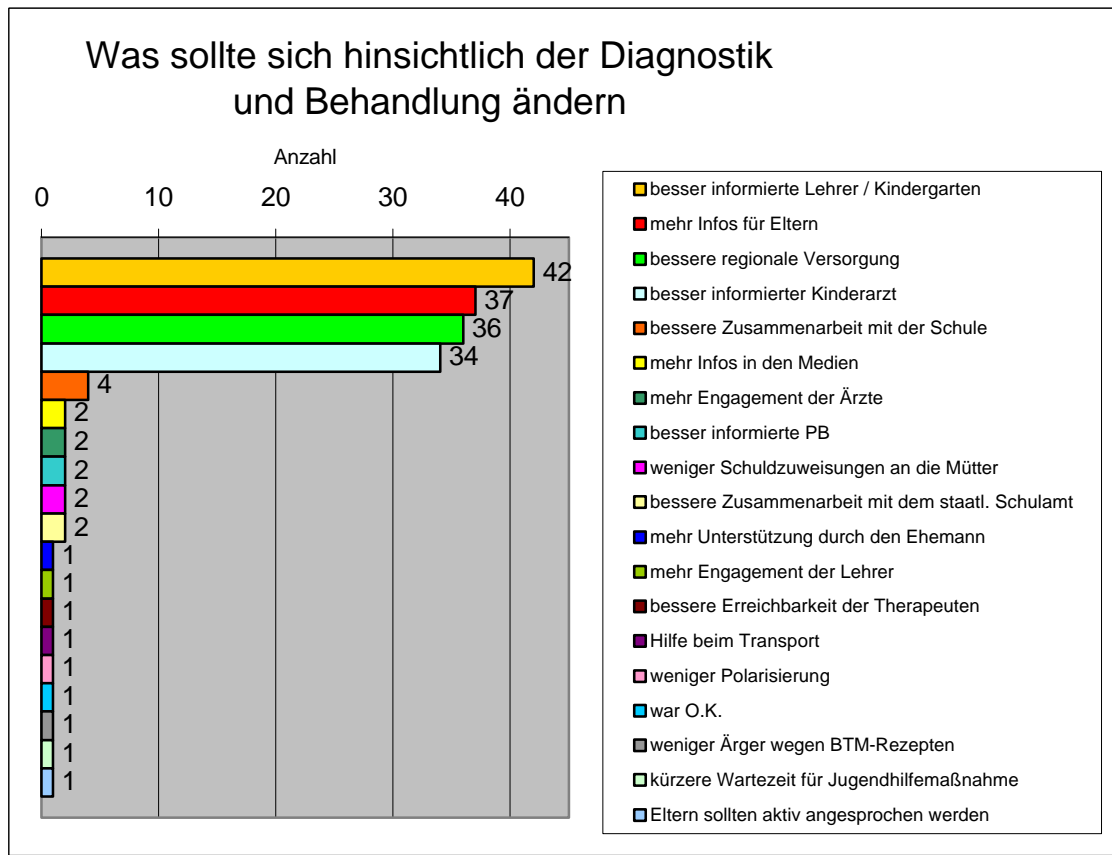


Abbildung 91 Antworten nach Häufigkeiten, PB= Psychologische Beratungsstelle, KJP= Kinder- und Jugendpsychiater, BtM= Betäubungsmittel, Kiga= Kindergarten

5. Statistik

Wegen der geringen Stichprobengröße und der großen Streuung der Daten wurde weitgehend auf eine statistische Auswertung verzichtet. Bei bestimmten Hypothesen ergaben sich jedoch Hinweise auf Trends, die hinsichtlich ihrer Evidenz näher überprüft werden könnten. Neben einer Regressionsanalyse zur Darstellung einer möglichen linearen Korrelation wurde das Chi-Quadrat bestimmt, um auch diskretere, aber noch über der Zufallswahrscheinlichkeit liegende Zusammenhänge erfassen zu können. Um nicht lineare Regressionen besser darzustellen wurde zudem, trotz der kleinen Stichprobe (Gefahr einer falsch zu hohen Korrelation), das Korrelationsverhältnis Eta bestimmt.²³

5.1. Lineare Regressionsanalyse einzelner Hypothesen

„Bei einem perfekten, direkten Zusammenhang ($r = +1$) liegen die Messwertpunkte auf einer Geraden, die von links unten nach rechts oben im Streuungsdiagramm ansteigt. (...) Erst bei relativ hohen r -Werten ist ein deutlicher Trend in den Daten erkennbar. Im niedrigen r -Bereich ist das Streuungsdiagramm bei der Inspektion nur schwer oder gar nicht von dem Streuungsdiagramm zu unterscheiden, dass sich bei $r = 0$ ergibt (wenn kein Zusammenhang besteht). (...) Es ist im Grunde nicht empfehlenswert, den Werten von r bestimmte beschreibende Adjektive zuzuordnen, z.B. dass man sagt, ein r von 0.08 ist hoch oder ein r von 0.02 ist niedrig. Ob ein bestimmtes r "hoch" oder "niedrig" oder "mittel" ist, hängt davon ab, welche Koeffizienten die beiden Variablen, die man korreliert hat, in bisherigen Untersuchungen gezeigt haben, welchen Gebrauch man von den dem gefundenen Zusammenhang machen will, etc....“ (Diehl & Kohr 1999, S. 161).

²³ Bei der statistischen Auswertung und Bewertung wurde ich freundlicherweise von Herrn Dipl. Psych. Walter Scheel, Sozialpädiatrisches Zentrum der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lörrach, sowie Herrn Dr. rer. nat. Wolfgang Kohn, selbständiger Physiker aus Lörrach unterstützt.

„Wir können nur dann Vorhersagen treffen, wenn uns die Beziehung zwischen dem Merkmal, das wir zur Vorhersage benutzen wollen – dem Prädiktor – und dem Merkmal, das wir vorhersagen wollen – dem Kriterium – bekannt ist.

Wir verwenden als Ausdruck dieser Beziehung in der Regel den (...) Korrelationskoeffizienten. Dabei setzen wir voraus, dass zwischen Prädiktor und Kriterium eine lineare Beziehung besteht. Können wir zwischen Prädiktor und Kriterium eine von Null verschiedene Korrelation feststellen, so ist es uns möglich, aufgrund der Kenntnis des Wertes einer Person in der Prädiktorvariablen eine Vorhersage auf deren Wert in der Kriteriumsvariablen zu treffen.

Die Präzision dieser Vorhersage hängt nun entscheidend davon ab, wie "stark" die Beziehung zwischen Prädiktor und Kriterium ist. Da die Stärke der Beziehung im Betrag des Korrelationskoeffizienten zum Ausdruck kommt, wird die Güte der Vorhersage durch den Betrag des Korrelationskoeffizienten beeinflusst. Je höher der Betrag des Korrelationskoeffizienten ist, desto geringer sind die Unsicherheiten, mit denen eine Vorhersage belastet ist. (...)

Wenn zwischen Prädiktor und Kriterium eine von Null verschiedene lineare Beziehung besteht, so können wir durch den in einem Streudiagramm eingezeichneten Punkteschwarm elliptoider Gestalt eine Gerade legen, die dem Punkteschwarm "am besten angepasst" ist. Die Frage ist nun, was unter "am besten angepasst" verstanden werden soll. Offensichtlich werden fast alle Punkte mehr oder minder von einer Geraden, die man durch den Punkteschwarm legt, abweichen, unabhängig davon, welche Gerade man wählt. Es wird folglich auch immer eine Diskrepanz zwischen den tatsächlichen Kriteriumswerten und den aufgrund der linearen Beziehung geschätzten Werten geben. (...)

Stellen wir jedoch vorab einmal zusammen, was das Ziel unseres Vorhabens ist:

Wir möchten aufgrund der Kenntnis der Punktwerte von Personen in einer Variablen X, die mit einer Variablen Y in linearer Beziehung steht, die Werte der Personen in Y vorhersagen.

Für diese Vorhersage suchen wir eine bestimmte Regel, eine Prozedur, die uns angibt, wie wir die Werte in Y vorhersagen sollen.

Bei der Vorhersage möchten wir den kleinstmöglichen Vorhersagefehler machen.

Wir untersuchen nun an einer Stichprobe von n Personen den Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium, d. h. bei diesen Personen kennen wir sowohl die Vorhersagewerte (X) als auch die vorherzusagenden Werte (Y). Unsere primäre Absicht ist deshalb hier nicht die Vorhersage von etwas Unbekanntem. Die Analyse der Prädiktor-Kriteriums-Beziehung in dieser Gruppe hat vielmehr das Ziel, die Vorhersageregeln zu erstellen.

Dabei legen wir in den Punkteschwarm dieser Gruppe eine Gerade dergestalt, dass der "Vorhersagefehler" seinen kleinstmöglichen Wert hat. Die Vorhersage verläuft nach "Verlegung" der Geraden so, dass wir für jeden Wert X senkrecht zur Geraden hoch gehen und am Schnittpunkt (in Gedanken) einen Punkt einzeichnen; was wir für diesen Punkt auf der Kriteriumsachse ablesen, ist der vorhergesagte Wert im Kriterium, den wir mit Y bezeichnen.

Unsere Vorhersageregeln sind hier die Gleichung für die Gerade, die wir in den Punkteschwarm gelegt haben.

Diese Vorhersageregeln (=Geradengleichung) verwenden wir nun, um bei Personen, von denen wir nur den Prädiktorwert kennen, einen Wert im Kriterium vorherzusagen.

Wir machen dabei die Annahme, dass für diese neue(n) Person(en) die Vorhersageregeln, die wir an einer Stichprobe anderer Personen erstellt haben, die gleiche Gültigkeit hat.“ (Diehl & Kohr 1999⁶⁸, S. 180-183)

„Wenn die Korrelation nicht Null ist und die Beziehung nicht linear ist, dann unterschätzt r die Stärke der Beziehung zwischen X und Y , denn r reflektiert immer nur den linearen Anteil des Zusammenhangs.“ (Diehl & Kohr 1999, S. 207)

5.1.1. Korrelation des Items Impulsivität im Copeland Elternfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung

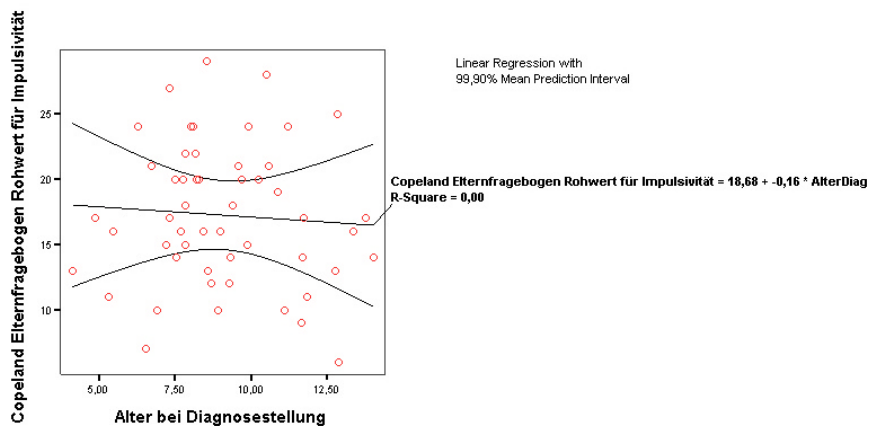


Abbildung 92 Alter/Rohwerte für „Impulsivität“ im Copeland Elternfragebogen

Ein linearer Zusammenhang zwischen den Werten für das Item Impulsivität im Copeland Elternfragebogen und dem Alter, in dem die Diagnose ADHS gestellt wurde, konnte nicht sicher hergestellt werden.

5.1.2. Korrelation des Items Impulsivität im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung

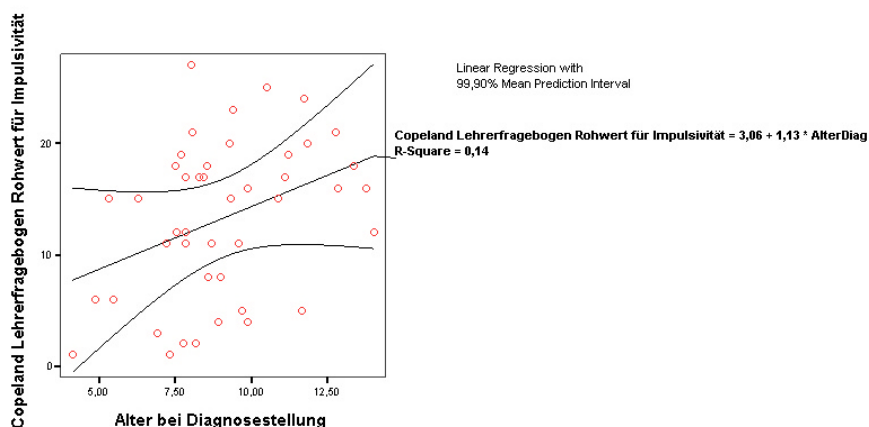


Abbildung 93 Alter/Rohwerte für „Impulsivität“ im Copeland Lehrerfragebogen

Ein linearer Zusammenhang zwischen den Werten für das Item Impulsivität im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter, in dem die Diagnose ADHS gestellt wurde, konnte nicht sicher hergestellt werden. (Siehe Abbildung 93)

5.1.3. Korrelation des Items Non-Compliance im Copeland Elternfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung

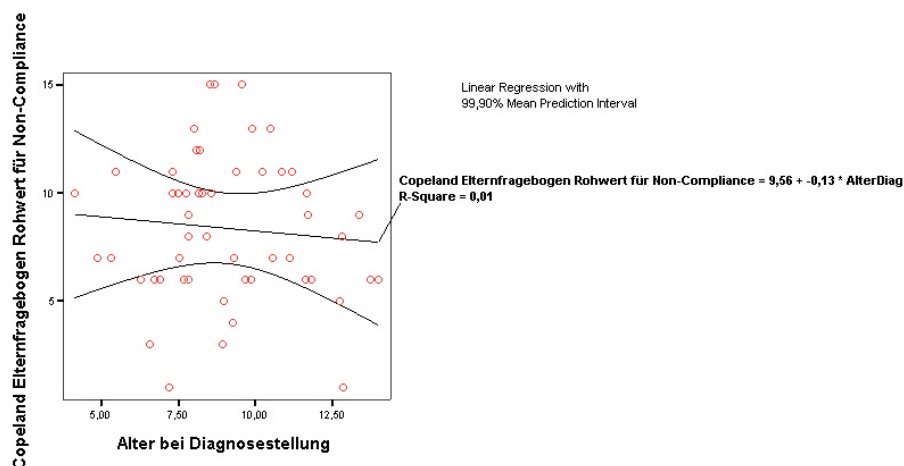


Abbildung 94 Alter/Rohwerte für „Non-Compliance“ im Copeland Elternfragebogen

Ein linearer Zusammenhang zwischen den Werten für das Item Non-Compliance im Copeland Elternfragebogen und dem Alter, in dem die Diagnose ADHS gestellt wurde, konnte nicht sicher hergestellt werden.

5.1.4. Korrelation des Items Non-Compliance im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter bei Diagnosestellung

Ein linearer Zusammenhang zwischen den Werten für das Item Non-Compliance im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter, in dem die Diagnose ADHS gestellt wurde, konnte nicht sicher hergestellt werden. (Siehe Abbildung 95)

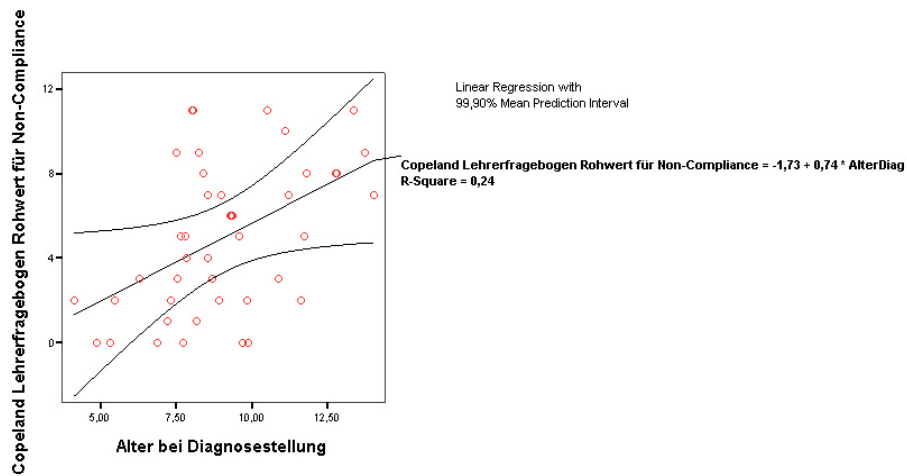


Abbildung 95 Alter/Rohwerte für „Non-Compliance“ im Copeland Lehrerfragebogen

5.1.5. Korrelation des Items Non-Compliance im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter bei Beginn der Stimulanzienbehandlung

Ein linearer Zusammenhang zwischen den Werten für das Item Non-Compliance im Copeland Lehrerfragebogen und dem Alter, in dem erstmals Stimulanzien verordnet wurden, konnte nicht sicher hergestellt werden. (Siehe Abbildung 96)

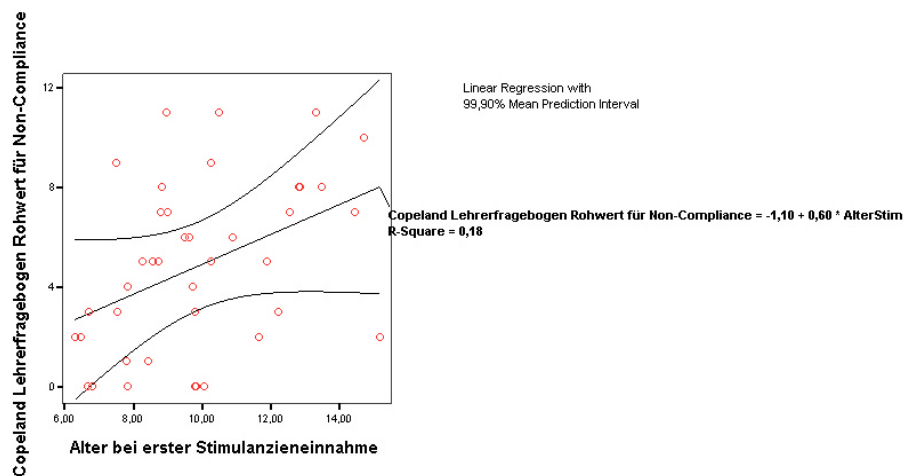


Abbildung 96 Alter/Rohwerte für „Non-Compliance“ im Copeland Lehrerfragebogen

5.1.6. Korrelation des in einem Standard-Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei der Diagnosestellung ADHS

Ein linearer Zusammenhang zwischen dem in einem standardisierten Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei der Diagnosestellung ADHS konnte nicht sicher hergestellt werden. (Siehe Abbildung 97)

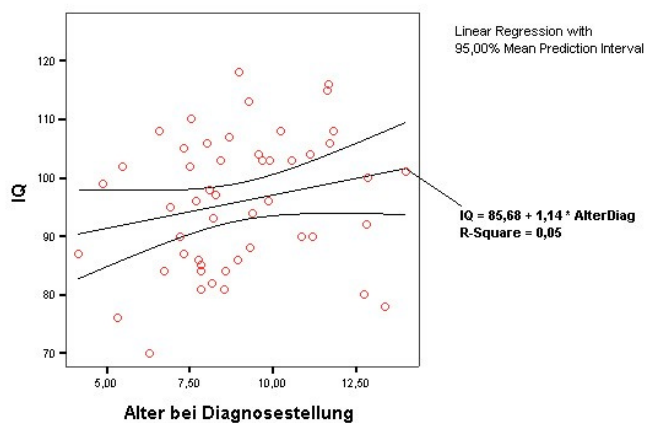


Abbildung 97 Alter bei Diagnosestellung/IQ

5.1.7. Korrelation des in einem Standard-Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei Beginn der Stimulanzengabe

Ein linearer Zusammenhang zwischen dem in einem standardisierten Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter der ersten Stimulanzengabe konnte nicht sicher hergestellt werden. (Siehe Abbildung 98)

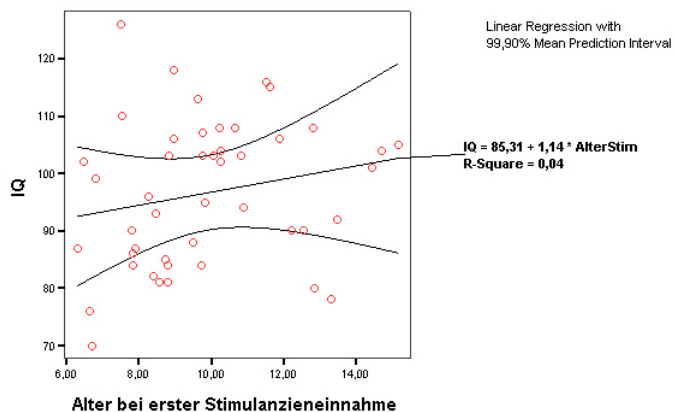


Abbildung 98 Alter bei erster Stimulanzengabe/IQ

5.2. Chi-Quadrat

„Wenn man aus einer normalverteilten Population mit der Varianz σ^2 (alle möglichen) Zufallsstichproben des Umfangs n zieht und jeweils die Varianz V berechnet, dann folgt die Stichprobenverteilung der Größe $V \cdot (n-1) / \sigma^2$ einer Chi-Quadrat-Verteilung mit $n-1$ Freiheitsgraden.“ (Glass & Stanley 1970, S. 301). „Bei einer Chi-Quadrat-Verteilung handelt es sich um eine Familie von stetigen, unsymmetrischen Verteilungen mit einem jeweiligen Variationsbereich von Null bis Unendlich. Die Chi-Quadrat-Verteilung konvergiert mit wachsenden Freiheitsgraden gegen die Normalverteilung.“ (Diehl & Arbinger 1992⁶⁹, S. 333)

„In Worten bedeutet dies, dass sich der Erwartungswert einer Zelle berechnen (bzw. schätzen) lässt durch: Zeilensumme mal Spaltensumme dividiert durch die Anzahl aller Beobachtungen.

