

**Leitlinienreport der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3)
Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-,
Jugend- und Erwachsenenalter“**

AWMF-Registernummer 028-045

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Federführend beteiligte Fachgesellschaften



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



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde



Deutsche Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Autoren des Methodenreports:

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Dr. Sarah Hohmann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
Dipl.-Psych. Sabina Millenet, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände (in alphabetischer Reihenfolge)

ADHS Deutschland e. V.

Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. (**AG ADHS**)

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie e. V. (**AMDP**)

Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e. V. (**AGNP**)

Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e. V. (**AG-NNP**)

Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. (**BHP**)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (**BVKJ**)

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (**bkj**)

Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (**BVDP**)

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. - Sektion Schulpsychologie (**BDP**)

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (**BKJPP**)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (**BAG**)

Bundespsychotherapeutenkammer (**BPtK**)

Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e. V. (**BVKJ**)

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (**BVDN**)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (**bvvp**)

Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (**DVT**)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (**DGKJ**)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (**DGKJP**)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (**DGPPN**)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (**DGPs**)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (**DGSPJ**)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (**dgvt**)

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (**DPtV**)

Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (**DGBP**)

Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen e.V. (**DBM**)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (**DVE**)

Gesellschaft f. Neuropädiatrie e. V. (**GNP**)

Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (**GNP**)

Vereinigung Analytischer Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (**VAKJP**)
zentrales adhs-netz

Koordination und Redaktion

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski (Leitlinienkoordinator)

Dr. Sarah Hohmann

Dipl.-Psych. Sabina Millenet

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim

Ko-Koordinatoren

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln & Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln, Institut für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung an der Universität Köln, Pohligstr. 9, 50969 Köln

PD. Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Prof. Dr. Michael Rösler

Universität des Saarlandes – Gebäude 90/III, 66421 Homburg/Saar

Steuerungsgruppe

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski

Dr. Melanie Bauer (bis 12/2012)

Dr. Myriam Bea

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Dr. Matthias Gelb

PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse

Dr. Sarah Hohmann

Prof. Dr. Michael Huss

Dipl.-Psych. Sabina Millenet

Prof. Dr. Alexandra Philipsen

Prof. Dr. Wolfgang Retz

Prof. Dr. Michael Rösler

Dr. Klaus Skrodzki

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski

Dr. Kirsten Stollhoff

Prof. Dr. Bernhard Wilken

Unter Mitarbeit folgender Experten:

Prof. Dr. Katja Becker, Dr. Alexander Häge

Weitere Beteiligte:

Prof. Dr. Daniel Brandeis, Dipl.-Psych. Roberto D'Amelio, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Dr.

Nathalie Holz, Mag. Rer. nat. Mirjam Just, M. Sc. Anna Kaiser, Prof. Dr. Andrea Ludolph, Prof. Dr.

Paul Plener, Prof. Dr. Luise Poustka, Prof. Dr. Veit Rössner, Prof. Dr. Marcel Romanos, Dr. Henrik

Uebel-von Sandersleben

Moderation des Konsensusprozesses:

Prof. Dr. med. Ina B. Kopp (AWMF e.V.)

Am Konsensprozess beteiligte Personen:

Dr. Myriam Bea (ADHS Deutschland e. V.)

Dr. Klaus Skrodzki (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. (**AG ADHS**))

Dr. Matthias Gelb (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (**DGKJ**))

Prof. Dr. Alexandra Philipsen (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e. V. (**AGNP**))

Dr. Kirsten Stollhoff (Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e. V. (**AG-NNP**))

Doris Albert (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. (**BHP**))

PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (**BVKJ**))

Dipl. Soz. Päd. Albert Matthias Fink (Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (**bkj**))

Bernhard Otto & Dr. Christa Roth-Sackenheim (Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (**BVDP**))

Prof. Dr. Caterina Gawrilow & Gordon Wingert (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (**BDP**) - Sektion Schulpsychologie)

Dr. Reinhard Martens & Dr. Maik Herberhold (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (**BKJPP**))

Dipl.-Psych. Sabina Millenet als Stimmberechtigte für die Steuerungsgruppe

Dr. Martin Jung & Dr. Ekkehart D. Englert (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (**BAG**))

Peter Lehndorfer & Dr. Johannes Klein-Heßling (Bundespsychotherapeutenkammer (**BpTK**))

Prof. Dr. Hanna Christiansen (Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e. V. (**BVKJ**))

Dr. Günther Endrass (Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (**BVDN**))

Dipl.-Päd. Ariadne Sartorius (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (**bvvp**))

Dr. Kurt Quaschner (Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (**DVT**))

Dr. Matthias Gelb (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (**DGKJ**))

Dr. Alexander Häge & Dr. Sarah Hohmann & Prof. Dr. Marcel Romanos (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (**DGKJP**))

Prof. Dr. Michael Rösler (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (**DGPPN**))

Prof. Dr. Manfred Döpfner (Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (**DGPs**))

Prof. Dr. Bernd Wilken (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (**DGSPJ**))

Dr. Rudi Merod (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (**dgvt**))

Michaela Willhauck-Fojkar (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (**DPtV**))

Prof. Dr. Wolfgang Retz (Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (**DGBP**))

Ralf Werthmann (Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen e.V. (**DBM**))

Arnd Longrée & Britta Winter (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (**DVE**))

Prof. Dr. Regina Trollmann & Prof. Dr. Bernd Wilken (Gesellschaft f. Neuropädiatrie e. V. (**GNP**))

Dr. Adelheid Staufenberg (Vereinigung Analytischer Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (**VAKJP**))

Inhalt

1	Abbildungsverzeichnis	8
2	Tabellenverzeichnis.....	8
3	Geltungsbereich und Zweck.....	9
3.1	Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas	9
3.2	Zielorientierung der Leitlinie	10
3.3	Patientenzielgruppe und Versorgungsbereich	10
3.4	Anwenderzielgruppe / Adressaten.....	10
4	Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen.....	11
4.1	Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen.....	11
4.2	Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten.....	15
4.3	Stimmberechtigung und Interessenkonflikte	15
5	Methodologische Exaktheit.....	16
5.1	Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung).....	16
5.1.1	Formulierung von Schlüsselfragen.....	16
5.1.2	Verwendung existierender Leitlinien	17
5.1.3	Systematische Literaturrecherche und Auswahl der Evidenz	22
5.1.4	Bewertung der Evidenz	23
5.1.5	Erstellung von Evidenztabelle.....	24
5.2	Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung.....	25
5.2.1	Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung.....	25
5.2.2	Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes.....	26
5.2.3	Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und/oder Empfehlungsgraden.....	27
6	Externe Begutachtung und Verabschiedung	30
6.1	Pilottestung.....	30
6.2	Externe Begutachtung	30
6.3	Verabschiedung durch die Vorstände der Fachgesellschaften / Organisationen.....	31
7	Redaktionelle Unabhängigkeit	32
7.1	Finanzierung der Leitlinie	32
7.2	Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten.....	33
8	Verbreitung und Implementierung	34
8.1	Konzept zur Verbreitung und Implementierung.....	34

8.2	Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie.....	34
8.3	Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen.....	34
8.4	Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren.....	35
9	Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren.....	36
9.1	Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status.....	36
9.2	Aktualisierungsverfahren	36
10	Literatur.....	37
11	Anhang	43
11.1	Interessenkonflikterklärungen	43
11.2	Konsentierete Schlüsselfragen	48
11.3	Suchstrategie und Auswahl der Literatur	52
11.3.1	Psychosoziale Interventionen Kinder und Jugendliche	52
11.3.2	Psychosoziale Interventionen Erwachsene.....	65
11.3.3	Ergotherapie:	72
11.3.4	Neurofeedback	75
11.3.5	Pharmakotherapie.....	78
11.4	Evidenztabelle	84
11.4.1	Evidenztabelle Psychosoziale Interventionen Kinder und Jugendliche	84
11.4.2	Evidenztabelle Psychosoziale Interventionen Erwachsene	95
11.4.3	Evidenztabelle Neurofeedback.....	98
11.4.4	Evidenztabelle Pharmakotherapie	103

1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Von der Evidenzbewertung zur Empfehlungsgraduierung nach GRADE-Verfahren (AWMF-Ständige Kommission Leitlinien, 2012)[5]; ¹ mäßig durch moderat ersetzt (aktuelle Nomenklatur).....	28
--	----

2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung der Leitliniengruppe	12
Tabelle 2: Suchstrategie und –kriterien für die Suche nach Quell-Leitlinien	18
Tabelle 3: Suchalgorithmus für Leitlinien in PubMed/Medline.....	19
Tabelle 4: DELBI-Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung“ – Kriterien zur Bewertung der Quell-Leitlinien.....	20
Tabelle 5: GRADE - Graduierung der Evidenz.....	23
Tabelle 6: Beispiel Evidenztable - Psychosoziale Interventionen (Suchzeitraum 2015-2016; Auszug)	24
Tabelle 7: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012).....	29
Tabelle 8: Klassifikation der Konsensstärke	29
Tabelle 9: Auflistung der konsentierten Schlüsselfragen	48

3 Geltungsbereich und Zweck

3.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit einer Prävalenz von ungefähr 5% im Kindes- und Jugendalter und etwa 3% im Erwachsenenalter eine der häufigsten psychischen Störungen; sie ist gekennzeichnet durch die drei Kernsymptome: Aufmerksamkeitsstörung und / oder Impulsivität und Hyperaktivität. Im Kontext dieser Leitlinie umfasst der Begriff ADHS sowohl das nach DSM-5 [1] definierte Störungsbild Attention Deficit Hyperactivity Disorder (314.X) als auch die nach ICD-10 [2] klassifizierten Störungsbilder Hyperkinetische Störungen (F90) und Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8).

Die ADHS ist oft mit weiteren psychischen Auffälligkeiten oder Störungen und mit zahlreichen funktionellen Beeinträchtigungen und einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert [3, 4]. Zu den wichtigsten funktionellen Beeinträchtigungen zählen u.a. Probleme im Bereich von Schule, Ausbildung und Beruf aber auch soziale Schwierigkeiten in der Familie, im Kontakt mit Gleichaltrigen und Beziehungspartnern. Die Störung und die mit ihr verbundenen Funktionseinschränkungen persistieren in etwa 50-70% der Fälle bis in das Erwachsenenalter. Längsschnittstudien haben gezeigt, dass von ADHS betroffene Erwachsene einen niedrigeren Ausbildungsstand erreichen, ein geringeres Einkommen und einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, ein erhöhtes Risikoverhalten zeigen, häufiger in Verkehrsunfälle verwickelt sind und häufiger Gesetzesübertretungen begehen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen ist erniedrigt, wobei die größten Unterschiede im Bereich der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit und im psychosozialen Bereich bestehen [3, 4].

In Deutschland gibt es derzeit keine aktuell gültigen S3-Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS, wie sie mit dieser Arbeit vorgelegt werden. In Anbetracht der mit der Störung zum Teil verbundenen erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen, deutlichen Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Teilhabe sowie der ungünstigen Langzeitprognose und der hohen Kosten für das Gesundheitssystem, der unterschiedlichen Vorgehensweisen im Bereich der Diagnostik und der öffentlichen Diskussion über die Gefahren einer Unter- und Überdiagnostizierung der ADHS sowie den Stellenwert pharmakologischer und nicht pharmakologischer Interventionen ist die Untersuchung und Bewertung der diagnostischen Verfahrensweisen sowie der Wirksamkeit und Verträglichkeit der unterschiedlichen therapeutischen Optionen zur Reduktion der Kernsymptomatik und der mit der ADHS assoziierten funktionellen Beeinträchtigungen sowie zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Betroffenen und die Erstellung von evidenzbasierten S3-Leitlinien auch in Deutschland schon seit vielen Jahren überfällig.

3.2 Zielorientierung der Leitlinie

Ziel der Leitlinie ist es, empirisch fundierte Handlungsempfehlungen für eine nach Alter, Schweregrad und assoziierten Störungen differenzierte valide Diagnostik und Differentialdiagnostik zu geben und entsprechende Algorithmen zur Therapie der ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu entwickeln, die neben der Schwere der Symptomatik auch Art und Ausmaß funktioneller Beeinträchtigungen, komorbide Störungen, Teilhabe, gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychosoziale Rahmenbedingungen, einschließlich der Präferenzen der Patienten und ihrer Familien bezüglich der therapeutischen Optionen, berücksichtigt; Schlüsselempfehlungen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen unter Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenvertretern abzustimmen, darzulegen und zu implementieren. Dadurch soll die Diagnostik und Behandlung der ADHS im deutschen Gesundheitssystem verbessert werden, das Ausmaß von Fehldiagnosen reduziert, das Risiko sekundärer Komplikationen bezogen auf die Entwicklung assoziierter Störungen und funktioneller Beeinträchtigungen im schulischen, beruflichen und psychosozialen Bereich verringert und die Lebensqualität sowie die Teilhabe der Betroffenen verbessert werden. Parameter zur Quantifizierung des Nutzens der Implementierung der Leitlinie sind u.a. Reduktionen der Zahl von Fehldiagnosen sowie Veränderungen der Odds-Ratios für vorzeitige Schulabbrüche, den höchsten erreichten Ausbildungsabschluss oder sozioökonomischen Status, Delinquenz, Verkehrsunfälle, Substanzmissbrauch, Suizidversuche und Suizide, der vorzeitigen Mortalität und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

3.3 Patientenzielgruppe und Versorgungsbereich

Die vorliegende Leitlinie betrifft alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ((gemäß DSM-5: ADHD (314); bzw. gemäß ICD-10: Hyperkinetische Störungen (F90) oder Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)) jeglichen Schweregrads, sowie Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die einen klinisch relevanten Schweregrad der Symptomatik aufweisen, aber die vollen diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, unabhängig von Art und Ausmaß möglicher komorbider Erkrankungen.

