

Patienten mit ADHS

Praxismanagement für den Kinder- und Jugendarzt

ULRICH KOHNS

Nicht selten scheuen sich Kinder- und Jugendärzte, die Betreuung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu übernehmen. Sie befürchten, dass sie den für Diagnostik und Therapie der ADHS benötigten Zeitaufwand nicht leisten können. Zu Unrecht – wie der folgende Beitrag zeigt.

Die folgende Darstellung der Diagnostik und Therapiebegleitung bei Kindern im Schulalter mit vermuteter ADHS zeigt, wie mit einem überschaubaren Zeiteinsatz ein leitliniengerechtes, rationelles Vorgehen möglich ist. Die Basisdiagnostik orientiert sich an der Leitlinie der AG-ADHS der Kinder- und Jugendärzte und dem KBV-Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kinder und Jugendlichen mit ADHS.

Ungeplanter erster Kontakt mit Verdacht auf Vorliegen von ADHS

Wird bei einem Arzt-Patienten-Kontakt spontan der Verdacht auf ADHS geäußert, soll der symptomspezifische ADHS-Bogen (Döpfner/Lehmkuhl) von Eltern aus-

gefüllt und vom Arzt beurteilt werden (Tabelle 1).

Bei begründetem Verdacht auf Vorliegen einer ADHS und zur Verfügung stehender Zeit kann sofort mit einigen der notwendigen Untersuchungen begonnen werden (Tabelle 2).

Für den nächsten Kontakt werden der Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher FBB-ADHS zum Ausfüllen durch diese Kontaktpersonen mitgegeben und das Vorlegen vorhandener Zeugnisse wie Berichte von früheren Untersuchungen oder Therapeuten zur Einsichtnahme eingefordert.

Ist der Patient in der Praxis wenig bekannt oder neu, kann der Fragebogen für Kinder mit Verhaltens- und/oder Schul-



Bei Verdacht auf ADHS steht am Anfang auch die Befragung des Kindes zu seiner Situation.

© Kzenon / Fotolia

Anamnese-, Frage-, Beurteilungsbögen und Diagnosecheckliste zur Diagnostik der ADHS

Tabelle 1

Anamnesebögen

- ADHS-Bogen (Döpfner/Lehmkuhl)
- Explorationsbogen ADHS/ADS (Kohns)

Diagnostikmaterial

- Diagnose-Checkliste Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DCL-ADHS)
- Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer, Erzieher (FBB-ADHS)
- Beurteilungsbogen für Kinder und Jugendliche (SBB-ADHS aus DISYPSII-KJ)

Differenzialdiagnostik-Screening

- Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Eltern, SDQ-Lehrer, SDQ-Selbst)
- ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

problemen (Skrodzki) hilfreich sein, der von den Eltern ausgefüllt wird und einen Überblick über die aktuelle und frühere Symptomatik, die Vorgeschichte des Kindes, den familiären Hintergrund und die bisherigen Interventionen gibt. Mit dem von den Eltern ausgefüllten Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ILK wird die Lebensqualität des Patienten und der Familie erfasst

Geplanter Erstkontakt bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS

Mithilfe des Explorationsbogens ADHS/ADS (Kohns) und bei ausreichend zur Verfügung stehender Zeit wird mit der strukturierten, symptom-spezifischen Ex-

Untersuchungsmodul – somatisch

Tabelle 2

- Gesamtkörperstatus mit Untersuchung von Körpergewicht, Körperlänge, körperlicher Untersuchung, Blutdruckmessung, Herzfrequenz mit Suche nach Organerkrankungen und Dysmorphiezeichen
- Seh- und Hörtests – bei Anlass
- Beobachtung von Interaktionsmustern, Psychomotorik, Affektivität
- Beurteilung der Elternhaltung
- Planung von Laboruntersuchungen zur differenzialdiagnostischen Abklärung: z. B. ganzes BB, BKS, Blutzucker, Ferritin, Leber-, Nieren-, Schilddrüsenwerte, Urin

Untersuchungsmodul – neurofunktionell-psychiatrisch

Tabelle 3

Notwendige Untersuchungen

- Neurologische, motoskopische, psychiatrische Untersuchungen

Fakultative Untersuchungen nach Indikation

- Funktionstests: z. B. Visomotorik aus Frostig-Test, Seithüpfen aus Körperkoordinationstest (KTK), Zahlenfolgentest aus psycholinguistischem Entwicklungstest (PET), bp-Test nach Esser, D2-Test oder andere Tests
- Orientierende Tests: z. B. Haus-Baum-Mensch-Test, Sätzeergänzen-Test aus PET, Lese-/Rechtschreibtests
- Intelligenztests: z. B. CFT1, HAWIK, Kaufmann-ABC
- Diagnosechecklisten und Fragebögen aus DISYPS-KJ zur Differenzialdiagnostik

ploration begonnen. Dabei werden nach gelungenem Beziehungsaufbau zum Patienten abhängig von seinem Alter zunächst aktuelle biografische Daten, Vereinsaktivitäten, Hobbys, Stärken, Neigungen, Verhältnisse in der Schule und im Wohnumfeld erfragt. Die Frage nach den Gründen der Vorstellung oder nach Änderungswünschen – auch in Hinblick auf sein Verhalten – bezieht ihn aktiv in das diagnostische Geschehen ein; so werden seine Selbstwahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit, Interaktions- und Kooperationsbereitschaft erkennbar.

