

Leitlinien Kompakt: S3-Therapieleitlinien für ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. med. B. Schimmelmann

kjp hoheluft Hamburg

Praxisgemeinschaft für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & -psychotherapie



Disclosures / Erklärung über Interessenkonflikte (nach AWMF)

Prof. Dr. med. B. Schimmelmann

- Honorare (Wissenschaftliche Beratung, Vorträge, Advisory Board – in den letzten 5 Jahren):
Medice, Otsuka Pharma GmbH, Shire, Takeda
- Forschungsmittel des Schweizerischen Nationalfonds (SNF), der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Keine Eigentümerinteressen an Arzneimitteln / Medizinprodukten
- Kein Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds
- Keine persönlichen Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft

Methodische Qualität von Leitlinien: Stufen-Klassifikation der AWMF

	Für den Anwenderkreis repräsentative Entwicklergruppe	Systematische Evidenzbasierung (Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur)	Strukturierte Konsensusfindung (Formale Technik)
S1 Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	nein	nein	nein
S2k Konsensbasierte Leitlinie	ja	nein	ja
S2e Evidenzbasierte Leitlinie	nein	ja	nein
S3 Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	ja	ja	ja

Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände

Federführend:

The logo for dgkjp consists of the lowercase letters 'dgkjp' in a blue, sans-serif font. The dots above the 'i' and 'j' are colored orange.

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

The logo for DGPPN features a stylized orange Greek letter psi (Ψ) on the left, followed by the letters 'DGPPN' in a bold, orange, sans-serif font.

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde



Deutsche Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Und viele andere beteiligte Fachgesellschaften

Empfehlungen – Übersicht

1. **Diagnostik** (11 Empfehlungen)
2. Behandlungsplanung (2 Empfehlungen)
3. **Psychosoziale Interventionen**
 - 3.1 Präventive psychosoziale Interventionen, die keiner diagnostischen Absicherung bedürfen (1 Empfehlung)
 - 3.2 Psychosoziale Interventionen bei Kindern im Vorschulalter mit ADHS (6 Empfehlungen)
 - 3.3 Psychosoziale Interventionen bei Kindern im Schulalter und bei Jugendlichen mit ADHS (6 Empfehlungen)
 - 3.4 Psychosoziale Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS (4 Empfehlungen)
4. **Neurofeedback** (2 Empfehlungen)
5. **Diätetische Interventionen** (4 Empfehlungen)
6. **Medikamentöse Therapie** (ca. 15 Empfehlungen)
7. Stationäre und teilstationäre Therapie, Rehabilitation & Maßnahmen der Jugendhilfe (1 Empfehlung)
8. Transition (4 Empfehlungen)
9. Selbsthilfe (1 Empfehlung)

Welche diagnostischen Maßnahmen sollen routinemäßig eingesetzt werden?

- Strukturierte Exploration
- Verhaltensbeobachtung
 - Psychopathologische Beurteilung
- Fragebogenverfahren
- Körperliche & neurologische Untersuchung und somatische Anamnese
- **Psychologische Tests** (Intelligenz (z.B. WISC) und Aufmerksamkeit (z.B. KITAP))

- **Keine Diagnose (/ -ausschluss) ausschließlich auf der Grundlage von psychologischen Tests**
- **Keine Routinemäßige Überprüfung von Laborparametern im Rahmen der ADHS-Diagnostik**

ADHS Schweregradeinteilung (in Anlehnung an DSM-5)

→ Leichtgradig:

nur wenige Symptome
zusätzlich

und nur geringfügige
Beeinträchtigungen
in sozialen, schulischen
oder beruflichen
Funktionsbereichen

→ Mittelgradig:

Ausprägung der
Symptomatik &
funktionellen
Beeinträchtigung
zwischen
„leichtgradig“
und
„schwergradig“

→ Schwergradig:

Anzahl der Symptome
übersteigt deutlich die
zur Diagnosestellung
erforderliche Anzahl oder
mehrere Symptome sind
besonders stark
ausgeprägt und die
Symptome
beeinträchtigen die
soziale, schulische oder
berufliche
Funktionsfähigkeit in
erheblichem Ausmaß

Unter welchen Bedingungen sind die einzelnen Behandlungskomponenten indiziert?

