

# ADHS im Kindes- und Jugendalter

**Renate Drechsler**

Fortschritte der  
Neuropsychologie

 **hogrefe**

# **ADHS im Kindes- und Jugendalter**

## **Fortschritte der Neuropsychologie Band 29**

ADHS im Kindes- und Jugendalter

Prof. Dr. Renate Drechsler

Die Reihe wird herausgegeben von:

Dr. Angelika Thöne-Otto, apl. Prof. Dr. Jutta Billino,  
Prof. Dr. Dr. Hans-Otto Karnath, Dr. Hendrik Niemann,  
Prof. Dr. Jennifer Randerath, Prof. Dr. Boris Suchan

Die Reihe wurde begründet von:

Dr. Angelika Thöne-Otto, Prof. Dr. Herta Flor, Prof. Dr. Siegfried Gauggel,  
Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dr. Hendrik Niemann

**Renate Drechsler**

# **ADHS im Kindes- und Jugendalter**

**Prof. Dr. Renate Drechsler.** Studium der Germanistik, Romanistik und Psychologie in Freiburg im Breisgau. 1995 Promotion, 2012 Habilitation. 1987 bis 2000 klinische Tätigkeit in der Neurorehabilitation in Deutschland und der Schweiz. Seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich, seit 2024 freie Mitarbeit. Lehrtätigkeit an den Universitäten Zürich, Basel und Freiburg (CH). Forschungsschwerpunkte: Neuropsychologie der ADHS, non-pharmakologische Therapie der ADHS, neuropsychologische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, exekutive Funktionen, problematische Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
info@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: Sina-Franziska Mollenhauer, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
Format: PDF

1. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2796-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2796-7)

ISBN 978-3-8017-2796-3

<https://doi.org/10.1026/02796-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Einleitung</b>                                                                                | <b>1</b>  |
| <b>1 Beschreibung der ADHS</b>                                                                   | <b>3</b>  |
| 1.1 Definition und Merkmale von ADHS                                                             | 3         |
| 1.1.1 ADHS – Definitionen und Konstrukt                                                          | 3         |
| 1.1.2 ADHS nach DSM und ICD                                                                      | 3         |
| 1.1.3 Gibt es nach ICD-11/DSM-5 bei ADHS neuropsychologische Merkmale oder weitere Kernsymptome? | 6         |
| 1.2 Epidemiologie                                                                                | 6         |
| 1.3 ADHS in verschiedenen Entwicklungsphasen                                                     | 7         |
| 1.3.1 Kleinkind- und Vorschulalter                                                               | 7         |
| 1.3.2 Schulalter/mittlere Kindheit                                                               | 8         |
| 1.3.3 Jugendalter                                                                                | 9         |
| 1.3.4 Weiterer Verlauf                                                                           | 9         |
| <b>2 Ätiologie</b>                                                                               | <b>10</b> |
| 2.1 Untersuchungen zur Genetik von ADHS                                                          | 10        |
| 2.2 Nicht genetische Ursachen für ADHS/ADHS-Symptome und Risikofaktoren                          | 11        |
| 2.3 Komorbidität/koexistierende Störungen                                                        | 13        |
| 2.3.1 Koexistierende psychopathologische Störungen                                               | 13        |
| 2.3.2 Koexistierende Störungen der mentalen und neuronalen Entwicklung                           | 15        |
| 2.3.3 Koexistierende neurologische, somatische und psychosomatische Störungen                    | 15        |
| <b>3 Neuropsychologische, psychologische und neurobiologische Befunde und Störungsmodelle</b>    | <b>16</b> |
| 3.1 Neuropsychologische und psychologische Befunde und Modelle                                   | 16        |
| 3.1.1 Beeinträchtigte neuropsychologische Funktionsbereiche und Testparadigmen                   | 16        |
| 3.1.2 Neuropsychologische Theorien und Modelle zu ADHS                                           | 26        |
| 3.1.3 Psychologische Modelle: Temperament und Persönlichkeit                                     | 30        |
| 3.2 Neurobiologische Theorien und Befunde                                                        | 30        |
| 3.2.1 Strukturelle Bildgebung                                                                    | 30        |