Anschließend werden die Patienten in einem empathischen, strukturierten, „freien“ Gespräch befragt und die Angaben im Explorationsbogen ADHS/ADS dokumentiert. Hilfreich ist es, am Anfang den aktuellen Klagen der Eltern ausreichend Raum zu geben, und danach die Vorgeschichte, Sozialanamnese und Familienanamnese zum Thema zu machen.

Die Diagnose-Checkliste Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DCL-ADHS) als diagnostisches Interview erfasst

die störungsspezifischen, relevanten Symptome. Durch die Festlegung des Ausprägungsgrades 0–3 für die genannten Items und die Berechnung der Kennwerte in den Bereichen Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität und Impulsivität durch den Befragter wird die Diagnoserelevanz der beklagten Symptome eingeschätzt. Für die Gesamtauswertung ist der Entscheidungsbaum der Diagnose-Checkliste hilfreich.

Die Verhaltensbeobachtung des Kindes und der Eltern während des Gesprächs trägt zur Beurteilung des Spielverhaltens, seiner Handlungs- und Selbstorganisationsfähigkeit, der Interaktionsmuster und Affektivität, der sensomotorischen und verbalen Fähigkeiten bei. Sie wird im Explorationsbogen dokumentiert. Im Grundschulalter hat sich das freie Spielen mit Legosteinen, Playmobilfiguren, Bauklötzen, Kugelbahn, Autos ebenso wie freies Malen oder Malen eines Haus-Baum-Mensch-Bildes bewährt.

Am Ende dieses Kontakts werden die Beurteilungsbögen FBB-Eltern/-Lehrer oder SDQ-Eltern/-Erzieher erklärt und

zum Ausfüllen mitgegeben. Für weitere notwendige Untersuchungen und Tests werden nach Aufklärung der Eltern Termine vereinbart.

Der Beurteilungsbogen SBB-Kind/Jugendlicher oder SDQ-Kind/Jugendlicher darf unter Hinweis auf die Verschwiegenheit des Arztes gegenüber den Eltern bezüglich des ausgefüllten Fragebogens nur in der Praxis vom Patienten ausgefüllt werden.

Bei vielen Patienten ist wegen der Vielzahl verschiedener Klagen, die über die Kernsymptomatik der ADHS hinaus gehen, in Hinblick auf die Differenzialdiagnostik der Strength and Difficulties Questionnaire SDQ notwendig. Er erfasst ein breiteres Spektrum von Auffälligkeiten und ist von guter Aussagefähigkeit. Zur Verfügung stehen die Fragebögen für Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung als SDQ-Selbst, SDQ-Eltern und SDQ-Lehrer/Erzieher. Eine umfassendere, sich aus der Exploration oder der Beobachtung als notwendig ergebende Differenzialdiagnostik ist mit der Child-Behavior-Checklist CBCL oder den krankheitsspezifischen Diagnosechecklisten DCL aus DISYPS II-KJ möglich.

Untersuchungsmodul – neurofunktionell-psychiatrisch

Ein bis zwei weitere Kontakte sind für bisher noch nicht durchgeführte körperliche Untersuchungen (Tabelle 2) und die notwendigen orientierenden neurofunktionellen und psychiatrischen Untersuchungen nötig (Tabelle 3).

Werden dabei Hinweise auf Störungen der Gesamtentwicklung des Kindes und auf das Vorliegen von Teilleistungsstörungen gefunden oder gibt es in der Exploration Hinweise darauf, sind weitere Untersuchungen (z. B. EEG, Bildgebung), Funktions- oder Intelligenztests zu veranlassen. Alle Untersuchungen und Tests sind nicht ADHS-spezifisch, denn es gibt keinen beweisenden Nachweistest für das Vorliegen einer ADHS!

Diagnosegespräch und Therapieeinleitung

Nach Abschluss der Exploration, Auswertung der Beurteilungs- und Fragebögen, möglichen Gesprächen mit Lehrern/Erziehern und Kontaktpersonen des Kindes und bei Vorliegen der Untersuchungs-

Therapiemodul Einleitung

Tabelle 4

- Information über Diagnose und Ausschluss anderer Störungen
- Aufklärung über das Störkonzept der ADHS
- Erklärung der Notwendigkeit und Möglichkeiten der Therapie
- Vorschlag einer zustimmungsfähigen Therapieform
- Festlegung der Zielsymptome der Therapie
- Empfehlungen für Materialien zur Selbstinformation und Selbsthilfe
- Planung der Verlaufskontrollen und Verlaufsdocumentation