Bei **leichtem** Schweregrad **primär** psychosoziale / psychotherapeutische Interventionen

- In **Einzelfällen** kann bei **behandlungsbedürftiger residualer ADHS-Symptomatik** ergänzend **eine Pharmakotherapie** angeboten werden



ggf. später



Unter welchen Bedingungen sind die einzelnen Behandlungskomponenten indiziert?

Bei **moderatem** Schweregrad **nach** einer umfassenden **Psychoedukation** entweder

- **psychosoziale / psychotherapeutische Intervention** oder
- **pharmakologische Behandlung** oder
- eine **Kombination** angeboten werden.



oder / und



Unter welchen Bedingungen sind die einzelnen Behandlungskomponenten indiziert?

Bei **schwerer** ADHS nach Psychoedukation **primär Pharmakotherapie**

- In die Pharmakotherapie kann parallel intensive psychosoziale / psychotherapeutische Intervention integriert werden.
- bei residualer behandlungsbedürftiger ADHS-Symptomatik ggf. zusätzlich psychosoziale / psychotherapeutische Interventionen.



und ggf.



Unter welchen Bedingungen sind die einzelnen Behandlungskomponenten indiziert?

Koexistierende Störungen:

Welche Störung zuerst behandelt werden soll, soll u. a. vom Schweregrad der Störungen abhängig gemacht werden

- Wenn das Schulkind / der Jugendliche mit ADHS eine leichte bis moderate Funktionseinschränkung aufweist, dann sollte den Eltern ... eine **Elternberatung** / ein **Elterntraining** / eine **Elternschulung** (einschließlich Psychoedukation) im Einzel- oder Gruppenformat angeboten werden.

- Wenn die ADHS-Symptomatik auch im Umfeld der Schule auftritt, sollten **Lehrertrainings / Lehrerschulung** ... parallel zu und orientiert an Elterntrainings ... bzw. **Beratungen der Lehrkräfte** auf verhaltenstherapeutischer Basis durchgeführt werden.

- Das Elterntraining und die schulzentrierten Interventionen **können durch eine kognitiv-behaviorale Behandlung** ... (Training organisatorischer Fertigkeiten, Selbstmanagement-Training, Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining) **ergänzt werden**. Eine Behandlung des Kindes / Jugendlichen ist jedoch in der Regel nicht alleine ausreichend.

Wirksamkeit Verhaltenstherapie bei ADHS

Dimensionen	MPROX	PBLIND
ADHS	0.35*	0.02 ns
Verhaltensprobleme	0.26*	0.31*
Soziale Kompetenz	0.47*	
Schulleistungen	0.28*	

Dimension	MPROX	PBLIND
Positive Elternschaft	0.68*	0.63*
Negative Elternschaft	0.57*	0.43*
Selbstkonzept der Eltern	0.37*	
Psychische Gesundheit der Eltern	0.09*	

Zusammenfassung

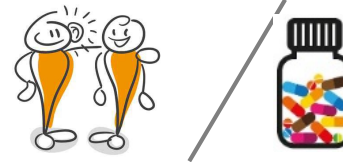
Psychoedukation

Beurteilung des Schweregrades*

leichtgradig

mittelgradig

schwergradig



- Wenn weiterhin behandlungsbedürftige Auffälligkeiten bestehen, keine assoziierte Störung im Vordergrund steht und der Patient älter als 6 Jahre ist