Chi wird größer, je stärker die einzelnen beobachteten Zellhäufigkeiten von den jeweils zugehörigen unter der Nullhypothese erwarteten Häufigkeiten abweichen. Eine Entscheidung über H_0 (wird die Nullhypothese verworfen, kann eine Veränderung mit der im Konfidenzintervall angegebenen Wahrscheinlichkeit nicht auf den Zufall zurückgeführt werden; d.h. Ziel ist H_0 zu verwerfen) kann also nach folgender Regel erfolgen: Verwerfe H_0 , wenn Chi bei einer gewählten

Irrtumswahrscheinlichkeit alpha den kritischen Wert der Chi-Quadrat-Verteilung mit FG =1 überschreitet.“ (Diehl & Arbinger 1992, S. 434)

5.2.1. Gruppeneinteilung, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 4-er Gruppen

Gruppeneinteilung 4 gleiche Gruppen

		IQ	Alter bei Auffälligkeit
N	Werte	49	49
	Fehl	0	0
Percentile	25	86,50	3,7918
	50	97,00	4,7096
	75	104,50	6,7808

Tabelle 1 IQ-Percentilen/Alter bei Auffälligkeit

5.2.2. Kreuztabelle, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 4-er Gruppen

		Alter-Auffälligkeit Gruppierung nach Quartil				Total
		1	2	3	4	
IQ Gruppe nach dem Quartil	1	4	4	4	0	12
	2	4	4	1	4	13
	3	2	2	4	4	12
	4	2	2	4	4	12
Total		12	12	13	12	49

Tabelle 2 IQ-Gruppen nach Quartil/Alter bei Auffälligkeit

5.2.3. Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 4-er Gruppen

	Wert	Freiheitsgrade	2-seitiges Signifikanzniveau
Pearson Chi-Quadrat	8,666(a)	9	0,469
Zahl der Fälle	49		

Tabelle 3 Pearson Chi-Quadrat

Sechzehn Zellen (100%) haben einen Erwartungswert kleiner fünf. Der minimale Erwartungswert war 2.94

5.2.4. Gruppeneinteilung, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 3-er Gruppen

Gruppeneinteilung, 3 gleiche Gruppen

		IQ	Alter bei Auffälligkeit
N	Insgesamt	49	49
	Fehlend	0	0
Prozentuale Häufigkeit		33,33	3,9808
		66,66	6,3781

Tabelle 4 Einteilung in 3-er Gruppen

5.2.5. Kreuztabelle, IQ / Alter bei Auffälligkeit für 3-er Gruppen

		Alter bei Auffälligkeit			Total
		1	2	3	
IQ-Gruppen	1	6	8	2	16
	2	6	6	5	17
	3	4	3	9	16
Total		16	17	16	49

Tabelle 5 IQ-Gruppen/Alter bei Auffälligkeit

5.2.6. Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Auffälligkeit in 3-er Gruppen

	Wert	Freiheitsgrade	2-seitiges Signifikanzniveau
Pearson Chi-Quadrat	7,466(a)	4	0,113
Zahl der Fälle	49		

Tabelle 6 Pearson Chi-Quadrat

9 Zellen (100%) haben einen Erwartungswerte kleiner 5. Der minimale Erwartungswert war 2,67.

5.2.7. Gruppeneinteilung, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 4-er Gruppen

Gruppeneinteilung 4 gleiche Gruppen

		Alter bei Diagnose 4 Gruppen				Total
		1	2	3	4	
IQ-Gruppierung nach dem Quartil	1	3	7	1	2	13
	2	4	3	4	2	13
	3	3	2	4	3	12
	4	3	1	4	5	13
Total		13	13	13	12	51

Tabelle 7 IQ-Gruppen nach dem Quartil/Alter bei Diagnosestellung

5.2.8. Kreuztabelle, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 4-er Gruppen

	Alter bei Diagnosestellung Gruppierung nach Quartil					
	Gültig		Fehlend		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
IQ-Gruppierung nach dem Quartil, Alter bei Diagnose 4 Gruppen	51	100%	0	0,0%	51	100%

Tabelle 8 IQ-Gruppen nach dem Quartil/Alter bei Diagnosestellung

5.2.9. Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 4-er Gruppen

		Wert	Freiheitsgrade	2-seitiges Signifikanzniveau
Gewählte Werte	Pearson Chi-Quadrat	10,480(a)	9	0,313

Tabelle 9 Pearson Chi-Quadrat

Sechzehn Zellen (100,0%) haben einen Erwartungswert kleiner fünf. Der minimale Erwartungswert war 2,82.

5.2.10. Kreuztabelle, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 3-er Gruppen

		Alter bei Diagnosestellung			Total
		1	2	3	
3-er Gruppe	1	8	6	3	17
	2	6	5	6	17
	3	3	6	8	17
Total		17	17	17	51

Tabelle 10 IQ-Gruppen/Alter bei Diagnosestellung

5.2.11. Chi-Quadrat Test, IQ / Alter bei Diagnosestellung für 3-er Gruppen

		Wert	Freiheitsgrade	2-seitiges Signifikanzniveau
Gewählte Werte	Pearson Chi-Quadrat	4,588(a)	4	0,332

Tabelle 11 Pearson Chi-Quadrat

9 Zellen (100%) haben einen Erwartungswerte kleiner 5. Der minimale Erwartungswert ist 2,67.

5.2.12. Chi-Quadrat-Tabelle

Für Chi-Quadrat-Werte gilt, dass der Wert über den in der Tabelle abgebildeten liegen müsste, um einen Zusammenhang nachzuweisen. Da dies jedoch für keinen Vertrauensbereich der Fall war, muss H_0 angenommen werden. Ein statistischer Zusammenhang zwischen dem in einem standardisierten Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei Beobachtung erster Auffälligkeiten durch die Eltern konnte nicht hergestellt werden. Gleiches galt für den Zusammenhang zwischen dem in einem standardisierten Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei Diagnosestellung. (Chi-Quadrat-Tabelle: Diehl & Arbinger 1992, S. 714-715)

	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	0,975	0,99	0,995
1	1,07	1,32	1,64	2,07	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	2,41	2,77	3,22	3,79	4,61	5,99	7,38	9,21	10,6
3	3,66	4,11	4,64	5,32	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84
4	4,88	5,39	5,99	6,74	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86
5	6,06	6,63	7,29	8,12	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75
6	7,23	7,84	8,56	9,45	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55
7	8,38	9,04	9,8	10,75	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28
8	9,52	10,22	11,03	12,03	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95
9	10,66	11,39	12,24	13,29	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59
10	11,78	12,55	13,44	14,53	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19

Tabelle 12 Chi-Quadrat-Tabelle (Diehl & Arbinger 1992, S. 714-715)

5.3. Eta

„Wir wollen nun ein Maß kennen lernen, das wir anwenden können, wenn zwischen zwei Variablen ein nicht-linearer Zusammenhang besteht. Dieses Maß ist das sogenannte "Korrelationsverhältnis"; man bezeichnet es mit Eta.“ (Diehl & Kohr 1999, S. 296)

„Der größte Vorteil von Eta ist natürlich der, dass mit ihm die Stärke einer nicht-linearen Beziehung zwischen zwei Variablen bestimmt werden kann. Der Eta-Koeffizient erfordert keinen bestimmten Typ einer funktionalen Beziehung zwischen X und Y. Die Art der Beziehung wird definiert durch den aktuellen, "un-

geglätteten" Trend der Spalten- bzw. Zeilenmittelwerte. Darin liegt eine Stärke, aber auch eine Schwäche dieses Maßes. Da wir es dem Regressionsverlauf gestatten, genauso komplex zu verlaufen, wie es durch die erhaltenen Spalten- bzw. Zeilenmittel bestimmt wird, ergibt Eta für einen vorliegenden Datensatz die maximal mögliche (u.U. überhöhte) Größe eines Korrelationsindexes. (...) Dieser Koeffizient ist besonders anfällig für Schwankungen, die auf den Stichprobenfehler zurückgehen – und dies um so mehr, je kleiner die Stichprobe ist und je weniger Personen in den einzelnen Spalten bzw. Zeilen vorhanden sind. (...) Ein gewichtiger Nachteil von Eta ist der Sachverhalt, das es von der Anzahl der Spalten (oder Zeilen) abhängig ist. Die Mindestanzahl von Klassen, die einen kurvilinearen Verlauf erkennen lässt, ist drei. (...) Eta ist hauptsächlich als deskriptives Maß für eine Stichprobe geeignet.“ (Diehl & Kohr 1999, S. 308-309)

5.4. Gruppeneinteilung für IQ
gleiche 5-er und 10-er
Gruppen

IQ

N	Werte	49
	Fehl	0
	10	81,00
	20	85,00
	30	88,00
	40	93,00
	50	97,00
	60	102,00
	70	103,00
	80	106,00
	90	110,00

Tabelle 13 IQ-Gruppen

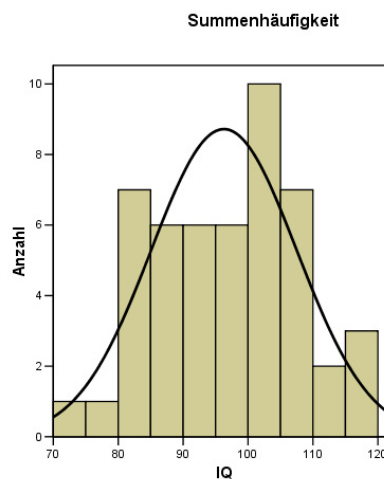


Abbildung 99 Verteilung

5.4.1. Kreuztabelle der IQ-5-er Gruppen und dem Alter der Auffälligkeit

		IQ 5-er Gruppe					Total
		1	2	3	4	5	
Alter bei Auffälligkeit	,64	0	1	0	0	0	1
	,83	0	0	0	1	0	1
	1,50	1	0	1	0	0	2
	2,00	1	0	0	0	0	1
	2,97	0	0	1	0	0	1
	3,04	0	1	0	0	0	1
	3,31	1	0	0	0	0	1
	3,37	0	0	1	0	1	2
	3,50	1	0	0	0	0	1
	3,78	0	0	0	1	0	1
	3,81	0	0	0	0	1	1
	3,81	0	1	0	0	0	1
	3,93	0	0	1	0	0	1
	3,94	0	0	1	0	0	1
	4,00	2	2	0	0	1	5
	4,15	1	0	0	0	0	1
	4,38	0	0	1	0	0	1
	4,50	0	1	0	0	0	1
	4,71	0	1	0	0	0	1
	5,00	1	0	0	0	0	1
	5,00	1	0	0	0	0	1
	5,32	0	0	0	1	0	1
	5,67	0	0	1	0	0	1
	6,00	0	1	0	1	0	2
	6,33	0	0	1	1	0	2
	6,48	0	0	0	0	1	1
	6,50	1	0	0	0	0	1
	6,54	0	0	0	0	1	1
	6,77	0	0	0	0	1	1
	6,79	0	1	0	0	0	1
	7,08	0	0	0	1	0	1
	7,30	0	0	0	0	1	1
	7,32	0	0	1	0	0	1
8,57	0	1	0	0	0	1	
9,01	0	0	0	0	1	1	
9,09	0	0	1	0	0	1	
9,15	0	0	0	1	0	1	
9,78	0	0	1	0	0	1	
9,82	0	0	0	0	1	1	
9,86	0	0	0	1	0	1	
11,55	0	0	0	1	0	1	
Total		10	10	11	9	9	49

Tabelle 14 IQ-Gruppe/Alter bei Auffälligkeit

5.4.2. Abbildung der Quartile und Mediane der IQ-5-er Gruppe als Boxplot

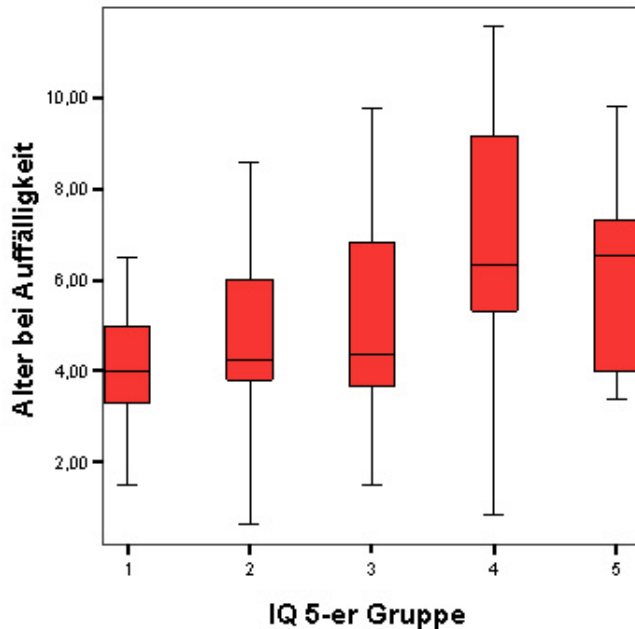


Abbildung 100 IQ 5-er Gruppe/Alter bei Auffälligkeit

5.4.3. Ergebnis des Eta-Wertes

Eta		Wert
Annahme: Nominale Werte auf einem Intervall dargestellt	Alter bei Auffälligkeit abh. von IQ Gruppe	0,408

Tabelle 15 Ergebnis des Eta-Wertes

Ein nicht-linearer Zusammenhang zwischen dem in einem standardisierten Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei ersten Auffälligkeiten des Kindes konnte nicht sicher hergestellt werden, ließ sich aber vermuten.

5.4.4. Kreuztabelle der IQ-10-er Gruppe und dem Alter der Auffälligkeit

		10-er Gruppe IQ										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	
Alter bei Auffälligkeit	,64	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	,83	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	1,50	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	2,00	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	2,97	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	3,04	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	3,31	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	3,37	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
	3,50	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	3,78	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	3,81	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	3,81	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	3,93	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	3,94	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	4,00	0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	5
	4,15	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	4,38	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	4,50	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	4,71	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	5,00	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	5,00	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	5,32	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	5,67	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	6,00	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
	6,33	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	6,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	6,50	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	6,54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	6,77	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	6,79	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
7,08	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
7,30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
7,32	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
8,57	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
9,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
9,09	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
9,15	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
9,78	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
9,82	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
9,86	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
11,55	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Total		4	5	5	5	5	5	5	5	5	49	

Tabelle 16 IQ 10er-Gruppe/Alter bei Auffälligkeit

5.4.5. Abbildung der Quartile und Mediane der IQ-10-er Gruppe als Boxplot

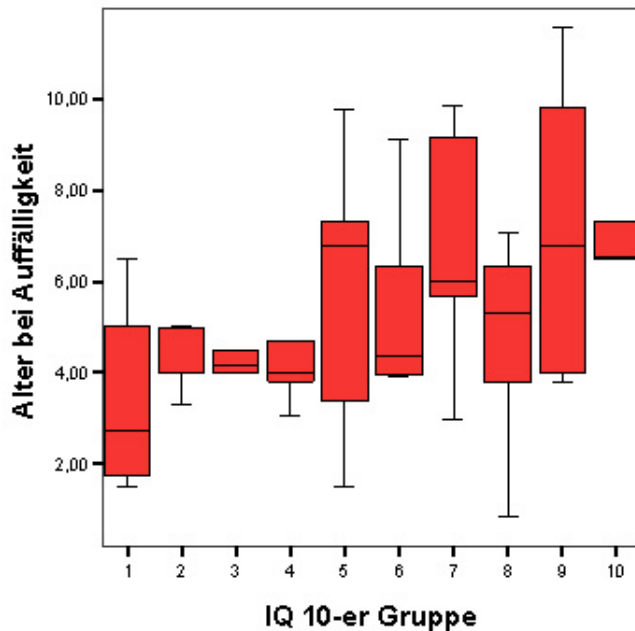


Abbildung 101 IQ 10-er Gruppe/Alter bei Auffälligkeit

5.4.6. Ergebnis des Eta-Wertes

Eta		Wert
Annahme Nominalwerte als Intervall dargestellt	Alter bei Auffälligkeit abh. von IQ Gruppe	0,481

Tabelle 17 Ergebnis des Eta-Wertes

Ein nicht linearer Zusammenhang zwischen dem in einem standardisierten Intelligenztest ermittelten IQ und dem Alter bei ersten Auffälligkeiten des Kindes konnte auch hier nicht sicher hergestellt werden, ließ sich aber vermuten.

5.5. Kommentar

Bei allen statistischen Auswertungen stellte sich die geringe Stichprobengröße und damit auch die sehr kleine Größe der zur Berechnung zu erstellenden Untergruppen als sehr problematisch dar. Es erschien daher nicht ganz so verwunderlich, dass die in den Häufigkeitstabellen zunächst als evident erscheinenden Trends einer statistischen Überprüfung nicht standhielten.

Wünschenswert wäre eine großflächig angelegte Studie mit entsprechend differenziertem Setting zur Verifizierung oder Falsifizierung der oben genannten Hypothesen, um den Entscheidungsprozess zur Handhabung entsprechend zielorientierter Interventionspläne wissenschaftlich absichern zu können.

6. Diskussion

6.1. Studienteilnehmer

Bei der Inanspruchnahme-Population der Patienten meiner Praxisdatei fielen überdurchschnittlich viele Patienten mit den Diagnosen F90.0, F90.1 und F98.8 auf. Eine mögliche Ursache hierfür könnte die Tatsache sein, dass bei einer unbefriedigenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssituation in der Region die einzige weitere niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin am Ort eher kritisch zur Häufigkeit der Diagnose ADHS eingestellt ist und nur in wenigen Ausnahmefällen eine Stimulanzienbehandlung befürwortete.

Die niedergelassenen Pädiater schienen deshalb Kinder, bei denen sie selbst den Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung hatten, eher bei mir vorzustellen oder Kinder, bei denen bei einer Vorstellung bei meiner Kollegin eine andere Diagnose gestellt wurde, die Symptomatik aber trotz empfohlener Therapiemaßnahmen anhielt, erneut zur Diagnostik und Behandlung bei mir anzumelden.

Da das Einzugsgebiet meiner Praxis über die Landkreisgrenzen hinaus geht und auch in den angrenzenden Landkreisen keine adäquate kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung vorgehalten wurde, waren Zeiten und Wege bis zu einer Diagnostik wesentlich von der Versorgungssituation in sogenannten „Flächenlandkreisen“ geprägt. In städtischen Versorgungsgebieten mit vielfältigeren Leistungsangeboten und einer höheren Dichte an Kinder- und Jugendpsychiatern wären vermutlich vollkommen andere Ergebnisse zu erwarten.

Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, derartige Versorgungsparameter als Variable mit in ein zukünftiges Studiendesign einfließen zu lassen, um auf dem Boden einer größeren Stichprobe differenziertere statistisch verwertbare Ergebnisse zu erhalten. Ein möglicher Datenpool hierzu stünde im Rahmen unseres Sozialpädiatrischen Zentrums zur Verfügung. Hier könnte man gegebenenfalls auch über sogenannte „matched-pairs“ zwischen Diagnosenkorrelierten Diagnostik-„Hindernissen“ und Versorgungsangebotsproblemen differenzieren.

Möglicherweise spielt die diagnostische und therapeutische Versorgungssituation in Flächenlandkreisen bei der späteren Diagnosestellung von ADHS eine viel größere Rolle als die Intensität der Symptomatik und die Ressourcen (z.B. die gute Begabung einzelner Patienten).

Für die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zu dieser Promotionsarbeit schien der aktuelle Leidensdruck der Patienten und ihrer Bezugspersonen eine herausragende Rolle zu spielen.

Da mit der Teilnahme an der Studie weitere Vorstellungstermine – an einer bestehenden Warteliste vorbei – angeboten wurden, eine zeitnahe Diagnostik und Behandlungseinleitung so eher erreichbar erschien, könnte dies insbesondere bei Familien mit massiven Problemen den Entschluss zur Teilnahme gefördert haben.

Bei den Familien, die sich nicht zu einer Teilnahme entschließen konnten oder bei denen nicht alle erforderlichen Daten erhoben werden konnten, fanden sich überproportional viele Patienten und Patientinnen mit der Diagnose F98.8, also einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Störung der Impulskontrolle und ohne Hyperaktivität. Ein geringerer Leidensdruck bei i.d.R. fehlender Störung des Sozialverhaltens könnte hier postuliert werden.

Bei der Diagnose F90.1, Aufmerksamkeitsstörung mit Störung des Sozialverhaltens, gab es mehrere Patienten, die wegen einer parallel zur laufenden Studie eingeleiteten Jugendhilfemaßnahme mit Wechsel in eine Schule für Erziehungshilfe unter teilstationären oder vollstationären Kautelen, auf eine weitere Teilnahme verzichteten oder im Zusammenhang mit dieser Maßnahme zumindest vorübergehend den Kontakt zu meiner Praxis unterbrachen.

