

ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Überblick

- ▶ Einstieg in das Krankheitsbild der ADHS
- ▶ Welche Symptome gibt es ?
- ▶ Wie wird es diagnostiziert?
 - ▶ Unterscheidung in DSM-5 und ICD-10
- ▶ Woher kommt ADHS bzw. wie wird ADHS verursacht?
- ▶ Welche Therapien gibt es?
 - ▶ Medikamentöse Therapie
 - ▶ Körperliche Aktivität
 - ▶ Verhaltenstherapie
- ▶ Auswirkung von ADHS auf das weitere Leben?
- ▶ Sind Kinder/ Jugendlichen Stigmatisierungen ausgesetzt?

Einstieg in das Krankheitsbild der ADHS

- ▶ Weltweit sind etwa 5% der Kinder von ADHS betroffen

Nourredine u.a. (2026)

- ▶ KiGGS Welle 2 (2014-2017) ergab, dass 4,4% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine ADHS-Diagnose haben
- ▶ Jungen sind 2-4-mal häufiger diagnostiziert worden
- ▶ Wachsen Kinder in sozial benachteiligten Familien auf, sind diese im Vergleich der sozial besser gestellten Familien von ADHS häufiger betroffen
- ▶ Höchste Diagnoseraten im Grundschulalter und frühen Jugendalter

Baumgarten u.a. (2018)

Einstieg in das Krankheitsbild der ADHS

- ▶ Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung
- ▶ Häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter
- ▶ Symptome liegen im hohen Ausmaß vor, sind situationsübergreifend, verursachen deutliches Leiden und / oder Einschränkungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeiten
- ▶ Geht bis ins Erwachsenenalter

Symptome

- ▶ Es gibt drei Kernsymptome: Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität, Hyperaktivität
- ▶ Ausprägung der Symptome ist vom Alter abhängig
- ▶ Vorschulkind: im Vordergrund starke Bewegungsunruhe & Hyperaktivität
- ▶ Schulkind: in Schule auffällig, da ruhiges sitzen unmöglich ist, Konzentration im Unterricht fällt schwer
- ▶ Jugendalter: deutliche innere Unruhe & Unkonzentriertheit
- ▶ Erwachsenenalter: ähnlich, wie bei Jugendlichen
- ▶ Generell ist die Aufmerksamkeitsspanne im Vergleich mit Gleichaltrigen geringer
- ▶ Impulsivität wird im Alter weniger

Diagnose

- ▶ Kriterien nach ICD-10 oder DSM-5 müssen zutreffen
- ▶ Vorliegen einer mittelgradigen funktionalen Beeinträchtigung
- ▶ Symptome & daraus folgende Funktionsbeeinträchtigungen sollten in mehreren Lebensbereichen auftreten (wäre es nur ein Lebensbereich, könnte dies auf eine andere psychische Störung hinweisen)
- ▶ Diagnostik durch eine strukturelle ärztlich-psychologische Gesamtbeurteilung
 - ▶ Informationen von Bezugspersonen und wichtigen Bezugssysteme (Kita/Schule) werden mit berücksichtigt
 - ▶ Erfolgt anhand von Fragebögen und Beobachtung von mehreren Situationen

Symptome und Diagnostik nach DSM - 5 und ICD - 10

DSM - 5	ICD - 10
Von der APA (American Psychiatric Association)	Von der WHO (Weltgesundheitsorganisation)
Drei Erscheinungsbilder der ADHS: vorwiegend unaufmerksames, vorwiegend hyperaktiv-impulsives oder gemischtes Erscheinungsbild	„Hyperkinetische Störung“, alle drei Kernsymptome treffen zu (F90.0 „Einfache Aktivität- und Aufmerksamkeitsstörung“)
<ul style="list-style-type: none"> - Vor dem 7. Lebensjahr diagnostiziert werden, mind. 6 Symptome in den letzten 6 Monaten - Ab dem 17. Lebensjahr müssen nur noch 5 Symptome in den letzten 6 Monaten vorliegen -> In den Bereichen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität 	<ul style="list-style-type: none"> Beginn vor dem 7. Lebensjahr, mind. 6 Monate Unaufmerksamkeit - mind. 6 Symptome Hyperaktivität - mind. 3 Symptome Impulsivität - mind. 1 Symptom -> Muss in allen drei Bereichen zutreffen
Mehrere Symptome müssen in mind. Zwei Lebensbereichen vorkommen	Kriterien müssen in mehr als einer Situation vorkommen
Beeinträchtigung im sozialen, schulischen und beruflichen Alltag	Deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen und beruflichen Funktionsfähigkeit

Woher kommt ADHS? Wie wird es verursacht?