|          |                                                                                               |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2.2    | Funktionelle Bildgebung .....                                                                 | 31        |
| 3.2.3    | Neurophysiologie/Elektrophysiologie .....                                                     | 34        |
| 3.2.4    | Autonomes Nervensystem .....                                                                  | 36        |
| <b>4</b> | <b>Diagnostik .....</b>                                                                       | <b>37</b> |
| 4.1      | Klinische Diagnostik von ADHS .....                                                           | 37        |
| 4.1.1    | Klinische Diagnostik gemäß Leitlinien – Überblick .....                                       | 37        |
| 4.1.2    | Differentialdiagnosen der ADHS .....                                                          | 38        |
| 4.1.3    | Klinische Interviews und Fragebogenverfahren für ADHS .....                                   | 40        |
| 4.1.4    | Verhaltensbeobachtung in der Schule und in der Testsituation .....                            | 42        |
| 4.2      | Testpsychologische Diagnostik .....                                                           | 43        |
| 4.2.1    | Durchführung der neuropsychologischen Untersuchung .....                                      | 43        |
| 4.2.2    | Die Bedeutung der neuropsychologischen Diagnostik bei der ADHS-Diagnostik .....               | 46        |
| 4.2.3    | Intelligenzuntersuchung .....                                                                 | 48        |
| 4.2.4    | Untersuchung verschiedener Funktionsbereiche .....                                            | 50        |
| 4.2.5    | Bei ADHS häufig eingesetzte Testverfahren und Testbatterien .....                             | 53        |
| 4.2.6    | Testuntersuchung koexistierender neuropsychologischer Störungen .....                         | 56        |
| <b>5</b> | <b>Behandlung .....</b>                                                                       | <b>57</b> |
| 5.1      | Pharmakotherapie bei ADHS .....                                                               | 57        |
| 5.1.1    | Die gebräuchlichsten Medikamente und ihre Wirkungen .....                                     | 57        |
| 5.1.2    | Auswirkung von Stimulanzien auf kognitive Fähigkeiten und Befinden .....                      | 59        |
| 5.1.3    | Andere pharmakologische und dietätische Therapien .....                                       | 61        |
| 5.2      | Psychologische, neuropsychologische und weitere nicht pharmakologische Therapiemethoden ..... | 61        |
| 5.2.1    | Verhaltenstherapeutische Interventionen, Beratung, Psychoedukation .....                      | 61        |
| 5.2.2    | Kognitive Interventionen/kognitives Funktionstraining .....                                   | 64        |
| 5.2.3    | Alternative/ergänzende Verfahren, medienbasierte Interventionen und ADHS-Apps .....           | 65        |
| 5.2.4    | Interventionen basierend auf Neuromodulation .....                                            | 66        |
| <b>6</b> | <b>Fallbeispiel .....</b>                                                                     | <b>68</b> |
| 6.1      | Zuweisungsgrund und Exploration .....                                                         | 68        |
| 6.2      | Anamnese .....                                                                                | 70        |
| 6.3      | Schulbeobachtung .....                                                                        | 71        |
| 6.4      | Ergebnisse von Fragebogenverfahren .....                                                      | 72        |
| 6.5      | Testuntersuchung .....                                                                        | 74        |



|          |                                                                   |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------|------------|
| 6.5.1    | Verhaltensbeobachtung .....                                       | 74         |
| 6.5.2    | Intelligenz-Untersuchung mit dem WISC-V .....                     | 74         |
| 6.5.3    | Ergebnisse neuropsychologischer Testverfahren .....               | 74         |
| 6.5.4    | Zusammenfassung und Beurteilung .....                             | 77         |
| 6.6      | Empfehlungen und Verlauf .....                                    | 79         |
| <b>7</b> | <b>Literatur .....</b>                                            | <b>81</b>  |
| <b>8</b> | <b>Verzeichnis der Testverfahren und digitale Programme .....</b> | <b>105</b> |
| 8.1      | Testverfahren .....                                               | 105        |
| 8.2      | Digitale Programme .....                                          | 111        |
| <b>9</b> | <b>Glossar .....</b>                                              | <b>112</b> |