Nicht-medikamentöse Therapieoptionen

Therapie:	Empfehlung / Stellenwert / Beurteilung in Leitlinie:
Psychosoziale / psychotherapeutische Interventionen	<ul style="list-style-type: none">- Grundsätzlich Psychoedukation als 1. Schritt- Primär indiziert bei Kindern < 6 Jahren (hier v.a. Elterntrainings)- Primär indiziert bei leichter ADHS- Kann bei mittelschwerer ADHS primär oder begleitend eingesetzt werden- Begleitend bei schwerer ADHS und im Erwachsenenalter möglich- Keine Evidenz für Wirksamkeit von Kognitiven Trainings auf ADHS-Kernsymptome, nur auf Arbeitsgedächtnis (1)

Nicht-medikamentöse Therapieoptionen

Therapie:	Empfehlung / Stellenwert / Beurteilung in Leitlinie:
Neurofeedback	- Kann bei Kindern >6 Jahren eingesetzt werden, „ wenn dadurch eine andere wirkungsvollere Therapie nicht verzögert oder verhindert wird “

Wenn Neurofeedback eingesetzt wird, dann...

- mittels **gut untersuchter Protokolle**
- unter Berücksichtigung von Prinzipien der Lerntheorie und Transferübungen zum **Übertragen des Erlernten in den Alltag**
- sollte **ausreichend lange** trainiert werden (mindestens 25 bis 30 Sitzungen), wobei regelmäßig überprüft werden soll, ob die Fortsetzung der Behandlung durch Hinweise auf eine beginnende Wirksamkeit gerechtfertigt ist

Nicht-medikamentöse Therapieoptionen

Therapie:	Empfehlung / Stellenwert / Beurteilung in Leitlinie:
Diätetische Interventionen	<ul style="list-style-type: none">- „Kann sich für einzelne Patienten als hilfreich herausstellen (nicht als generelle Intervention)“- Keine Empfehlung für eine Nahrungsergänzung mit Omega 3- und Omega 6-Fettsäuren zur Behandlung der ADHS- Bisläng sehr geringer, aber statistisch signifikanter Effekt für Omega 3- und 6- Fettsäuren nachgewiesen (1)

Medikamentöse Therapieoptionen: Stimulanzien

Wirkstoff	Wirkansatz	Wirkdauer	Zulassung f. Kinder ab 6 J.	Zulassung f. Erwachsene
Methylphenidat (kurz wirksam)	DA- und NA-Wiederaufnahmehemmung ¹	1-4 Std. ^{4,5}	Ja ^{4,5}	Nein
Methylphenidat (lang wirksam)		7-8 Std. ⁶	Ja ^{14,15}	Nein
<ul style="list-style-type: none"> • Methylphenidat Retard, Methylphenidat LA • Methylphenidat adult, • Methylphenidat OROS 		Nicht belegt	Nein	Ja ^{16,17}
		bis 12 Std. ⁷	Ja ⁷	WeiterVO ⁷
Dexamfetamin	DA- und NA-Wiederaufnahmehemmung & verstärkte Freisetzung ¹	~ 4 Std. ^{8,9}	Ja ¹⁸	Nein
Lisdexamfetamin		13 bzw. 14 Std. ^{10,11}	Ja ¹⁰	Ja ¹¹

DA = Dopamin, NA = Noradrenalin

1. Han DD et al. BMC Pharmacol 2006;6:6; 2. Fachinformation Atomoxetin, Jan. 2015; 3. Fachinformation Guanfacin, aktueller Stand; 4. Fachinformation Methylphenidat; Juni 2016; 5. Fachinformation Methylphenidat, Mai 2018; 6. Banaschewski T et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:476–495; 7. Fachinformation Methylphenidat, Jan. 2018; 8. Brown et al. 1979; 9. Daughton et al. 2009; 10. Fachinformation Lisdexamfetamin, aktueller Stand; 11. Fachinformation Lisdexamfetamin adult, aktueller Stand; 12. Kelsey D et al. Pediatrics 2004; 114(1):e1-e8; 13. Biederman J et al. Pediatrics 2008; 121 (1): e73–84; 14. Fachinformation Methylphenidat Retard, aktueller Stand; 15. Fachinformation Methylphenidat LA, Mai 2018; 16. Fachinformation Methylphenidat adult, März 2018; 17. Fachinformation Methylphenidat adult, Dez. 2018; 18. Fachinformation Dexamfetamin, Juni 2018