- ▶ Nicht eindeutig erklärbar
- ▶ Genetische Veranlagung ist bedeutsam, genauso können Einflüsse vor-, während- und nach der Geburt, die Hirnentwicklung beeinflussen
- ▶ Genetisch mitbedingte neuronale Entwicklungsstörung
- ▶ Tritt vermehrt familiär auf, höheres Risiko dieses zu vererben
- ▶ Nicht klar einzuordnen, inwieweit pränatale Faktoren, wie z.B. Alkohol, Rauchen, Frühgeburt eine Rolle spielen könnten
- ▶ Strukturelle und funktionelle Gehirnbesonderheiten wurden festgestellt, allerdings konnten diese nicht spezifisch zugeordnet werden, da die Befunde noch große Heterogenität aufweisen

Medikamentöse Therapie

- ▶ Medikamente gegen ADHS: Stimulanzen (Methylphenidat & Amphetamine) und Nicht-Stimulanzen (Atomoxetin, Clonidin, Guanfacin, Voloxazin)
- ▶ Amphetamine:
 - ▶ führen zu einer besseren Lebensqualität, allerdings ist die Studienlage bezogen auf Erwachsene, unklar wie Kinder auf die Medikation ansprechen, da zu wenig Studien
 - ▶ eine Studie ergab, dass sich bei Kindern und Jugendlichen die schulische Leistung verbessert hat
- ▶ Methylphenidat:
 - ▶ verbessert die Lebensqualität signifikant (Studienlage für Erwachsene)
 - ▶ Evidenz für Kinder und Jugendliche begrenzt, man gehe von ähnlichen Ergebnissen aus auch für Kinder und Jugendliche
- ▶ Atomocetin:
 - ▶ verbessert die Lebensqualität (Selbstzufriedenheit, emotionales Wohlbefinden, Risikovermeidung, Leistungsvermögen und Beziehung zu Gleichaltrigen)

Bellato u.a. (2025)

Medikamentöse Therapie

- ▶ Methylphenidat wird am häufigsten verschrieben
 - ▶ Stimulanz, trägt dazu bei dass Teile im Gehirn vermehrt aktiviert werden, die für die Konzentration notwendig sind
 - ▶ durch Tablette oder Hautpflaster
 - ▶ entweder sofortige Freisetzung oder über mehrere Stunden

Storebø u.a. (2023)

Medikamentöse Therapie

- ▶ Medikamentöse Therapie ist ein wichtiger Bestandteil der multimodalen Behandlungsstrategie bei ADHS
- ▶ Die Dosierung der Medikamente sollte gut beobachtet werden und individuell angepasst werden

Nourredine u.a. (2026)

- ▶ Stimulanzen führen häufig zu einer Verbesserung der ADHS- Kernsymptome, als Nicht-Stimulanzen
- ▶ Empfohlen werden daher Vordergründig die Stimulanzen
- ▶ Medikamentöse Behandlung von ADHS reicht allein nicht aus, um die Lebensqualität zu verbessern
- ▶ Durch die Linderung der Kernsymptome können die exekutiven Funktionen (Planung, Organisation, Arbeitsgedächtnis und Impulskontrolle) verbessert werden -> dadurch positive schulische / Berufliche Leistungen
- ▶ Stabilisierung der Stimmung (weniger Emotionsregulationsstörungen) -> Förderung positives Selbstbild
- ▶ Nebenwirkungen: Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Reizbarkeit

Bellato u.a. (2025)