## **Karten**

ADHS-Kriterien und Kodierung nach ICD-11

Diagnostisches Ablaufschema

# Einleitung

## ADHS – eine Störung in der öffentlichen Diskussion

Wenige Störungen stehen so stark im Bewusstsein der Öffentlichkeit und polarisieren auch in einer nicht wissenschaftlichen Umfeld so stark wie die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Regelmäßig erscheinen neue populärwissenschaftliche Schriften, die das Störungsbild ADHS schlicht leugnen oder als eine Erfindung der Pharmaindustrie brandmarken. Andere versuchen, die besonderen Eigenschaften von Kindern mit ADHS oder ähnlichen Symptomen zu erklären, etwa als „Mondkinder“. Wieder andere machen restriktive Gesellschaftsnormen mit einem einseitig auf Wissenserwerb ausgerichteten Schulsystem für die Schwierigkeiten der vermeintlich weniger Angepassten verantwortlich.

Auch für Fachpersonen ist der Umgang mit dem Störungsbild ADHS nicht einfach, was mit seiner theoretischen und klinischen Heterogenität zusammenhängen mag. Kinder und Jugendliche mit der Diagnose ADHS können sehr unterschiedliche Probleme haben und untereinander kaum oder keine Verhaltensähnlichkeiten aufweisen. Zuverlässige objektive Kriterien zur individuellen Diagnose von ADHS, wie z. B. Biomarker, gibt es derzeit nicht (Parlatini et al., 2024), trotz vieler anderslautender Einzelberichte in der Literatur.

Sogar einige Fachleute sehen das Konstrukt „ADHS“ in seiner jetzigen Form als fragwürdig an, ganz besonders aus neuropsychologischer Sicht, und wenig hilfreich als Bezeichnung für eine klinische Diagnose (Koziol & Budding, 2012). Andere Wissenschaftler:innen fordern, die Bezeichnung „Störung“ aus ADHS zu streichen (also ADH), da das Phänomen zu fluktuierend und kontextabhängig sei (van Hulst et al., 2021) und vielleicht mehr mit Persönlichkeitsmerkmalen zu tun habe als mit Pathologie. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von „Neurodiversität“.

Auf der anderen Seite aber stellen die Beeinträchtigungen, die unter der Bezeichnung ADHS zusammengefasst werden, klinisch eine Realität dar, mit der diagnostisch, therapeutisch und gesellschaftlich umgegangen werden muss. Betroffene sind in ihrem Leben unter Umständen mit schwerwiegenden und weitreichenden Folgen konfrontiert:

- Schüler:innen mit ADHS haben ein erhöhtes Risiko, eine Schulklasse zu wiederholen (Fried et al., 2016). ADHS-Betroffene bleiben doppelt so oft wie Nicht-Betroffene ohne Schulabschluss und sind auch später beruflich

- schlechter gestellt, wechseln ihre Arbeit häufiger und werden häufiger entlassen (Breslau et al., 2011; Cherkasova et al., 2021).
- Menschen mit ADHS haben ein deutlich erhöhtes Risiko für regelmäßigen Cannabisgebrauch (Soler Artigas et al., 2020), für Substanzmittel- und Verhaltenssüchte (Crunelle et al., 2018).
  - Personen mit ADHS werden doppelt so oft wie Nicht-Betroffene vor Gericht angeklagt und dreimal so oft zu einer Gefängnisstrafe verurteilt (Mohr-Jensen & Steinhausen, 2016).
  - Die globalen Kosten, die der Gesellschaft neben den medizinischen durch ADHS entstehen, in Form von zusätzlichem finanziellem Aufwand für Bildung und Erziehung, verlorene Arbeitskraft, verminderte Effizienz, Verlust an Einkommen, Justizkosten, wird für die USA, je nach Quelle, auf 2 bis 20 Milliarden Dollar jährlich geschätzt (vgl. Chhibber et al., 2021).