3.4 Anwenderzielgruppe / Adressaten

Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter eingesetzt werden und richtet sich an alle ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Störungen oder speziellem Förderbedarf diagnostizieren oder eine Therapie für Personen mit ADHS anbieten oder Patienten mit ADHS und ihre Familien beraten (einschließlich geleiteter Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen). Die Leitlinie richtet sich damit in

erster Linie an Fachärzte¹ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (insbesondere mit Schwerpunkt Neuropädiatrie), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Leitlinie betrifft zudem Fachärzte für Psychosomatische Medizin, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Hausärzte, Psychologen, Neuropsychologen, Schulpsychologen, Lehrkräfte, Sonderpädagogen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Fachkrankenpfleger, Lerntherapeuten, Musiktherapeuten, Motopäden, Mototherapeuten, Erziehungsberatungsstellen und weitere Berufsgruppen, die an der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit ADHS beteiligt sind. Außerdem kann sie von den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen als Informationsgrundlage verwendet werden und soll der Öffentlichkeit zur Information über gute diagnostische bzw. therapeutische Vorgehensweisen dienen. Indirekte Anwender sind Ärztekammern und Psychotherapeutenkammern, Sozialverwaltungen, Sozialträger, Jugendhilfeträger, Versorgungsämter, Agenturen für Arbeit, Entscheidungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen, Gerichte und Gutachtenverfasser.

4 Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

4.1 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

An der Erstellung dieser Leitlinie waren verschiedene Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen aus Deutschland beteiligt. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe wurden von ihren jeweiligen Fachgesellschaften/Organisationen als Mandatsträger für die Erarbeitung der interdisziplinären evidenzbasierten und konsensusorientierten Leitlinie bei der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) autorisiert. Die Zusammenstellung der Entwicklergruppe verfolgte das Ziel, alle Personengruppen, die im Bereich der Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS tätig sind, zu beteiligen. Die Zusammensetzung der Leitliniengruppe findet sich in Tabelle 1.

¹ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird hier und im gesamten Methodenreport nur die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Name	Organisation
Koordinator und Mitglied der Steuerungsgruppe	
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski	DGKJP e. V., zentrales adhs-netz (ZAN), Eunethydis, DGPPN e. V.
Ko-Koordinatoren und Mitglieder der Steuerungsgruppe	
Prof. Dr. Michael Rösler	DGPPN e. V., AMDP e. V., ZAN
Prof. Dr. Manfred Döpfner	DGPs e. V., DGKJP e. V., ZAN
PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse	BVKJ e. V.
Weitere Mitglieder der Steuerungsgruppe	
Dr. Myriam Bea	ADHS Deutschland e.V.
Dr. Matthias Gelb	DGKJ e. V., VDKJ e. V., DGSP e. V., AG ADHS
Dr. Sarah Hohmann	DGKJP e. V., DGPPN e. V.
Prof. Dr. Michael Huss	DGKJP e. V., BAG e. V.
Dipl.-Psych. Sabina Millenet	DGKJP e. V., DGPPN e. V.
Prof. Dr. Alexandra Philipsen	AGNP e. V., ADHS Deutschland e. V., DGPPN
Prof. Dr. Wolfgang Retz	AMDP e. V., DGBP e. V., DGPPN e. V.
Dr. Klaus Skrodzki	AG ADHS e.V. , DGKJP e. V., BCKE e. V., ADHS Deutschland e. V.
Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski	BKJPP e. V., BAG e. V.

Dr. Kirsten Stollhoff	AG-NNP e. V., GNP e. V., AG ADHS
Prof. Dr. Bernhard Wilken	(DGSPJ e. V., GNP e. V., bvkj e. V., DGKJ e. V., Ärzte ohne Grenzen
Dr. Melanie Bauer (bis 12/2012)	
Konsentierungsgremium	
Dr. Myriam Bea	ADHS Deutschland e. V.
Dr. Klaus Skrodzki	AG ADHS e. V.)
Dr. Matthias Gelb	DGKJ e. V.
Prof. Dr. Alexandra Philipsen	AGNP e. V.
Dr. Kirsten Stollhoff	AG-NNP e. V.
Doris Albert	BHP e. V.
PD Dr. Dr. Klaus-Peter Grosse	BVKJ e. V.
Dipl. Soz. Päd. Albert Matthias Fink	bkj e.V.
Bernhard Otto / Dr. Christa Roth-Sackenheim	BVDP
Prof. Dr. Caterina Gawrilow / Gordon Wingert	BDP e.V. - Sektion Schulpsychologie
Dr. Reinhard Martens / Dr. Maik Herberhold	BKJPP e. V
Dr. Martin Jung / Dr. Ekkehart D. Englert	BAG e. V.
Peter Lehndorfer / Dr. Johannes Klein-Heßling	BPtK e. V.
Prof. Dr. Hanna Christiansen	BVKJ e. V.

Dr. Günther Endrass	BVDN e. V.
Dipl.-Päd. Ariadne Sartorius	bvvp e.V.
Dr. Kurt Quaschner	DVT e. V.
Dr. Matthias Gelb / Dr. Klaus Skrodzki	DGKJ e. V.
Dr. Sarah Hohmann / Prof. Dr. Marcel Romanos / Dr. Alexander Häge /	DGKJP e. V.
Prof. Dr. Michael Rösler	DGPPN e. V.
Prof. Dr. Manfred Döpfner	DGPs e. V.
Prof. Dr. Bernd Wilken	DGSPJ e. V.
Dr. Rudi Merod	dgvt e. V.
Michaela Willhauck-Fojkar	DPtV e.V.
Prof. Dr. Wolfgang Retz	DGBP e. V.
Ralf Werthmann	DBM e.V.
Arnd Longrée / Britta Winter	DVE e.V.
Prof. Dr. Regina Trollmann / Prof. Dr. Bernd Wilken	GNP e. V.
Dipl.-Psych. Sabina Millenet	Stimmberechtigt für die Steuerungsgruppe
Dr. Adelheid Staufenberg	VAKJP e. V.

Des Weiteren waren noch folgende Personen als Experten bzw. an der Erstellung der Texte beteiligt:

Prof. Dr. Katja Becker, Prof. Dr. Daniel Brandeis, Dipl.-Psych. Roberto D'Amelio, Dr. Alexander Häge, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Prof. Dr. Andrea Ludolph, Prof. Dr. Paul Plener, Prof. Dr. Luise Poustka, Prof. Dr. Veit Rössner, Prof. Dr. Marcel Romanos, Dr. Henrik Uebel-von Sandersleben.

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM e. V.) und der Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. wurden ebenfalls zur Teilnahme eingeladen, verzichteten jedoch auf eine Mitwirkung. Der Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED e. V.) meldete erst am 28.8.17 einen Mandatsträger nach.

Die Moderation der Konsensuskonferenzen übernahm Prof. Dr. Ina Kopp (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF).

4.2 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten

Die Interessensvertretung der Betroffenen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS, deren Fürsorgeberechtigten und sonstige Bezugspersonen) übernahm der Bundesverband ADHS Deutschland e. V., vertreten durch Dr. Myriam Bea. ADHS Deutschland existiert seit 2007 und entstand aus der Verschmelzung der zwei großen Verbände BV-AH e.V. und BV AÜK e.V.. Heute vertritt der Bundesverband rund 5.000 Mitglieder in 250 regionalen Selbsthilfegruppen für Eltern und betroffene Erwachsene. ADHS Deutschland e.V. bietet als Selbsthilfeverband eine wichtige Anlaufstelle, durch die Betroffene aber auch deren soziales Umfeld Rat und Hilfe erhalten können. Frau Dr. Bea war als Mitglied der Steuerungsgruppe am gesamten Entwicklungsprozess der Leitlinie beteiligt.

4.3 Stimmberechtigung und Interessenkonflikte

Potentielle Interessenkonflikte wurden schriftlich mit Hilfe des AWMF-Formblattes erklärt. Die Interessenkonflikterklärungen der Mitglieder der Steuerungsgruppe wurden zu Beginn der Leitlinienarbeit von den Präsidien der sie entsendenden Fachgesellschaften zur Kenntnis genommen und bezüglich ihrer Befangenheit bewertet. In der Steuerungsgruppe wurde entschieden, dass bei gegebenenfalls notwendigen Abstimmungen innerhalb der Steuerungsgruppe, sich Mitglieder, bei denen potentielle Interessenkonflikte in dem spezifischen Bereich bestehen, enthalten. Die Erklärungen der Interessenkonflikte aller anderen Mitwirkenden wurden von der Steuerungsgruppe und Frau Prof. Ina Kopp bewertet. Die Interessenkonflikterklärungen aller Mitwirkenden sind im Leitlinien-Sekretariat hinterlegt und können nach schriftlicher Anfrage eingesehen werden. Eine Übersicht findet sich zudem im Anhang 11.1. In der Konsensuskonferenz war jede Fachgesellschaft

bzw. jeder Verband (inkl. der Patientenvertretung) mit einer Stimme, die durch den offiziellen Mandatsträger oder dessen Stellvertreter abgegeben wurde, stimmberechtigt.

Für die Steuerungsgruppe stimmte Frau Sabina Millenet, um die Gefahr einer potentiellen Verzerrung der Abstimmungsergebnisse durch eine mögliche Befangenheit des Leitlinien-Koordinators Prof. Dr. Dr. Banaschewski zu vermeiden. Der Koordinator, Prof. Dr. Dr. Banaschewski, enthielt sich grundsätzlich von den Abstimmungen im Konsensusprozess.

5 Methodologische Exaktheit

Das Vorgehen bei der Erstellung dieser S3-Leitlinie orientiert sich am AWMF-Regelwerk [5] und dem Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung [6].

5.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Im Entwicklungsprozess der S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ wurde ein iterativer, hierarchischer Rechercheprozess durchgeführt [5]. Im ersten Schritt wurden Inhalte und Umfang der Leitlinie definiert und für die Versorgung relevante klinische Fragen formuliert und für die Durchführung von Literaturrecherche entsprechend operationalisiert. In einem zweiten Schritt wurde eine systematische Recherche, Zusammenstellung und methodische Prüfung der besten verfügbaren Evidenz aus bereits existierenden Leitlinien durchgeführt. Nachdem die Suche nach bereits vorhandenen Leitlinien abgeschlossen war und die Ergebnisse bezüglich der Beantwortung der konsentierten klinischen Fragen vorlagen, schloss sich in einem dritten Schritt eine eigene systematische Recherche nach aggregierter Evidenz in der Cochrane-Library an. Diese aktuellen Übersichtsarbeiten lieferten eine gute Zusammenfassung der Literatur. Sie wurden kritisch im Hinblick auf ihre Qualität bewertet. Waren hierdurch die Fragestellungen noch nicht ausreichend beantwortet, erfolgte in einem vierten Schritt die Suche nach Meta-Analysen, systematischen Reviews und ggf. ergänzender Primärliteratur. Die genaue methodische Vorgehensweise wird im Folgenden beschrieben.

5.1.1 Formulierung von Schlüsselfragen

Bei den gemeinsamen Treffen der Leitliniensteuerungsgruppe, die ab Januar 2010 regelmäßig stattfanden, wurden zunächst klinisch relevante Fragestellungen zu den Bereichen der Diagnostik und Behandlung der ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die in der Leitlinie adressiert werden, formuliert, diskutiert und konsentiert. Diese Fragestellungen sollten zum einen eine hohe klinische Relevanz für die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland besitzen, zum anderen auf der internationalen Literatur basieren. Die Schlüsselfragen zur Leitlinie sind in Tabelle 9 im Anhang 11.2.

aufgeführt. Zur Formulierung der Schlüsselfragen wurde, wenn möglich und sinnvoll, das PICO-Format benutzt [7]. Dieses gliedert ein Recherchethema in vier Elemente:

- P: Population
- I: Intervention / Exposure
- C: Comparison
- O: Outcomes

5.1.2 Verwendung existierender Leitlinien

Entsprechend der internationalen Bemühungen zur Kooperation und Arbeitsteilung im Bereich der Leitlinien-Entwicklung [8] konsentierten die Steuerungsgruppe die Verwendung von bereits existierenden Leitlinien als primäre Evidenzgrundlage. Der systematische Prozess der Leitlinien-Adaptation stellt dabei eine Alternative zur „de-novo“ Literaturrecherche dar. Die Evidenz kann aus bereits existierenden Leitlinien übernommen werden, wenn diese systematisch recherchiert, ausgewählt und methodisch bewertet wurden und der Leitlinienentwicklungsprozess transparent dargestellt ist. Die Behandlungsempfehlungen, die Bewertung der Qualität der Evidenz und der Empfehlungsgrad können für die Leitlinie übernommen und an die spezifischen Bedürfnisse und Bedingungen eines Landes angepasst werden [8]. Einschlusskriterien für nationale und internationale Leitlinien für die zu entwickelnde Arbeit sollten dabei die beiden Merkmale der hohen methodischen Qualität und der gesundheitspolitischen Relevanz sein. Von Oktober bis Dezember 2010 wurde von Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) und Prof. Dr. Dr Tobias Banaschewski eine erste Recherche nach bereits publizierten nationalen und internationalen evidenzbasierten Leitlinien zur Diagnostik und/oder Behandlung der ADHS bei Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen durchgeführt. Die Selektion erfolgte nach folgende Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tab 2).

Tabelle 2: Suchstrategie und –kriterien für die Suche nach Quell-Leitlinien

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Es handelt sich um Leitlinie oder Konsensusempfehlungen oder von einer autorisierten Gruppe publizierter Standard, die Empfehlungen zur Diagnostik oder Therapie der ADHS im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter beinhaltet • Publikationszeitraum 01.01.2005 –31.10.2010 • Volltext verfügbar in deutscher oder englischer Sprache • Thematische Relevanz (Bezug auf ADHS, Hyperkinetische Störung)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrfachpublikation einer bereits identifizierten Leitlinie ohne Zusatzinformation • Vorversion aktueller Leitlinie • Entwurfsfassung einer Leitlinie • Leitlinie nicht mehr aktuell • Fehlende systematische Evidenzbasierung

Die systematische Leitlinienrecherche erfolgte in der Leitliniendatenbank des Guidelines International Network (G-I-N; 20.10.2010), der Homepage des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN; www.sign.ac.uk; 9.12.2010), der Homepage des National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline (NICE; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>, 9.12.2010) sowie in der elektronischen Datenbank Medline (PubMed; 9.12.2010). Die Suche in der Leitliniendatenbank des Guidelines International Network (www.g-i-n.net) am 20.10.2010 mit dem Suchbegriff „ADHD“ ergab neun potentielle Treffer. Davon wurden sieben Arbeiten ausgeschlossen:

- Zwei Leitlinien (finnisch; niederländisch) waren nicht in deutscher oder englischer Sprache verfügbar.
- Bei drei Arbeiten handelte es sich um Mehrfachpublikationen.
- Die Entwurfsfassung der vom Royal Australian College of Physicians erstellten „Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ wurde schließlich vom Australian National Health and Medical Research Council aufgrund unklarer Interessenkonflikte nicht ratifiziert.
- Bei einer weiteren Arbeit handelte es sich um Praxisempfehlungen [9], die speziell für ein tertiäres Versorgungszentrum (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) entwickelt wurden.