Ein Teil der Patienten, die in Jugendhilfeeinrichtungen in der Region untergebracht wurden, nahm später wieder Kontakt mit meiner Praxis auf, in einigen Fällen wurde dann eine Methylphenidatbehandlung eingeleitet. Diese Patienten konnten nicht mehr berücksichtigt werden, da die Datenerhebung zu diesem

Zeitpunkt bereits abgeschlossen war. Hier wäre interessant, im Rahmen einer retrospektiven Studie den Anteil von ADHS-Diagnosen in Jugendhilfeeinrichtungen zu untersuchen.

Im Rahmen meiner konsiliarärztlichen Tätigkeit in diesem Kontext gibt es Hinweise darauf, dass diese Patienten dort überzufällig häufig anzutreffen sind, möglicherweise das Notwendig-Werden einer Jugendhilfemaßnahme unter anderem Folge einer verspäteten Diagnosestellung und unzureichender psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Hilfsangebote sein könnte. Neben der Kernsymptomatik spielen hier die bei über der Hälfte der Patienten zusätzlich bestehenden Störungen (66% komorbide Störungen!) und hier insbesondere aggressiv-expansives Verhalten eine große Rolle.⁷⁰ Hier bestünde die Chance, bei früher Erkennung des Störungsbildes und adäquater Behandlung mittel- und langfristig extrem teure, die öffentlichen Kassen belastende teil- und vollstationäre Jugendhilfemaßnahmen weniger häufig in Anspruch nehmen zu müssen.

Das Heilpädagogische Förderzentrum Bad Säckingen (HFZ), eine der regionalen Jugendhilfeeinrichtungen, hält seit einigen Monaten speziell für diese Klientel ein zeitlich befristetes, vollstationäres Behandlungskonzept vor. Neben einer multimodalen Behandlung der Kinder ist ein intensives Elterntraining mit dem Ziel der Reintegration der Kinder in ihre Ursprungsfamilien wesentlicher Bestandteil des Angebotes. Auch hier böte sich eine wissenschaftliche Begleitung zur Evaluation der Wirksamkeit einer solchen Maßnahme an.⁷¹

6.2. Diskussion der Hypothesen

6.2.1. Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität werden in der Regel später erkannt

Bei dieser Hypothese schien sich der Verdacht, dass die Art der regionalen Versorgungsstruktur auf die Diagnosestellung größeren Einfluss hat als die Qualität der Symptomatik, zu bestätigen. Wegen der großen Streubreite und der geringen Fallzahl war hier kein statistisch verwertbarer Zusammenhang herzustellen. Betrachtet man aber die einzelnen Fallgruppen, so wird deutlich, dass der Zeitpunkt der Diagnosestellung, insbesondere bei Patienten mit der Diagnose F98.8, entscheidend vom Kenntnisstand der betroffenen Eltern und der mit dem Kind beschäftigten Institutionen – Kindergarten, Grundschule, Sekundarschule – zusammenzuhängen schien.

Auch der Ort der ersten Vorstellung und die Einstellung der dortigen Fachleute zur Diagnose ADHS und ihr Kenntnisstand hinsichtlich einer nicht hyperaktiven Form dieses Störungsbildes spielte hier mit großer Wahrscheinlichkeit eine nicht unbedeutende Rolle. Würdigt man diese Einflüsse, so lässt sich ein klarer Trend hin zu einer späteren Diagnosestellung bei den nicht hyperaktiven Formen erkennen. Praktisch alle Kinder meiner Stichprobe mit der Diagnose F98.8 und früher Stellung dieser Diagnose waren als solche erkannt worden, weil im unmittelbaren Umfeld dieser Kinder bereits Erfahrungen mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern bestanden und bereits bei der ersten Vorstellung ein solcher Verdacht seitens der Eltern geäußert worden war.

Bei der Diagnose F98.8 scheint eine weit geringere Knabenwendigkeit vorzuliegen (5:1 beim hyperaktiv-impulsiven gegenüber 2:1 beim vorwiegend unaufmerksamen Typus⁷², einzelne Autoren sehen sogar eine Mädchenwendigkeit bei der hypoaktiven Form). Bei dieser Art der Aufmerksamkeitsstörung werden insbesondere gut begabte Mädchen und junge Frauen oft erst im Rahmen massiver Leistungsumsetzungsprobleme am Ende der Sekundarschule oder im Zusammenhang mit reaktiven Störungen – Essstörungen, Angststörungen, depressiven Zuständen – vorgestellt.

6.2.2. Je ausgeprägter die Symptomatik, insbesondere im Sinne einer Sozialverhaltensstörung, desto früher wird die Diagnose ADHS gestellt, eine Stimulanzienbehandlung eher eingeleitet

Hier stellte sich aus meiner Sicht die Frage, in wie weit die Angaben der Probanden in den verwendeten Fragebögen zu den erhobenen Verhaltensbereichen und die tatsächlichen Verhaltensprobleme überhaupt zur Deckung zu bringen sind. Insbesondere im Conners-Fragebogen ergeben sich erhebliche Widersprüche hinsichtlich der anamnestisch berichteten Verhaltensprobleme und den im Fragebogen gewichteten Antworten der Probanden zum Grad der Auffälligkeit für die relevanten Items.

Neben der Eignung des Untersuchungsinstrumentes für die Erfassung der relevanten Verhaltensmerkmale floß wohl auch die Einstellung des Ausfüllenden zum Störungsbild in die Antworttendenzen der Fragebögen ein. Sowohl bei den Eltern als auch bei Lehrern gab es Fälle, in denen einerseits massive Verhaltensprobleme angesprochen oder in Zeugniskommentaren zur Darstellung kamen, gleichzeitig aber die entscheidenden Items sowohl im Conners- als auch im Copeland-Fragebogen innerhalb des Erwartungswertes lagen. Bei den Lehrerfragebögen ging dies so weit, dass Items als extrem unauffällig bewertet, gleichzeitig aber im zur Verfügung gestellten Textfeld unter Bemerkungen vergleichbare Verhaltensauffälligkeiten drastisch dokumentiert wurden.

Hier wäre interessant, ob durch geeignetere Erhebungsinstrumente^{73, 74} und eine größere Stichprobe trotz der angenommenen großen Streuung statistisch relevante Zusammenhänge bestätigt werden könnten. Die Zusammensetzung der Studienteilnehmer und die bereits weiter oben erwähnte Annahme, dass Kinder mit nur überschaubaren Verhaltensproblemen möglicherweise häufiger eine Studienteilnahme wegen des geringeren Leidensdruckes abgelehnt hatten, spielten hier sicherlich auch eine Rolle.

6.2.3. Je besser die Störung intellektuell kompensiert wird – gute Begabung – (zunächst fehlende oder geringe Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltensstörung), desto später die Diagnosestellung

Auf dem Boden der durchgeführten statistischen Untersuchung zu dieser Hypothese musste ein linearer Zusammenhang verworfen werden. Auch hinsichtlich einer nicht-linearen Korrelation und Regression (Eta) konnten für keinen statistisch relevanten Vertrauensbereich statistisch signifikante Zusammenhänge belegt werden. Neben den bereits erwähnten Problemen hinsichtlich der Zusammensetzung der Studienteilnehmer und der kleinen Stichprobe spielte hier die große Streuung der Werte, bzw. die geringe Probandenanzahl pro Gruppe eine herausragende Rolle. Hier wären verschiedene Erklärungen zu diskutieren, die möglicherweise verhinderten, dass ein relevanter Zusammenhang dokumentiert werden konnte.

Zum einen ist zu vermuten, dass Kinder, die intellektuell weniger gut ausgestattet sind und eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung haben, trotz ausgeprägter Symptomatik erst verspätet diagnostiziert werden, da die Lern-, Leistungs- und Verhaltensprobleme zunächst als direkte Folge der Begabungsdefizite angenommen werden und erst zu einem späteren Zeitpunkt die ausgeprägte Störung der gerichteten Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle als Symptome einer ADHS gedeutet werden und entsprechend zur Diagnostik vorgestellt werden.

Neben der Variable „Begabung des Kindes“ schienen die Möglichkeiten der Eltern und deren Beharren auf eine weiterführende Diagnostik für den Zeitpunkt der Diagnosestellung eine erhebliche Rolle zu spielen.

Hier wäre es interessant, zu untersuchen, inwieweit der Bildungshorizont der Eltern, ihre Ressourcen bei der Betreuung der Kinder (Berufstätigkeit beider Eltern) und ihre wirtschaftlichen Möglichkeiten sowie der Wohnort, die Zugänglichkeit zu Leistungsanbietern hier von Bedeutung sein könnten.

„Psychosoziale Belastungen stellen nach dem aktuellen Wissensstand zwar keine primäre Ursache für die hyperaktive Störung dar, sie tragen aber möglicherweise entscheidend zum Schweregrad und der Stabilität der Störung bei. Das von Barkley (1981) entwickelte Interaktionsmodell gibt Hinweise darauf,

dass sich Verhaltensweisen bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung durch dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionen verschlimmern können (vgl. Döpfner et al. 1998).⁷⁵

Auch die Tatsache, dass insbesondere im Bereich der psychologischen Befindlichkeits- und Leistungsdiagnostik im Rahmen gestiegener Kosten und sinkender Punktwerte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (EBM) in den letzten Jahren, eine kostendeckende Erbringung dieser Leistungen bei Kassenpatienten nicht gewährleistet ist, kommt hier zum Tragen. Sehr lange Wartezeiten müssen in Kauf genommen werden, da diese Leistungen in sehr viel geringerem Umfang angeboten werden, als Bedarf zu bestehen scheint.

Meist kommt eine umfassende Diagnostik nur noch bei Leistungserbringern, die nicht die Einzelleistung nach EBM abrechnen müssen, sondern über Pauschalen, gegebenenfalls noch Kreiszuschüsse (z.B. Sozialpädiatrische Zentren) finanziert werden, zustande. Auch die Psychologischen Beratungsstellen der Landkreise sehen zu Recht ihre Aufgabe nicht darin, Unzulänglichkeiten des Medizinsystems auszugleichen und wertvolle Beratungskapazitäten für eigentlich im Rahmen der Krankenversicherung zu erbringende Diagnostik zu verwenden.

Bei privat versicherten Patienten gestalten sich die Wartezeiten für eine testpsychologische Untersuchung aus genannten Gründen deutlich kürzer. Auch im Bereich der ambulanten Psychotherapie ist davon auszugehen, dass nicht selten aus monetären Überlegungen die Versorgung eines Privatpatienten Vorrang hat. Bei einzelnen Krankenkassen liegen die erstattungsfähigen Beträge für eine Therapieeinheit unterhalb betriebswirtschaftlich ermittelter Nettokosten einer Psychotherapiepraxis. Gerade auch die besondere Situation unserer Grenzregion zu Frankreich und der Schweiz schafft hier zusätzliche Probleme. Psychotherapieangebote jenseits des Rheins können wegen der bestehenden Sprachbarriere selbst dann, wenn sie zur Verfügung stünden, meist nicht in Anspruch genommen werden. In der Schweiz liegen die Honorare für ambulante Psychotherapie deutlich höher als in Deutschland und sind selbst bei privatversicherten Patienten nur in Ausnahmefällen mit dem Kostenträger verhandelbar.

Dies gilt selbstverständlich auch für stationäre Diagnostik- und Behandlungsangebote.

Gerade kleine, überschaubare Schulkontexte mit relativ kleinen Klassen scheinen in ländlichen Regionen mit gutem persönlichem Kontakt der Eltern zu den Schulen, die sie häufig selbst schon als Kinder besucht hatten, dazu zu führen, dass diese Kontexte besser mit den Familien kooperieren, auch deutlich auffällige Kinder länger toleriert werden können, nur in Ausnahmefällen mit Schulverweis und Schulausschluss gedroht werden muss.

Auch das Wohnumfeld scheint hier eine Rolle zu spielen. In städtischen Wohnsituationen, insbesondere in Mietwohnungen (Wohnblock) mit direkter Nachbarschaft, werden Kindern mit ausgeprägter Hypermotorik und Störung der Impulskontrolle sehr viel schneller von außen Grenzen aufgezeigt. Expansives Verhalten scheint in eher kinderfreundlicher, ländlicher Umgebung mit ausreichend Freiraum – Bewegungsspielraum – für die betroffenen Kinder weniger problematisch.

Sozial besser gestellte Familien mit höherem Bildungsanspruch für ihre Kinder nehmen möglicherweise früher und energischer bei drohendem Leistungsveragen ihres Kindes im Schulkontext Förder- und Diagnostikangebote in Anspruch, was eine trotz guter Begabung frühere Diagnosestellung erklären könnte. So gilt neben einer niedrigen Intelligenz, frühen oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen, schlechter sozialer Einbindung, psychischer Störungen der Eltern, familiärer Instabilität auch ein schlechter sozioökonomischer Status sowie ein strafender und inkonsistenter Erziehungsstil der Eltern als Risikofaktor.⁷⁶ Insgesamt müsste die Hypothese an einer größeren Stichprobe unter Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen erneut überprüft werden. Auf dem Boden meiner Daten konnte ein Zusammenhang nur unter Betrachtung der Einzelfälle vermutet werden, sowohl in der linearen als auch nicht-linearen Regressionsanalyse musste ein statistisch signifikanter Zusammenhang verworfen werden.

6.2.4. Eltern bemerken die Störung in der Regel sehr früh (manchmal schon im Säuglingsalter, oft vor dem Kindergartenalter)

Im Rahmen meiner Untersuchung ließ sich mit hoher Wahrscheinlichkeit erkennen, dass aus unterschiedlichen, bereits erwähnten Gründen oft Jahre vergehen können, bevor die Diagnose ADHS gestellt wird. Viele Eltern bemerkten sehr früh, dass ihre Kinder anders sind, beschrieben typische Verhaltensmerkmale. Auch Kindergärten und Schulen wurden früh auf die besonderen Verhaltensmerkmale dieser Kinder aufmerksam. Viele dieser Kinder wurden auch wegen der beschriebenen Phänomene beim Kinderarzt vorgestellt, jedoch schien für die Diagnosestellung weniger die Intensität der beschriebenen Phänomene als die Erfahrung mit dem Störungsbild von Bedeutung zu sein.

„...Darüber hinaus ist die Grenze zwischen einem noch altersgemäßem Bewegungsdrang, einem sehr lebhaften Verhalten und einer bereits hyperaktiven Störung abzuwägen. In zunehmendem Maße wird angenommen, dass die hyperkinetische Symptomatik keine diskrete, gut von der Normvariation abgrenzbare diagnostische Einheit darstellt, sondern eher eine dimensionale Betrachtung angemessen ist. Die Bestimmung von Grenzwerten für die Definition von Auffälligkeit muss unter diesem Gesichtspunkt immer fragwürdig bleiben.“⁷⁷ Auf dem Boden der Annahme, dass hier auch bei Fachleuten ein unzureichender Informationsstand besteht, veranstaltete die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdezernat, der Psychologischen Beratungsstelle und dem sozialpädiatrischen Zentrum des Landkreises Lörrach zunächst eine Fachtagung zum Thema ADHS, dem im folgenden Jahr ein Symposium folgte, zu dem auch Schulen, Kindergärten und betroffene Eltern eingeladen wurden. Neben den Hauptvorträgen wurden nachmittags praktische Kenntnisse im Umgang mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Workshops vermittelt. Für November 2004 war ein weiteres Symposium geplant, in dem es gezielt darum gehen sollte, wie kinder- und jugendpsychiatrisch relevante Störungsbilder früher erkannt und behandelt werden könnten.

Auch im Landkreis Waldshut gab es ein großes Symposium zum Thema ADHS. Die niedergelassenen Pädiater gründeten vor kurzem einen Qualitätszirkel

ADHS, bei dem neben den niedergelassenen Kinderärzten auch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und unser Sozialpädiatrisches Zentrum sowie eine niedergelassene Verhaltenstherapeutin zu den Gründungsmitgliedern zählten.

„Professor Resch von der Universität Heidelberg und Professor Bode von der Universität Ulm gingen ausführlich auf die Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie ein, die angesichts der Prävalenz von ADHS dringend geboten ist. Sie betonten die Notwendigkeit von lokalen und zentralen Behandlungsnetzwerken.“⁷⁸

Insgesamt konnte aus der Perspektive meiner Praxistätigkeit und meinen Erfahrungen in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin festgestellt werden, dass hier bereits Veränderungen hinsichtlich einer früheren und präziseren Diagnostik zu beobachten waren. Auch die Kooperation zwischen den Jugendhilfeeinrichtungen und meiner Praxis bewährte sich in diesem Zusammenhang. Der Umgang mit Psychopharmaka konnte zunehmend enttabuisiert werden, Kinder wurden früher vorgestellt. Interaktionsprobleme im Rahmen der Einrichtungen wurden offener angesprochen, die Anzahl von Notaufnahmen wegen Verhaltens Eskalation in unsere Klinik für Kinder- und Jugendmedizin oder in die umliegenden Kinder- und Jugendpsychiatrien konnte deutlich reduziert werden. Meist gelang es, wenn eine Hospitalisierung überhaupt noch notwendig war, diese geplant als selektive Aufnahme zu gestalten. Bewährt hatte sich hier insbesondere eine regelmäßige Sprechstunde in den Einrichtungen. Wegen des geringeren logistischen Aufwandes war es nun viel häufiger möglich, dass neben dem Bezugserzieher auch der in der Einrichtung mit dem Kind befasste Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes oder auch Lehrer der Schule für Erziehungshilfe beim Termin zugegen sein konnten.

6.2.5. Erzieherinnen (Kindergarten) und Klassenlehrer (Grundschule) machen nicht selten die Eltern auf Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen aufmerksam

Wie bereits erwähnt erkannten nicht nur die Eltern lange vor der Diagnosestellung, dass ihre Kinder sich anders verhielten. Auch im Kindergarten und der Grundschule wurden diese besonderen Verhaltensmerkmale durchaus wahrgenommen, jedoch vergingen durchschnittlich noch fast vier Jahre, bevor eine Diagnosestellung und gegebenenfalls eine adäquate Behandlung eingeleitet wurde.

In den letzten Jahren hat bereits eine deutliche Sensibilisierung des Kontextes stattgefunden. Zahlreiche Vorträge in Schulen, in Jugendhilfeeinrichtungen, in Kindergärten haben hier neben den genannten Symposien zu einer Verbesserung des Informationsstandes beigetragen.

„Präventive Ansätze sollten bereits im Kindergarten ansetzen, um Spielverhalten und Steuerungsfähigkeit der Kinder zu verbessern. Eltern, Kindergärtnerinnen und Erzieher sollten in ein solches Frühinterventionsprogramm eingebunden werden.“⁷⁹

Die Einsetzung von sog. "Schulsozialarbeitern" hat zusätzlich große Fortschritte bei der früheren Erkennung verhaltensauffälliger Kinder und der Installation effektiver präventiver Hilfen möglich gemacht, wobei diese meines Erachtens sehr sinnvolle Institution zur Zeit noch nur an wenigen Brennpunktschulen implementiert ist und in ihrer Existenz zudem durch Sparmaßnahmen im Landeshaushalt mit entsprechenden Kürzungen von Zuschüssen aktuell bedroht erscheint.

6.2.6. Eltern stellen die Kinder oft schon früh und nicht selten wiederholt wegen Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen beim Kinder- oder Hausarzt vor.

In den letzten Jahren ist ein enormer Wissens- und Erfahrungszuwachs bei den Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin und bei vielen Hausärzten, aber auch bei Erwachsenen-Psychiatern zu beobachten. Dies spiegelt sich auch in zahlreichen Publikationen in den jeweiligen Fachzeitschriften (u.a. Trott, G.E.: ADHS – Wenn Zappelphilipp erwachsen wird, im Neurotransmitter – offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte – April 2002) und den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften wieder.

Auf dem Boden einer langjährigen engen Zusammenarbeit konnten hier Hindernisse beseitigt werden. Die Gründung des regionalen Qualitätszirkels ADHS ist hier ein weiterer Baustein. Die im Rahmen der neuen Ausbildungscurricula zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin geforderten Kenntnisse im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung haben in unserer Klinik zu einem mit der zuständigen Ärztekammer nach Art und Umfang abgestimmten Weiterbildungsreihe geführt. Sie bildet für die Erkennung und Diagnostik psychogener Krankheitsbilder eine solide Informationsgrundlage für künftige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

6.2.7. Kinder- und Hausärzte leiten in der Regel keine weitere Diagnostik ein, machen nicht selten die Mütter für die zu beobachtenden Phänomene verantwortlich, erklären, dass sich das Verhalten ohne weitere Therapie bessern würde ("lebhaftes Kind", "wächst sich aus").

Haupthindernis ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr vorrangig, dass von den niedergelassenen Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin geschilderte Symptome falsch eingeschätzt werden. Die vollkommen unzureichende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und die aus vorwiegend monetären Gründen

nicht oder verspätet zur Verfügung stehende Psychodiagnostik als Grundlage einer Behandlungsempfehlung lassen sich nach wie vor als Hauptproblem identifizieren. Hier muss seitens der Kostenträger erkannt werden, dass eine frühere Diagnosestellung und Einleitung adäquater Behandlungsmaßnahmen langfristig möglicherweise kostensenkend wirkt. Eine bessere Bewertung diagnostischer Leistungen ist ebenfalls dringend geboten.