Körperliche Aktivität

- ▶ Regelmäßige körperliche Aktivität zeigen eine Verbesserung der ADHS-Symptome
- ▶ Positive Effekte in kognitiven (z.B. Aufmerksamkeit), emotionalen (z.B. positives Selbstbild) und sozialen (z.B. Sozialen Beziehungen) Bereichen
- ▶ Verbesserung der Schlafqualität
- ▶ Positive Beeinflussung der neurobiologischen Faktoren, die bei ADHS eine Rolle spielen (z.B. die Aufmerksamkeitsregulation, die durch Noradrenalin und Dopamin frei gesetzt wird)

Del Carmen u.a. (2025)

- ▶ Körperliche Aktivität wird von Kindern gut angenommen, klare Strukturen und Motivation helfen Kindern körperliche Programme durchzuhalten
- ▶ Gruppenprogramme helfen positive soziale Beziehungen zu schaffen und soziale Kompetenzen zu fördern (z.B. Einhaltung von Normen, das Abwechseln)
- ▶ Körperliche Aktivität sollte mit in die Behandlung von ADHS einfließen, allerdings nicht als alleinige Intervention bei ADHS

Zheng u.a. (2025)

Verhaltenstherapie

- ▶ Verhaltenstherapie ist eine evidenzbasierte Behandlungsmethode bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und sollte primär eingesetzt bzw. umgesetzt werden
- ▶ Je früher die Intervention stattfindet, desto mehr können die Kinder von dieser Therapie profitieren, vor allem bei einer ausgeprägten ADHS-Symptomatik und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens oder belastender familiären Situation
- ▶ Vor allem enge Bezugspersonen (Eltern, LehrerInnen, Umfeld) nehmen eine positive Veränderung wahr und sollten auch in die Therapie mit einbezogen werden
- ▶ Vor allem Kinder mit starker Symptomatik, Störung des Sozialverhalten und alleinerziehende Eltern wirksam, hier wird die Behandlung sehr befürwortet, eine Verschlechterung der Symptome kann hier verhindert werden
- ▶ Kann die Symptome, Verhaltensprobleme und Alltagsbeeinträchtigungen in kleinen bis mittleren Ausmaß verbessern

Auswirkungen auf das weitere Leben

- ▶ Die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen wird durch ADHS beeinträchtigt
- ▶ Negative Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden, Schule, Soziales
- ▶ Je schwerer die ADHS-Symptomatik, desto mehr wird die Lebensqualität gesenkt
- ▶ Eltern (z.B. elterliche Belastung / elterliche Psychopathologie) sind ein zusätzlicher Faktor und kann die Lebensqualität des Kindes beeinflussen
- ▶ Ein stabiles Familienumfeld (wenig Stress, Verständnis und klare Regeln) führt zu einer höheren Lebensqualität
- ▶ Soziale Unterstützung durch Freunde, Familie, Lehrern kann ebenso helfen
- ▶ Höheres Bildungsniveau der Eltern hängt sorgt für einen besseren Umgang und somit zur besseren Lebensqualität
- ▶ Eltern sehen vermehrter die Probleme, als die Kinder selbst

Sind Kinder und Jugendliche mit ADHS einer Stigmatisierung ausgesetzt?

- ▶ Geringer Wahrnehmung einer Stigmatisierung , wenn sich Kinder in einer Schule gut aufgehoben fühlen und sich hier wertgeschätzt fühlen
- ▶ Starke Zugehörigkeit zur Schule (mit positiven Beziehungen zu Gleichaltrigen) können positive Auswirkungen haben mit einer Stigmatisierung von ADHS umzugehen

Becker u.a. (2026)

- ▶ Stigmatisierung kann in drei Kategorien unterteilt werden:
 - ▶ Ablehnung von ADHS
 - ▶ ADHS als Defizit durch Schuldzuweisung/ negative Eigenschaften
 - ▶ Stereotypisierung/Verharmlosung von ADHS

Visser u.a. (2024)