Bei den verbliebenen zwei Treffern handelte es sich um die Leitlinien zur „Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults“ des NICE, UK [10] und den zugehörigen Evidence Report [11].

Die Suche in PubMed/Medline am 9.12.2010 mit dem in Tabelle 3 angegebenen Suchalgorithmus ergab 154 potentielle Treffer. Die potentiellen Treffer wurden zunächst anhand der Titel und Zusammenfassungen (im Zweifel anhand der gesamten Arbeit) daraufhin überprüft, ob es sich um Leitlinien handelt, die die Einschlusskriterien erfüllten (Ausschluss: 148 Arbeiten).

Tabelle 3: Suchalgorithmus für Leitlinien in PubMed/Medline

```
(((guidelines[MeSH] OR (practice guideline*[pt]) OR (guideline*[pt]) OR (consensus development conference*[pt]) OR (recommendation*[ti]) OR (standard*[ti]) OR (consensus*[ti]) OR (guideline*[ti]))) AND ("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR "adhd"[All Fields]) AND (("2005"[PDAT] : "2010"[PDAT]) AND (English[lang] OR German[lang])))
```

Es wurden folgende Leitlinien gefunden, die die Einschlusskriterien erfüllen:

1. Banaschewski et al. (2006) Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15: 476–495.[12]
2. Graham et al. (2011) European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20(1): 17-37.[13]
3. Gleason et al. (2007). Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(12), 1532-1572. [14]
4. Pliszka et al. (2006). The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(6), 642-657. [15]
5. Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 894-921.[16]
6. Nutt et al. British Association for Psychopharmacology (2007). Evidence-based guidelines for management of attention deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 21: 10–41.[17]

Als weitere potentiell relevante Leitlinien wurden identifiziert:

7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2009) Management of attention deficit and hyperactivity disorders in children and young people - A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; www.sign.ac.uk [18]

8. American Academy of Pediatrics (AAP), Steering Committee on Quality on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. [19]
9. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA) (2011) Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition. Toronto, Ontario [20]

Diese neun internationalen Leitlinien wurden anschließend anhand der Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung“ (Tabelle 4) des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinienbewertung [6] von jeweils mindestens 2 Beurteilern der Steuerungsgruppe hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet:

Tabelle 4: DELBI-Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung“ – Kriterien zur Bewertung der Quell-Leitlinien

- Systematische Anwendung von Methoden bei Evidenzsuche
- Auswahlkriterien für Evidenz klar beschrieben
- Formulierung der für Empfehlungen verwendeten Methoden klar beschrieben
- Nutzen, Nebenwirkungen & Risiken berücksichtigt
- Verbindung von Empfehlung und Evidenz
- Externe Begutachtung
- Verfahren zur Aktualisierung der LL angegeben

1. American Academy of Pediatrics (AAP), Steering Committee on Quality on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. **(DELBI-Wert: 0,8)** [19]
2. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, et al. (2006) Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15: 476–495. **(DELBI-Wert: 0,7)** [12]
3. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, et al. (2011) European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20(1): 17-37. **(DELBI-Wert: 0,5)** [13]
4. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA) (2011) Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition. Toronto, Ontario **(DELBI-Wert: 0,5)** [20]

5. Gleason, M. M., Egger, H. L., Emslie, G. J., Greenhill, L. L., Kowatch, R. A., Lieberman, A. F., . . . Zeanah, C. H. (2007). Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(12), 1532-1572. **(DELBI-Wert: 0,3)** [14]
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. NICE clinical guideline 72. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. **(DELBI-Wert: 1,0)** [10]
7. Pliszka, S. R., Crismon, M. L., Hughes, C. W., Corners, C. K., Emslie, G. J., Jensen, P. S., et al. (2006). The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(6), 642-657. **(DELBI-Wert: 0,1)** [15]
8. Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 894-921. **(DELBI-Wert: 0,4)** [16]
9. Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, et al. British Association for Psychopharmacology (2006) Evidence-based guidelines for management of attention deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 21: 10–41. **(DELBI-Wert: 0,5)** [17]
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2009) Management of attention deficit and hyperactivity disorders in children and young people - A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; www.sign.ac.uk **(DELBI-Wert: 0,9)** [18]

Kriterium für die Auswahl einer externen Leitlinie zur Nutzung als Quelle für die Adaptation von Empfehlungen war ein DELBI-Domänenwert von $\geq 0,6$ für die Bewertung der methodologischen Exaktheit der Leitlinienentwicklung. Dieses Kriterium erfüllten vier dieser internationalen Leitlinien. Das Ergebnis der Bewertung der ausgewählten Leitlinien durch die Steuerungsgruppe korrespondiert hoch mit dem Ergebnis der Bewertung dieser Leitlinien eines Leitlinien-Reviews anhand der AGREE-Kriterien [21] publiziert von Seixas und Kollegen [22], was als Indikator der externen Validität der Bewertung durch die Steuerungsgruppe betrachtet werden kann. Aufgrund ihrer hohen thematischen Relevanz wurde ferner auch die „European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD“ [13] berücksichtigt. Aufgrund des Ergebnisses der methodischen Bewertung entschied die Steuerungsgruppe, die NICE-Leitlinie als Quelleitlinie und die weiteren Leitlinien als Referenzleitlinien auszuwählen. Auf Basis einer Leitlinien-Synopse in Form einer systematischen tabellarischen Gegenüberstellung der Empfehlungen dieser Leitlinien mit Evidenzklassen und Empfehlungsgraden wurde entsprechend des ADAPTE-Prozesses [8] für jede klinische Frage geprüft, inwieweit die Ergebnisse der aggregierten Evidenz einschließlich der Bewertung der Qualität der

Evidenz und die getroffenen Behandlungsempfehlungen sowie die Bewertung ihres Empfehlungsgrades zur Beantwortung der klinischen Schlüsselfragen der S3-Leitlinie ADHS übernommen oder adaptiert werden konnten. Wesentliche Voraussetzung für die Ableitung von Empfehlungen aus der Quelleitlinie war, dass die ihnen zugrunde liegende Evidenz sowie die entsprechende Qualität der Evidenz durch die angegebene Literatur ausgewiesen und nachvollziehbar sind. In Zweifelsfällen erfolgte eine Nachrecherche und -bewertung der Primärliteratur. Abweichungen und Modifizierungen von in der Quelleitlinie bestimmten Evidenzqualitäten (z.B. aufgrund neuer Studien) und getroffenen Empfehlungen (und Empfehlungsgraden) wurden spezifisch begründet und dokumentiert.

Aktualisierungsrecherchen für die ausgewählten Leitlinien erfolgten zuletzt im Juli 2016 über die Web-Site von NICE, SIGN und AAP (Suchworte: ADHD; Guideline). Folgende Aktualisierungen wurden identifiziert und berücksichtigt:

- NICE: Evidence Update on CG72: ADHD (July 2013) [11]
- CG72 –ADHD, Surveillance proposal GE document, 17 February 2015 (Evidenz Update bis October 2014) Addendum to Clinical Guideline 72, Attention deficit hyperactivity disorder (February 2016; basierend auf dem Surveillance proposal GE document vom Februar 2015 neue Empfehlungen zu diätetischen Maßnahmen) [23]

5.1.3 Systematische Literaturrecherche und Auswahl der Evidenz

Für den Zeitraum vom 31.10.2014 bis August bzw. September 2016 (Datum der Suchanfrage: 03.08.2016 - 18.09.016), der von der Quell- bzw. den Referenzleitlinien nicht abgedeckt wurde, erfolgten für alle klinischen Fragestellungen, für die neue Erkenntnisse durch eine de-novo Recherche erwartet werden konnten, ergänzende systematische Literaturrecherchen in den Datenbanken der Cochrane-Library, PubMed, und PsychInfo. Zur Vorbereitung der Literaturrecherchen wurde die klinische Fragestellung jeweils suchtauglich „verschlagnwortet“. Dazu wurden die international gebräuchlichen „Medical Subheadings“ (MeSH) verwendet (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Im Rahmen der Recherchen wurde jeweils entschieden, ob Metaanalysen und systematische Übersichtsarbeiten zur Beantwortung der Fragestellung ausreichen oder auch die Primärliteratur (randomisiert-kontrollierte Studien) hinzugezogen werden müssen. Die Suchstrategien (Quellen, verwendete Suchbegriffe) und Ergebnisse (Trefferzahlen) für die einzelnen Themenbereiche (psychosoziale Interventionen; Neurofeedback; pharmakologische Interventionen) sind im Anhang 11.3 bereichsspezifisch detailliert dokumentiert. Die Titel und Abstracts aller identifizierten Referenzen wurden nach Eliminierung der Duplikate in den Endnote-Datenbanken durchgesehen und offensichtlich irrelevante Arbeiten, die sich auf eine andere Zielpopulation oder eine vollständig andere Thematik bezogen, ausgeschlossen. Im Anschluss wurden die Volltexte der verbliebenen

Originalarbeiten auf die jeweils vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien (Publikation in deutscher oder englischer Sprache; Metanalyse; systematische Übersichtsarbeit oder kontrollierte Studie; Studienpopulation: Patienten mit ADHS; abhängige Variable Ausprägung der Kernsymptomatik und/oder Ausmaß assoziierter funktioneller Beeinträchtigungen und/oder Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) überprüft. Die Ergebnisse der Literaturrecherchen (Trefferzahlen, Ein-, und Ausschlussgründe) sind ebenfalls im Anhang 11.3 dokumentiert, Die zusätzlich aufgenommene und bewertete Literatur wurde anschließend in Evidenztabelle zusammengefasst (siehe: 5.1.5).

5.1.4 Bewertung der Evidenz

Die Gesamtheit der zusätzlich identifizierten Studien zu einer Fragestellung wurde von der Steuerungsgruppe beurteilt und zusammenfassend hinsichtlich ihres Evidenzlevels nach dem GRADE („Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation“) Ansatz beurteilt und orientierte sich dabei an den Studientypen und ihrer methodischen Qualität [24, 25]. Die Qualität der Evidenz reflektiert das Vertrauen in den Effektschätzer (Sicherheit der Studienergebnisse) bzw. wie sehr zukünftige Studien zu abweichenden Ergebnissen kommen könnten (Tabelle 5). Die Qualität der Evidenz ist abhängig vom Studiendesign, der methodischen Qualität, der Konsistenz der Studienergebnisse, dem Verzerrungspotential (Risk of Bias) und der Präzision der Effektschätzer (Konfidenzintervall) – diese wurden mittels SIGN-Checklisten bewertet (<http://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>) – sowie des Vorliegens eines Publikationsbias [24, 25]. Je nach methodischer Qualität der jeweiligen Studien wurde beispielsweise für eine klinische Fragestellung ein „Up-,“ und „Downgrading“ vorgenommen. Ein „Downgrading“ erfolgte zum Beispiel, wenn zwar eine randomisierte kontrollierte Studie vorlag, diese aber von schlechter methodischer Qualität war, eine nicht repräsentative Stichprobe untersuchte oder die Anwendbarkeit der Methode fraglich erschien.

Tabelle 5: GRADE - Graduierung der Evidenz

- **Hohe Qualität:**
es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird
- **Moderate Qualität:**
weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern
- **Geringe Qualität:**
weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern
- **Sehr geringe Qualität:**
es herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der Schätzung

5.1.5 Erstellung von Evidenztabelle

Für die Themenbereiche, für die von der Steuerungsgruppe systematische de-novo-Literaturrecherchen durchgeführt wurden, wurden Evidenztabelle erstellt (als Beispiel siehe Tabelle 6), die sämtliche Studien, die die Einschlusskriterien erfüllen, hinsichtlich der zur Bestimmung der Qualität der Evidenz nach GRADE benötigten Informationen detailliert beschreiben.

Tabelle 6: Beispiel Evidenztabelle - Psychosoziale Interventionen (Suchzeitraum 2015-2016; Auszug)

Publikation	SC *	Population	Intervention(s)	Comparison	Outcome (Effektstärken auf ADHD)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit	Fazit
Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Brotman, L. M., Klein, R. G., Reiss, P., Huo, L., & Sonuga-Barke, E. (2015). Parent training for preschool ADHD: A randomized controlled trial of specialized and generic programs. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 56(6), 618-631. doi: 10.1111/jcpp.12346 [26]	++	N = 164 children (3-4 years) with DSM-IV ADHD diagnosis; 74% male; 69% Caucasian, 16% African-American, 9% Asian, 6% other	(1) New Forest Parenting Package (NFFP; n = 67): 8-week home-based intervention for parents of preschoolers with ADHD; (2) Helping the Non-Compliant Child (HNC; n = 63)	Wait-list (WL; n = 34)	Primary outcomes compared to WL: CPRS-R ADHD rating by parents (NFFP: d = 1.01; HNC: d = 1.24) CPRS-R ADHD rating by teachers (NFFP: ns; HNC: ns); Secondary outcomes: clinical assessment, laboratory measure of on-task behavior and delay of gratification	NFFP not better or even worse than HNC; non-significant effects for both programs (as well as WL) by blinded teacher rating in non-targeted school-setting, pointing at problems in achieving generalization across settings	Quality of the evidence: high
Bai, G.-N., Wang, Y.-F., Yang, L., & Niu, W.-Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: Improvement of medication adherence and symptoms. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 11.[27]	+	N = 89 children (6-16 years; M = 9) with DSM-IV ADHD diagnosis and medication prescription; >80% male; >60% of parents w/ college degree or above	Well-structured psychoeducation program for parents over 3 months (PE; n = 44): expert lecture, parent manual, group sessions, online community	Control group (CG; n = 45) with general clinical counseling	Primary outcomes compared to CG: medication adherence (after 1 month: 98% vs. 76%, p < .01; after 3 months: 86% vs. 53%, p < .01), parent-rating on ADHD-RS-IV at endpoint (M+/-SD: 33.7+/-5.4 vs. 45.1+/-7.9, p < .01) Secondary outcomes: Parents' knowledge about ADHD, affectional attitude, functional attitude, subjective norms, direct control, indirect control, self-efficacy, behavior intention	The well-structured psychoeducation program for parents had a positive impact on both medication adherence and clinical symptoms of ADHD children. It could be considered as a potential beneficial supplement to clinical practice.	Quality of the evidence: moderate
....