6.2.8. Eltern sehen sich, wenn sie sich schließlich für eine Stimulanzienbehandlung ihres Kindes entscheiden, nicht selten mit Vorwürfen und Vorurteilen aus dem familiären Umfeld (Onkel, Tante, Großeltern, Freunde und Bekannte) und auch seitens der Lehrer konfrontiert („ruhigstellen“, „süchtig machen“ der Kinder).

Trotz der Tatsache, dass Methylphenidat seit über 50 Jahren als Medikament zur Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen zugelassen ist und vermutlich eines der am besten untersuchten Psychopharmaka in dieser Altersgruppe überhaupt darstellt, kommt es immer wieder zu kontroversen Diskussionen.

„Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen gehören zu den wissenschaftlich am intensivsten untersuchten Bereichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.“⁸⁰

Insbesondere die Boulevardpresse und unausgewogen tendenziöse „Reporter-sendungen“ nehmen sich immer wieder polarisierend dieses Thema vor. Selbst angesehenere Magazine (z.B. Focus, Spiegel, Stern) und Zeitungen (z.B. DIE ZEIT, regional die Badische Zeitung), sowie die öffentlich rechtlichen Sender erliegen bei diesem Thema gelegentlich der Versuchung, publikumswirksame „Tendenzberichterstattung“ abzuliefern.

Während in den Fachzeitschriften in den letzten Jahren eher eine Bestätigung des Störungskonzeptes und zunehmend eine positive Bewertung der Wirkung, sowie eine vorsichtige Rücknahme früher postulierter massiver unerwünschter

Wirkungen von Methylphenidat imponieren, stellt sich dies in den oben genannten Medien meist diametral entgegengesetzt dar.^{81, 82}

Demgegenüber werden aktuell z.B. Warnhinweise in den „Beipackzetteln“ zu Medikinet® korrigiert. Sowohl hinsichtlich einer Suchtgefährdung, als auch der Frage der Verkehrstüchtigkeit wurden frühere Bedenken zurückgenommen. Bei ADHS Patienten wird jetzt eine Verbesserung der Verkehrstüchtigkeit unter Medikation und nicht mehr ein erhöhtes Suchtmittelrisiko durch die Stimulanzienangabe angenommen.⁸³

Nach entsprechenden Sendungen im Fernsehen oder Berichten in Zeitschriften und Magazinen kommt es immer wieder zu Anrufen verstörter Eltern, die vollkommen verunsichert mitteilen, dass sie zwar selbst positive Effekte bei der Behandlung ihres Kindes sehen und auch keine Hinweise auf gravierende Nebenwirkungen bestünden, sie aber aufgrund des Gesehenen oder Gelesenen nicht mehr wüssten, ob es verantwortbar sei, die bis dato erfolgreiche Behandlung fortzuführen.

In aller Regel gelingt es, die Eltern zu beruhigen, auf die Diskrepanz zwischen der Diskussion in der Laienpresse und neueren wissenschaftlichen Ergebnissen hinzuweisen. Trotzdem beobachten wir mit Sorge, dass gelegentlich ohne vorherige Rückmeldung die Behandlung aufgrund einer derartigen Berichterstattung abgebrochen wird. Die Eltern melden sich dann oft erst wieder, wenn es zu gravierenden Problemen bis hin zum Schulausschluss ihrer Kinder gekommen ist. Viele schämen sich wegen ihres „Vertrauensbruches“, ohne Rückmeldung und häufig ohne den folgenden Termin abzusagen eigenmächtig die Medikation abgesetzt zu haben.

Auch manche Lehrer und Schulleiter fühlen sich berufen, besorgt zu „warnen“, es besser zu wissen als die behandelnden Ärzte. Einige gehen sogar so weit, dass sie den Eltern erklären, dass es dieses Störungsbild gar nicht gäbe, mit diesem Medikament ihr Kind nur ruhiggestellt werde, eine Abhängigkeitsentwicklung drohe.⁸⁴

Bemerkenswert ist die Vehemenz, mit der entsprechende Thesen formuliert werden und wie wenig derartige Grundhaltungen einer sachlichen Diskussion zugänglich sind, wobei man als behandelnder Arzt oft selbstverständlich als Handlanger einer übermächtigen Pharmaindustrie gesehen wird.⁸⁵ Hier hat sich im Rahmen meiner Praxis der Hinweis an die Eltern bewährt, sich bei Selbsthilfegruppen zu informieren.

Lehrer, die in ihrer eigenen Klasse positive Erfahrungen mit stimulanzenbehandelten Kindern und ihren Familien machen konnten, sind dann oft eher bereit, ihre häufig nicht auf persönlichen Erfahrungen beruhenden Ängste oder eine generelle Ablehnung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Psychopharmaka zu korrigieren und diese veränderte Einstellung auch in die Lehrerkollegien hineinzutragen. Auch meine häufigen Einladungen, in Schulen Vorträge zu diesem Thema zu halten, oder die Bereitschaft von Klassenlehrern und Rektoren, an sogenannten „Helferrunden“ gemeinsam mit den Eltern und dem behandelnden Arzt teilzunehmen, lassen eine sich ändernde Bewertung erhoffen.

In diesem Zusammenhang muss wieder die sehr engagierte Schulsozialarbeit genannt werden, die mit ihrer Arbeit häufig als Bindeglied zwischen medizinisch-therapeutischem Kontext und Schule sowie Jugendhilfe fungiert. Schulsozialarbeiter sind überproportional häufig innerhalb ihrer Schulen mit ADHS-Kindern beschäftigt, da diese mit ihrem zum Teil impulsiv-aggressiven Verhalten immer wieder den Schulbetrieb empfindlich stören können.

Auch finden sich immer häufiger in Fort- und Weiterbildungskontexten für Pädagogen Vorträge und Seminare zum Thema ADHS. Nicht selten werden hierzu Referenten aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich rekrutiert. Ebenfalls sind Supervisionsaufträge und speziell mit diesem Thema beauftragte Kooperations- und Beratungslehrer zunehmend keine Ausnahme mehr.

Im medizinisch-therapeutischen Kontext und hier in der Schlüsselfunktion des Kinderarztes erhalten Eltern doch in letzter Zeit zunehmend differenzierte Informationen und erfahren hinsichtlich einer Behandlungsentscheidung weniger polarisierend und polemisch Beratung. Die bereits erwähnten Qualitätszirkel und die entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften haben hier sicherlich zu einer Entzerrung beigetragen.

Problematischer ist das unmittelbare Laienumfeld der Familien, da hier einmal bezogene Positionen oft kaum korrigierbar erscheinen und Angebote sich zu informieren auf wenig Resonanz stoßen. Die in letzter Zeit in vielfältiger Weise zur Verfügung stehenden Informationsbroschüren, auch zur Selbstinformation von Kindern und Jugendlichen, sind hier hilfreiche Instrumente, die Familien, die betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihr unmittelbares Umfeld bereits im Vorfeld einer Behandlungsentscheidung hinreichend und gut verständlich aufzuklären.

6.2.9. Die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, Diagnostiktermine oder spezifische therapeutische Angebote sind oft mit erheblichen Wartezeiten verbunden.

Neben der bereits mehrfach erwähnten schlechten regionalen Versorgungssituation in den Landkreisen Lörrach, Waldshut und Teilen des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald mit nur wenigen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und einer vollkommen unzureichenden stationären Versorgung psychisch beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher spielt die ebenfalls bereits genannte Grenzlage der Landkreise sowie die Tatsache, dass es sich um sog. Flächenlandkreise mit entsprechenden Infrastrukturproblemen handelt, für die Versorgungsdefizite eine herausragende Rolle.

Jahrelang wurde als Ausgleich für die landesweit sehr schlechte kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg die großzügige Aus-

stattung der ambulanten, teilstationären und stationären Jugendhilfe als kompensatorisch wirksam angenommen.

Seit langem lässt sich jedoch erkennen, dass die die Jugendhilfe tragenden Landkreise auf dem Boden chronischer und immer massiverer Haushaltsdefizite insbesondere bei den Aufwendungen für Sozialleistungen immer weniger in der Lage sind, diese kompensatorisch wirkenden Angebote, sofern sie überhaupt vorhanden waren, aufrecht zu erhalten oder gar – dem eigentlichen gesetzlichen Auftrag des Kinder- und Jugendhilfe Gesetzes (KJHG) und des neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) entsprechend – auszubauen.

Auch die relativ hohe Anzahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater in Baden-Württemberg trägt hier regional zu keiner Entlastung bei, da diese Praxen sich in und um die Metropolen konzentrieren und in den genannten Flächenlandkreisen weiterhin keine adäquate Versorgung besteht.

Diese unzureichende Versorgungssituation wird durch die zu beobachtende Zunahme kinder- und jugendpsychiatrisch relevanter Störungsbilder und wachsender Fallzahlen in ihrer Dynamik noch verstärkt.

Wider jede betriebswirtschaftliche Vernunft besteht ein nicht unerheblicher Teil meiner Aufgabe als leitender Arzt des Funktionsbereichs Kinder- und Jugendpsychiatrie der Klinik für Kinder und Jugendmedizin Lörrach zur Zeit darin, Patienten, die wir aus Kapazitätsgründen nicht selbst versorgen können, in anderen Kliniken unterzubringen oder für Patienten, die aus ähnlichen Gründen nicht in meiner Praxis versorgt werden können, Behandlungsplätze zu vermitteln.

Die ohnehin überlastete Jugendhilfe muss sich zudem in wachsendem Umfang um Kinder und Jugendliche kümmern, die einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung weniger mit einer mangelnden Erziehungsfähigkeit der Eltern, Bedrohung aus dem sozialen Umfeld oder anderen Behinderungen der kindlichen Entwicklung durch soziale Umstände, sondern vielmehr mit kinder- und jugendpsychiatrisch relevanten Störungsbildern begründen, die eine ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Jugendhilfemaßnahme notwendig erscheinen lassen.

Auch die Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern der Landkreise dokumentieren seit Jahren in ihren Berichten eine wachsende Inanspruchnah-

me ihrer Beratungs- und Hilfeangebote bei gleichzeitig stagnierendem oder nicht selten sogar reduziertem Finanzbudget.

Ebenso sehen sich die Drogen- und Jugendberatungsstellen mit häufigeren Anfragen konfrontiert, wobei auch hier einem wachsenden Inanspruchnahmeverhalten Budget- und Personalkürzungen gegenüberstehen.

Bei den kassenärztlich zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten findet sich eine höhere Dichte in und um die Metropolen bei entsprechend schlechterer Versorgung der ländlichen Regionen. Die Tatsache, dass weder hinsichtlich der Versorgung mit Kinder- und Jugendlichentherapeuten und Erwachsenentherapeuten noch zwischen psychoanalytischer, psychodynamisch-tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer Ausrichtung bei den Zulassungsbeschränkungen differenziert wird, verhindert zusätzlich eine adäquate Versorgungsstruktur.

Insbesondere im Bereich Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche stellt sich die Situation prekär dar. Zunehmend häufig reagieren Eltern, nach andert-halb Jahren Wartezeit, ungehalten auf diese Versorgungssituation.

Angesichts wachsender Hinweise darauf, dass für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen bei früher adäquater Intervention deutlich bessere Prognosen angenommen werden dürfen und in der Folge Kosten im Rahmen der Behandlung Erwachsener und Kosten durch die Träger der Jugend- und Sozialhilfe möglicherweise reduziert werden könnten, scheint gerade angesichts leerer öffentlicher Kassen ein Umdenken hinsichtlich langfristiger Effektkalkulation dringend geboten. Kurzfristige Sparmaßnahmen werden mittel- und langfristig die öffentlichen Haushalte eher noch mehr belasten.

„Professor Taylor vom King’s College der University of London zeigte vor dem Hintergrund der Langzeitverläufe bei ADHS die enormen gesellschaftlichen Kosten, die sich in verschiedenen Systemen ergeben.“⁸⁶

6.2.10. Eltern beklagen die späte Diagnosestellung, den schlechten Informationsstand und fehlende Behandlungsmöglichkeiten

Neben der Forderung nach besser informierten Lehrern und mehr Informationen für Eltern, spiegelt sich in der Diskussion dieser Fragen insbesondere die unzureichende regionale Versorgungssituation wieder.

Auch Wünsche nach besser informierten Kinderärzten wurden häufig geäußert. Neben dem schlechten Informationsstand wurde zudem mangelndes Engagement und unzureichendes Verständnis für die Problematik der aufmerksamkeitsgestörten Kinder und Jugendlichen bei den Schulen formuliert.

Wie bereits oben diskutiert kann hier auf eine tendenziell positive Entwicklung hingewiesen werden.

Durch die immer breitere fachliche Diskussion, den wachsenden interdisziplinären Austausch und letztlich auch durch die zum Teil negative öffentliche Berichterstattung hat eine verbesserte Kommunikation und eine gewisse Enttabuisierung dieses Themas stattgefunden. Eltern erlauben es sich zunehmend häufiger, die Probleme mit ihren Kindern offen anzusprechen, auch in der Schule offen zu ihrer Entscheidung, ihr Kind mit Stimulanzien zu behandeln, zu stehen und damit die wichtige Ressource zu öffnen, den Klassenlehrer regelmäßig hinsichtlich einer zu beobachtenden Wirksamkeit der Medikation insbesondere in der Einstellungsphase und bei Auslassversuchen befragen zu können.

So lässt sich unter anderem auch die Bereitschaft der Lehrkräfte gewinnen, das betroffene Kind oder den Jugendlichen bei entsprechendem Störverhalten nicht in die letzte Reihe zu setzen, sondern ihm mehr strukturierende Angebote zu machen, gegebenenfalls ein Mitteilungsheft mitzuführen, das es den Eltern ermöglicht, unmittelbar auf Fehlverhalten oder Vermeidungsstrategien (z.B. nicht gemachte Hausaufgaben) ihres Kindes reagieren zu können. Eine solche gelungene Kooperation zeigt oft erstaunlich positive Effekte auf die weitere Entwicklung der Kinder und die Interaktion zwischen Kind und Familie, Kind und Lehrkraft sowie Familie und Lehrer.

Gelingt es über die unterschiedlichen Interventionen, das Kind in seinen vorhandenen sozialen Strukturen zu stabilisieren, Entwicklungsdefizite im Sinne einer aufgehenden Schere zu vermeiden, verbessert sich die mittel- und langfristige Prognose eindeutig.

Dem professionellen Coaching der Familien und der mit dem Kind befassten Schulsysteme kommt hier eine Schlüsselfunktion zu.

Bei multimodalen, alle Ressourcen nutzenden, die unterschiedlichen Systeme koordinierendem Hilfs-, Förder- und Therapieangeboten müssten vermutlich nur in Ausnahmefällen extrem teure, die öffentlichen Haushalte sehr belastende institutionalisierte Versorgungskonzepte zum Einsatz kommen. Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch später der Erwachsenenpsychiatrie – ließen sich vermutlich ohnehin knappe Ressourcen auf diese Art und Weise schonen.

„Insgesamt müssen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen als eine bis in das Erwachsenenalter hineinreichende persistierende Problematik betrachtet werden.“⁸⁷

7. Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) mit und ohne Hyperaktivität gilt heute als eines der häufigsten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Störungsbilder.

Die Idee zum Thema der Dissertation *Wege – "Irrwege" der Diagnose und Therapie des ADHS* (Attention Deficit Syndrom) entstand im Rahmen meiner Erfahrungen als ermächtigter Krankenhausarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Kreiskliniken Lörrach. Sowohl in meiner Praxis (Ermächtigungsambulanz) als auch im stationären Kontext (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Funktionsbereich der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin) wurden mir viele Kinder mit ausgeprägten Symptomen eines ADHS vorgestellt. Meist war die Störung vorher nicht diagnostiziert worden, wenige waren jemals mit Stimulanzien behandelt worden. Es entstand der Eindruck, dass Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater in der Region überaus zurückhaltend Stimulanzien verordneten. Offensichtlich lehnten die meisten Kollegen eine Stimulanzienbehandlung ab oder waren zumindest zu diesem Zeitpunkt noch nicht bereit eine solche zu verantworten. Methylphenidat war in der Apotheke der Klinik nicht gelistet und musste als Sonderbestellung angefordert werden. Die Diagnose Aufmerksamkeitsstörung oder Hyperkinetisches Syndrom (ICD 10 F90.0, F90.1, F98.8) tauchte in den stationären Diagnosestatistiken der Vorjahre nicht auf.

Auf dem Boden dieser Erfahrungen stellte sich mir die Frage:

- Inwieweit und wann, werden Kinder mit ADHS in der Region als solche überhaupt erkannt, diagnostiziert und behandelt?
- Wer erkennt wann, in welchem Kontext, welches Verhalten als auffällig?
- Wer macht wen auf dieses Verhalten aufmerksam?
- Wann werden die Kinder wegen dem beobachteten Verhalten wo vorgestellt?
- Wer veranlasst wo, welche diagnostischen Maßnahmen?
- Welche Diagnosen werden gestellt?

- Welche Behandlungsmaßnahmen werden von wem, auf Grund welcher Befunde oder Angaben empfohlen?
- Welche Maßnahmen stehen zur Verfügung und werden mit welchem Erfolg umgesetzt?

Die Probanden für diese Dissertation wurden aus allen Kindern und Jugendlichen meiner Praxisdatei im Sommer 1998 mit den ICD 10 Diagnosen

- Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (F90.0)
- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)
- Aufmerksamkeitsstörung mit Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

ausgewählt.

Alle Probandeneltern, bzw. deren Hauptbezugspersonen wurden angeschrieben und erhielten einen ausführlichen Anamnesebogen sowie vier Fragebögen (Muster siehe Anhang) von denen sie bei Schulkindern zwei mit einem Schreiben an den Klassenlehrer weiterleiten sollten.

- Von den ursprünglich fast 100 Probanden, deren Familien angeschrieben worden waren, haben gut ein Viertel eine Teilnahme grundsätzlich abgelehnt oder sich trotz mehrfacher Anschreiben und Telefonate nicht wieder gemeldet.
- Knapp 20% der Familien vereinbarten trotz mehrfacher Erinnerungen keinen Interviewtermin oder sandten keine oder nur unvollständige Fragebögen zurück, so dass sie ebenfalls ausgeschlossen werden mussten.
- Gut 50% der ursprünglich angeschriebenen Familien haben alle notwendigen Fragebögen zugesandt, die Probanden wurden umfassend getestet und haben mit ihren Eltern einen, teilweise auch mehrere Interviewtermine wahrgenommen.

Auf dem Boden der Fragebogenergebnisse und des Interviews sollten zehn Hypothesen hinsichtlich ihrer Gültigkeit überprüft werden. Alle Daten wurden in einer Exceltabelle erfasst und über Pivotdateien zum Teil graphisch ausgewer-

tet. Einzelne Bezüge wurden hinsichtlich statistisch fassbarer Zusammenhänge untersucht.

Bei der ersten Hypothese

Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität werden in der Regel später erkannt!

schien sich der Verdacht, dass die Art der regionalen Versorgungsstruktur auf die Diagnosestellung größeren Einfluss hat als die Intensität der Symptomatik, zu bestätigen. Wegen der großen Streubreite und der geringen Fallzahl war hier kein statistisch verwertbarer Zusammenhang herzustellen.

Betrachtete man aber die einzelnen Fallgruppen, so wurde deutlich, dass der Zeitpunkt der Diagnosestellung, insbesondere bei Patienten mit der Diagnose F98.8, entscheidend vom Kenntnisstand der betroffenen Eltern und der mit dem Kind beschäftigten Institutionen – Kindergarten, Grundschule, Sekundarschule – abzuhängen schien.

Insgesamt ergab sich bei den Kindern mit der Diagnose F90.0 ein durchschnittliches Alter von gut acht Jahren beim ersten Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung.

Bei den Kindern mit der Diagnose F90.1 ergab sich beim ersten Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung ein durchschnittliches Alter von sieben Jahren. Bei den Kindern mit der Diagnose F98.8 ergab sich ein durchschnittliches Alter von neun Jahren beim ersten Verdacht auf eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung. Das durchschnittliche Alter beim ersten Verdacht auf ADHS lag damit bei der Diagnose F90.1 um fast ein Jahr unter dem Durchschnitt bei F90.0 und bei der Diagnose F98.8 um fast zwei Jahre über dem Durchschnitt bei F90.0.

Zusammenfassend ergaben sich bei der zweiten Hypothese

Je ausgeprägter die Symptomatik insbesondere im Sinne einer Sozialverhaltensstörung ist, desto früher wird die Diagnose ADHS gestellt und eine Stimulanzienbehandlung eingeleitet!

Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen impulsivem Verhalten und eher früherer Diagnosestellung sowie der rechtzeitigeren Einleitung einer Stimulanzienbehandlung, die aber statistisch auf Grund der kleinen Stichprobe und der zu großen Streuung nicht signifikant waren.

Für die dritte Hypothese

Je besser die Störung intellektuell kompensiert wird – gute Begabung – (zunächst fehlende oder geringe Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltensstörung), desto später erfolgt die Diagnosestellung!

deutete sich eine Beziehung zwischen der Begabung und einer späteren Diagnosestellung an. So lag der Altersdurchschnitt, bei dem Eltern ihr Kind erstmals als „anders“ erlebten, im Begabungsprofil

- bei IQ 70-85 bei etwa drei Jahren,
- bei IQ 85-100 bei gut drei Jahren,
- bei IQ 100-115 bei knapp sechs Jahren und
- bei IQ 115-130 bei etwa vier Jahren.