ADHS ist dabei keine Erscheinung des digitalen Zeitalters. Störungen, die mit der Definition von ADHS vereinbar sind, wurden bereits im 18. Jahrhundert beschrieben, die Geschichte vom Zappelphilipp erschien 1844. Der Begriff der „hyperkinetischen Störung“ wurde 1932 eingeführt (Kramer & Pollnow, 1932).

## **Ziele des vorliegenden Bandes**

Für klinisch Tätige ist es nicht einfach, sich angesichts der Fülle von Publikationen zu ADHS und der oft widersprüchlichen Ergebnisse einen Überblick zu verschaffen. Der vorliegende Band möchte daher eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten aktuellen Befunde zur Neuropsychologie der ADHS bei Kindern und Jugendlichen vermitteln.

# 1 Beschreibung der ADHS

## 1.1 Definition und Merkmale von ADHS

### 1.1.1 ADHS – Definitionen und Konstrukt

In den medizinischen Klassifikationssystemen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) und ICD-11 (World Health Organization [WHO], 2022) wird ADHS ausschließlich anhand von Verhaltensmerkmalen im Alltag bestimmt und nicht eindeutig auf eine bestimmte Ätiologie oder neurobiologische Störung zurückgeführt. Diese Verhaltensmerkmale setzen sich aus drei Hauptsymptomgruppen (Kernsymptomen) zusammen: Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Hyperaktive und impulsive Symptome werden meist zu einer gemeinsamen Kategorie „hyperaktiv/impulsiv“ zusammengefasst. Diese zweidimensionale Struktur von ADHS mit den Dimensionen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität wurde weltweit in Studien bestätigt.

ADHS wird definiert durch die Verhaltenssymptome: Hyperaktivität, Impulsivität, Unaufmerksamkeit

Klassifikationssysteme mit Merkmalslisten und definierten Grenzwerten, ab denen eine ADHS-Diagnose gegeben wird (DSM-5), erwecken den Eindruck, eine Population ließe sich klar unterteilen in Individuen mit und ohne ADHS, wobei ADHS als eine eher qualitative Abweichung von der Norm aufgefasst wird. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem *kategorialen Konstrukt*: Entweder ein Kind hat ADHS oder es hat keine ADHS. Dies entspricht dem Störungskonzept der meisten Eltern, die ihr Kind auf ADHS hin abklären lassen. Zunehmend aber geht man heute davon aus, dass es sich bei ADHS um ein *dimensionales* Phänomen handelt. Das bedeutet, dass ADHS-Merkmale normalverteilt in der gesamten Bevölkerung vorkommen (vgl. ICD 11). Erst ab einem bestimmten Schweregrad und bei einer funktionalen Beeinträchtigung spricht man von ADHS als einer Störung. Der Unterschied zwischen ADHS und Nicht-ADHS wäre demnach quantitativer Natur. Neben den etwa 5 % mit Extremwerten (>PR 95), d.h. die oberhalb der klinischen Schwelle liegen, weisen noch etwa weitere 10 % der Bevölkerung grenzwertige ADHS-Symptome auf, die nicht die Kriterien für das Vollbild einer ADHS erfüllen (Larsson et al., 2012), aber trotzdem manchmal behandlungsbedürftig sein können (Biederman et al., 2018).