Anmerkung: *SC = Beurteilung nach SIGN Checkliste:

- „high quality“ (++) , Mehrzahl der beurteilten SIGN Kriterien hinsichtlich der internen Validität der Studie und des Verzerrungspotentials (risk of bias) erfüllt (<http://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>), kleines oder gar kein Bias-Risiko, es ist unwahrscheinlich, dass zukünftige Forschung zu anderen Ergebnissen kommen wird.
- „acceptable“ (+), die meisten Kriterien erfüllt, einige Mängel in der Studie könnten zu einem Bias führen, Ergebnisse könnten bei weiteren Untersuchungen anders ausfallen.
- „unacceptable – reject (0)“, entweder werden die meisten Kriterien nicht erfüllt oder das Studiendesign weist bei wichtigen Aspekten signifikante Mängel auf, es ist wahrscheinlich, dass andere Studien zu abweichenden Schlussfolgerungen kommen werden.

Diese jeweils an die Fragestellung angepassten Evidenztabelle können im Anhang der Leitlinie eingesehen werden.

Folgende Evidenztabelle liegen vor:

- Evidenztabelle Psychosoziale Interventionen Kinder und Jugendliche
- Evidenztabelle Psychosoziale Interventionen Erwachsene
- Evidenztabelle Neurofeedback
- Evidenztabelle Pharmakotherapie

Alle Teilnehmer der Konsensuskonferenz konnten die Evidenztabelle einsehen und gegebenenfalls korrigieren und ergänzen.

5.2 Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

5.2.1 Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Verabschiedung der Schlüsselempfehlungen und Empfehlungsgrade durch die Leitliniengruppe erfolgte in der Form eines nominalen Gruppenprozesses unter externer Moderation von Fr. Prof. Ina Kopp (AWMF) innerhalb einer dreitägigen Konsensuskonferenz (19./20. Januar 2017; 8. Mai 2017) in Mannheim. Zur Teilnahme an der Konsensuskonferenz wurden offiziell alle Fach- und Berufsverbände sowie Organisationen eingeladen, für die das Thema der Diagnostik und Behandlung der ADHS von der Steuerungsgruppe als relevant eingeschätzt wurde. Zusätzlich wurden diese gebeten, einen offiziellen Mandatsträger sowie eine Stellvertretung zu benennen, welcher den jeweiligen Verband in der Konferenz mit insgesamt einer Stimme pro Fachgesellschaft/Verband vertritt (s. Tabelle 1); jede Fachgesellschaft bzw. jeder Verband hatte somit eine Stimme, unabhängig von der Anzahl der an der Konferenz teilnehmenden Vertreter. Die Schlüsselempfehlungen und die für die Konsensuskonferenz wichtigen Materialien (Evidenztabelle, Algorithmen, Hintergrundtext) wurden allen Mandatsträgern der Fachgesellschaften, spätestens 14 Tage vor den entsprechenden Konsensuskonferenzen, als Informationsgrundlage zugesandt. Jeder Teilnehmer musste eine Interessenkonflikterklärung abgeben. Informationen zu den Interessenkonflikten sind in Anhang 9.1 zu finden. Im Rahmen der Konferenz wurde über alle

Empfehlungen und Klinischen Konsenspunkte der Leitlinie unter neutraler Moderation von Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) strukturiert abgestimmt.

Bei jeder Fragestellung erfolgte das gleiche Vorgehen:

1. Vorstellung der Hintergrundinformationen, Evidenz, Qualität der Evidenz, der daraus abgeleiteten Schlüsselempfehlungen und zugehörigen Empfehlungsgrade, bzw. Expertenkonsens (= Klinischer Konsensuspunkt (KKP))
2. Geleitete Diskussion über die vorgeschlagene Empfehlung, Empfehlungsstärke, bzw. Expertenkonsens
3. Registrierung der Stellungnahmen und Alternativvorschläge aller Teilnehmer im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch den Moderator
4. Vorabstimmung über Diskussion der einzelnen Kommentare – Erstellung einer Rangfolge
5. Debattieren / Diskussion der Diskussionspunkte
6. Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung und alle Alternativen
7. Wiederholung des Ablaufs für jede einzelne Empfehlung bzw. Kernaussage der Leitlinie
8. Feststellung der Konsensstärke (Tabelle 8: Klassifikation und Konsensstärke)

Bei anonymen Abstimmungen mittels TED-System gab es die Möglichkeit, dafür oder dagegen zu stimmen sowie sich zu enthalten. Eine Enthaltung wurde nicht als Gegenstimme gewertet, sondern die Gesamtzahl der abgegebenen Stimmen reduzierte sich um die entsprechende Anzahl an Enthaltungen. Dadurch ist es möglich, bei sehr spezifischen Empfehlungen, die nicht alle Teilnehmer entsprechend beurteilen können (z. B. andere Fachexpertise), auch einen starken Konsens zu erzielen. Waren Vertreter/innen zur Konsensuskonferenz zeitlich verhindert, konnten sie ihr Mandat auf einen Stellvertreter übertragen. Um den Einfluss von möglichen Interessenkonflikten auf Leitlinien-Abstimmungsprozesse abschätzen zu können, wurden alle Abstimmungsrunden (mit wenigen Ausnahmen) der Empfehlungen doppelt durchgeführt, in der ersten Abstimmung durften sich nur Vertreter der Fachgesellschaften/Organisationen beteiligen, bei denen in dieser Fragestellung kein Interessenskonflikt angegeben wurde, was von der Steuerungsgruppe jeweils geprüft wurde. Anschließend wurde eine zweite Abstimmung durchgeführt, an denen alle Personen (d.h. auch Personen mit Interessenkonflikten) votieren durften. Nach Abschluss der Konferenz erhielten die Vertreter/innen die konsentierten Empfehlungen zur erneuten Durchsicht.

5.2.2 Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes

Neben der Beurteilung der Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen anhand der Reduktion der Kernsymptomatik wurden als sekundäre Outcome-Parameter Auswirkungen auf störungsassoziierte funktionelle Beeinträchtigungen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die in den

Quelleitlinien und Metaanalysen systematisch aggregierte Evidenz für Inzidenz, Prävalenz und Schwere unerwünschter Wirkungen der pharmakologischen Interventionen bei der Herleitung der Empfehlungen umfassend berücksichtigt. Die aggregierte Evidenz zu Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken für die Schlüsselempfehlungen ist im Herleitungstext in der Langfassung aufgeführt. Möglichkeit, Häufigkeit und Ausmaß potentieller unerwünschter Therapiewirkungen nicht-pharmakologischer Therapieverfahren konnten allerdings nicht berücksichtigt werden, da empirische Studien zu diesem Bereich fehlen.

5.2.3 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und/oder Empfehlungsgraden

Auf Basis der identifizierten Evidenz und der zugehörigen Qualität der Evidenz wurden von der Steuerungsgruppe Empfehlungen und Empfehlungsgraden nach dem GRADE-Ansatz (s.u.) formuliert, die dann in der Konsensusgruppe diskutiert und konsentiert wurden. Für Empfehlungen, die auf der Grundlage bereits existierender Leitlinienempfehlungen entwickelt wurden, wurde von der Steuerungsgruppe jeweils geprüft und entschieden, inwieweit die Klassifizierung der Evidenzstärke, die Formulierung der Empfehlung und deren Graduierung übernommen werden konnten oder abgelehnt bzw. modifiziert wurden. Abweichungen zur Quelleitlinie sind, soweit vorhanden, im Herleitungstext der Empfehlungen (Langfassung) jeweils dargestellt und begründet. Für jede einzelne Empfehlung konnte zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden werden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte durch die Formulierung „soll“, „sollte“ und „kann“ bzw. die Symbole „A“, „B“ und „O“ ausgedrückt wird. Zusätzlich wurden Behandlungsempfehlungen gegeben, die der guten klinischen Praxis entsprechen und Expertenkonsens widerspiegeln (so genannter Klinischer Konsenspunkt KKP). Diesen klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche zugrunde.

Während mit der Darlegung der Qualität der Evidenz (Evidenzstärke) die Belastbarkeit der Studienergebnisse und damit das Ausmaß an Sicherheit bzw. Unsicherheit des Wissens ausgedrückt wird, ist die Graduierung der Empfehlungen Ausdruck des Ergebnisses der Abwägung erwünschter oder unerwünschter Konsequenzen (AWMF)[5]. Zwar bestimmt die Evidenzstärke in der Regel die Graduierung der Empfehlung. Nach dem GRADE-Ansatz zur Empfehlungsgraduierung sind aber folgende Aspekte (siehe auch Abb. 1) zu berücksichtigen:

- Effektstärken und Konsistenz der Studienergebnisse
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken (Eignung der Effektivitätsmaße der Studie für die Versorgung, Relevanz der Kontrollgruppen und verwendeten Dosierungen)
- Nutzen-/Risikoverhältnis

- Ethische, rechtliche und ökonomische Gesichtspunkte
- Präferenzen von Patienten und Angehörigen
- Praktikabilität im klinischen Alltag (Leistungsfähigkeit, Ressourcenbedarf etc.)
- Umsetzbarkeit im deutschen Gesundheitssystem

Somit können Evidenzstärke und Empfehlungsgrad in begründeten Fällen voneinander abweichen. Diese Begründung wurde ggf. im Hintergrundtext der Empfehlungen dokumentiert.

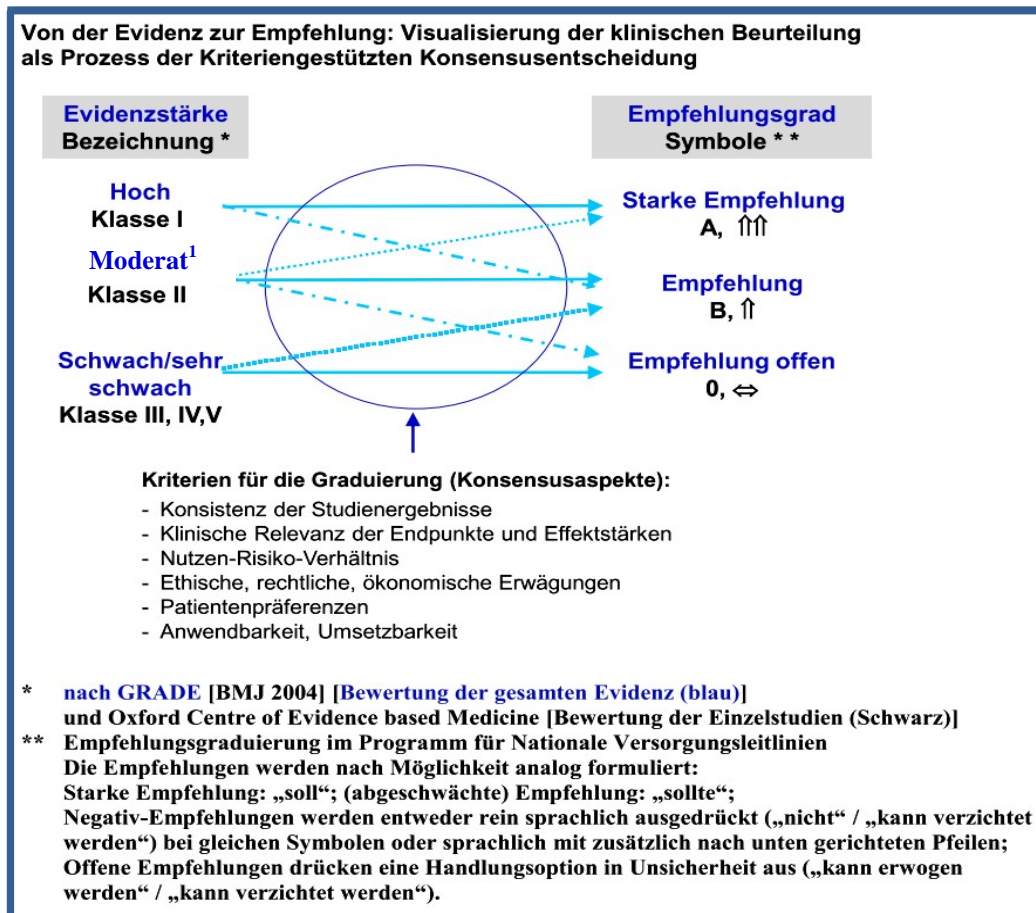


Abbildung 1: Von der Evidenzbewertung zur Empfehlungsgraduierung nach GRADE-Verfahren (AWMF-Ständige Kommission Leitlinien, 2012)[5]; ¹ mäßig durch moderat ersetzt (aktuelle Nomenklatur)

Die Graduierung der Empfehlungen erfolgt mittels der in Tabelle 7 dargestellten Symbole. Zusätzlich zu den Symbolen reflektiert auch die Formulierung der Empfehlung den jeweiligen Empfehlungsgrad.

Tabelle 7: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbolik
A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht	↑↑
B	Empfehlung	sollte / sollte nicht	↑
0	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden	↔
KKP*	Gute klinische Praxis		-

KKP*(„Klinischer Konsenspunkt“ bzw. Expertenkonsens): Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Zusätzlich zu diesen Informationen wird noch die Konsensstärke für jede getroffene Empfehlung und jede Aussage angegeben, um den Leitlinien-Anwendern einen Eindruck über das Ausmaß der Zustimmung aller stimmberechtigten Teilnehmer zu geben. Die Feststellung der Konsensusstärke basiert auf der „Klassifikation der Konsensusstärke“ der AWMF (2012)[5]. Eine Zustimmung von mehr als 95% gilt als „starker Konsens“, eine Zustimmung von >75% bis 95% als „Konsens“ und eine Zustimmung zwischen >50 bis 75% als „mehrheitliche Zustimmung“. Bei einer geringeren Zustimmung als 50% kommt kein Konsens zustande. In Tabelle 8 wird die Klassifikation der Konsensstärke dargelegt, wie sie von der AWMF empfohlen und daher im Konsensprozess verwendet wurde.

Tabelle 8: Klassifikation der Konsensstärke

Konsensstärke	Prozentuale Zustimmung
Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 – 95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50 – 75% der Stimmberechtigten
Dissens / kein Konsens	< 50% der Stimmberechtigten

Begründeter Dissens sollte ebenfalls dokumentiert werden. Sollte es in schwerwiegenden Fällen bei einem Dissens bleiben, schlägt die AWMF folgende Handlungsmöglichkeiten vor:

1. Die Fachgesellschaft beantragt die Aufnahme eines Sondervotums oder die Darlegung des begründeten Dissens zu den Aussagen, die nicht mitgetragen werden können. Dieses Sondervotum wird von der Fachgesellschaft selbst als konkreter Alternativvorschlag mit Begründung formuliert und in die Leitlinie aufgenommen.