Das durchschnittliche Alter, in dem die Kinder anderen auffielen, lag bei den am schwächsten begabten Kindern bei knapp vier Jahren, bei denen im unteren Normbereich-Segment bei knapp fünf Jahren.

Bei Kindern im oberen Normbegabungsbereich wurden die Kinder durchschnittlich mit gut sechs Jahren von anderen als auffällig wahrgenommen, bei den Kindern im überdurchschnittlichen Begabungsbereich war das Durchschnittsalter über sieben Jahre.

Deutlicher und statistisch bedeutsamer erschien die angenommene Tendenz bei der Beziehung zwischen Begabung und Alter, in dem erstmals der Verdacht auf ein ADHS gestellt wurde. Für die Kinder

- im unteren Begabungssegment lag hier das Durchschnittsalter bei gut sieben Jahren,
- im unteren Normbegabungsbereich bei knapp sieben Jahren,
- bei den Kindern im oberen Normbegabungsbereich bei fast neun Jahren und

bei den Kindern im überdurchschnittlichen Begabungsbereich bei zehneinhalb Jahren.

Ähnliches galt für den Zusammenhang zwischen den Leistungen in einem Standardintelligenztest und dem Alter bei der Diagnosestellung ADHS.

Hier lag das Durchschnittsalter

im unterdurchschnittlichen Begabungsbereich bei achteinhalb Jahren,
im unteren Normbegabungsbereich geringfügig niedriger,
im oberen Normbegabungsbereich bei gut neuneinhalb Jahren und
im Bereich der überdurchschnittlichen Begabung bei fast elf Jahren.

Auch bei der Beziehung zwischen der Begabung und dem Alter in dem der Entschluss zur Stimulanzienbehandlung erfolgte wurde eine gewisse Tendenz deutlich.

Im unterdurchschnittlichen Begabungssegment lag das Durchschnittsalter bei der Entscheidung, dem Kind Stimulanzien zu geben, bei gut neun Jahren,
im unteren Normbegabungsbereich leicht darüber,
im oberen Normbegabungsbereich bei zehneinhalb Jahren und
im sehr guten Begabungsbereich noch leicht darüber.

Ein Zusammenhang konnte aber nur bei Betrachtung der Einzelfälle angenommen werden, eine statistisch signifikante Korrelation musste verworfen werden (große Streuung, kleine Fallzahl).

In der Übersicht aller Patienten wurde zur vierten Hypothese

Eltern bemerken die Störung in der Regel sehr früh (manchmal schon im Säuglingsalter, oft vor dem Kindergartenalter)!

deutlich, dass zwischen dem Zeitpunkt, in dem die Eltern ihr Kind erstmals als „anders“ erlebten und dem Zeitpunkt, zu dem die Diagnose gestellt wurde, Jahre vergehen. Durchschnittlich vergehen fünf Jahre, ehe es zu einer Diagnosestellung kommt.

Viele der Eltern bemerkten sehr früh, dass ihre Kinder anders waren und beschrieben typische Verhaltensmerkmale. Viele dieser Kinder wurden auch wegen der beschriebenen Phänomene beim Kinderarzt vorgestellt, jedoch schien für die Diagnosestellung weniger die Intensität der beschriebenen Phänomene als die Einstellung des Arztes und seine Erfahrung mit dem Störungsbild von Bedeutung zu sein.

Hinsichtlich der fünften Hypothese

Erzieherinnen (Kindergarten) und Klassenlehrer (Grundschule) machen nicht selten die Eltern auf Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörungen der Kinder aufmerksam!

wurde deutlich, dass zwischen dem Zeitpunkt in dem Kinder mit Symptomen eines ADHS anderen auffielen und der Diagnosestellung durchschnittlich fast vier Jahre vergingen.

Im Kindergarten und der Grundschule wurden diese besonderen Verhaltensmerkmale durchaus wahrgenommen, jedoch vergingen in der Regel Jahre, bevor eine Diagnosestellung und eine adäquate Behandlung eingeleitet wurde.

Bei der sechsten Hypothese

Eltern stellen die Kinder oft schon früh und nicht selten wiederholt wegen Lern-, Leistungs- und/oder Verhaltensstörung beim Kinder- oder Hausarzt vor!

vergingen durchschnittlich etwas mehr als eineinhalb Jahre, bevor Eltern ihr Kind erstmals wegen beobachteter Symptome eines ADHS beim Kinderarzt vorstellten.

Die siebte Hypothese

Kinder- und Hausärzte leiten in der Regel zunächst keine weitere Diagnostik ein, machen nicht selten die Mütter für die zu beobachtenden Phänomene verantwortlich, erklären, dass sich das Verhalten ohne weitere Therapie bessern würde („lebhaftes Kind, wächst sich aus“)!

zeigte, dass bei mehr als der Hälfte der Fälle seitens der angesprochenen Fachleute kein Handlungsbedarf gesehen wurde, nur bei sieben Kindern wurde die Diagnose ADHS gestellt, bei zweien eine Stimulanzienbehandlung empfohlen.

25 Eltern erhielten die Auskunft es handle sich um ein vollkommen normales Kind,

21 Eltern wurde eine weiterführende Diagnostik empfohlen, in fünfzehn Fällen wurden unterschiedliche unspezifische Behandlungen eingeleitet.

In sieben Fällen sollte zunächst die weitere Entwicklung abgewartet werden. Sechs Kinder erhielten Fördermaßnahmen.

Bei drei Kindern wurde eine Hypermotorik gesehen.

Durchschnittlich vergingen mehr als drei Jahre zwischen der ersten Vorstellung des Kindes und der qualifizierten Diagnosestellung ADHS.

Hinsichtlich der achten Hypothese

Eltern sehen sich, wenn sie sich schließlich für eine Stimulanzienbehandlung ihres Kindes entscheiden, nicht selten mit Vorwürfen und Vorurteilen aus dem familiären Umfeld (Onkel, Tante, Großeltern, Freunde und Bekannte) und auch seitens der Lehrer konfrontiert („Ruhigstellen“, „Süchtigmachen“ der Kinder)!

bejahten 33 der Eltern die Frage nach Kritik.

Sechs Eltern nannten Bekannte und Angehörige als Quelle dieser Kritik,

vier die Lehrer des Kindes und

ebenfalls vier den Haus- oder Kinderarzt.

Zehn der Eltern gaben an, keine Kritik an Ihrer Entscheidung in ihrer Umgebung wahrgenommen zu haben.

Von den befragten Eltern beantworteten die Frage: „Wurden Ihnen Vorwürfe gemacht Sie gäben Ihrem Kind „Drogen“, trieben es damit in eine Medikamentenabhängigkeit, es würde dadurch nur ruhig gestellt, etc.?“ siebzehn mit „nein“, 22 der Eltern mit „ja“. Bei vier Kindern wurden hierzu keine Angaben gemacht, sieben Kinder bekamen zum Zeitpunkt der Frage keine Stimulanzien.

Bei der neunten Hypothese

Die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, Diagnostiktermine oder spezifische therapeutische Angebote sind oft mit erheblichen Wartezeiten verbunden!

entstanden im Zusammenhang mit dem angestrebten Wechsel in eine Schule für Erziehungshilfe bzw. eine teil- oder vollstationäre Jugendhilfemaßnahme die längsten Wartezeiten. Hier vergingen durchschnittlich achtzehn Monate bevor eine als notwendig erachtete Maßnahme umgesetzt wurde.

Durchschnittlich verging fast ein Jahr, bis ein Platz in einer verhaltenstherapeutischen Praxis angeboten wurde.

Gut acht Monate Wartezeit ergaben sich für eine Behandlung im Rahmen der Logopädie,

knapp sechs Monate für einen Behandlungsplatz bei einem Ergotherapeuten, gut fünf Monate bis zur Erstvorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum,

fast vier Monate für einen ersten Vorstellungstermin bei einem Kinder- und Jugendpsychiater,

durchschnittlich zwei Monate vergingen, bis ein Kind einen ersten Vorstellungstermin bei der Psychologischen Beratungsstelle erhielt.

Bei der zehnten Hypothese

Eltern beklagen die späte Diagnosestellung, den schlechten Informationsstand und fehlende Behandlungsmöglichkeiten!

antworteten nur drei Familien, nach Wünschen gefragt, keine zu haben. Eine Familie gab an, dass alles „O.K.“ gewesen sei. Einen besseren Informationsstandard der Lehrer und Schulen forderten 41 Familien, 34 besser informierte Kinderärzte. Eine bessere regionale Versorgung wünschten 36 betroffene Eltern. Mehr Unterstützung, Engagement und eine bessere Zusammenarbeit wünschen sich die Eltern insbesondere von den Lehrern, vom staatlichen Schulamt, aber auch von ihrem Partner und dem Kinderarzt.

Zusammenfassend gab es in der Studie Hinweise darauf, dass die schlechte Versorgungssituation in der Region eine mögliche Ursache für die späte Diagnosestellung ADHS sein könnte. Darüber hinaus schien zum Zeitpunkt der Untersuchung ein erhebliches Informationsdefizit in unterschiedlichen Ebenen auch eine gewisse Rolle zu spielen.

Trotz der Tatsache, dass Methylphenidat seit über 50 Jahren als Medikament zur Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen zugelassen ist und vermutlich eines der am besten untersuchten Psychopharmaka in dieser Altersgruppe überhaupt darstellt, kommt es hier immer wieder zu kontroversen und oft tendenziös-polemischen Diskussionen.

Während in den Fachzeitschriften in den letzten Jahren eher eine Bestätigung des Störungskonzeptes und zunehmend positive Bewertung der Wirkung, sowie eine vorsichtige Rücknahme früher postulierter massiver unerwünschter Wirkungen von Methylphenidat berichtet werden, stellt sich dies in den öffentlichen Medien leider oft diametral entgegengesetzt dar.

Insgesamt scheint sich die regionale Versorgung dieser Kinder aber trotz weiterhin bestehender Diagnostik- und Behandlungsengpässe durch eine zunehmend bessere Information der Kindergärten, Schulen und Leistungsanbieter (Kinderärzte, Hausärzte, Beratungsstellen, Sozialpädiatrisches Zentrum) zu beschleunigen. Auch aufmerksamkeitsgestörte Kinder ohne extrem störende Hyperaktivität und impulsiv-aggressiven Verhaltensstörungen werden immer häufiger als solche wahrgenommen und mit dem Verdacht ADS in meiner Praxis vorgestellt.

Kinder mit massiven Verhaltensproblemen werden deutlich früher vorgestellt, so bleibt mehr Handlungsspielraum für verschiedene Hilfen, sekundäre Störungen komplizieren die Behandlung dadurch oft noch nicht.

Langfristig allerdings sollten Fälle in denen die Diagnose ADHS erst im Rahmen eines Gutachtens im Verlauf einer Jugendgerichtsverhandlung bei einem Adoleszenten gestellt wird, der retrospektiv seit seiner frühen Kindheit massiv in typischer Weise auffällig war, deutlich seltener werden und hoffentlich in absehbarer Zeit der Vergangenheit angehören.

8. Anhang

8.1. Teilnahmeanfragebogen Eltern

Clemens Keutler
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Psychotherapie

Ärztlicher Leiter der Funktionsabteilung für
 Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kinderklinik
 Kreiskrankenhaus Lörrach
 Spitalstraße 25
 79539 Lörrach
 Tel. 07621/416-0 (8120)
 Fax. 07621/416 8355
 e-mail: CKeutler@aol.com

Clemens Keutler * Kreiskrankenhaus * 79539 Lörrach

Familie «Name»
 «Adresse1»
 «Postleitzahl» «Ort»

Ihr Zeichen:	Ihr Schreiben:	Unser Zeichen:	Unser Schreiben:	Datum:
		Keu/Keu		20.07.98

Sehr geehrte Familie «Name»

Um in Zukunft (noch) besser den Wünschen und Bedürfnissen der von uns betreuten Kinder und ihren Familien gerecht werden zu können, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Wir möchten uns schon hier für Ihr Verständnis und Ihre Bereitschaft uns dabei zu unterstützen, bedanken.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen untersuchen wir Kinder mit Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen hinsichtlich ihrer weiteren Entwicklung. Neben der aktuellen Situation der Kinder und der Zufriedenheit mit den empfohlenen Maßnahmen interessiert uns insbesondere Ihr Weg (Irrweg?) im Laufe Ihrer „Leidensgeschichte“.

Neben den Fragebögen, die ich in der Folge noch näher erläutern möchte, würden wir Sie gerne in den nächsten Wochen zu einem Gespräch begrüßen. Bitte bringen Sie, falls Ihr Kind schon zur Schule geht, die Zeugnismappe mit oder kopieren Sie uns freundlicherweise die letzten beiden Jahreszeugnisse. Bei Ihrem persönlichen Termin werden Sie noch einmal Gelegenheit haben über Ihre bisherigen Erfahrungen, auch mit unserem Service, sprechen zu können. Selbstverständlich wird Raum für Ihre Fragen (auch zur Studie) gegeben sein. Bitte setzen Sie sich mit uns unter der Nummer 07621/416-8308 wegen eines geeigneten Termins in Verbindung. Wir werden bemüht sein, Ihren Terminwünschen entgegen kommen zu können.

Bitte leiten Sie die in der Anlage befindlichen Lehrer-Fragebögen über «Vorname_Kind» an den/die Klassenlehrer/in weiter. Ihre vollständig ausgefüllten Fragebögen senden Sie bitte im beiliegenden adressierten Freiumschlag direkt an uns zurück.

Liebe Familie «Name» wir danken Ihnen nochmals für Ihr großes Engagement.

Mit freundlichen Grüßen

8.2. Elternfragebogen (Conners)

Eltern-Fragebogen

(Conners u. a. 1978, bearbeitet von H.C. Steinhausen)

Name, Vorname: «Name», «Vorname_Kind» Geburtsdatum: «GebDat» Datum:

Bitte beurteilen Sie das Kind hinsichtlich der unten aufgeführten Verhaltensmerkmale auf der vorgegebenen Antwortskala. Lassen Sie bitte kein Merkmal aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Verhaltensmerkmale	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. zupft an Dingen (Nägel, Finger, Haare, Kleidung)	0	1	2	3
2. ist frech zu Erwachsenen	0	1	2	3
3. hat Probleme, Freundschaften zu schließen oder zu halten	0	1	2	3
4. ist erregbar, impulsiv	0	1	2	3
5. will immer bestimmen	0	1	2	3
6. lutscht oder kaut (Daumen, Kleidung, Decken)	0	1	2	3
7. weint leicht und häufig	0	1	2	3
8. fühlt sich ständig angegriffen	0	1	2	3
9. hat Tagträume	0	1	2	3
10. hat Lernschwierigkeiten	0	1	2	3
11. ist unruhig, im Sinne von zappelig	0	1	2	3
12. ist furchtsam (vor neuen Situationen, Leuten oder Plätzen, vor dem Schulweg)	0	1	2	3
13. ist unruhig, immer „auf dem Sprung“	0	1	2	3
14. ist zerstörerisch	0	1	2	3
15. erzählt Lügen oder unwahre Geschichten	0	1	2	3
16. ist schüchtern	0	1	2	3
17. gerät in mehr Schwierigkeiten als andere Gleichaltrige	0	1	2	3
18. spricht anders als andere Gleichaltrige (Babysprache, Stottern, schwer verständlich)	0	1	2	3
19. Verleugnet Fehler oder beschuldigt andere	0	1	2	3
20. ist streitsüchtig	0	1	2	3
21. mault und schmollt	0	1	2	3
22. stiehlt	0	1	2	3
23. ist ungehorsam oder gehorcht nur mit Ärger	0	1	2	3
24. sorgt sich mehr als andere (über Alleinsein, Krankheit oder Tod)	0	1	2	3
25. bringt angefangene Dinge nicht zu Ende	0	1	2	3
26. hat leicht verletzte Gefühle	0	1	2	3
27. Tyrannisiert andere	0	1	2	3
28. kann eine sich wiederholende Aktivität nicht beenden	0	1	2	3
29. ist grausam	0	1	2	3
30. ist kindlich oder unreif (möchte nicht erforderliche Hilfen, klammert sich an, braucht ständig Beruhigung)	0	1	2	3
31. ist ablenkbar und hat eine problematische Aufmerksamkeit	0	1	2	3
32. hat Kopfschmerzen	0	1	2	3
33. hat schnelle und ausgeprägte Stimmungswechsel	0	1	2	3
34. mag oder befolgt Regeln und Einschränkungen nicht	0	1	2	3
35. kämpft ständig	0	1	2	3
36. kommt mit Geschwistern nicht gut aus	0	1	2	3
37. ist bei Bemühungen leicht frustriert	0	1	2	3
38. stört andere Kinder	0	1	2	3
39. ist grundsätzlich ein unföhliches Kind	0	1	2	3
40. hat Eßprobleme (schlechter Appetit, Unterbrechungen beim Essen)	0	1	2	3
41. hat Bauchschmerzen	0	1	2	3
42. hat Schlafprobleme	0	1	2	3
43. hat andere Schmerzen	0	1	2	3
44. hat Erbrechen oder Übelkeit	0	1	2	3
45. fühlt sich im Familienkreis betrogen	0	1	2	3
46. prahlt und gibt an	0	1	2	3
47. läßt sich herumstoßen	0	1	2	3
48. hat Darmprobleme (häufig dünner Stuhl, unregelmäßige Gewohnheiten, Verstopfung)	0	1	2	3

8.3. Elternfragebogen (Copeland)

Eltern-Fragebogen

COPELAND SYMPTOM CHECKLIST FOR ATTENTION DEFICIT DISORDERS¹

Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHD) und Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität (ADD)

Diese Checkliste wurde anhand der Erfahrung vieler Fachleute auf dem Gebiet der Aufmerksamkeitsstörungen und der Hyperaktivität entwickelt. Sie wurde zusammengestellt, um zu bestimmen, ob Ihr Kind/Schüler ADHD oder ADD hat, in welchem Ausmaß, und wenn ja, in welchen Bereichen Schwierigkeiten erlebt werden.

Name, Vorname: «Name», «Vorname_Kind» Geburtsdatum: «GebDat» Datum:

Bitte beurteilen Sie «Vorname_Kind» hinsichtlich der unten aufgeführten Verhaltensmerkmale auf der vorgegebenen Antwortskala. Lassen Sie bitte kein Merkmal aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

I. Unaufmerksamkeit/Ablenkbarkeit		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Kurze Daueraufmerksamkeitsspanne, besonders bei uninteressanten Aktivitäten.	0	1	2	3
2.	Schwierigkeiten, eine Aufgabe zu Ende zu bringen.	0	1	2	3
3.	Tagträumen.	0	1	2	3
4.	Leicht ablenkbar.	0	1	2	3
5.	Spitznamen wie "Außerirdischer", "Träumer".	0	1	2	3
6.	Engagiert sich in vielen Aktivitäten, erreicht aber wenig.	0	1	2	3
7.	Die anfängliche Begeisterung läßt schnell nach.	0	1	2	3

II. Impulsivität		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Erregbarkeit, Reizbarkeit.	0	1	2	3
2.	Niedrige Frustrationstoleranz.	0	1	2	3
3.	Handelt vor dem Denken.	0	1	2	3
4.	Unordnung.	0	1	2	3
5.	Geringes Organisationstalent.	0	1	2	3
6.	Wechselt häufig von einer Aktivität zur nächsten.	0	1	2	3
7.	Schwierigkeiten in Gruppensituationen, die Geduld und Abwarten erfordern.	0	1	2	3
8.	Benötigt intensive Betreuung.	0	1	2	3
9.	Ständig Ärger aufgrund von Versäumnissen / Aufträgen.	0	1	2	3
10.	Unterbricht häufig, redet im Unterricht dazwischen.	0	1	2	3

III. Überaktivität/Hyperaktivität (Item 1-6) Unteraktivität/Hypoaktivität (Item 7-12)		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Ruhelosigkeit - Zappeligkeit, immer auf dem Sprung.	0	1	2	3
2.	Vermindertes Schlafbedürfnis.	0	1	2	3
3.	Exzessives Sprechen.	0	1	2	3
4.	Exzessives Rennen, Springen, Klettern.	0	1	2	3
5.	Motorische Unruhe während des Schlafens. Kickt die Decke fort - bewegt sich ständig.	0	1	2	3
6.	Hat Schwierigkeiten, beim Essen, in der Schule, etc. sitzen zu bleiben, geht im Klassenzimmer herum.	0	1	2	3
7.	Lethargisch.	0	1	2	3
8.	Tagträumen, nicht von dieser Welt sein.	0	1	2	3
9.	Macht Aufgaben nicht zuende.	0	1	2	3
10.	Unaufmerksamkeit.	0	1	2	3
11.	Wenig Führungsqualitäten.	0	1	2	3
12.	Schwierigkeiten beim Lernen und Umsetzen.	0	1	2	3

IV. Non-Compliance („Folgeverhalten“)		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Folgt oft nicht.	0	1	2	3
2.	Diskutiert kontrovers.	0	1	2	3
3.	Mißachtet sozial erwünschte Verhaltensvorgaben.	0	1	2	3
4.	"Vergißt" unwesentlich Erscheinendes.	0	1	2	3
5.	Entschuldigt sich mit „Vergessen“.	0	1	2	3