Medikamentöse Therapieoptionen: Nicht-Stimulanzien

Wirkstoff	Wirkansatz	Wirkdauer	Zulassung f. Kinder ab 6 J.	Zulassung f. Erwachsene
Atomoxetin	NA-Wiederaufnahme-hemmung ²	bis 24 Std. ¹²	Ja ²	Ja ²
Guanfacin	Alpha _{2A} -adrenerger Rezeptoragonist ³	bis 24 Std. ¹³	Ja ³	Nein

1. Han DD et al. BMC Pharmacol 2006;6:6; 2. Fachinformation Atomoxetin, Jan. 2015; 3. Fachinformation Guanfacin, aktueller Stand; 4. Fachinformation Methylphenidat; Juni 2016; 5. Fachinformation Methylphenidat, Mai 2018; 6. Banaschewski T et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:476–495; 7. Fachinformation Methylphenidat, Jan. 2018; 8. Brown et al. 1979; 9. Daughton et al. 2009; 10. Fachinformation Lisdexamfetamin, aktueller Stand; 11. Fachinformation Lisdexamfetamin adult, aktueller Stand; 12. Kelsey D et al. Pediatrics 2004; 114(1):e1-e8; 13. Biederman J et al. Pediatrics 2008; 121 (1): e73–84; 14. Fachinformation Methylphenidat Retard, aktueller Stand; 15. Fachinformation Methylphenidat LA, Mai 2018; 16. Fachinformation Methylphenidat adult, März 2018; 17. Fachinformation Methylphenidat adult, Dez. 2018; 18. Fachinformation Dexamfetamin, Juni 2018

Medikamentöse Therapieoptionen

Diagnose:	Empfohlene Substanz:
ADHS ohne Komorbidität	Initial Stimulanzien
ADHS & komorbide SSV	Initial Stimulanzien
ADHS + Tics	Stimulanzien, Atomoxetin oder Guanfacin
ADHS + Angst	Stimulanzien oder Atomoxetin
ADHS + Substanzkonsum	Langwirksame Stimulanzien, Atomoxetin oder Guanfacin

Medikamentöse Therapieoptionen

Weitere Empfehlungen:

Wenn Behandlung mit Stimulanzien **trotz Aufdosierung** auf die maximal tolerierbare Dosis **ineffektiv** → anderes Stimulanz, Atomoxetin oder Guanfacin

Bei Patienten mit ADHS, deren Symptomatik weder auf Stimulanzien (Methylphenidat, Amfetamine), noch auf Atomoxetin oder Guanfacin anspricht bzw. bei welchen die genannten Medikamente zu nicht tolerierbaren unerwünschten Wirkungen führen, kann eine **Kombination verschiedener Wirkstoffe** erwogen werden

Sind mehrere medikamentöse Optionen als gleichwertig zu betrachten, sollte zunächst das **kostengünstigere Präparat** gewählt werden

Medikamentöse Therapieoptionen

Weitere Empfehlungen:

Eher langwirksames Präparat: wegen höherer Benutzerfreundlichkeit, Vermeidung von Stigmatisierung