2. Die Fachgesellschaft beantragt Klarstellung im Leitlinienreport, dass sie am Entwicklungsprozess beteiligt war, jedoch den finalen Text der Leitlinie nicht mitträgt. Der Leitlinientext bleibt in diesem Fall unverändert in der Fassung, die von den Mitgliedern der Leitliniengruppe konsentiert und von den anderen Fachgesellschaften verabschiedet wurde.
3. Die Fachgesellschaft zieht ihre Beteiligung zurück und wird nicht mehr als Beteiligte genannt. Der Leitlinientext bleibt auch in diesem Fall unverändert wie unter 2.
4. Die anderen beteiligten Fachgesellschaften entscheiden über Fortführung der Verhandlungen oder Herausgabe der Leitlinie ohne Beteiligung der Fachgesellschaft, die den Konsens nicht mit trägt.

Es lag bei der Konsensuskonferenz zur ADHS-Leitlinie kein einziges Mal ein Dissens vor, weshalb eine solche Dokumentation nicht vorliegt. Für alle Empfehlungen, Aussagen und KKP's konnte ein Konsens erzielt werden. Bis auf zwei Empfehlungen, die eine mehrheitliche Zustimmung erhielten, wurden alle Empfehlungen im "starken Konsens" (Zustimmung von > 95% der Teilnehmer) oder im Konsens (Zustimmung von >75% der Teilnehmer) verabschiedet. Die Abstimmungs- und Ergebnisprotokolle der Sitzungen können über den Leitlinienkoordinator angefordert und eingesehen werden.

Allerdings wurden bereits während der redaktionellen Aufbereitung des Leitlinientextes zwei Sondervoten – vom BVDN und vom BVDP – eingebracht, die bereits in die Langfassung der Leitlinie aufgenommen wurden.

6 Externe Begutachtung und Verabschiedung

6.1 Pilottestung

Eine Pilotstudie hinsichtlich der Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz innerhalb der Anwenderzielgruppe konnte vor Veröffentlichung nicht mehr erfolgen. Eine empirische Überprüfung der Implementierung ist wünschenswert und in Planung, somit können Hinweise für eine Optimierung bei Aktualisierung der Leitlinie gesammelt werden. Leser sind aufgefordert, sich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Banaschewski zu melden, wenn sie Anmerkungen oder Korrekturen vorschlagen wollen. Sollte es zu schwerwiegender Kritik kommen, wird eine zeitige Korrektur durchgeführt, statt bis zum ersten Update damit zu warten. Dieses Procedere sollte die Durchführung einer Pilotstudie ersetzen.

6.2 Externe Begutachtung

Die vorläufige Version der Leitlinie wurde auf dem XXXVI. DGKJP Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie e. V. in Ulm, 22.03. - 25.03.2017 vorgestellt und diskutiert. Die Zusammenfassung der Leitlinie soll außerdem im Deutschen Ärzteblatt und in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie veröffentlicht und somit auch durch ein Peer

Review Verfahren extern begutachtet werden. Geplant ist zudem eine Peer-Review Begutachtung durch Prof. Dr. Dr. Hans-Christoph Steinhausen (Zürich, Schweiz), Prof. Dr. Jan Buitelaar (Nijmegen, Niederlande), Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz (Basel, Schweiz) und Prof. Dr. Susanne Walitza (Zürich, Schweiz).

6.3 Verabschiedung durch die Vorstände der Fachgesellschaften / Organisationen

Nach Abschluss der strukturierten Konsensfindung und einer redaktionellen Endüberarbeitung durch die Steuerungsgruppe wurde die gesamte Leitlinie im E-Mail-Umlaufverfahren an die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften versendet. Die Leitlinie wurde von den beteiligten Organisationen im Zeitraum vom 25.01.2018 bis 04.06.2018 verabschiedet. Folgende Fachgesellschaften/ Organisationen/ Verbände haben der Leitlinie ohne Vorbehalt und lediglich mit einigen wenigen redaktionellen Änderungen zugestimmt:

- ADHS Deutschland e. V. am 26.01.2018
- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. (AG ADHS) am 12.02.2018
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie e. V. (AMDP) am 11.04.2018
- Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e. V. (AGNP) am 13.03.2018
- Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e. V. (AG-NNP) am 17.04.2018
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. - Sektion Schulpsychologie (BDP) am 31.01.2018
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG) am 27.02.2018
- Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. (BHP) am 12.04.2018
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) am 24.05.2018
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) am 26.02.2018
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) am 07.03.2018
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) am 11.02.2018
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ) am 07.02.2018
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (dgvt) am 26.02.2018
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP) am 03.02.2018
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (dgvt) am 26.08.2018
- Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen e.V. (DBM) am 27.02.2018

- Gesellschaft f. Neuropädiatrie e. V. (GNP) am 18.03.2018
- Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP) am 26.03.2018
- zentrales adhs-netz am 06.02.2018

Somit hatten folgende beteiligte Fachgesellschaft Einwände, konnten nach Überarbeitung aber final zustimmen:

- Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED) am 08.05.2018
- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (bkj) am 07.06.2018
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) am 07.03.2018 bzw. final am 04.06.2018
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) am 15.05.2018
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) am 04.06.2018
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) am 30.05.2018
- Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e. V. (BVKJ) am 06.06.2018
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp) am 07.06.2018
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs) am 30.05.2018
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV) am 27.05.2018
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT) am 30.05.2018
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) am 17.05.2018

Folgende beteiligte Fachgesellschaften haben nicht zugestimmt:

- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland (VAKJP) am 26.05.2018

Die im Leitliniensekretariat eingegangenen Einwände, Stellungnahmen und Sondervoten sind im Anhang 11.5 zu finden.

Sondervoten der BVDN und der BVDP zu Empfehlung 1.1.2 waren in der Langfassung der Leitlinie bereits beim Versand an die beteiligten Fachgesellschaften / Organisationen dokumentiert, da diese bereits vor der zweiten Konsensuskonferenz eingereicht wurden.

7 Redaktionelle Unabhängigkeit

7.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Erstellung der Leitlinie und die Finanzierung der Kosten der Konsensuskonferenzen wurden durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) mit insgesamt 10.000 Euro, durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) mit insgesamt 15.000 Euro, durch den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) mit insgesamt 5.000 Euro, durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG) mit insgesamt 2000 Euro, sowie durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKM) mit insgesamt 7000 Euro gefördert. Die finanziellen Zuwendungen hatten keinerlei Einfluss auf die inhaltliche Arbeit an der Leitlinie. Weitere Kosten wurden durch Eigenmittel der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg bestritten. Die Verfassung der Leitlinie erfolgte ehrenamtlich durch die jeweiligen genannten Autoren in finanzieller Unabhängigkeit von den genannten Organisationen. Auch die Expertenarbeit erfolgte unentgeltlich. Die Reisekosten der Experten wurden privat bzw. durch die Arbeitgeber der einzelnen Experten oder durch die zugehörige Fachgesellschaft finanziert. Die Reisekosten der Vertreter der Konsensuskonferenzen wurden von den entsendenden Organisationen getragen.

7.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Potentielle Interessenkonflikte aller Beteiligten wurden mithilfe einer formalisierten Interessenkonflikterklärung erfasst. Die Interessenkonflikterklärungen der Mitglieder des Steuerungsgremiums wurden zu Beginn des Leitlinienprojekts den Vorständen der Fachgesellschaft/Organisation zur Bewertung vorgelegt. Es wurden keine bedenklichen Interessenkonflikte festgestellt. Die Interessenkonflikterklärungen aller Vertreter der an der Konsensuskonferenz beteiligten Organisationen (Zeitraum: letzte drei Jahre) wurden schriftlich deklariert und zu Beginn der Konsensuskonferenz vom Koordinator der Leitlinie (Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski), der wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Frau Sabina Millenet, Frau Prof. Kopp (AWMF) hinsichtlich Interessenkonflikten für die einzelnen zur Konsentierung anstehenden Kapitel hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz geprüft und in der Leitliniengruppe abschließend diskutiert und bewertet. Es wurden keine gravierenden Interessenkonflikte festgestellt. Um den Einfluss von möglichen Interessenkonflikten auf Leitlinien-Abstimmungsprozesse abschätzen zu können, wurden alle Abstimmungsrunden (mit wenigen Ausnahmen) der Empfehlungen doppelt durchgeführt. Am ersten Durchgang durften ausschließlich Personen ohne thematisch relevante Interessenkonflikte teilnehmen, am zweiten Durchgang durften sich alle Teilnehmer beteiligen. Alle Deklarationen wurden im Leitlinien-Sekretariat (Anhang 11.1) hinterlegt und können nach schriftlicher Anfrage eingesehen werden.

8 Verbreitung und Implementierung

8.1 Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Die verabschiedete Langfassung der Leitlinie wird auf der Webseite der AWMF (www.awmf.org), sowie auf den Homepages der beteiligten Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP; www.dgkjp.de), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN; <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>), sowie der Homepage der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (<https://www.zi-mannheim.de/forschung/abteilungen-ags-institute/kjpp/arbeitsgruppen-kjpp/adhs-kjp.html>), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ; www.dgspj.de), der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. (AG ADHS; www.agadhs.de) zum kostenlosen Download zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus soll eine Kurzversion und eine Patientenversion erstellt werden. Alle beteiligten Verbände, Fachgesellschaften und Organisationen werden gebeten, ihre Mitglieder auf das Erscheinen der Leitlinie aufmerksam zu machen. Zusätzlich wird eine Pressemitteilung die Öffentlichkeit auf das Erscheinen der Leitlinie hinweisen.

Zur Förderung der Verbreitung sind Publikationen in Fachzeitschriften, beispielsweise in Form von CME-Beiträgen vorgesehen. Die Inhalte der Leitlinien sollen auch in den Mitgliederzeitschriften von Patientenorganisationen, Berufsverbänden und Fachgesellschaften veröffentlicht werden.

Um den Prozess der Leitlinienentwicklung so transparent wie möglich zu gestalten wurde die Leitlinie auf wissenschaftlichen Kongressen der Fachgesellschaften vorgestellt (z.B.: XXXVI. DGKJP Kongress, Ulm, 22.03. - 25.03.2017). Die Empfehlungen der Leitlinie sollen auch weiterhin durch Vorträge auf Fachtagungen und Kongressen vorgestellt und diskutiert werden.

8.2 Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Als Materialien werden die Langfassung mit Hintergrundinformationen und Evidenztabellen, der Leitlinienreport und eine Kurzfassung mit einer Zusammenfassung der Empfehlungen verknüpft mit den Empfehlungsgraden und übersichtlichen Flussdiagrammen zum optimalen Versorgungsablauf für die schnelle Information in der Praxis zur Verfügung gestellt. Alle Bereiche der Leitlinie finden sich in den Algorithmen wieder, anhand derer der Ablauf einer leitliniengerechten Diagnostik und Behandlung der ADHS deutlich werden. Außerdem wird noch eine Patientenversion für Betroffene und deren Familien verfasst.

8.3 Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen

Detaillierte gesundheitsökonomische Analysen über potenzielle Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch, die durch die Implementierung der Leitlinie entstehen können, konnten nicht geleistet werden. Finanzielle Mittel für die systematische Analyse möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen fehlen. Die Aufgabe ist daher im Rahmen der Leitlinien-Erstellung nicht leistbar und müsste daher als eigenständiges Drittmittel-Projekt durchgeführt werden. Im Bereich der Diagnostik entstehen durch die Leitlinienempfehlungen keine wesentlichen zusätzlichen Kosten. Im therapeutischen Bereich sollten die Empfehlungen eher zu einer rationelleren Ressourcenverwendung und unter Berücksichtigung der Prävention der mit ADHS assoziierten gesundheitsökonomischen Folgekosten und komorbider Erkrankungen zu einer Reduktion der Gesamtkosten beitragen [28].

Potentielle organisatorische Barrieren werden sich im Bereich der Diagnostik und Behandlung der ADHS aber auch nicht von anderen Bereichen der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen unterscheiden. Daher sei hier auf die entsprechenden schon publizierten Leitlinien verwiesen (z.B. S3-Leitlinie Unipolare Depression, S3-Leitlinie Psychosoziale Interventionen). Um Barrieren gegenüber der Anwendung möglichst gering zu halten, wurde bei der Formulierung der Empfehlungen und Verschriftlichung der Leitlinie darauf geachtet, die Empfehlungen und die zugehörige Evidenzgrundlage möglichst übersichtlich und verständlich darzustellen. Die Empfehlungen selbst sind deutlich vom Hintergrundtext abgehoben und gekennzeichnet. Die Inhalte der Leitlinie sollen umfassend in Fachzeitschriften und Kongressen veröffentlicht werden, um auch Anwender/innen zu erreichen, die medizinischen Leitlinien eher skeptisch gegenüber stehen.

8.4 Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Das wichtigste Ziel der Leitlinienentwicklung ist, Empfehlungen für die optimale Behandlung für Betroffene, Angehörige und Behandler zu geben. Diese Empfehlungen sollen die Behandlungszufriedenheit dieser Personen und vor allem die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Um evaluieren zu können, ob diese Ziele erreicht werden, wären sogenannte Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die erfassen, welche Auswirkungen eine Leitlinienimplementierung auf die Versorgung hat. Für diese Aufgabe fehlen allerdings die finanziellen Mittel. Sie ist daher nur im Rahmen eines eigenständigen Drittmittel-Projekts denkbar. Im Falle der vorliegenden Leitlinie könnten die Anzahl an Downloads der Leitlinie, die Häufigkeit der Anwendung der empfohlenen diagnostischen Maßnahmen, die Erfassung der Komorbiditäten der ADHS und die Anwendung der empfohlenen Interventionsmethoden als Indikatoren für die Umsetzung der Leitlinie dienen.