ADHS wird heute eher als dimensionales Phänomen und weniger als kategoriale Störung aufgefasst

### 1.1.2 ADHS nach DSM und ICD

ADHS wird in den medizinischen Klassifikationssystemen eingeordnet unter die „Störungen der mentalen oder neuronalen Entwicklung“ (DSM-5) (Ame-

ican Psychiatric Association, 2018) bzw. unter „Störung der neuromentalen Entwicklung“ (ICD-11; WHO, 2022). DSM-5 und ICD-11 (Einsteckkarte 1) definieren ADHS und Unterformen ähnlich: Es lassen sich Erscheinungsbilder der ADHS unterscheiden, bei denen entweder vorwiegend hyperaktiv-impulsive Symptome, vorwiegend unaufmerksame Symptome oder beide Symptomschwerpunkte gemeinsam (gemischt) im Vordergrund stehen. Die Störung führt zu funktionalen Einschränkungen und tritt in mindestens zwei Lebensbereichen auf.

Nach DSM-5 werden die Kernsymptome weiter unterteilt in vier hyperaktive, fünf impulsive und 11 unaufmerksame Verhaltensmerkmale. Die Diagnose einer ADHS bei Kindern und Jugendlichen nach DSM-5 erfordert das Vorhandensein von mindestens sechs aus neun hyperaktiv/impulsiven Merkmalen (ab 17 Jahren mindestens fünf) (= vorwiegend hyperaktiv/impulsives Erscheinungsbild), mindestens sechs aus 11 unaufmerksamen Merkmalen (ab 17 Jahren mindestens fünf) (= vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild) oder erfüllte Kriterien für beide Störungsdimensionen (= gemischtes Erscheinungsbild). Für weitere Kriterien siehe folgenden Kasten.

### Kriterien für ADHS bei Kindern und Jugendlichen (in Anlehnung an DSM-5)

#### **Kriterien A**

##### **A1. Unaufmerksamkeit**

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome vorhanden:

- a. Beachtet Einzelheiten nicht; Flüchtigkeitsfehler
- b. Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrecht zu erhalten
- c. Scheint bei Ansprache nicht zuzuhören
- d. Führt Anweisungen nicht vollständig durch, bringt Arbeiten nicht zu Ende
- e. Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- f. Vermeidung/Abneigung gegen Tätigkeiten, die geistige Anstrengung erfordern
- g. Verliert häufig Gegenstände
- h. Leicht ablenkbar
- i. Bei Alltagstätigkeiten vergesslich

##### **A2. Hyperaktivität und Impulsivität**

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome vorhanden:

- a. Zappelt, rutscht auf dem Stuhl herum
- b. Steht in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
- c. Läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen das unpassend ist
- d. Hat Schwierigkeiten, ruhig zu spielen/sich ruhig zu beschäftigen
- e. Ist häufig „auf dem Sprung“ oder handelt „wie getrieben“

- f. Redet übermäßig viel
- g. Platzt mit den Antworten heraus
- h. Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- i. Unterbricht oder stört andere häufig

Symptome:

- Beständig aufgetreten über die letzten 6 Monate
- Ausmaß nicht vereinbar mit Entwicklungsstand
- Negative Auswirkung auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten
- Nicht ausschließlich Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Anweisungen zu verstehen
- Ab 17 Jahren: fünf oder mehr Symptome pro Symptombdimension vorhanden

### **Kriterien B-E**

*B. Mehrere Symptome bereits vor dem 12. Lebensjahr*

*C. Symptome bestehen in zwei oder mehr Lebensbereichen*

*D. Störende Auswirkung auf Qualität des schulischen, sozialen oder beruflichen Funktionsniveaus*

*E. Nicht durch andere psychische Störung besser erklärbar*

**Gemischtes Erscheinungsbild:** sowohl Kriterium A1 als auch Kriterium A2 erfüllt

**Vorwiegend Unaufmerksames Erscheinungsbild:** Kriterium A1 erfüllt

**Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsives Erscheinungsbild:** Kriterium A2 erfüllt

**Teilremittiert:** Symptome in den letzten 6 Monaten nicht mehr vollständig vorhanden, aber noch funktional beeinträchtigend