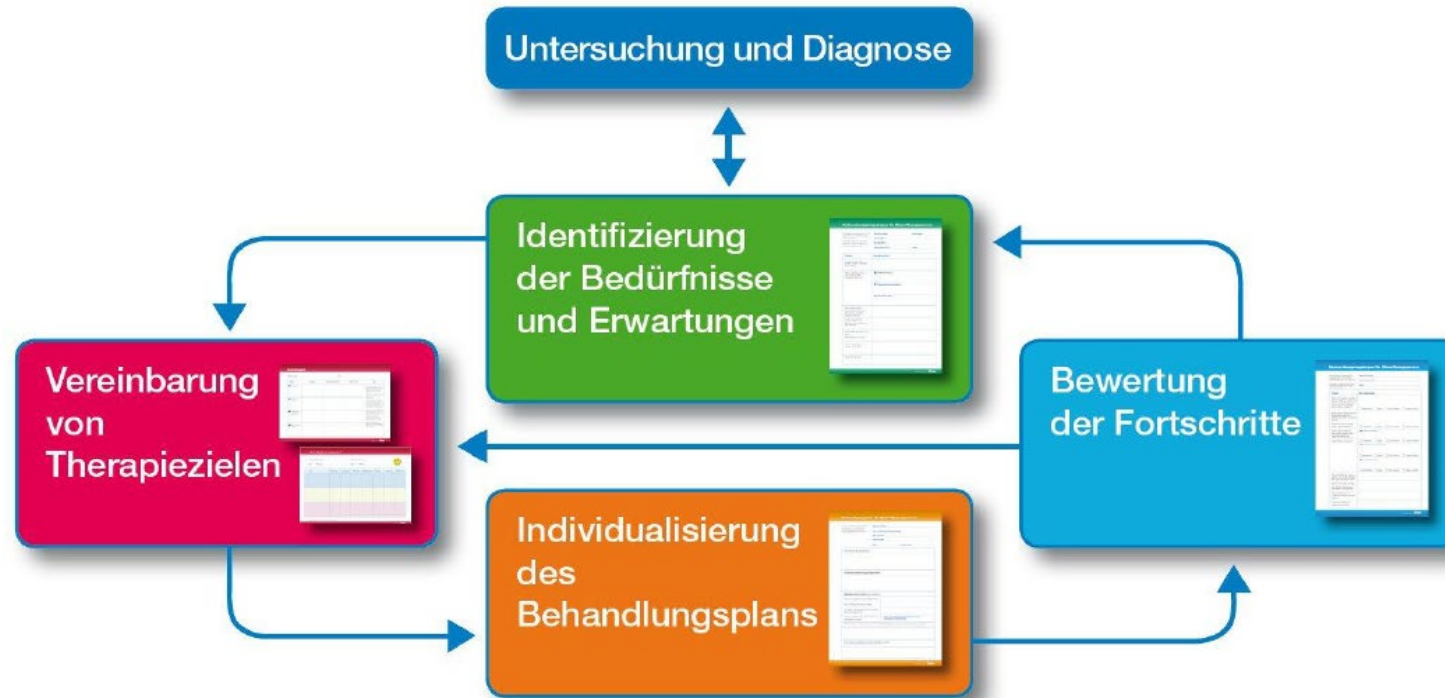
Kurzwirksames bei Dosiseinstellung oder wegen höherer Flexibilität

Keine Antipsychotika bei ADHS ohne assoziierte Störung

Cannabis soll für die Behandlung der ADHS nicht eingesetzt werden.

Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung

- Im Rahmen eines **multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes**



- Therapieziele:** Vorrang für Ziele aus den Bereichen **Aktivitäten und Teilhabe in schulischen, beruflichen, sozialen und familiären Lebensbereichen**

Zusammenfassung

- Umfassende Diagnostik vor Behandlung mit Einschätzung des Schweregrades
- Entscheidung für Multimodales Therapiekonzept:
 - immer Psychoedukation
 - gemäß Schweregrad
 - gemäß Eltern / Kinderwunsch, aber nach Evidenzlage
 - Beachtung von Komorbiditäten
 - im Verlauf anzupassen
 - Im Vorschulalter primär Eltern- und (Vor)schulinterventionen, Medikamente zurückhaltend
- Die medikamentöse Therapie der ADHS erscheint zunächst „leicht“, ist aber schwer gut zu machen, vor allem im Langzeitverlauf.

Nachwort des Autors

**Welche Störung wird zuerst behandelt:
ADHS oder eine komorbide Störung?**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**Diese Fortbildung wird Ihnen auf cme.medlearning.de
mit freundlicher Unterstützung
von Shire Deutschland GmbH angeboten (€ 8.750,00)**