9 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

9.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die letzte inhaltliche Überarbeitung erfolgte im Frühjahr 2017. Im Sommer 2016 wurde auch eine Aktualisierungsrecherche bezüglich des internationalen Kenntnisstands zum Thema Diagnostik und Behandlung der ADHS in der Cochrane Library, PubMed und PsychInfo durchgeführt. Die Recherche in dieser Datenbank ergab, dass es keine neuen systematischen Reviews gibt, die aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz in die Leitlinie hätten eingeschlossen werden können. Die vorliegende Leitlinie ist bis zu ihrer nächsten Aktualisierung (spätestens 1. Mai 2022) gültig. Eine Überarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt ist vorgesehen. Sollten aufgrund eines neuen internationalen wissenschaftlichen Kenntnisstandes erhebliche Änderungen wichtiger Empfehlungen notwendig werden, könnte durch die Steuerungsgruppe ein Addendum hinzugefügt oder vorzeitig ein Aktualisierungsverfahren eingeleitet werden.

9.2 Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie muss in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden, um neue Evidenz zu integrieren, die gegebenenfalls auch eine Veränderung der Empfehlungen erforderlich macht. Wenn keine neuen Schlüsselfragen durch die Aktualisierung beantwortet werden sollen, kann die Aktualisierung auf Basis der vorliegenden Leitlinie, ihrer Suchstrategien und -terme erfolgen. Somit muss nur nach Evidenz, ab dem Datum der letzten Suche, recherchiert werden. Die neue Evidenz muss bewertet und den Evidenztabelle hinzugefügt werden. Anschließend kann über die Formulierung der Empfehlungen in einer Konsensuskonferenz abgestimmt werden. Kommentare und Hinweise für die Aktualisierung sind ausdrücklich erwünscht und können an Herrn Prof. Banaschewski gesendet werden. Ansprechpartner für die Aktualisierung der Leitlinie ist der Leitlinienkoordinator Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski.

10 Literatur

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 2013, Arlington VA: American Psychiatric Association.
2. World Health Organization, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and guidelines*. 1992, Geneva: WHO.
3. Faraone, S.V., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. Nat Rev Dis Primers, 2015. **1**:15020.
4. Banaschewski, T., et al., *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Dtsch Arztebl Int, 2017. **114**(9):149-159.
5. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien, *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>. 2012.
6. DELBI Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), *DELBI. Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung. Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung“*. 2008.
7. National Collaborating Centre for Methods and Tools, *Defining your question: PICO and PS*. Hamilton, ON: McMaster University. (Updated 12 September, 2017) Retrieved from <http://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/138>. 2012.
8. ADAPTE Collaboration, *Manual for Guideline Adaptation. Version 1.0*. 2007. Verfügbar unter: <http://www.adapte.org>. 2007.
9. List, B.A. and D.H. Barzman, *Evidence-based recommendations for the treatment of aggression in pediatric patients with attention deficit hyperactivity disorder*. Psychiatr Q, 2011. **82**(1):33-42.
10. NICE, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72*. 2009, London: National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence.
11. NICE, *Attention deficit hyperactivity disorder Evidence Update July 2013 A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 72 ‘Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults’ (2008) Evidence Update 45*. 2013: The National Institute for Health and Care Excellence.
12. Banaschewski, T., et al., *Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2006. **15**(8):476-95.
13. Graham, J., et al., *European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2011. **20**(1):17-37.
14. Gleason, M.M., et al., *Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(12):1532-72.
15. Pliszka, S.R., et al., *The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006. **45**(6):642-57.
16. Pliszka, S.R. and Aacap Work Group on Quality Issues, *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(7):894-921.
17. Nutt, D.J., et al., *Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology*. J Psychopharmacol, 2007. **21**(1):10-41.
18. SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline*. 2009, Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
19. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity, D., et al., *ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. Pediatrics, 2011. **128**(5):1007-22.

20. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA), *Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition*. 2011, Toronto ON: CADDRA.
21. AGREE Collaboration, *Development and validation of an internal appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project*. *Qual Saf Health Care* 12: 18–23. 2003.
22. Seixas, M., M. Weiss, and U. Muller, *Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder*. *J Psychopharmacol*, 2012. **26**(6):753-65.
23. NICE, *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Clinical guideline [CG72] Published date: September 2008. Last updated: February 2016* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>. 2016.
24. GRADE working group, *Grading quality of evidence and strength of recommendations*. *BMJ*, 2004. **328**(7454):1490-1498.
25. Balshem, H., et al., *GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence*. *J Clin Epidemiol*, 2011. **64**(4):401-6.
26. Abikoff, H.B., et al., *Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs*. *J Child Psychol Psychiatry*, 2015. **56**(6):618-31.
27. Bai, G.N., et al., *Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms*. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2015. **11**:2721-35.
28. Le, H.H., et al., *Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2014. **23**(7):587-98.
29. Döpfner, M., et al., *Adaptive multimodal treatment for children with attention-deficit-/hyperactivity disorder: an 18 month follow-up*. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2015. **46**(1):44-56.
30. Dose, C., et al., *Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: a randomized controlled trial*. *J Child Psychol Psychiatry*, 2017. **58**(6):682-690.
31. Handen, B.L., et al., *Atomoxetine, Parent Training, and Their Combination in Children With Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2015. **54**(11):905-15.
32. Jans, T., et al., *Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial*. *J Child Psychol Psychiatry*, 2015. **56**(12):1298-313.
33. Stattin, H., et al., *A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design*. *J Consult Clin Psychol*, 2015. **83**(6):1069-84.
34. Steeger, C.M., et al., *Combined cognitive and parent training interventions for adolescents with ADHD and their mothers: A randomized controlled trial*. *Child Neuropsychol*, 2016. **22**(4):394-419.
35. Storebo, O.J., et al., *Attachment Competences in Children With ADHD During the Social-Skills Training and Attachment (SOSTRA) Randomized Clinical Trial*. *J Atten Disord*, 2015. **19**(10):865-71.
36. Tse, Y.J., et al., *Teletherapy delivery of caregiver behavior training for children with attention-deficit hyperactivity disorder*. *Telemed J E Health*, 2015. **21**(6):451-8.
37. Barkley, R., G. Edwards, and A. Robin, *Defiant teens: A clinician's manual for assessment and intervention*. . 1999, New York: Guilford Press.
38. DuPaul, G.J., et al., *ADHD Rating Scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. 1998, New York: Guilford.
39. Frick, P.J., *APQ: Alabama Parenting Questionnaire*. 1991, New Orleans: University of New Orleans.
40. Shelton, K.K., P.J. Frick, and J. Wootton, *Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1996. **25**(3):317-329.
41. Gioia, G.A., et al., *BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function professional manual*. 2000, Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

42. Döpfner, M., et al., *Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder -- global outcome*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2004. **13 Suppl 1**:117-29.
43. Myers, K., A. Vander Stoep, and C. Lobdell, *Feasibility of conducting a randomized controlled trial of telemental health with children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in underserved communities*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2013. **23**(6):372-8.
44. Vander Stoep, A. and K. Myers, *Methodology for conducting the children's attention-deficit hyperactivity disorder telemental health treatment study in multiple underserved communities*. Clin Trials, 2013. **10**(6):949-58.
45. Achenbach, T.M. and L.A. Rescorla, *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. 2001, Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
46. Robin, A.L. and S.L. Foster, *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach*. 2002, New York, NY: Guilford Press.
47. Sturge-Apple, M.L., et al., *Mothers' responsive parenting practices and psychological experience of parenting as mediators of the relation between marital conflict and mother-preadolescent relational negativity*. Parenting: Science and Practice, 2003. **3**:327-355.
48. Conners, C.K., et al., *The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity*. J Abnorm Child Psychol, 1998. **26**(4):257-68.
49. Klingberg, T., et al., *Computerized training of working memory in children with ADHD--a randomized, controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2005. **44**(2):177-86.
50. Döpfner, M., et al., *DISYPS-II : Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche - II*. 2008, Bern: Huber.
51. Colvin, A., S.M. Eyberg, and C.D. Adams, *Restandardization of the Eyberg Child Behavior Inventory*. 1999, Gainesville, FL: University of Florida, Child Study Laboratory.
52. McMahon, R.J. and R.L. Forehand, *Helping the Noncompliant Child*. 2003, New York: Guilford Press.
53. Altepeter, T.S. and M.J. Breen, *The Home Situations Questionnaire (HSQ) and the School Situations Questionnaire (SSQ): Normative Data and an Evaluation of Psychometric Properties*. Journal of Psychoeducational Assessment, 1989. **7**:312-322.
54. Jans, T., et al., *The Kiddie-SADS allows a dimensional assessment of externalizing symptoms in ADHD children and adolescents*. Atten Defic Hyperact Disord, 2009. **1**(2):215-22.
55. Thompson, M.J., et al., *A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2009. **18**(10):605-16.
56. Bussing, R., et al., *Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample*. Assessment, 2008. **15**(3):317-28.
57. Arns, M., et al., *Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis*. Clin EEG Neurosci, 2009. **40**(3):180-9.
58. Arns, M., H. Heinrich, and U. Strehl, *Evaluation of neurofeedback in ADHD: the long and winding road*. Biol Psychol, 2014. **95**:108-15.
59. Cortese, S., et al., *Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2016. **55**(6):444-55.
60. Mayer, K., et al., *Neurofeedback of slow cortical potentials as a treatment for adults with Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder*. Clin Neurophysiol, 2016. **127**(2):1374-86.
61. Micoulaud-Franchi, J.A., et al., *EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: an updated meta-analysis of randomized controlled trials*. Front Hum Neurosci, 2014. **8**:906.
62. Sonuga-Barke, E.J., et al., *Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments*. Am J Psychiatry, 2013. **170**(3):275-89.
63. Tan, G., et al., *Meta-analysis of EEG biofeedback in treating epilepsy*. Clin EEG Neurosci, 2009. **40**(3):173-9.

64. Chan, E., J.M. Fogler, and P.G. Hammerness, *Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review*. JAMA, 2016. **315**(18):1997-2008.
65. Pringsheim, T., et al., *The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine*. Can J Psychiatry, 2015. **60**(2):42-51.
66. Ruggiero, S., et al., *Guanfacine for attention deficit and hyperactivity disorder in pediatrics: a systematic review and meta-analysis*. Eur Neuropsychopharmacol, 2014. **24**(10):1578-90.
67. Hervas, A., et al., *Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled, phase III trial*. Eur Neuropsychopharmacol, 2014. **24**(12):1861-72.
68. Wilens, T.E., et al., *A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Guanfacine Extended Release in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2015. **54**(11):916-25 e2.
69. Newcorn, J.H., et al., *Extended-release guanfacine hydrochloride in 6-17-year olds with ADHD: a randomised-withdrawal maintenance of efficacy study*. J Child Psychol Psychiatry, 2016. **57**(6):717-28.
70. Huss, M., et al., *Guanfacine extended release for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: efficacy following prior methylphenidate treatment*. Neuropsychiatr Dis Treat, 2016. **112**:1085-101.
71. Cutler, A.J., et al., *Response/remission with guanfacine extended-release and psychostimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2014. **53**(10):1092-101.
72. Stein, M.A., et al., *Does Guanfacine Extended Release Impact Functional Impairment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Results from a Randomized Controlled Trial*. CNS Drugs, 2015. **29**(11):953-62.
73. Young, J., et al., *Efficacy of guanfacine extended release assessed during the morning, afternoon, and evening using a modified Conners' Parent Rating Scale-revised: Short Form*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2014. **24**(8):435-41.
74. Maneeton, N., et al., *Exploratory meta-analysis on lisdexamfetamine versus placebo in adult ADHD*. Drug Des Devel Ther, 2014. **8**:1685-93.
75. Fridman, M., et al., *Predicted effect size of lisdexamfetamine treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in European adults: Estimates based on indirect analysis using a systematic review and meta-regression analysis*. Eur Psychiatry, 2015. **30**(4):521-7.
76. Buoli, M., M. Serati, and W. Cahn, *Alternative pharmacological strategies for adult ADHD treatment: a systematic review*. Expert Rev Neurother, 2016. **16**(2):131-44.
77. Coghill, D.R., et al., *A systematic review of the safety of lisdexamfetamine dimesylate*. CNS Drugs, 2014. **28**(6):497-511.
78. Stuhec, M., et al., *Comparative efficacy and acceptability of atomoxetine, lisdexamfetamine, bupropion and methylphenidate in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis with focus on bupropion*. J Affect Disord, 2015. **178**:149-59.
79. Banaschewski, T., et al., *Health-related quality of life and functional outcomes from a randomized-withdrawal study of long-term lisdexamfetamine dimesylate treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. CNS Drugs, 2014. **28**(12):1191-203.
80. Dittmann, R.W., et al., *Treatment response and remission in a double-blind, randomized, head-to-head study of lisdexamfetamine dimesylate and atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder*. CNS Drugs, 2014. **28**(11):1059-69.
81. Nagy, P., et al., *Functional outcomes from a head-to-head, randomized, double-blind trial of lisdexamfetamine dimesylate and atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and an inadequate response to methylphenidate*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2016. **25**(2):141-9.