Flow-Diagramm von Pubmed vom 18.05.2026

Suchbegriffe: ADHD and children and Therapy
n= 14.852

Kostenloser Volltext
n= 4.687

Metanalyse
n= 189

2025-2026
n= 40

Inhaltlich: ADHS/ Kinder u. Jugendliche/ Therapie
n=17

Evidenzbasierte Studien
n= 8

Literaturverzeichnis

- ▶ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2018): S3-Leitlinien ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045l_S3_ADHS_2018-06-abgelaufen.pdf
- ▶ Baumgarten, F., Göbel, K., Hölling, H., Kuntz, B., & Schlack, R. (2018). ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Fact sheet, Journal of Health Monitoring 3/2018). Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2018_ADHS_KiGGS-Welle2.pdf
- ▶ Becker, Stephen P. / Miller, Sarah A. / Bartholomae, Grace / Kronthal, Elizabeth E. / Capps, R. Elizabeth / Dvorsky, Melissa R. (2026): School environment and ADHD-related stigma in children with ADHD. In: *Acta Psychologica* Bd. 267, S. 107075. DOI: 10.1016/j.actpsy.2026.107075.
- ▶ Bellato, Alessio / Perrott, Nadia J. / Marzulli, Lucia / Parlatini, Valeria / Coghill, David / Cortese, Samuele (2025): Systematic Review and Meta-Analysis: Effects of Pharmacological Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Quality of Life. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Bd. 64, Elsevier, Heft 3, S. 346-361. DOI: 10.1016/j.jaac.2024.05.023.
- ▶ del Carmen, Carcelén-Fraile María / Agustín, Aibar-Almazán / Javier, Cano-Sánchez / Alberto, Ruiz-Ariza (2025): Effects of physical activity on cognition, behavior, and hyperactivity symptoms in elementary school children with adhd. In: *Acta Psychologica* Bd. 261, S. 105913. DOI: 10.1016/j.actpsy.2025.105913.
- ▶ Gilbert, Martha (2024): Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Deutschland - Ergebnisse aus dem Konsortialprojekt INTEGRATE-ADHD, Robert Koch-Institut. DOI: 10.25646/12500.

Literaturverzeichnis

- ▶ Groenman, Annabeth P. / Hornstra, Rianne / Hoekstra, Pieter J. / Steenhuis, Laura / Aghebati, Asma / Boyer, Bianca E. / Buitelaar, Jan K. / Chronis-Tuscano, Andrea / u. a. (2022): An Individual Participant Data Meta-analysis: Behavioral Treatments for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Bd. 61, Elsevier, Heft 2, S. 144-158
- ▶ Nourredine, Mikail / Jurek, Lucie / Hamza, Tasnim / Cipriani, Andrea / Subtil, Fabien / Parlatini, Valeria / Farhat, Luis C / Veronesi, Guilherme Fusetto / u. a. (2026): Pharmacological interventions for ADHD: a systematic review and dose-effect network meta-analysis. In: *The Lancet Psychiatry* Bd. 13, Heft 6, S. 485-495. DOI: 10.1016/S2215-0366(26)00091-X.
- ▶ Sibley, Margaret H / Bruton, Alisha M / Zhao, Xin / Johnstone, Jeanette M / Mitchell, John / Hatsu, Irene / Arnold, L Eugene / Basu, Hana H / u. a. (2023): Non-pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. In: *The Lancet. Child & adolescent health* Bd. 7, Heft 6, S. 415-428. DOI: 10.1016/S2352-4642(22)00381-9
- ▶ Storebø, Ole Jakob / Storm, Maja Rosenberg Overby / Ribeiro, Johanne Pereira / Skoog, Maria / Groth, Camilla / Callesen, Henriette E. / Schaug, Julie Perrine / Rasmussen, Pernille Darling / u. a.: Methylphenidat für Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) - Storebø, OJ - 2023 | Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD009885.pub3.
- ▶ Visser, Marlies Jolinde / Peters, Ruth Maria Hendrika / Luman, Marjolein (2025): Unmet Needs of Children and Young Adults With ADHD: Insights From Key Stakeholders on Priorities for Stigma Reduction. In: *Journal of Attention Disorders* Bd. 29, Heft 3, S. 195-206. DOI: 10.1177/10870547241297876.
- ▶ Zheng, Ruijuan / Huang, Silu / Yang, Jianquan / Zhao, Pengju / Li, Enyao (2025): The therapeutic effects of physical activity on children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Medicine* Bd. 104, Heft 16, S. e42063. DOI: 10.1097/MD.0000000000042063.