V. „Aufmerksamkeitsheischendes“ Verhalten		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	„Muß“ oft im Mittelpunkt stehen.	0	1	2	3
2.	Fragt oder unterbricht dauernd.	0	1	2	3
3.	Irritiert und verärgert Geschwister, Gleichaltrige, Erwachsene.	0	1	2	3
4.	Kaspert, „Klassenc clown“.	0	1	2	3
5.	Benutzt gerne fäkalsprachliche oder sexistische Wörter.	0	1	2	3
6.	Benimmt sich „daneben“, um im Vordergrund zu stehen.	0	1	2	3

VI. Unreife	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Das Verhalten / die Reaktionen ähneln denen eines 6 Mon. bis 2 Jahre jüngeren Kindes.	0	1	2	3
2. Verzögerte physische Entwicklung.	0	1	2	3
3. Kommt besser mit jüngeren (oder älteren) Kindern aus.	0	1	2	3
4. Emotionale Reaktionen sind häufig unreif.	0	1	2	3

VII. Mangelnde Leistungsumsetzung (Kognitive/Visumotorische Probleme)	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Kann das Leistungspotential nicht umsetzen.	0	1	2	3
2. Verliert (Arbeits-)Material, Bücher, ...	0	1	2	3
3. Akustische Merkfähigkeits- und Differenzierungsprobleme.	0	1	2	3
4. Teilleistungsschwächen, Lernschwierigkeiten.	0	1	2	3
5. Aufgaben werden oft nicht vollendet.	0	1	2	3
6. Arbeitet zu schnell.	0	1	2	3
7. Arbeitet zu langsam.	0	1	2	3
8. „Schlampiges“ Schreiben, schlechte Handschrift.	0	1	2	3
10. „Schlechtes Gedächtnis“ für Instruktionen, Regeln, Axiome	0	1	2	3

VIII. Emotionale Schwierigkeiten	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Häufige unvorhersehbare Stimmungsschwankungen.	0	1	2	3
2. Ausgeprägte Reizbarkeit.	0	1	2	3
3. Schmerzunter- / überempfindlichkeit, kein Gefühl für Gefahr.	0	1	2	3
4. Leicht überreizt. Schwer (verbal) zu beruhigen.	0	1	2	3
5. Niedrige Frustrationstoleranz.	0	1	2	3
6. Wut- / Ärgerausbrüche.	0	1	2	3
7. Launenhaftigkeit.	0	1	2	3
8. Niedriges Selbstwertgefühl.	0	1	2	3

IX. Wenig gleichaltrige Freunde	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Schlägt, beißt, stößt andere Kinder.	0	1	2	3
2. Kann sich nicht an Spielregeln (auch soziale) halten.	0	1	2	3
3. Wird von Gleichaltrigen abgelehnt oder gemieden.	0	1	2	3
4. Vermeidet Gruppenaktivitäten; ein Einzelgänger.	0	1	2	3
5. Sticht, provoziert andere Kinder / Geschwister.	0	1	2	3
6. "Kommandiert" andere Kinder. Will der Anführer sein.	0	1	2	3

X. Beeinträchtigte familiäre Beziehungen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Häufiger „Familienkrach“.	0	1	2	3
2. Gemeinsame Aktivitäten und Familienfeste verlaufen unerfreulich.	0	1	2	3
3. Auseinandersetzungen der Eltern über das erzieherische Verhalten, da nichts hilft.	0	1	2	3
4. Die Hausaufgabenbetreuung durch die Mutter dauert Stunden, es bleibt wenig Zeit für andere Familienmitglieder.	0	1	2	3
5. Mahlzeiten verlaufen häufig unerfreulich.	0	1	2	3
6. Häufige Auseinandersetzungen über Verantwortlichkeit und Mithilfe im Haushalt	0	1	2	3
7. Ständige Belastung und Stress durch die sozialen und schulischen Probleme des Kindes.	0	1	2	3
8. Eltern (v.a. die Mutter) fühlen sich häufig frustriert, ärgerlich, hilflos, hoffnungslos, schuldig, enttäuscht, alleine, ängstlich um das Kind, traurig und deprimiert.	0	1	2	3

Copeland-Eltern-Fragebogen.doc

ⁱ Copyright 1987 by Edna D. Copeland, Ph.D. Published by SPI Southeastern Psychological Institute, P.O. Box 12389, Atlanta, Georgia 30355-2389, modifizierte nicht standardisierte Übersetzung durch Frau Dipl. Psych. E. Tittmann, Lörrach 1998.

Bemerkungen:

8.4. Lehreranfrage

Clemens Keutler
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Psychotherapie

Ärztlicher Leiter der Funktionsabteilung für
 Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kinderklinik
 Kreiskrankenhaus Lörrach
 Spitalstraße 25
 79539 Lörrach
 Tel. 07621/416-0 (8120)
 Fax. 07621/416 8355
 e-mail: CKeutler@aol.com

Familie «Name»*«Adresse1»*«Postleitzahl»*«Ort»

An den/die Klassenlehrer/in von
 «Vorname_Kind» «Name»

Ihr Zeichen:

Ihr Schreiben:

Unser Zeichen:
 Keu/Keu

Unser Schreiben:

Datum:
 20.07.1998

Sehr geehrte(r) Klassenlehrer/in

Um in Zukunft (noch) besser den Wünschen und Bedürfnissen der von uns betreuten Kinder und ihren Familien gerecht werden zu können sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Wir möchten uns schon hier für Ihr Verständnis und Ihre Bereitschaft uns dabei zu unterstützen, bedanken.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen untersuchen wir Kinder mit Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen hinsichtlich ihrer weiteren Entwicklung. Neben der aktuellen Situation der Kinder und ihrer Familien interessiert uns insbesondere deren Weg (Irrweg?) im Laufe ihrer „Leidensgeschichte“.

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllten Fragebögen im verschlossenen Freiumschlag unter Verwendung des Adreßfeldes an uns zurück.

Wir möchten Ihnen nochmals für Ihr Engagement danken.

Mit freundlichen Grüßen



ADS-Studie 1998 * Kreiskrankenhaus * 79539 Lörrach
 Kreiskrankenhaus Lörrach
 Herrn Clemens Keutler
 Kinder- und Jugendpsychiater
 Spitalstraße 25
 79539 Lörrach

8.5. Lehrerfragebogen (Conners)

Lehrer-Fragebogen

(Goyette, Conners u. Ulrich 1978, bearbeitet von H.C. Steinhausen)

Name des Schülers: «Vorname_Kind» «Name» Geburtsdatum: «Gebdat» Datum:

Bitte beurteilen Sie den Schüler/die Schülerin hinsichtlich der unten aufgeführten Verhaltensmerkmale auf der vorgegebenen Antwortskala. Lassen Sie bitte kein Merkmal aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Verhaltensmerkmale	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. ist unruhig im Sinne von sich drehen und winden	0	1	2	3
2. macht unangebrachte Geräusche	0	1	2	3
3. Forderungen muß sofort entsprochen werden	0	1	2	3
4. verhält sich unverschämt oder frech	0	1	2	3
5. zeigt Wutausbrüche und unvorhersehbares Verhalten	0	1	2	3
6. ist übermäßig empfindlich gegenüber Kritik	0	1	2	3
7. Ablenkbarkeit und Aufmerksamkeit sind problematisch	0	1	2	3
8. stört andere Kinder	0	1	2	3
9. tagträumt	0	1	2	3
10. mault und schmolzt	0	1	2	3
11. zeigt schnelle und ausgeprägte Stimmungswechsel	0	1	2	3
12. ist streitsüchtig	0	1	2	3
13. ist gegenüber Autoritäten unterwürfig	0	1	2	3
14. ist unruhig, immer „auf dem Sprung“	0	1	2	3
15. ist erregbar, impulsiv	0	1	2	3
16. stellt extreme Anforderungen an die Aufmerksamkeit des Lehrers	0	1	2	3
17. scheint von der Gruppe nicht akzeptiert zu werden	0	1	2	3
18. scheint von anderen Kindern leicht geführt zu werden	0	1	2	3
19. hat kein Gefühl für Fairplay	0	1	2	3
20. scheint einen Mangel an Führungsqualitäten zu haben	0	1	2	3
21. bringt angefangene Dinge nicht zu Ende	0	1	2	3
22. ist kindlich und unreif	0	1	2	3
23. verleugnet Fehler oder beschuldigt andere	0	1	2	3
24. kommt mit anderen Kindern nicht zurecht	0	1	2	3
25. ist unkooperativ mit Klassenkameraden	0	1	2	3
26. ist bei Bemühungen leicht frustriert	0	1	2	3
27. ist unkooperativ mit Lehrern	0	1	2	3
28. hat Lernschwierigkeiten	0	1	2	3

*29. Haben sich die Leistungen des Kindes in letzter Zeit gebessert?	0	1	2	3
*30. Haben sich die Leistungen in letzter Zeit verschlechtert?	0	1	2	3
*31. Kann sich das Kind in letzter Zeit besser konzentrieren?	0	1	2	3
*32. Kann sich das Kind in letzter Zeit schlechter konzentrieren?	0	1	2	3
*33. Ist das Kind in letzter Zeit ruhiger geworden?	0	1	2	3
*34. Ist das Kind in letzter Zeit unruhiger geworden?	0	1	2	3
*35. Hat sich die Schrift des Kindes gebessert?	0	1	2	3
*36. Hat sich die Schrift des Kindes verschlechtert?	0	1	2	3
*37. Hat sich das Sozialverhalten des Kindes gebessert?	0	1	2	3
*38. Hat sich das Sozialverhalten in letzter Zeit verschlechtert?	0	1	2	3
*39. Klagt das Kind jetzt seltener über körperliche Beschwerden?	0	1	2	3
*40. Klagt das Kind jetzt häufiger über körperliche Beschwerden?	0	1	2	3
*41. Hat sich die Zusammenarbeit mit den Eltern gebessert?	0	1	2	3
*42. Hat sich die Zusammenarbeit mit den Eltern verschlechtert?	0	1	2	3
*43. Geht es dem Kind aus Ihrer Sicht jetzt besser?	0	1	2	3
*44. Geht es dem Kind aus Ihrer Sicht jetzt schlechter?	0	1	2	3

Lehrer-Fragebogen.doc

* über den original Lehrer-Fragebogen nach Goyette und Conners hinausgehende eigene Fragen!

8.6. Lehrerfragebogen (Copeland)

Lehrer-Fragebogen

COPELAND SYMPTOM CHECKLIST FOR ATTENTION DEFICIT DISORDERS¹

Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHD) und Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität (ADD)

Diese Checkliste wurde anhand der Erfahrung vieler Fachleute auf dem Gebiet der Aufmerksamkeitsstörungen und der Hyperaktivität entwickelt. Sie wurde zusammengestellt, um zu bestimmen, ob Ihr Kind/Schüler ADHD oder ADD hat, in welchem Ausmaß, und wenn ja, in welchen Bereichen Schwierigkeiten erlebt werden.

Name des Schülers: «Vorname_Kind» «Name» Geburtsdatum: «GebDat» Datum:

Bitte beurteilen Sie das Kind hinsichtlich der unten aufgeführten Verhaltensmerkmale auf der vorgegebenen Antwortskala. Lassen Sie bitte kein Merkmal aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

I. Unaufmerksamkeit/Ablenkbarkeit		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Kurze Daueraufmerksamkeitsspanne, besonders bei uninteressanten Aktivitäten.	0	1	2	3
2.	Schwierigkeiten, eine Aufgabe zu Ende zu bringen.	0	1	2	3
3.	Tagträumen.	0	1	2	3
4.	Leicht ablenkbar.	0	1	2	3
5.	Spitznamen wie "Außerirdischer", "Träumer".	0	1	2	3
6.	Engagiert sich in vielen Aktivitäten, erreicht aber wenig.	0	1	2	3
7.	Die anfängliche Begeisterung läßt schnell nach.	0	1	2	3

II. Impulsivität		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Erregbarkeit, Reizbarkeit.	0	1	2	3
2.	Niedrige Frustrationstoleranz.	0	1	2	3
3.	Handelt vor dem Denken.	0	1	2	3
4.	Unordnung.	0	1	2	3
5.	Geringes Organisationstalent.	0	1	2	3
6.	Wechselt häufig von einer Aktivität zur nächsten.	0	1	2	3
7.	Schwierigkeiten in Gruppensituationen, die Geduld und Abwarten erfordern.	0	1	2	3
8.	Benötigt intensive Betreuung.	0	1	2	3
9.	Ständig Ärger aufgrund von Versäumnissen / Aufträgen.	0	1	2	3
10.	Unterbricht häufig, redet im Unterricht dazwischen.	0	1	2	3

III. Überaktivität/Hyperaktivität (Item 1-6) Unteraktivität/Hypoaktivität (Item 7-12)		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Ruhelosigkeit - Zappeligkeit, immer auf dem Sprung.	0	1	2	3
2.	Vermindertes Schlafbedürfnis.	0	1	2	3
3.	Exzessives Sprechen.	0	1	2	3
4.	Exzessives Rennen, Springen, Klettern.	0	1	2	3
5.	Motorische Unruhe während des Schlafens. Kickt die Decke fort - bewegt sich ständig.	0	1	2	3
6.	Hat Schwierigkeiten, beim Essen, in der Schule, etc. sitzen zu bleiben, geht im Klassenzimmer herum.	0	1	2	3
7.	Lethargisch.	0	1	2	3
8.	Tagträumen, nicht von dieser Welt sein.	0	1	2	3
9.	Macht Aufgaben nicht zuende.	0	1	2	3
10.	Unaufmerksamkeit.	0	1	2	3
11.	Wenig Führungsqualitäten.	0	1	2	3
12.	Schwierigkeiten beim Lernen und Umsetzen.	0	1	2	3

IV. Non-Compliance („Folgeverhalten“)		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	Folgt oft nicht.	0	1	2	3
2.	Diskutiert kontrovers.	0	1	2	3
3.	Mißachtet sozial erwünschte Verhaltensvorgaben.	0	1	2	3
4.	"Vergißt" unwesentlich Erscheinendes.	0	1	2	3
5.	Entschuldigt sich mit „Vergessen“.	0	1	2	3

V. „Aufmerksamkeitsheischendes“ Verhalten		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1.	„Muß“ oft im Mittelpunkt stehen.	0	1	2	3
2.	Fragt oder unterbricht dauernd.	0	1	2	3
3.	Irritiert und verärgert Geschwister, Gleichaltrige, Erwachsene.	0	1	2	3
4.	Kaspiert, „Klassenclown“.	0	1	2	3
5.	Benutzt gerne fäkalsprachliche oder sexistische Wörter.	0	1	2	3
6.	Benimmt sich „daneben“, um im Vordergrund zu stehen.	0	1	2	3

2

VI. Unreife	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Das Verhalten / die Reaktionen ähneln denen eines 6 Mon. bis 2 Jahre jüngeren Kindes.	0	1	2	3
2. Verzögerte physische Entwicklung.	0	1	2	3
3. Kommt besser mit jüngeren (oder älteren) Kindern aus.	0	1	2	3
4. Emotionale Reaktionen sind häufig unreif.	0	1	2	3

VII. Mangelnde Leistungsumsetzung (Kognitive/Visumotorische Probleme)	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Kann das Leistungspotential nicht umsetzen.	0	1	2	3
2. Verliert (Arbeits-)Material, Bücher, ...	0	1	2	3
3. Akustische Merkfähigkeits- und Differenzierungsprobleme.	0	1	2	3
4. Teilleistungsschwächen, Lernschwierigkeiten.	0	1	2	3
5. Aufgaben werden oft nicht vollendet.	0	1	2	3
6. Arbeitet zu schnell.	0	1	2	3
7. Arbeitet zu langsam.	0	1	2	3
8. „Schlampiges“ Schreiben, schlechte Handschrift.	0	1	2	3
10. „Schlechtes Gedächtnis“ für Instruktionen, Regeln, Axiome	0	1	2	3

VIII. Emotionale Schwierigkeiten	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Häufige unvorhersehbare Stimmungsschwankungen.	0	1	2	3
2. Ausgeprägte Reizbarkeit.	0	1	2	3
3. Schmerzunter- / überempfindlichkeit, kein Gefühl für Gefahr.	0	1	2	3
4. Leicht überreizt. Schwer (verbal) zu beruhigen.	0	1	2	3
5. Niedrige Frustrationstoleranz.	0	1	2	3
6. Wut- / Ärgerausbrüche.	0	1	2	3
7. Launenhaftigkeit.	0	1	2	3
8. Niedriges Selbstwertgefühl.	0	1	2	3

IX. Wenig gleichaltrige Freunde	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Schlägt, beißt, stößt andere Kinder.	0	1	2	3
2. Kann sich nicht an Spielregeln (auch soziale) halten.	0	1	2	3
3. Wird von Gleichaltrigen abgelehnt oder gemieden.	0	1	2	3
4. Vermeidet Gruppenaktivitäten; ein Einzelgänger.	0	1	2	3
5. Stichelt, provoziert andere Kinder / Geschwister.	0	1	2	3
6. "Kommandiert" andere Kinder. Will der Anführer sein.	0	1	2	3

X. Beeinträchtigte familiäre Beziehungen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
1. Häufiger „Familienkrach“.	0	1	2	3
2. Gemeinsame Aktivitäten und Familienfeste verlaufen unerfreulich.	0	1	2	3
3. Auseinandersetzungen der Eltern über das erzieherische Verhalten, da nichts hilft.	0	1	2	3
4. Die Hausaufgabenbetreuung durch die Mutter dauert Stunden, es bleibt wenig Zeit für andere Familienmitglieder.	0	1	2	3
5. Mahlzeiten verlaufen häufig unerfreulich.	0	1	2	3
6. Häufige Auseinandersetzungen über Verantwortlichkeit und Mithilfe im Haushalt	0	1	2	3
7. Ständige Belastung und Stress durch die sozialen und schulischen Probleme des Kindes.	0	1	2	3
8. Eltern (v.a. die Mutter) fühlen sich häufig frustriert, ärgerlich, hilflos, hoffnungslos, schuldig, enttäuscht, alleine, ängstlich um das Kind, traurig und deprimiert.	0	1	2	3

Copeland-Lehrer-Fragebogen.doc

ⁱ Copyright 1987 by Edna D. Copeland, Ph.D. Published by SPI Southeastern Psychological Institute, P.O. Box 12389, Atlanta, Georgia 30355-2389, modifizierte nicht standardisierte Übersetzung durch Frau Dipl. Psych. E. Tittmann, Lörrach 1998.

Bemerkungen:

8.7. Auswertungsbogen

ADS-Studie 2000 *Wege - Irrwege - der Therapie* Auswertungsbogen 1/4

«Name», «Vorname_Kind», «Gebdat»

Diagnosen: «M_1_ICD_10» «M_2_ICD_10» «M_3_ICD_10» «M_4_ICD_10»

1. Testung: «T» 2. Testung: «NT»

Schultyp: «Schultyp» Jugendhilfemaßnahmen: «Jugendhilfe»

Medikation: «R» Therapien: «VT»

Elternfragebogen (Conners u.a. 1978, modifiziert)

Skala	Punktwert	Erwartungswert	Klassifikation
Verhaltensprobleme (Items 2, 3, 5, 8, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 39, 45,46)		≥20	
Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit (Items 4, 11, 13, 15, 25, 28, 31, 38)		≥8	
Angst (Items 1, 7, 12, 16, 26, 30, 37)		≥7	
Psychosomatische Beschwerden (Items 24, 32, 41, 43, 44, 48)		≥6	

+1 bis +3 auffällig (A), +4 bis +6 deutlich auffällig (S), >6 extrem auffällig (E)

Lehrerfragebogen (Conners u.a. 1978, modifiziert)

Skala	Punktwert	Erwartungswert	Klassifikation
Verhaltensprobleme (Items 4, 5, 6, 10, 11, 12, 23, 27)		≥8	
Hyperaktivität (Items 1, 2, 3, 8, 14, 15, 16)		≥7	
Unaufmerksamkeit/Passivität (Items 7, 9, 18, 20, 21, 22, 26, 28)		≥8	

+1 bis +3 auffällig (A), +4 bis +6 deutlich auffällig (S), >6 extrem auffällig (E)

Zusatzfragen zum Lehrerfragebogen

Items (+ = Besserung)	-3	-2	-1	0	1	2	3
Leistung 29, 30							
Konzentration 31, 32							
Unruhe 33, 34							
Schrift 35, 36							
Sozialverhalten 37, 38							
Somatisierung 39, 40							
Kooperation 41, 42							
Befinden 43, 44							

Elternfragebogen (Copeland 1987, eig. Übersetzung)

Items	Wert	Summe	%rang	Klassifikation
Unaufmerksamkeit/Ablenkbareit	21			
Impulsivität	30			
Hyperaktivität/Überaktivität	18			
Hypoaktivität/Unteraktivität	18			
Non-Compliance	15			
"Aufmerksamkeitsheischendes" Verhalten	18			
Unreife	12			
Mangelnde Leistungsumsetzung	30			
Emotionale Schwierigkeiten	24			
Wenig gleichaltrige Freunde	18			
Beeinträchtigte familiäre Beziehungen	24			

35-49% diskret (A), 50-69% stark (S), >70% sehr stark auffällig (E)

«Name», «Vorname_Kind», «Gebdat»

Lehrerfragebogen (Copeland 1987, eig. Übersetzung)

Items	Wert	Summe	%rang	Klassifikation
Unaufmerksamkeit/Ablenkbarkeit	21			
Impulsivität	30			
Hyperaktivität/Überaktivität	18			
Hypoaktivität/Unteraktivität	18			
Non-Compliance	15			
"Aufmerksamkeitsheischendes" Verhalten	18			
Unreife	12			
Mangelnde Leistungsumsetzung	30			
Emotionale Schwierigkeiten	24			
Wenig gleichaltrige Freunde	18			

35-49% diskret (A), 50-69% stark (S), >70% sehr stark auffällig (E)

Interview

Datum:

1.	Wann hatten Sie zum Ersten Mal den Verdacht, daß Ihr Kind sich in seinem Verhalten von anderen deutlich unterscheidet?	
2.	Wurden Sie von jemandem wegen des Verhaltens Ihres Kindes angesprochen (Familienmitglieder, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, Kinderarzt usw.) ggf. wann und von wem?	
3.	Wann haben Sie Ihr Kind erstmals wegen seines Verhaltens bei einem Haus- oder Kinderarzt oder einer Beratungsstelle vorgestellt?	
4.	Zu welchem Ergebnis führte diese Vorstellung, welche Diagnose wurde gestellt, was wurde Ihnen empfohlen (weitere Diagnostik, Therapie)?	
5.	Wer hatte erstmals den Verdacht, daß eine Aufmerksamkeitsstörung vorliegen könnte?	
6.	Wer stellte wann die Diagnose ADS (MCD, HKS, ADD, ADDH)?	
7.	Hatten Sie zuvor schon Informationen zu dieser Störung, ggf. wann und durch wen (Familienmitglieder, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, Kinderarzt usw.) oder was (Bücher, Zeitschriften, Radio, Fernsehen)?	
8.	Wer informierte Sie wann erstmals gezielt über ADS?	
9.	Welche Behandlungsmethoden wurden Ihnen empfohlen?	
10.	Gab es entsprechende Angebote, ggf. mit welchen Wartezeiten?	
11.	Welche wurden umgesetzt?	