82. Rosenhan, D.L., *On being sane in insane places*. Science, 1973. **179**(4070):250-8.
83. Kahneman, D., *Thinking, fast and slow*. 2011, London: Allen Lane.
84. Kahneman, D. and A. Tversky, *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk*. Econometrica 1979. **47**(2):263.
85. Langer, E.J. and R.P. Abelson, *A patient by any other name--clinician group difference in labeling bias*. J Consult Clin Psychol, 1974. **42**(1):4-9.
86. Cwik, J.C., et al., *An Investigation of Diagnostic Accuracy and Confidence Associated with Diagnostic Checklists as Well as Gender Biases in Relation to Mental Disorders*. Front Psychol, 2016. **7**:1813.
87. Andreas, S., et al., *Validity of routine clinical DSM-IV diagnoses (Axis I/II) in inpatients with mental disorders*. Psychiatry Res, 2009. **170**(2-3):252-5.
88. Jensen, A.L. and J.R. Weisz, *Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents*. J Consult Clin Psychol, 2002. **70**(1):158-68.
89. Rettew, D.C., et al., *Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews*. Int J Methods Psychiatr Res, 2009. **18**(3):169-84.
90. Shaffer, D., *Debate and argument: structured interviews for assessing children*. J Child Psychol Psychiatry, 1994. **35**(4):783-4; discussion 785-7.
91. Hodges, K., *Structured interviews for assessing children*. J Child Psychol Psychiatry, 1993. **34**(1):49-68.
92. Neuschwander, M., et al., *Interrater-Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2013. **41**(5):319-34.
93. Renou, S., et al., *[Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry]*. Encephale, 2004. **30**(2):122-34.
94. Roelofs, J., et al., *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (KID-SCID): first psychometric evaluation in a Dutch sample of clinically referred youths*. Child Psychiatry Hum Dev, 2015. **46**(3):367-75.
95. Dolle, K., et al., *Übereinstimmung von klinischer Diagnose, strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebogen bei Depression im Kindes- und Jugendalter*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2012. **40**(6):405-14.
96. Weinstein, S.R., et al., *Comparison of DISC with clinicians' DSM-III diagnoses in psychiatric inpatients*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1989. **28**(1):53-60.
97. Zimmerman, M. and J.I. Mattia, *Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed?* Compr Psychiatry, 1999. **40**(3):182-91.
98. Bruchmüller, K., et al., *Popular or unpopular? Therapists' use of structured interviews and their estimation of patient acceptance*. Behav Ther, 2011. **42**(4):634-43.
99. Neuschwander, M., et al., *Acceptance of a structured diagnostic interview in children, parents, and interviewers*. Int J Methods Psychiatr Res, 2017. **26**(3).
100. Sorensen, M.J., P.H. Thomsen, and N. Bilenberg, *Parent and child acceptability and staff evaluation of K-SADS-PL: a pilot study*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2007. **16**(5):293-7.
101. Suppiger, A., et al., *Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings*. Behav Ther, 2009. **40**(3):272-9.
102. Matuschek, T., et al., *The acceptance of the K-SADS-PL - potential predictors for the overall satisfaction of parents and interviewers*. Int J Methods Psychiatr Res, 2015. **24**(3):226-34.
103. Merten, H., L.S. van Galen, and C. Wagner, *Safe handover*. BMJ, 2017. **359**:j4328.
104. Bruchmüller, K., J. Margraf, and S. Schneider, *Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis*. J Consult Clin Psychol, 2012. **80**(1):128-38.
105. Döpfner, M. and A. Görtz-Dorten, *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche (DISYPS-III)* 2017, Göttingen: Hogrefe.
106. Duncan, L., et al., *Research Review: Test-retest reliability of standardized diagnostic interviews to assess child and adolescent psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis*. J Child Psychol Psychiatry, 2018.

107. Walter, D., et al., *Effectiveness of outpatient cognitive-behavioral therapy for adolescents under routine care conditions on behavioral and emotional problems rated by parents and patients: an observational study*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2018. **27**(1):65-77.
108. Steinhausen, H.C., M. Döpfner, and I. Schubert, *Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2016. **44**(4):275-84.
109. Asherson, P. and M. Trzaskowski, *Attention-deficit/hyperactivity disorder is the extreme and impairing tail of a continuum*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2015. **54**(4):249-50.
110. Larsson, H., et al., *Childhood attention-deficit hyperactivity disorder as an extreme of a continuous trait: a quantitative genetic study of 8,500 twin pairs*. J Child Psychol Psychiatry, 2012. **53**(1):73-80.
111. Levy, F., et al., *Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997. **36**(6):737-44.
112. Martin, J., et al., *Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population*. Biol Psychiatry, 2014. **76**(8):664-71.
113. Burns, G.L., et al., *Bifactor latent structure of ADHD/ODD symptoms: predictions of dual-pathway/trait-impulsivity etiological models of ADHD*. J Child Psychol Psychiatry, 2014. **55**(4):393-401.
114. Lee, S., et al., *Bifactor latent structure of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)/oppositional defiant disorder (ODD) symptoms and first-order latent structure of sluggish cognitive tempo symptoms*. Psychol Assess, 2016. **28**(8):917-28.
115. Rodenacker, K., et al., *Bifactor Models Show a Superior Model Fit: Examination of the Factorial Validity of Parent-Reported and Self-Reported Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders in Children and Adolescents*. Psychopathology, 2016. **49**(1):31-9.
116. Rodenacker, K., et al., *The factor structure of ADHD – different models, analyses and informants in a bifactor framework*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2017. **39**:92-102.
117. Greven, C.U., J.K. Buitelaar, and G.A. Salum, *From positive psychology to psychopathology: the continuum of attention-deficit hyperactivity disorder*. J Child Psychol Psychiatry, 2018. **59**(3):203-212.
118. Guy, A.B., *Clinical Global Impressions Rating Scale (DHHS Publication ADM 91-B8)*. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised*. Washington, DC: US Government Printing Office, pp 217-222. 1991.
119. Döpfner, M. and H.-C. Steinhausen, *Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 3: Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen*. 2012, Göttingen: Hogrefe.
120. Döpfner, M., et al., *Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2006. **15 Suppl 1**:146-55.
121. Görtz-Dorten, A. and M. Döpfner, *Diagnose-Checklisten aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-II) – Gütekriterien und klinische Anwendung*. Klinische Diagnostik und Evaluation, 2008. **1**:378-394.

11 Anhang

11.1 Interessenkonflikterklärungen

Die Interessenkonflikte der Steuerungsgruppe sowie aller am Konsensusprozess Beteiligten sind im Leitliniensekretariat hinterlegt und können auf schriftliche Anfrage hin eingesehen werden.

Folgende Mandatsträger nahmen an der ersten Abstimmungsrunde der Empfehlungen im Kapitel Diagnostik wegen potentieller Interessenkonflikte nicht teil:

- Prof. Dr. H. Christiansen
- Prof. Dr. Döpfner
- Prof. Dr. Retz
- Prof. Dr. Rössner

Folgende Mandatsträger nahmen an der ersten Abstimmungsrunde der Empfehlungen im Kapitel Non-pharmakologische Interventionen nicht teil:

- Prof. Dr. H. Christiansen
- Prof. Dr. M. Döpfner
- Dr. R. Martens
- Dr. R. Merod
- Prof. Dr. A. Philipsen
- Dr. A. Staufenberg
- Dr. K. Quaschner
- G. Wingert

Folgende Mandatsträger nahmen an der ersten Abstimmungsrunde der Empfehlungen im Kapitel Pharmakologische Interventionen nicht teil:

- Prof. Dr. M. Döpfner
- Prof. Dr. Retz
- Prof. Dr. Rösler
- Dr. K. Stollhof
- Prof. Dr. B. Wilken
- Bernhard Otto

Nur eine Abstimmungsrunde gab es bei folgenden Empfehlungen:

- 1.1.2 Wer sollte eine ADHS-Diagnostik vornehmen?
- 1.2.1 Wie sollte die individuelle Behandlungsoption ausgewählt werden?
- 1.2.2 Wie soll die Behandlungsplanung erfolgen?
- 1.4.4 Welche Untersuchungen sollten vor Beginn einer medikamentösen Therapie durchgeführt werden? Unterempfehlungen 1.4.4.2, 1.4.4.3

sowie den Kapiteln:

- 1.5 Stationäre und teilstationäre Therapie, Maßnahmen der Jugendhilfe und Reha
- 1.6 Transition
- 1.7 Selbsthilfe

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autoren-/oder Coautoren-schaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von CoI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Mitglied DGKJP, ZAN, Eunethydis, DGPPN	Als LL-Koordinator komplette Enthaltung bei allen Abstimmungen
Dr. med. Melanie Bauer	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine	Kein Mandatsträger
Dr. jur. Myriam Bea	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied ADHS Deutschland e. V., World Federation of ADHD	Keine
Prof. Dr. Hanna Christiansen	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Mitglied BVKJ e. V.	Diagnostik, non-pharmakologische Interventionen
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Manfred Döpfner	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Mitglied DGPs e. V., DGKJP, ZAN	Diagnostik, non-pharmakologische Interventionen, pharmakologische Interventionen
Dr. G. Endrass	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied BVDN e. V., Beirat Zentrales ADHS Netz	Keine
Dr. med. Ekkehart Englert	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BAG Vorstandsmitglied Mitglied DGKJP, DG-Sucht, DG-ESS Vorstandsmitglied Autismus Mittelthüringen e. V.	Keine
Dipl. Soz. Päd. Albert Matthias Fink	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vorstandsfunktion bkj e. V.	Keine
Prof. Dr. Caterina Gawrilow	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied BDP e. V.	Keine
Dr. med. Matthias Gelb	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied DGKJ e. V., BVKJ e. V., DGSP e. V., AG ADHS	Keine
Priv.Doz. Dr. Dr. Klaus-Peter	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied BVKJ e. V., AG ADHS e. V.	Keine

	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autoren-/oder Coautorenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von CoI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Grosse							(Beirat)	
Dr. med. Alexander Häge	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Mitglied DGKJP	Keine - stimmte nur für die Kapitel Diagnostik und non-pharmakologische Interventionen ab
Dr. Maik Herberhold	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Mitglied BKJPP e. V.	Keine
Dr. med. Sarah Hohmann	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied DGKJP, DGPPN	Keine – stimmte nur für das Kapitel Pharmakotherapie ab
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Mitglied DGKJP, BAG e. V.	Kein Mandatsträger
Dr. med. Martin Jung	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Vorsitz BAG e. V.	Keine
Dr. Johannes Klein-Heßling	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied BPTK	Keine
Peter Lehndorfer	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied BPTK, VAKJP, DGIP e. V.	Keine
Arnd Longrée	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied DVE e. V.	Keine
Dr. Reinhard Martens	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Vorstandsmitglied BKJPP e. V. Mitglied Bvvp	Non-pharmakologische Interventionen
Dr. rer. nat. Rudi Merod	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied dgvt e. V.	Non-pharmakologische Interventionen
Dipl.-Psych. Sabina Millenet	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied DGKJP, DGPPN	Keine
Bernhard Otto	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	BVDP Mandatsträger ADHD	Pharmakologische Interventionen
Prof. Dr. med. Alexandra Philippen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Mitglied AGNP e. V. wissenschaft. Beirat ADHS-Deutschland e. V.	Non-pharmakologische Interventionen
Dr. rer. nat. Kurt Quaschner	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied DVT e. V.	Non-pharmakologische Interventionen
Prof. Dr. Wolfgang Retz	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Mitglied DGBP, DGPPN, AMDP, D-ZEP	Diagnostik, non-pharmakologische

	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autoren-/oder Coautorenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von CoI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
								Interventionen, pharmakologische Interventionen
Prof. Dr. med. Marcel Romanos	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Vorstand DGKJP, wissenschaftl. Beirat ADHS Deutschland e. V.	Kein Mandatsträger
Prof. Dr. Michael Rösler	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Mitglied DGPPN, AMDP, ZAN	Diagnostik, non-pharmakologische Interventionen, pharmakologische Interventionen
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vorsitzende BVDP	Keine
Ariadne Sartorius	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied bvvp e. V.	Keine
Dr. med. Klaus Skrodzki	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied DGKJ e. V., BVKJ e. V., stellvertr. Vorsitzender AG ADHS e. V., Beirat ADHS Deutschland e. V.	Keine
Dr. Adelheid M. Staufenberg	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied VAKJP e. V., DPV e. V.	Non-pharmakologische Interventionen
Dr. Kirsten Stollhof	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied AGNNP e. V., Vorstand AG ADHS	Pharmakologische Interventionen
Prof. Dr. med. Regina Trollmann	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Mitglied GNP e. V.	Keine
Dr. Ingo Spitzczok von Brisinski	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied BAG e. V., BKJPP e. V., DGKJP e. V., DGPPN e. V., GNP e. V., DGfE e. V., ASK e. V.,	Keine
Ralf Werthmann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied DBM e. V.	Keine
Dipl.-Sozpäd. Michaela Willhauck-Fojkar	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied DPtV e. V.	Keine
Dipl.-Psych. Gordon Wingert	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied BDP e. V.	Non-pharmakologische Interventionen
Prof. Dr. med. Bernd Wilken	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Mitglied DGSPJ e. V., GNP, bvkj e. V., DGKJ e. V., Ärzte ohne Grenzen	Pharmakologische Interventionen

	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autoren-/oder Coautoren-schaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von CoI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Britta Winter	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Mitglied DVE e. V.	Keine

¹ In die tabellarische Zusammenfassung wurden nur die Angaben übertragen, für die nach Diskussion und Bewertung der vollständig entsprechend Formblatt der AWMF offengelegten Sachverhalte in der Leitliniengruppe ein thematischer Bezug zur Leitlinie festgestellt wurde. Die vollständigen Erklärungen sind im Leitliniensekretariat hinterlegt.

11.2 Konsentierete Schlüsselfragen

Tabelle 9: Auflistung der konsentierten Schlüsselfragen

1. Diagnostik
<ol style="list-style-type: none">1. Bei welchen Personen sollte eine ADHS-Diagnostik durchgeführt werden?2. Wer sollte eine ADHS-Diagnostik durchführen?3. Welche diagnostischen Maßnahmen sollen routinemäßig eingesetzt werden?4. Welche Bedeutung haben die Selbsteinschätzungen der Patienten?5. Welche Bedeutung haben Fragebogenverfahren und Verhaltensbeobachtungen bei der Diagnostik von ADHS?6. Welche Bedeutung haben testpsychologische Untersuchungen im Rahmen der neuropsychologischen sowie der Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik?7. Welche Bedeutung haben Labor- und apparative medizinische Untersuchungen?8. Gibt es altersspezifische Besonderheiten, die bei der Diagnostik zu berücksichtigen sind?9. Welche psychischen Störungen oder somatischen Erkrankungen sind differenzialdiagnostisch von ADHS abzugrenzen?10. Welche gehäuft koexistierend auftretenden Störungen sollten vor allem beachtet werden?
2. Interventions-Algorithmen
<ol style="list-style-type: none">1. Wie sollte die individuelle Behandlungsoption ausgewählt werden?2. Wie soll die Behandlungsplanung erfolgen?3. Wie soll bei Nichtansprechen auf die therapeutischen Maßnahmen vorgegangen werden?4. Wie soll bei fortbestehenden koexistierenden Störungen oder Problemen umgegangen werden?
3. Interventionen auf psychologisch-psychotherapeutischer Basis (Psychoedukation, psychosoziale Interventionen, Neurofeedback), Diäten
3.1. Psychosoziale Interventionen

1. Welche präventiven psychosozialen Interventionen werden empfohlen?
2. Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter (ca. 3-6 Jahre) eingesetzt werden?
3. In welchem Format (Einzel- versus Gruppenformat) sollten Eltern- / Erziehertrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter angeboten werden?
4. Wie sollten Elterntrainings bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter durchgeführt werden?
5. Unter welchen Bedingungen sollten Beratungen oder Schulungen von Pädagoginnen und Pädagogen von Kindern mit ADHS im Vorschulalter (Erziehertraining) durchgeführt werden?
6. Unter welchen Bedingungen sollten kindzentrierte Interventionen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter durchgeführt werden und welche kindzentrierten Interventionen sind empfehlenswert?
7. Welche weiterführenden Maßnahmen sollten bei Beendigung der psychosozialen (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter bedacht werden?
8. Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Schulalter und leichter bis moderater Funktionseinschränkung durchgeführt werden?
9. In welchem Format, in welcher Intensität und mit welchen Inhalten sollten Eltern- / Lehrertrainings (Lehrerberatungen) bei Kindern und Jugendlichen ab dem Schulalter angeboten werden?
10. Unter welchen Bedingungen sollten Interventionen im schulischen Umfeld bei Kindern mit ADHS im Schulalter durchgeführt werden?
11. Was sind die Ziele einer kognitiv-behavioralen Behandlung von Kindern / Jugendlichen mit ADHS ab dem Schulalter?
12. Welche weiterführenden Maßnahmen sollen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ab dem Schulalter bedacht werden?
13. Welche psychosozialen (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und moderater bis starker Funktionseinschränkung ab dem Schulalter durchgeführt werden?
14. Was sind die generellen Ziele psychosozialer Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS?
15. Bei welchen Personen sollen psychosoziale Interventionen erwogen werden?
16. Welche psychosozialen Interventionen sollen bei Erwachsenen mit ADHS angewendet werden?
17. In welchem Format sollten psychosoziale Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS angeboten werden?