Schweregrad: **Leicht, mittel, schwer**

**Andere näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung**

**Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung**

Analog zu DSM-5 werden in der ICD-11 eine ADHS des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Erscheinungsbildes, des unaufmerksamen Erscheinungsbildes und des kombinierten Erscheinungsbildes unterschieden (Einsteckkarte 1). Darüber hinaus gibt es ebenfalls zwei Zusatzkategorien: ADHS eines anderen spezifischen Erscheinungsbildes und ADHS nicht näher beschriebenes Erscheinungsbild. Außerdem wird eine Subgruppe – aber nicht als eigene Unterkategorie – mit restriktivem Unaufmerksamkeitsmuster oder mit „sluggish cognitive tempo“ (vgl. Kapitel 3) erwähnt, die ausschließlich Unaufmerksamkeitssymptome zeigt. Eine weitere Unterform, bezeichnet als Hyperkinetische Störung, ist charakterisiert durch den hohen Schweregrad.

ICD-11 und DSM-5 gehen beide von einem Beginn der Störung in der Kindheit aus, bis im Alter von 12 Jahren, wobei eine spätere Diagnose möglich ist, wenn die Symptome bereits früher bestanden haben.

## ADHS nach ICD-10

Im ICD-10-Klassifikationsschema der ADHS (WHO, 2021), parallel zu ICD-11 gültig bis 2027, wurde noch unterschieden zwischen der „Einfachen Hyperkinetischen Störung des Kindesalters“ (F90.0) und der „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1)“. Bei einer einfachen hyperkinetischen Störung (F90.0) mussten vor dem 7. Lebensjahr sowohl hyperkinetische, impulsive als auch unaufmerksame Symptome vorhanden sein. Die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) fasste die Hyperkinetische Störung (F90.0) und die Störung des Sozialverhaltens (F91.0) zu einer eigenen Kategorie zusammen. Für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität wurde in der ICD-10 auf die Verlegenheitskategorie F98.8 zurückgegriffen.

### 1.1.3 Gibt es nach ICD-11/DSM-5 bei ADHS neuropsychologische Merkmale oder weitere Kernsymptome?

Es gibt keine  
neuro-  
psychologischen  
Kriterien  
für ADHS nach  
ICD-11 oder  
DSM-5

Der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit“ kann leicht zu der Fehleinschätzung verleiten, dass es sich um eine neuropsychologische Diagnose handelt, was aber nicht zutrifft. Es gibt in keinem der Klassifikationssysteme Angaben zu möglichen kognitiven Beeinträchtigungen, die man testpsychologisch erfassen sollte, und die Diagnose ADHS sagt folglich nichts darüber aus, ob bei einem Patienten bzw. einer Patientin neurokognitive Störungen vorliegen. Die Definition der ADHS beider Klassifikationssysteme beruht ausschließlich auf Verhaltensmerkmalen im Alltag. ADHS ist auch nicht als neurokognitive Störung klassifiziert, sondern als neuronale Entwicklungsstörung.

„Emotionale  
Dysregulation/  
Reizbarkeit“ und  
„Sluggish  
Cognitive Tempo“  
kommen  
häufig vor, sind  
aber keine  
definierenden  
Merkmale von  
ADHS

Aktuell stellen Forschende die Frage, ob neben Hyperaktivität, Impulsivität, Unaufmerksamkeit zusätzliche Symptomgruppen integriert werden sollten, die bei ADHS sehr häufig vorkommen. „*Sluggish cognitive tempo*“ (auch „*cognitive dysengagement syndrome*“; Schläfrigkeit, Apathie und Antriebslosigkeit im Alltag; vgl. Kapitel 3) und „*Emotionale Dysregulation/Reizbarkeit*“ (Neigung, rasch mit Ärger, mit Wut zu reagieren; verminderte Frustrationstoleranz) zählen dabei zu den aussichtsreichsten Kandidaten (Faraone et al., 2019). Bislang werden beide Konstrukte aber als eigenständig aufgefasst.