«Name», «Vorname_Kind», «Gebdat»

12.	Waren, sind diese hilfreich (gewesen)?	
13.	Wer informierte Sie wann erstmals gezielt über die Stimulanzienbehandlung (Ritalin®)?	
14.	Fühlten Sie sich hinreichend Aufgeklärt um eine Behandlungsentscheidung zu treffen?	
15.	Wurden Ihnen weitere Informationsquellen genannt (Bücher, Eltern-Selbsthilfegruppen, Facharzt)?	
16.	Suchten Sie weitergehende Information, ggf. wo (Bücher, Zeitschriften, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, psychologische Beratungsstelle, Hausarzt, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeut)?	
17.	Was davon erlebten Sie als hilfreich, was verunsicherte Sie eher?	
18.	Wann entschlossen Sie sich schließlich zu einem Ritalinbehandlungsversuch, bzw. dagegen?	
19.	Was war für diese Entscheidung maßgeblich?	
20.	Gab es wegen Ihrer Entscheidung für einen Ritalinbehandlungsversuch Kritik (Familienmitglieder, Bekannte, Kindergärtnerin, Lehrer, Kinder- oder Hausarzt)?	
21.	Wurden Ihnen Vorwürfe gemacht Sie gäben Ihrem Kind „Drogen“, trieben es damit in eine Medikamentenabhängigkeit, es würde dadurch nur ruhig gestellt, etc.?	
22.	Wer machte Ihnen diese Vorwürfe?	
23.	Wer begleitet die Behandlung (Beratung, Dosisanpassung)?	
24.	Wo bekommen Sie die BTM-Rezepte?	
25.	Wie oft und durch wen werden Laborkontrollen veranlaßt?	
26.	Wieviel Ritalin® nimmt Ihr Kind und zu welchen Zeiten?	
27.	Geben Sie Ritalin® nur an den Schultagen oder auch am Wochenende und in den Ferien?	
28.	Zeigte oder zeigt Ihr Kind unerwünschte Wirkungen (Kopf-, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit) des Medikaments?	
29.	Hat sich die Situation zu hause und in der Schule durch die Behandlung gebessert?	
30.	Woran merken Sie dies in erster Linie?	

«Name», «Vorname_Kind», «Gebdat»

Zusatzfragen

1.	Wünsche (hinsichtlich Behandlungsmöglichkeiten) für die Zukunft.												
2.	Stimmungsbarometer (Auf einer Skala von 0-10 soll die allg. Befindlichkeit vor "V" und nach "N" Behandlungsbeginn angegeben werden, wobei 0 extrem schlecht und 10 extrem gut bedeutet.)	"V"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		"N"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Intelligenz- und Leistungsdiagnostik:

Verfahren				IQ 1. Test	IQ 2. Test
K-ABC (2;6 - 12;5 J.)	ED: PR	GD: PR	SW: PR		
HAWIK-R (6 -16 J.)	VT: PR	HT: PR	GW: PR		
CPM (4 -11 J.) / SPM (10 -65 J.)			GW: PR		
PSB (9 - 20 J.)			SW: PR		

Funktionsdiagnostik:

Verfahren					IQ 1. Test	IQ 2. Test
Frostig (4;0 - 8;11 J.)			GW: PR			
d2 (9;0 -59;11 J.)	GZ: PR	F%: PR	SB: PR	GZ-F: PR		

Lese- /Rechtschreibtests:

Verfahren			IQ 1. Test	IQ 2. Test
WRT 1+, 2+, 3+, 4/5, 6+ (6 -11 J.)	SN: PR	GN: PR		
Züricher Lesetest (7 -11 J.)	SN: PR	GN: PR		

Weitere Testverfahren:

- PET MBH FIT SET Sceno DÜSS AFS HANES-KJ
 ALS FSKN BDI PFK Stressbarometer

Bemerkungen:

Dosis der Medikation:

Datum	Medikament	TD mg	mg/kg	Dosis/Uhrzeit	dto. WE/Ferien	Auslaßversuche

8.8. Elternaufklärung zu Methylphenidat

Elternaufklärung zu Methylphenidat (RITALIN[®], Medikinet[®]) Stimulanzienbehandlung bei ADHS

Liebe Eltern,

Sie haben einen Termin beim Kinder- und Jugendpsychiater vereinbart, weil Ihr Kind sehr unruhig ist, nicht stillsitzen kann und/oder erhebliche Schwierigkeiten zeigt, sich längere Zeit auf eine Sache zu konzentrieren, sich aufmerksam zu zeigen. Wir haben nach unseren Untersuchungen und Beobachtungen festgestellt, daß bei Ihrem Kind ein sogenanntes Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS), auch Attention-Defizit-Dysorder (ADD) oder in Verbindung mit einer Hyperkinese (übermäßiger körperliche Unruhe) auch Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder (ADHD), bzw. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) oder Hyperkinetisches-Syndrom (HKS) genannt, vorliegt.

Im Rahmen dieser Besonderheit Ihres Kindes kommt es häufig zu Schulleistungsstörungen und erheblichen Erziehungsproblemen. Vielleicht macht Ihr Kind oft die Erfahrung von Mißerfolg und Kritik, obwohl es sich immer wieder große Mühe gibt. Dadurch kann sein Selbstwertgefühl Schaden nehmen, ein Scheitern in der Schule, schwere Verhaltensstörungen bis hin zur sozialen Isolierung können die Folge sein.

Die Behandlung dieser Störung umfaßt neben einer speziellen Förderung des Kindes, ein Elternttraining, Familiengespräche, eine Zusammenarbeit mit den Schulen sowie weitere psychotherapeutische Maßnahmen.

Zusätzlich kann die Gabe eines Medikamentes angezeigt sein, das die anderen Behandlungsmaßnahmen ergänzt und unterstützt, nicht selten eine Voraussetzung für weitere Schritte sein kann. Von den unterschiedlichen verfügbaren Medikamenten halten wir **Methylphenidat** für die am besten geeignete Substanz für Ihr Kind.

Was ist Methylphenidat?

Ritalin ist eine dem Amphetamin nahe verwandte Substanz. Es gehört in die Gruppe der sog. Psychostimulantien. Diese Substanzen haben eine leistungssteigernde, konzentrationsfördernde und zum Teil euphorisierende Wirkungen. Daher unterliegen diese Substanzen strengen Auflagen durch das Arzneimittelgesetz. Um sie zu verschreiben, sind spezielle Rezepte („BtM-Rezepte“) erforderlich, damit ein Mißbrauch möglichst ausgeschlossen werden kann.

Wie wirkt Methylphenidat bei ADHS?

Man geht heute von einer familiären Veranlagung (genetischen Disposition) des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms aus. Erwiesen scheint, daß das Gleichgewicht einiger Botenstoffe (Neurotransmitter) und hier insbesondere die des Dopamins in bestimmten Bereichen des Gehirns gestört ist.

Methylphenidat wirkt indirekt und direkt auf einige dieser Botenstoffe, indem es deren Abbau hemmt, ihre Ausschüttung fördert (Dopaminfreisetzung und -synthese), ihre Wiederaufnahme verzögert und gleichzeitig eigene Wirkungen an unterschiedlichen Rezeptoren der Zellmembranen entfaltet.

Unter Gabe des Medikamentes kommt es in bis zu 80% der Fälle zu einer Verbesserung von Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und der Ausdauer, sowie zu einer Verminderung der motorischen Unruhe. Schulleistungen bessern sich nicht selten. Reaktive Verhaltensstörungen und Verstimmungszustände werden in der Regel positiv beeinflusst.

Wie wird Methylphenidat verabreicht?

Die Wirkung des Mittels setzt nach ca. 30 Minuten ein und hält gewöhnlich für drei bis vier Stunden an. Methylphenidat soll ganz gezielt in den Situationen eingesetzt werden, in denen das ADS zu den größten Schwierigkeiten und negativen Folgen führt. Dies sind in der Regel die Schulstunden. Mittlerweile stehen auch einzelne länger wirksame Substanzen zur Verfügung (Concerta[®], Ritalin-SR[®], Ritalin-LA[®]).

Man beginnt die Medikation mit der kleinsten Dosis, in der Regel 10 bis 20 mg pro Tag, die man als Tablette morgens vor der Schule, manchmal auch in einer zweiten Dosis nachmittags zur Bewältigung der Hausaufgaben gibt. Die notwendige Dosis muss für jedes Kind individuell ermittelt werden, denn jedes Kind ist anders und reagiert unterschiedlich auf das Medikament.

Wenn keine ausreichende Wirkung eintritt, kann man die Dosis steigern. Die Tagesdosis sollte 1 mg pro kg Körpergewicht pro Tag nicht übersteigen. Dies ist auch die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Um die Wirksamkeit des Mittels zu überprüfen, sollte mit anderen Personen, die Ihr Kind regelmäßig erleben, z. B. mit den Lehrern, zusammengearbeitet werden. Nur wenn die Wirkung wirklich eindeutig nachgewiesen ist, ist die Verabreichung gerechtfertigt. Wir überprüfen die Wirksamkeit in unserer Klinik sorgfältig durch gezielte Verhaltensbeobachtung auch unter Verwendung von speziellen Fragebögen.

Mit welchen unerwünschten Wirkungen ist zu rechnen?

Methylphenidat wird in der Regel gut vertragen und gilt als sicheres Medikament. Die häufigsten Beschwerden sind leichte Kopf- und Bauchschmerzen, eine Appetitminderung und Einschlafstörungen, die aber oft nur vorübergehend auftreten. Ob Ihr Kind solche Wirkungen zeigt, kann man erst beurteilen, wenn das Medikament verabreicht wird.

Als schwerste unerwünschte Wirkung, die allerdings nur sehr selten auftritt, gilt die sog. psychotische Reaktion, bei der Symptome wie Halluzinationen, Desorientierung und Wahngedanken auftreten können. In diesem Fall sollte das Medikament sofort abgesetzt werden. Die Symptome verschwinden dann in kurzer Zeit wieder vollständig. Eine Methylphenidatbehandlung bei bekannter Psychose ist deshalb unbedingt zu vermeiden.

Eine relevante Wachstumshemmung, wie sie insbesondere bei hohen Dosen in der Langzeitbehandlung mit anderen Stimulanzien zu beobachten waren, konnten beim **Methylphenidat** nicht festgestellt werden.

Regelmäßige Kontrollen, zunächst $\frac{1}{4}$ später $\frac{1}{2}$ jährlich, von Blutbild, Leberwerten, Puls und Blutdruck, sowie Körpergewicht und Größe haben sich bewährt. Eine Hirnstrommessung (EEG) und ein Elektrokardiogramm (EKG) sind nur bei entsprechender Indikation unverzichtbar (Hinweise auf Anfallsleiden oder Herzerkrankungen in der Familie).

Die Entwicklung einer depressiven Verstimmung macht die Überprüfung der weiteren Gabe des Mittels bzw. der Dosierung (mögl. Überdosierung) notwendig, sie kann aber auch Ausdruck dafür sein, daß im Rahmen der Behandlung das Kind erstmals seine Verhaltensproblematik in vollem Umfang erkennt und reflektiert. Erste Erfolge sowohl auf der Verhaltens-, als auch auf der Leistungsebene führen meist schnell zu einer Besserung dieser negativen Gemüthsstimmung.

Eine euphorisierende, stimmungsanhebende Wirkung („high-sein“) tritt beim ADS unter **Methylphenidat** in den üblichen Dosierungen nicht auf.

Eine Suchtgefahr ist nachgewiesenermaßen für Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom (auch nach mehrjähriger Behandlung mit Stimulanzien) nicht gegeben. Dennoch ist es sinnvoll nach dem Motto: „so niedrig und so kurz wie möglich aber soviel und so lange wie nötig“ zu verfahren. Nicht unumstritten sind sogenannte Medikamentenpausen „drug-hollydays“ – z.B. in den Ferien oder an den Wochenenden. Bei gutem Verlauf sind Auslassversuche des Medikamentes eine Möglichkeit die weitere Notwendigkeit der Pharmakotherapie regelmäßig zu überprüfen.

Wann empfehlen wir Methylphenidat?

Wir empfehlen Ihnen bzw. Ihrem Kind einen Methylphenidatbehandlungsversuch, da die möglichen Nebenwirkungen angesichts der zu erwartenden Verbesserung der Symptomatik und möglicher schwerer reaktiver Störungen (Schulversagen, Rückzug, Depression, Dissozialität) unseres Erachtens zu vernachlässigen sind. Stimulanzien können Ihr Kind unterstützen, sich selbst wieder als erfolgreicher zu erleben, nicht mehr so oft ungewollt überall „anzuecken“, die Erfahrung zu machen, daß es z.B. in einer Gruppe wieder dazugehört und nicht ständig ausgeschlossen wird oder zusätzliche Kontrolle benötigt. Wie die Therapie bei Ihrem Kind gestaltet wird, und ob Stimulanzien dabei eine Rolle spielen sollen, muss in gemeinsamen Gesprächen herausgefunden und für die ganze Dauer der Behandlung, die über Jahre gehen kann, immer wieder überprüft werden. Für uns kommt eine medikamentöse Behandlung nur in Frage, wenn sie mit anderen Therapiemaßnahmen kombiniert wird. Die verschiedenen Behandlungselemente sollen sich sinnvoll ergänzen. Ihr Kind soll nicht das Gefühl entwickeln, daß es nur mit Tabletten „funktioniert“, sondern es soll das Medikament als eine Hilfe und Unterstützung seiner eigenen Anstrengungen erleben, sein Verhalten zu verändern.

Da Sie als Eltern in einer so wichtigen Frage für Ihr Kind entscheiden müssen, hat die Behandlung nur einen Sinn, wenn Sie in vollem Umfang hinter der Maßnahme stehen. Aus diesem Grund ist uns die Aufklärung so wichtig. Wenn Sie das Gefühl haben, daß Sie in unseren gemeinsamen Gesprächen ausführlich über die Wirkungen und Risiken aufgeklärt wurden und nach Abwägung aller Vor- und Nachteile einen Behandlungsversuch mit **Methylphenidat** wünschen, sollten Sie mit uns das weitere Vorgehen in enger Absprache mit Ihrem Haus- oder Kinderarzt planen.

9. Literaturverzeichnis

- Altherr, P. (2000): ADS international – was tut sich im Ausland? In: Fitzner, Th., Stark, W. (Hrsg.): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Arzneitelegramm 2002; Jg. 33, Nr. 1, 16, A.T.I. Arzneimittelinformation Berlin GmbH
- Baughman, F.A. Jr. (2000): Dopamine-Transporter Density in Patients with ADHD. In: The Lancet. 2000 April 22;355(9213)
- Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Stanat, P., Tillmann, K.-J. & Weiß, M. (Deutsches PISA-Konsortium) (Hrsg.). (2001). *PISA 2000: Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Baumgärtel, A., Wolraich, M., Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34; 629-38.
- Bohannon, P. (1985): *All the Happy Families. Exploring the Varieties of Family Life*. New York (McGraw Hill)
- Boris, M., Mandel, F.S. (1993): Food and Additives are Common Causes of ADHD in Children. In: *Annals of Allergy*, 1994
- Bourneville, E. (1897): *Le traitement medicopédagogique des différentes forms de l'Idiotie*. Paris: Alcan
- Bradley, C. (1937): The behaviour of children receiving Bazedrine. *Am J Psychiatry* 94
- Brown, Th.E. (2000): *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Cox, D.J., et al (2000): Effect of Stimulant Medication on Driving Performance of Young Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 2000 April, 188
- de Groot, H. (2001), Das späte Zittern des Zappelphilipps. In: *Süddeutsche Zeitung*, Druckausgabe, 11.12.2001
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2000
- Diehl, J. M. & Arbinger, R.(1992). *Einführung in die Interferenzstatistik*, Verlag Dietmar Klotz: Frankfurt am Main
- Diehl, J. M. & Kohr, H. U. (1999). *Deskriptive Statistik*, Verlag Dietmar Klotz: Frankfurt am Main

- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 151-86.
- Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). Elterntraining im Rahmen einer multimodalen Therapie hyperkinetischer Störungen. In: Steinhausen, H.C. (Hrsg.). Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2001): Gibt der Verbrauch von Methylphenidat für Hyperaktive Kinder Anlass zur Besorgnis? In: ADHS-Report 6
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.) Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart. Schattauer; 524-40.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Editorial. Internationales ADHS-Symposium Wien. Fortschritte in der Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) – Advances in diagnosis and treatment of ADHD In: ADHS-Report. Referate für Klinik und Praxis. Oktober 2003
- Epstein, J.N. et al (2000): Familial Aggregation of ADHD Characteristics. In: Journal of Abnormal Child Psychology 2000 December;28(6)
- Farone, S.V. et al (2001): Meta-Analysis of the Association Between the 7-Repeat Allele of the Dopamine D(4) Receptor Gene and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: American Journal of Psychiatry 2001 July;158(7)
- Ferber von, L., et al (2002): Methylphenidatgebrauch in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 2003; 100 (Heft 1-2)
- Fox-McIntyre, B., Ford, J.A. (1999): Toxins may be present in blue-green algae products: Health Canada 69/1999
- Grützmaker, H. (2001): Unfallgefährdung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. In: Dt. Ärzteblatt 2001; 98 [Heft 34-35]
- Hinshaw, S.P. et al (2000): Family Processes and Treatment Outcome in the MTA: Negative/Ineffective Parenting Practices in Relation to Multimodal Treatment. In: Journal of Abnormal Child Psychology 2000 December;28(6)
- Hoffmann, H. (1845): Der Struwwelpeter. Frankfurt: Literarische Anstalt
- Huss, M., Schmidt-Schulz, A., Hoffmann, K., Vogel, R., Lemkuhl, U. (2000): Wenn ADS »erwachsen« wird Langzeitverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS): Macht Ritalin süchtig? In: Fitzner, Th., Stark, W. (Hrsg.): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Hüther, G. (2002): Funkstille im Frontalhirn. In: DER SPIEGEL, 11/2002

- Hüther, G.: Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin®). In: Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie, 4/2001, Heft 112, Jg. 32
- Hüther, G. et al (2001): Early Methylphenidat Administration to Young Rats Causes a Persistent Reduction in the Density of Striatal Dopamine Transporters. In: Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Volume 11, Number 1, 2001
- International Consensus Statement on ADHD, Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 5, No. 2, June 2002
- Jensen, P.S., Martin, D., Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 1997; 36: 1065-79.
- Jensen, P.S., Kettle, L., Roper, M.T., Sloan, M.T., Dulcan, M.K., Hoven, C., Bird, H.R., Bauermeister, J.J., Payne, J.D.: Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999; 7
- Kanders, Joseph: „Hyperaktivitätsstörungen – Lehrer greifen in die Therapieheute ein“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 98, Heft 33, 10. August 2001.
- Klitzing, Kai von (1999): Ein Kunstfehler. Interview in: FACTS (Schweizer Pendant zu Focus, A.d.V.) 43/1999
- Klitzing, Kai von (2002): Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung aus kinderpsychiatrischer Sicht, Oberarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und –Poliklinik Basel, ADHD bei Kindern, Tagung Basel, März 2002
- „Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte“ CCHR, eine Suborganisation der Scientology-church, „Psychiatrie – Der Verfall des Schulwesens“ 1995
- Krause, K.H. et al (2000): Increased Striatal Dopamine Transporter in Adult Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects of Methylphenidate as Measured by Single Photon Emission Computed Tomography. In: Neuroscience Letter 2000 May 12;285(2)
- Krause, K.H., Dresel, S., Krause, J.: Wirkmechanismus von Methylphenidat. In: Kinderärztliche Praxis (2001), Sonderheft „Unaufmerksam und hyperaktiv“, Kirchheim-Verlag Mainz 2001
- Lasch, Ch. (1977): Haven in a Heartless World. The Family Besieged. New York (W. W. Norton).
- Laucht, M. et al (2001): Antisoziales Verhalten im Jugendalter: Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (4), 2001
- Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V., <http://www.ag-adhs.de/public/ag/leitlinie.html>