Therapiemodul Begleitung

Tabelle 5

- Verlaufsdocumentation durch DCL-HKS und Fremdbeurteilungsbögen aus DISYPS-KJ
- Verlaufskontrolle über Funktionstests, orientierende Tests

Therapiemodul Krisenintervention

Tabelle 6

- Einzelgespräche mit Patient und Eltern
- Kontakt zu Erziehern, Lehrern u. a.
- Überweisung zur Mitbehandlung

Fazit für die Praxis

- Für die Mehrheit der Eltern und Kinder mit Verdacht auf ADHS steht nicht immer ein ausreichendes und zeitlich angemessenes Angebot für Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Jedoch dürfen Kinder- und Jugendärzte nicht zögern, den Patienten eine ausreichende Diagnostik und die notwendigen Therapien entsprechend den ADHS-Leitlinien zur Verfügung zu stellen.
- Mit den beschriebenen Abläufen für die Diagnostik und Therapie der ADHS bei Kindern im Schulalter ist eine fachkompetente und rationelle Vorgehensweise bei der Betreuung eines Patienten mit ADHS/ADS durch Kinder- und Jugendärzte möglich. Auch bei Betreuung von Kindern mit ADHS in einem Netz verschiedener Diagnostiker und Therapeuten können sie sich so als Koordinationszentrum der notwendigen Maßnahmen und Rat gebender Begleiter für Eltern und Kind einbinden lassen.
- Der Beitritt zu verschiedenen Sonderverträgen zwischen KVen, Krankenkassen und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte kann aufgrund besserer Honorierung das kinder- und jugendärztliche Engagement erleichtern.

und Testergebnisse kann die Diagnose ADHS nach ICD-10 gestellt werden.

Wenn Unsicherheit über die Diagnose ADHS besteht oder andere Störungen nicht ausgeschlossen sind, die das Verhalten des Kindes ebenso wie die ADHS/ADS gut erklären könnten, ist eine Mituntersuchung durch Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendpsychologen zu erwägen.

Die Eltern und das Kind – abhängig vom Alter – werden über die Entstehung der Störung, die Ursachen und Auswirkungen der ADHS als Folge einer biopsychosozialen Störung und die Möglichkeiten verschiedener Therapien informiert (Tabelle 4).

Die dem Patienten zugänglichen und indizierten Therapien müssen abwogen werden. Der Kinder- und Jugendarzt schlägt ein Therapiekonzept vor und begründet dies so, dass Eltern und Kind – abhängig vom Alter – über die Wahl der Therapie mitentscheiden können.

Weiteres Wissen über die ADHS und die Therapien können sich Eltern und Kind durch Literaturempfehlungen, Informationsbroschüren und Empfehlungen von Internetseiten aneignen.

Maßnahmen der Psychoedukation sind die Grundlage für Veränderungen bei Kind und Eltern. Günstige und ungünstige Umgangsformen mit dem Kind sowie ressourcenorientiertes Verhalten zum

Kind sollten regelmäßig besprochen werden. Bei krisenhafter Zuspitzung ist in Übereinstimmung mit allen Leitlinien die Notwendigkeit des unmittelbaren Beginns einer medikamentösen Therapie zu erklären. Wichtig ist es, vor Beginn jeder Therapie gemeinsam diejenigen Zielsymptome festzulegen, an denen ein Therapieerfolg gemessen werden soll.

Therapieeinleitung und -begleitung mit Video-Kontrollen können in schwierigen Einzelfällen hilfreich sein. Sie sind nicht Inhalt der kassenärztlichen Versorgung und werden deshalb nicht näher erläutert.

Therapiebegleitung

Im Therapieverlauf finden anfangs wöchentliche, später monatliche Kontakte statt, um psychoedukative Maßnahmen, Kontrolle der Therapieeffekte und Anpassung der Therapie an Veränderungen zu besprechen (Tabelle 5).

Persistierende, komorbide Störungen machen zusätzliche Therapien außerhalb der Kinder- und Jugendpraxis notwendig; sie sind zu koordinieren und beratend zu begleiten. In der Folgezeit wird durch Fragenbögen, Beurteilungsbögen und Kontrollen früherer Tests geprüft, ob der erwartete Therapieerfolg in Hinblick auf die Zielsymptome ausreichend erreicht wird, ob zusätzliche assoziierte Störungen eine Therapieausweitung notwendig machen und ob bei unzureichendem Thera-

pieerfolg die gewählte Therapie gewechselt oder ergänzt werden muss.

Krisenintervention

Im Verlauf der Therapie auftretende krisenhafte Zuspitzungen wie z. B. plötzliche Aggressions- und Affektausbrüche oder Complianceprobleme erfordern eine sofortige Intervention (Tabelle 6). Sie machen nicht selten eine Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendpsychologen oder -therapeuten und der Familien- und Jugendhilfe notwendig.

Dr. med. Ulrich Kohns,
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
 Psychotherapie
 Klarastraße 31
 45130 Essen

Erklärung zum Interessenkonflikt:
 Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt vorlag.