## 1.2 Epidemiologie

**Prävalenz.** ADHS gehört zu den häufigsten Störungen in der Kinderpsychiatrie und ist auf der ganzen Welt anzutreffen. Die weltweit mittlere Prävalenz von

ADHS bei Kindern und Jugendlichen wurde 2007 in einer Metaanalyse auf 5.8 % geschätzt (Polanczyk et al., 2007), und in einer Folgestudie im Jahr 2015 wurden keine Hinweise auf einen Anstieg der weltweiten Prävalenz gefunden (Polanczyk et al., 2015). Diese Angaben beziehen sich auf die *Bevölkerungsprävalenz*, d. h. das Vorkommen von ADHS in der Gesamtbevölkerung. Anders sieht es aus bei der *administrativen Prävalenz*, welche die Häufigkeit von klinischen Diagnosen erfasst, zum Beispiel anhand von Krankenkassendaten. Die administrative Prävalenz von ADHS ist bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren in vielen Ländern angestiegen. In Deutschland stieg die Häufigkeit der ADHS-Diagnosen von 2009 bis 2014 von 5.0 % auf 6.1 % an, mit einem Maximum von über 12 % bei 9-jährigen Jungen (Bachmann et al., 2017).

Die Häufigkeit von ADHS in der Bevölkerung ist stabil, in der klinischen Population angestiegen

*Prävalenz und sozialer Status.* ADHS wird zwar in westlichen Gesellschaften öfter in Familien mit mittlerem und höherem sozio-ökonomischen Status (SES) diagnostiziert und behandelt, ist aber in Bevölkerungsstudien häufiger in Familien mit niedrigem SES anzutreffen (Syal et al., 2018).

*Geschlechtsspezifische Prävalenz und Besonderheiten bei Mädchen.* Es werden wesentlich mehr Jungen als Mädchen klinisch diagnostiziert und behandelt, als es das Geschlechterverhältnis von ADHS in der Bevölkerung erwarten lassen würde: Der Anteil der Jungen an den ADHS-Betroffenen ist in der Bevölkerung 2- bis 3-mal höher als bei Mädchen, gemäß administrativer Prävalenz jedoch mindestens 3- bis 4-mal bzw. bis zu 7-mal höher (vgl. Syal et al., 2018). Es ist kritisiert worden, dass sich ADHS-Symptomkriterien vor allem am Störungsbild von Jungen mit externalisierendem Verhalten im Grundschulalter orientieren, was den Verhaltensproblemen von Mädchen, die häufiger dem unaufmerksamen Erscheinungsbild zugeordnet werden (Ramtekkar et al., 2010), nicht gerecht wird (Konrad & Günther, 2007). Mädchen werden daher in der Regel viel später diagnostiziert als Jungen (Hinshaw et al., 2022). Das ADHS-bedingte Verhalten von Mädchen wird außerdem vom Umfeld oft anders beurteilt als das von Jungen, z. B. als Begabungsmangel, weshalb man bei Mädchen seltener eine Abklärung für erforderlich hält. Mädchen mit ADHS erhalten auch seltener eine Stimulanzientherapie als Jungen (Kok et al., 2020).

In der Bevölkerung kommt ADHS bei Jungen 2- bis 3-mal häufiger vor als bei Mädchen, in klinischen Populationen 3- bis 7-mal häufiger

Mädchen werden später diagnostiziert als Jungen und erhalten seltener Therapie

## 1.3 ADHS in verschiedenen Entwicklungsphasen

### 1.3.1 Kleinkind- und Vorschulalter

Ob sich bereits im Säuglings- und Kleinkindalter Vorboten der späteren ADHS zeigen, wird unterschiedlich beurteilt. Temperamentsmerkmale (d. h. überwiegend neurobiologisch bedingte reaktive Verhaltenstendenzen, vgl. Kapitel 3), die mit der Entwicklung einer späteren ADHS in Verbindung gebracht werden, können bereits früh beobachtet werden (vgl. Kiel et al., 2018). Risikokinder, d. h. Geschwister oder Kinder von ADHS-Betroffenen, konnten