- Lempp, R. (1964): Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern: Huber
- MEDICE Arzneimittel, Pütter GmbH & Co. KG, aktualisierte Gebrauchsinformation, Schreiben vom November 2003
- Meng, H., Bürgin, D. (2002): Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertungen von sieben Jahren Erfahrung. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 51, Vandenhoeck & Ruprecht 2002
- Moll, G.H., Rothenberger, A. : Neurobiologische Grundlagen, Ein pathophysiologisches Erklärungsmodell der ADHD. In: Kinderärztliche Praxis (2001), Sonderheft „Unaufmerksam und hyperaktiv“, Kirchheim-Verlag Mainz 2001
- MTA Cooperative Group: Fourteen-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry 1999a; 56
- Naturheilverfahren & Lebensthemen, Dagmar Fischer, Film & Verlag, 2001, Nr. 5
- Panizzon, I. (1944): La preparazione di piridile pèperidila-rilaceto-nitrile e di alcuni prodotti di transformatione. Helvetica Chimica Acta 27: 1748-1756
- Paternite, C.E. et al (1999) : Childhood Inattention-Overactivity, Aggression, and Stimulant Medication as Predictors of Young Adult Outcomes. In: Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 1999; 9(3)
- Pfeiffer, C., Greve, W., Wetzel, P. (2004): Medienverwahrlosung als Ursache von Schulversagen und Jugenddelinquenz? Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Lützerodestraße 9, 30161 Hannover, <http://kfn.uni-hannover.de>
- Pick, A. (1904): Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, Band V
- Pliszka, S.R., et al (2000): The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I and II. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000 July;39(7)
- Postman, N. (1987/1985/1995): Das Verschwinden der Kindheit/ Wir amüsieren uns zu Tode/Keine Götter mehr – Das Ende der Erziehung. Frankfurt: Fischer Verlag/Berlin Verlag
- Rapport, M.D. (1990): Controlled Studies of the Effect of Psychostimulants on Children's Functioning in Clinic and Classroom Settings. In: Conners, K., Kinsbourne, M. (Hrsg.): Attention Deficit Hyperactivity Disorder. München: MMV-Verlag
- Safer, D.J. (2000): Are Stimulants Overprescribed for Youths with ADHD. In: Annals of Clinical Psychiatry 2000 March;12(1)

- Schmitt, R.B., (2000): Ritalin Draws Lawsuits in U.S. Against Novartis, Health Group, Plaintiffs' Lawyers Charge that the Defendants Worked to 'Create' a Disease. In: Wall Street Journal Europe, 14.09.2000
- Seeger, G. (2001): Genetik der ADHS. Vortrag: 4. Berner Symposium zur Kinder- und Jugendpsychiatrie 29. und 30. Juni 2001
- Shekim, W.O., Asarnow, R.F., Hess, E., Zaucha, K., Wheeler, N. (1990): A Clinical and Demographic Profile of a Sample of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Residual State, *Compr. Psychat.* 31
- Simonsohn, B. (2000): Wissenswertes. Ritalin – Kinder unter Psychodrogen. Die gefährlichen Wirkungen des Psychopharmakons Ritalin. In: *Natur und Heilen*, 9/2000
- Sprich, S. Biederman, J. et al (2000): Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents with ADHD. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000 November;39(11)
- Stierlin, H. (1994): Ich und die anderen. Psychotherapien in einer sich wandelnden Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta
- Still, G.F. (1902): The Culostian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*
- Trott, G.-E. (1993): Das Hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung. Leipzig; Berlin; Heidelberg: Barth
- Trott, G.E. (2002): ADHS – Wenn Zappelphilipp erwachsen wird. In: *Neurotransmitter*, April 2002; 13 (4): 63-68, Urban & Vogel Verlagsgesellschaft 2002
- Waters, R. (2000): Generation RX The Risk of Raising our Kids on Pharmaceuticals. *Networker* March/April 2000, c/o Health Magazine, 2 Embarcadero Center, Suite 600, San Francisco
- Weller, E.B. et al (1999): Aggressive Behaviour in Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder and Pervasive Developmental Disorders. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60, 15
- Wender, P.H.; University of Utah, School of Medicin, Salt Lake City (ins Deutsche übertragen von G.-E. Trott). In: *Psycho, Zeitschrift für Praxis und Klinik* 26 (2000), Georg Thieme Verlag 2000
- Wimmer, H. (2002): In: *raum & zeit*, 116/2002

10. Endnoten

-
- ¹ Moll, G.H., Rothenberger, A. : Neurobiologische Grundlagen, Ein pathophysiologisches Erklärungsmodell der ADHD. In: Kinderärztliche Praxis (2001), Sonderheft „Unaufmerksam und hyperaktiv“, Kirchheim-Verlag Mainz 2001
- ² Krause, K.H., Dresel, S., Krause, J.: Wirkmechanismus von Methylphenidat. In: Kinderärztliche Praxis (2001), Sonderheft „Unaufmerksam und hyperaktiv“, Kirchheim-Verlag Mainz 2001
- ³ Trott, G.E. (2002): ADHS – Wenn Zappelphilipp erwachsen wird. In: Neurotransmitter, April 2002; 13 (4): 63-68, Urban & Vogel Verlagsgesellschaft 2002
- ⁴ Wender, P.H.; University of Utah, School of Medicine, Salt Lake City (ins Deutsche übertragen von G.-E. Trott). In: Psycho, Zeitschrift für Praxis und Klinik 26 (2000): 190-198, Georg Thieme Verlag 2000
- ⁵ MTA Cooperative Group: Fourteen-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry 1999a; 56: 1073-1086
- ⁶ Huss, M., Schmidt-Schulz, A., Hoffmann, K., Vogel, R., Lemkuhl, U. (2000): Wenn ADS »erwachsen« wird Langzeitverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS): Macht Ritalin süchtig? In: Fitzner, Th., Stark, W. (Hrsg.): ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- ⁷ Jensen, P.S., Kettle, L., Roper, M.T., Sloan, M.T., Dulcan, M.K., Hoven, C., Bird, H.R., Bauermeister, J.J., Payne, J.D.: Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999; 7: 797-804
- ⁸ Döpfner, M., Lemkuhl, G. (2001): Gibt der Verbrauch von Methylphenidat für Hyperaktive Kinder Anlass zur Besorgnis? In: ADHS-Report 6: 1-3
- ⁹ Waters, R. (2000): Generation RX The Risk of Raising our Kids on Pharmaceuticals. Networker March/April 2000, c/o Health Magazine, 2 Embarcadero Center, Suite 600, San Francisco
- ¹⁰ Safer, D.J. (2000): Are Stimulants Overprescribed for Youths with ADHD. In: Annals of Clinical Psychiatry 2000 March;12(1):55-62
- ¹¹ Ferber von, L., et al (2002): Methylphenidatgebrauch in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 2003; 100: A 41-46 (Heft 1-2)
- ¹² „Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte“ CCHR, eine Suborganisation der Scientology-church, „Psychiatrie – Der Verfall des Schulwesens“ 1995
- ¹³ Schmitt, R.B., (2000): Ritalin Draws Lawsuits in U.S. Against Novartis, Health Group, Plaintiffs' Lawyers Charge that the Defendants Worked to 'Create' a Disease. In: Wall Street Journal Europe, 14.09.2000
- ¹⁴ u.a. Wimmer, H. (2002): In: raum & zeit, 116/2002, 19-26
- ¹⁵ Fox-McIntyre, B., Ford, J.A. (1999): Toxins may be present in blue-green algae products: Health Canada 69/1999
- ¹⁶ u.a. in Naturheilverfahren & Lebensthemen, Dagmar Fischer, Film & Verlag, 2001, Nr. 5, 65-67
- ¹⁷ Simonsohn, B. (2000): Wissenswertes. Ritalin – Kinder unter Psychodrogen. Die gefährlichen Wirkungen des Psychopharmakons Ritalin. In: Natur und Heilen, 9/2000, 32-40
- ¹⁸ Arzneitelegramm 2002; Jg. 33, Nr. 1, 16, A.T.I. Arzneimittelinformation Berlin GmbH
- ¹⁹ Hüther, G. (2002): Funkstille im Frontalhirn. In: DER SPIEGEL, 11/2002, 220-222
- ²⁰ Hüther, G. et al (2001): Early Methylphenidat Administration to Young Rats Causes a Persistent Reduction in the Density of Striatal Dopamin Transporters. In: Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Volume 11, Number 1, 2001, 15-24

-
- ²¹ de Groot, H. (2001), Das späte Zittern des Zappelphilipps. In: Süddeutsche Zeitung, Druckausgabe, 11.12.2001
- ²² Seeger, G. (2001): Genetik der ADHS. Vortrag: 4. Berner Symposium zur Kinder- und Jugendpsychiatrie 29. und 30. Juni 2001
- ²³ Krause, K.H. et al (2000): Increased Striatal Dopamine Transporter in Adult Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects of Methylphenidate as Measured by Single Photon Emission Computed Tomography. In: Neuroscience Letter 2000 May 12;285(2):107-110
- ²⁴ Baughman, F.A. Jr. (2000): Dopamine-Transporter Density in Patients with ADHD. In: The Lancet. 2000 April 22;355(9213):1460-1462
- ²⁵ Farone, S.V. et al (2001): Meta-Analysis of the Association Between the 7-Repeat Allele of the Dopamine D(4) Receptor Gene and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: American Journal of Psychiatry 2001 July;158(7):1052-57
- ²⁶ Hüther, G.: Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin®). In: Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie, 4/2001, Heft 112, Jg. 32, 471-86
- ²⁷ Meng, H., Bürgin, D. (2002): Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertungen von sieben Jahren Erfahrung. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 51:373-384, Vandenhoeck & Ruprecht 2002
- ²⁸ Klitzing, Kai von (2002): Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung aus kinderpsychiatrischer Sicht, Oberarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und –Poliklinik Basel, ADHD bei Kindern, Tagung Basel, März 2002
- ²⁹ Klitzing, Kai von (1999): Ein Kunstfehler. Interview in: FACTS (Schweizer Pendant zu Focus, A.d.V.) 43/1999
- ³⁰ Brown, Th.E. (2000): Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- ³¹ Paternite, C.E. et al (1999) : Childhood Inattention-Overactivity, Aggression, and Stimulant Medication as Predictors of Young Adult Outcomes. In: Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 1999; 9(3):169-184
- ³² Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- ³³ Grützmaker, H. (2001): Unfallgefährdung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. In: Dt. Ärzteblatt 2001; 98: A 2195-2197 [Heft 34-35]
- ³⁴ Cox, D.J., et al (2000): Effect of Stimulant Medication on Driving Performance of Young Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: The Journal of Nervous and Mental Diseases 2000 April, 188:230-234
- ³⁵ Shekim, W.O., Asarnow, R.F., Hess, E., Zaucha, K., Wheeler, N. (1990): A Clinical and Demographic Profile of a Sample of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Residual State, Compr. Psychiat. 31: 416-425
- ³⁶ Laucht, M. et al (2001): Antisoziales Verhalten im Jugendalter: Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (4), 2001, 297-311
- ³⁷ Trott, G.-E. (1993): Das Hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung. Leipzig; Berlin; Heidelberg: Barth
- ³⁸ Hoffmann, H. (1845): Der Struwwelpeter. Frankfurt: Literarische Anstalt
- ³⁹ Bourneville, E. (1897): Le traitement medicopédagogique des différentes formes de l'idiotie. Paris: Alcan
- ⁴⁰ Still, G.F. (1902): The Culostian lectures on some abnormal psychical conditions in children. The Lancet: 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168
- ⁴¹ Pick, A. (1904): Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, Band V, S. 1-28

-
- ⁴² Boris, M., Mandel, F.S. (1993): Food and Additives are Common Causes of ADHD in Children. In: *Annals of Allergy*, 1994, 462-468
- ⁴³ Brown, Th.E. (2000): Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- ⁴⁴ Weller, E.B. et al (1999): Aggressive Behaviour in Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder and Pervasive Developmental Disorders. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60, 15:5-11
- ⁴⁵ Hinshaw, S.P. et al (2000): Family Processes and Treatment Outcome in the MTA: Negative/Ineffective Parenting Practices in Relation to Multimodal Treatment. In: *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000 December;28(6):555-568
- ⁴⁶ Lempp, R. (1964): Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern: Huber
- ⁴⁷ Trott, G.-E. (1993): Das Hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung. Leipzig; Berlin; Heidelberg: Barth
- ⁴⁸ Bradley, C. (1937): The behaviour of children receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry* 94: 577-585
- ⁴⁹ Trott, G.-E. (1993): Das Hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung. Leipzig; Berlin; Heidelberg: Barth; S. 4
- ⁵⁰ Panizzon, I. (1944): La preparazione di piridile pèperidila-rilaceto-nitrile e di alcuni prodotti di trasformazione. *Helvetica Chimica Acta* 27: 1748-1756
- ⁵¹ Rapport, M.D. (1990): Controlled Studies of the Effect of Psychostimulants on Children's Functioning in Clinic and Classroom Settings. In: Conners, K., Kinsbourne, M. (Hrsg.): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. München: MMV-Verlag
- ⁵² Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2000
- ⁵³ Pliszka, S.R., et al (2000): The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I and II. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000 July;39(7):908-927
- ⁵⁴ Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V., <http://www.ag-adhs.de/public/ag/leitlinie.html>
- ⁵⁵ Moll, G., Rothenberger, A. (2001): Neurobiologische Grundlagen Ein pathophysiologisches Erklärungsmodell der ADHD. In: *Kinderärztliche Praxis Sonderheft: Unaufmerksam Hyperaktiv* 72: 9-15
- ⁵⁶ Seeger, G. (2001): Genetik der ADHS. Vortrag: 4. Berner Symposium zur Kinder- und Jugendpsychiatrie 29. und 30. Juni 2001
- ⁵⁷ Sprich, S. Biederman, J. et al (2000): Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents with ADHD. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000 November;39(11):1432-1437
- ⁵⁸ Epstein, J.N. et al (2000): Familial Aggregation of ADHD Characteristics. In: *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000 December;28(6):585-94
- ⁵⁹ Altherr, P. (2000): ADS international – was tut sich im Ausland? In: Fitzner, Th., Stark, W. (Hrsg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- ⁶⁰ Stierlin, H. (1994): Ich und die anderen. Psychotherapien in einer sich wandelnden Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta
- ⁶¹ Bohannon, P. (1985): *All the Happy Families. Exploring the Varieties of Family Life*. New York (McGraw Hill)
- ⁶² Lasch, Ch. (1977): *Haven in a Heartless World. The Family Besieged*. New York (W. W. Norton).
- ⁶³ Postman, N. (1987/1985/1995): *Das Verschwinden der Kindheit/ Wir amüsieren uns zu Tode/Keine Götter mehr – Das Ende der Erziehung*. Frankfurt: Fischer Verlag/Berlin Verlag

-
- ⁶⁴ Pfeiffer, C., Greve, W., Wetzel, P. (2004): Medienverwahrlosung als Ursache von Schulver-sagen und Jugenddelinquenz? Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Lützerodestraße 9, 30161 Hannover, <http://kfn.uni-hannover.de>
- ⁶⁵ Brown, Th.E. (2000): Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- ⁶⁶ Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Stanat, P., Tillmann, K.-J. & Weiß, M. (Deutsches PISA-Konsortium) (Hrsg.). (2001). *PISA 2000: Basis-kompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- ⁶⁷ Copyright © 2004, SPSS Inc. All rights reserved.SPSS Inc. Headquarters, 233 S. Wacker Drive, 11th floor Chicago, Illinois 60606
- ⁶⁸ Diehl, J. M. & Kohr, H. U. (1999). *Deskriptive Statistik*, Verlag Dietmar Klotz: Frankfurt am Main
- ⁶⁹ Diehl, J. M. & Arbinger, R.(1992). *Einführung in die Interferenzstatistik*, Verlag Dietmar Klotz: Frankfurt am Main
- ⁷⁰ Jensen, P.S., Martin, D., Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 1997; 36: 1065-79.
- ⁷¹ Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). Elternttraining im Rahmen einer multimodalen Therapie hyperkinetischer Störungen. In: Steinhausen, H.C. (Hrsg.). *Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- ⁷² Baumgärtel, A., Wolraich, M., Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34; 629-38.
- ⁷³ Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe; 151-86.
- ⁷⁴ Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- ⁷⁵ Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart. Schattauer; S. 532
- ⁷⁶ Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart. Schattauer; S. 537
- ⁷⁷ Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart. Schattauer; S. 533
- ⁷⁸ Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Editorial. Internationales ADHS-Symposium Wien. Fortschritte in der Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) – Advances in diagnosis and treatment of ADHD In: ADHS-Report. Referate für Klinik und Praxis. Oktober 2003
- ⁷⁹ Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart. Schattauer; S. 533
- ⁸⁰ Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart. Schattauer; S. 537
- ⁸¹ Huss, M., Schmidt-Schulz, A., Hoffmann, K., Vogel, R., Lemkuhl, U. (2000): Wenn ADS »er-wachsen« wird Langzeitverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS): Macht Ritalin süchtig? In: Fitzner, Th., Stark, W. (Hrsg.): *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- ⁸² International Consensus Statement on ADHD, *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 5, No. 2, June 2002

⁸³ MEDICE Arzneimittel, Pütter GmbH & Co. KG, aktualisierte Gebrauchsinformation, Schreiben vom November 2003

⁸⁴ Kanders, Joseph: „Hyperaktivitätsstörungen – Lehrer greifen in die Therapiehoheit ein“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 98, Heft 33, 10. August 2001.

⁸⁵ Schmitt, R.B., Ritalin Draws Lawsuits in U.S. Against Novartis, Health Group. Plaintiffs' Lawyers Charge that the Defendants Worked to 'Create' a Disease. In: Wall Street Journal Europ. 14.09.2000

⁸⁶ Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Editorial. Internationales ADHS-Symposium Wien. Fortschritte in der Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) – Advances in diagnosis and treatment of ADHD In: ADHS-Report. Referate für Klinik und Praxis. Oktober 2003

⁸⁷ Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.) Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart. Schattauer; S. 537

11. Danksagung

Meiner Familie danke ich für ihre große Geduld mit mir, für ihre Bereitschaft mich immer wieder mit meinen beruflichen Aufgaben und insbesondere an den Wochenenden und in den Ferien mit meiner Promotionsarbeit zu teilen. Meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Gunther Klosinski danke ich für sein großes Entgegenkommen und sein Verständnis für die eingetretenen Verzögerungen. Herrn Dipl. Psych. Walter Scheel und Frau Dipl. Psych. Erika Tittmann danke ich für ihre Anregungen, Literaturhinweise und Korrekturen zur Arbeit, Herrn Thomas Urich für die sachkundige Unterstützung bei der Datenverarbeitung und den wiederholten Softwareproblemen.

Lörrach im Juni 2004

12. Lebenslauf

- Name: Clemens Keutler
- Geburtsdatum: 28.01.1961
- Geburtsort: Worms am Rhein
- Status: verheiratet, drei Kinder
- Werdegang:
- 1981 Abitur
 - 1982 Zivildienst
 - 1983 Immatrikulation, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
 - 1986 Erstes Staatsexamen; Auslandsfamulatur, Pädiatrie und Chirurgie, Dublin, Irland
 - 1987 Famulatur, Boehringer Ingelheim. Auslandsfamulatur, Neurologie (Prof. Dr. Gerstenbrand), Innsbruck, Österreich
 - 1988 Zweites Staatsexamen; Praktisches Jahr (PJ), Chirurgie und Innere Medizin, Ludwigshafen, Auslands-PJ, Neurologie (Prof. Dr. Cohen), State University of New York at Buffalo, USA
 - 1989 Drittes Staatsexamen (09.05.1989); Anstellung als Arzt im Praktikum (AIP), Humboldt-Krankenhaus, Berlin, Abt. für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters (Chefarzt Dr. Spilimbergo)
 - 1991 Approbation als Arzt
 - 1992 Anstellung als Stationsarzt an der 2. Abteilung für forensische Psychiatrie der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Berlin (Chefarzt Dr. Noeres)
 - 1993 Anstellung als Oberarzt und stellvertretender Abteilungsleiter, Landes-klinik Nordschwarzwald, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Chefarzt Dr. T. Hegemann)
 - 1994 Gebietsanerkennung als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut. Kommissarische Leitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Weggang des bisherigen Chefarztes. Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leiter Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken (BAG), Mitarbeit in einem entsprechendem Gremium auf Landesebene

(LAG), Mitgliedschaft im Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BKJPP).

- 1995 Anstellung als ärztlicher Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Funktionsbereichs der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Kreiskrankenhauses Lörrach (Chefarzt Prof. Dr. Stahl), Aufbau des Funktionsbereichs und Planung der neuen Abteilung, Ermächtigungsambulanz
- 1998 Anerkennung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie zu führen. Abschluss der Verhaltenstherapeutischen Ausbildung (SZVT) und des systemisch familientherapeutischen Curriculums (igst-Heidelberg)
- 2000 Abschluss des Curriculums Systemische Supervision 2000 (igst-Heidelberg)
- 2001 Erteilung der zweijährigen Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie innerhalb des Funktionsbereichs der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.