3.2. Neurofeedback

1. Wann kann Neurofeedback als Behandlungsoption bei ADHS eingesetzt werden?
2. Wie soll Neurofeedback bei ADHS durchgeführt werden?

3.3. Diätetische Interventionen

1. Was sollte dem Patienten im Hinblick auf Ernährung im Allgemeinen mitgeteilt werden?
2. Was soll im Hinblick auf künstliche Farbstoffe beachtet werden?
3. Was sollte im Hinblick auf Eliminationsdiäten beachtet werden?
4. Können Omega 3-/ Omega 6-Fettsäuren zur Behandlung der ADHS empfohlen werden?

4. Pharmakologische Interventionen

1. Wer soll eine medikamentöse Behandlung durchführen?
2. Welche Präparate sind zur Behandlung empfohlen?
3. Nach welchen Kriterien sollten die passenden Medikamente ausgewählt werden?
4. Welche Untersuchungen sollten vor Beginn einer medikamentösen Therapie durchgeführt werden?
5. Was soll bei der Auswahl des Präparates patientenindividuell berücksichtigt werden?
6. Was ist im Verlauf einer medikamentösen Behandlung zu beachten?
7. Was ist im Hinblick auf Medikamenten-Adhärenz zu beachten?

5. Stationäre und teilstationäre Therapie, Maßnahmen der Jugendhilfe und Reha

1. Unter welchen Bedingungen sind stationäre und teilstationäre Therapien und Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden indiziert?
2. Unter welchen Bedingungen sind stationäre und teilstationäre Therapien und Maßnahmen bei Erwachsenen indiziert?

6. Transition

1. Bei welchen Patienten und durch wen sollte eine Transition zur Weiterbehandlung im Erwachsenenalter erfolgen?
2. Wie sollte die Transition erfolgen?
3. Welche primären Maßnahmen sollten bei den weiterbehandelnden Ärzten / Psychotherapeuten erfolgen?

7. Selbsthilfe

1. Wie kann die Selbsthilfe in die Behandlung einbezogen werden?

11.3 Suchstrategie und Auswahl der Literatur

11.3.1 Psychosoziale Interventionen Kinder und Jugendliche

Systematische Literatursuche vom 03.08.2016 (Frau Stein, ZI Mannheim)

Suchanfrage: PsycInfo

1.

(((((DE "Intervention") OR (DE "Treatment" OR DE "Adjunctive Treatment" OR DE "Adventure Therapy" OR DE "Aftercare" OR DE "Alternative Medicine" OR DE "Behavior Modification" OR DE "Bibliotherapy" OR DE "Cognitive Techniques" OR DE "Computer Assisted Therapy" OR DE "Creative Arts Therapy" OR DE "Crisis Intervention Services" OR DE "Cross Cultural Treatment" OR DE "Disease Management" OR DE "Health Care Services" OR DE "Hydrotherapy" OR DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Involuntary Treatment" OR DE "Language Therapy" OR DE "Life Sustaining Treatment" OR DE "Medical Treatment (General)" OR DE "Milieu Therapy" OR DE "Movement Therapy" OR DE "Multimodal Treatment Approach" OR DE "Multisystemic Therapy" OR DE "Online Therapy" OR DE "Outpatient Treatment" OR DE "Pain Management" OR DE "Partial Hospitalization" OR DE "Personal Therapy" OR DE "Physical Treatment Methods" OR DE "Preventive Medicine" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Rehabilitation" OR DE "Relaxation Therapy" OR DE "Sex Therapy" OR DE "Social Casework" OR DE "Sociotherapy" OR DE "Speech Therapy" OR DE "Symptoms Based Treatment" OR DE "Treatment Guidelines"))) AND (DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Behavior Therapy" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Client Centered Therapy" OR DE "Cognitive Behavior Therapy" OR DE "Conversion Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" OR DE "Psychotherapy Training"))) OR (DE "Individual Psychotherapy")) OR (DE "Parent Training")) OR (DE "Psychosocial Rehabilitation")

2.

DE "Attention" OR DE "Attentional Capture" OR DE "Divided Attention" OR DE "Focused Attention" OR DE "Monitoring" OR DE "Selective Attention" OR DE "Sustained Attention" OR DE "Vigilance" OR DE "Visual Attention" OR DE "Attention Deficit Disorder" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"

3.

S1 AND S2

4.

Limiters - Published Date: 20141001-20161231; Language: German/[German + English](#)

Search modes - Boolean/Phrase

Ergebnis:

Recherche englisch: 88

Davon relevant: 9 (siehe Evidenztafel 11.4.1)

Davon ausgeschlossen: 79

- Kein ADHS Bezug: 10
- Andere Therapieform (z.B. Pharmakologisch): 8
- Erwachsene / überwiegend Erwachsene: 20
- Narrative Review: 10
- Kein RCT / Kontrollierte Studie (z.B. Mediation, Beobachtungsstudien): 21
- Konzeptuelle Arbeiten: 10

Recherche deutsch: 5

Davon ausgeschlossen: 5

- Erwachsene 2
- Unsystematische Reviews 3

Zusätzlich hinzugefügt von Hand: 1 (Dose et al., 2016: RCT)

Suchanfrage PubMed:

Suchanfrage für Psychotherapie bei ADHS ohne Einschränkungen:

1.

Search ("attention/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior

disorders/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/virology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with

hyperactivity/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/virology"[MeSH Terms])) Filters: Publication date from 2014/10/31 to 2016/12/31

2.

Search (((("psychotherapeutic processes"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/drug effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/physiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/chemically induced"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/complications"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/drug effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/etiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/microbiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/nursing"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/physiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/physiopathology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/psychology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/radiation effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/utilization"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/veterinary"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/nursing"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/trends"[MeSH Terms] OR

"psychotherapy, psychodynamic"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/trends"[MeSH Terms])) OR ("therapeutics/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapeutics/manpower"[MeSH Terms] OR "therapeutics/metabolism"[MeSH Terms] OR "therapeutics/methods"[MeSH Terms] OR "therapeutics/microbiology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/mortality"[MeSH Terms] OR "therapeutics/nursing"[MeSH Terms] OR "therapeutics/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pathology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pharmacokinetics"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/physiology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/physiopathology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/poisoning"[MeSH Terms] OR "therapeutics/prevention and control"[MeSH Terms] OR "therapeutics/psychology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiation effects"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiography"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiotherapy"[MeSH Terms] OR "therapeutics/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "therapeutics/standards"[MeSH Terms] OR "therapeutics/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapeutics/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "therapeutics/surgery"[MeSH Terms] OR "therapeutics/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapeutics/therapy"[MeSH Terms] OR "therapeutics/toxicity"[MeSH Terms] OR "therapeutics/trends"[MeSH Terms] OR "therapeutics/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "therapeutics/ultrastructure"[MeSH Terms] OR "therapeutics/urine"[MeSH Terms] OR "therapeutics/utilization"[MeSH Terms] OR "therapeutics/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapeutics/virology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/classification"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/economics"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/ethics"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/history"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/methods"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/mortality"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/nursing"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/psychology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/standards"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/therapy"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/trends"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/utilization"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/economics"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/methods"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/trends"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy,

computer assisted"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/classification"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/contraindications"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/economics"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/education"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/ethics"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/history"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/manpower"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/methods"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/mortality"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/nursing"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/psychology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/standards"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/therapy"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/trends"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/classification"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/contraindications"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/economics"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/education"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/ethics"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/history"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/manpower"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/methods"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/mortality"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/nursing"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/psychology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/standards"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/therapy"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/trends"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/veterinary"[MeSH Terms]))

3.

Search (#1 AND #2)

Und Suchanfrage für deutsche Publikationen:

1.

Search ("attention/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior

disorders/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/virology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with

hyperactivity/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/virology"[MeSH Terms])) Filters: Publication date from 2014/10/31 to 2016/12/31

2.

Search (((("psychotherapeutic processes"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/drug effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/physiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/chemically induced"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/complications"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/drug effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/etiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/microbiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/nursing"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/physiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/physiopathology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/psychology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/radiation effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/utilization"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/veterinary"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/manpower"[MeSH Terms] OR

"psychotherapy, group/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/nursing"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/trends"[MeSH Terms])) OR ("therapeutics/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapeutics/manpower"[MeSH Terms] OR "therapeutics/metabolism"[MeSH Terms] OR "therapeutics/methods"[MeSH Terms] OR "therapeutics/microbiology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/mortality"[MeSH Terms] OR "therapeutics/nursing"[MeSH Terms] OR "therapeutics/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pathology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pharmacokinetics"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/physiology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/physiopathology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/poisoning"[MeSH Terms] OR "therapeutics/prevention and control"[MeSH Terms] OR "therapeutics/psychology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiation effects"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiography"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiotherapy"[MeSH Terms] OR "therapeutics/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "therapeutics/standards"[MeSH Terms] OR "therapeutics/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapeutics/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "therapeutics/surgery"[MeSH Terms] OR "therapeutics/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapeutics/therapy"[MeSH Terms] OR "therapeutics/toxicity"[MeSH Terms] OR "therapeutics/trends"[MeSH Terms] OR "therapeutics/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "therapeutics/ultrastructure"[MeSH Terms] OR "therapeutics/urine"[MeSH Terms] OR "therapeutics/utilization"[MeSH Terms] OR "therapeutics/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapeutics/virology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/classification"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/economics"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/ethics"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/history"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/methods"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/mortality"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/nursing"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/psychology"[MeSH

Terms] OR "therapies, investigational/standards"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/therapy"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/trends"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/utilization"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/economics"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/methods"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/trends"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/classification"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/contraindications"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/economics"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/education"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/ethics"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/history"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/manpower"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/methods"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/mortality"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/nursing"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/psychology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/standards"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/therapy"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/trends"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/classification"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/contraindications"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/economics"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/education"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/ethics"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/history"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/manpower"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/methods"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/mortality"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/nursing"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/psychology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/standards"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/therapy"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/trends"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/veterinary"[MeSH Terms]))

3.

Search (#1 AND #2)

4.

Search ((#3) AND (("clinical study"[Publication Type] OR "clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trial, phase i"[Publication Type] OR "clinical trial, phase ii"[Publication Type] OR "clinical trial, phase iii"[Publication Type] OR "clinical trial, phase iv"[Publication Type] OR "comparative study"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "meta analysis"[Publication Type] OR "multicenter study"[Publication Type] OR "observational study"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "review"[Publication Type] OR "scientific integrity review"[Publication Type] OR "study characteristics"[Publication Type] OR "twin study"[Publication Type]))) AND german[Language]

Und allgemeine Suchanfrage ADHS:

1.

Search ("attention/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/virology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms])

OR "attention deficit disorder with hyperactivity/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/virology"[MeSH Terms])) Filters: Publication date from 2014/10/31 to 2016/12/31

2.

Search (((("meta analysis"[Publication Type] OR "review"[Publication Type]))) AND ("english"[Language] OR "german"[Language]))) AND #2 Filters: Publication date from 2014/10/31 to 2016/12/31

Ergebnis:

Recherche: 406

- Kein ADHS Bezug: 107
- Andere Therapieform (z.B. Pharmakologisch): 204
- Erwachsene / überwiegend Erwachsene: 56

39 Publikationen im Volltext geprüft

Davon relevant: 9 (siehe Evidenztabelle 11.4.1)

Davon ausgeschlossen: 30:

- Kein ADHS-Outcome: 6
- Kein RCT / systematisches Review / Metaanalyse: 17
- Nur Studienprotokoll: 3
- Nicht relevant: 3
- Bereits in NICE enthalten: 1

11.3.2 Psychosoziale Interventionen Erwachsene

Systematische Literatursuche vom 14.09.2016 (Frau Stein, ZI Mannheim)

Suchanfrage: Pubmed

1.

Search ("attention/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/virology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with

hyperactivity/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/virology"[MeSH Terms])) Filters: Publication date from 2014/10/31 to 2016/12/31

2.

Search (((("psychotherapeutic processes"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/drug effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapeutic processes/physiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/chemically induced"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/complications"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/drug effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/etiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/microbiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/nursing"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/physiology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/physiopathology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/psychology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/radiation effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/utilization"[MeSH Terms] OR "psychotherapy/veterinary"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/adverse effects"[MeSH Terms] OR

"psychotherapy, brief/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/adverse effects"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/nursing"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/pharmacology"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/supply and distribution"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/ethics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/classification"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic/trends"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/economics"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/education"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/history"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/instrumentation"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/manpower"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/methods"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/organization and administration"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/standards"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive/trends"[MeSH Terms] OR ("therapeutics/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapeutics/manpower"[MeSH Terms] OR "therapeutics/metabolism"[MeSH Terms] OR "therapeutics/methods"[MeSH Terms] OR "therapeutics/microbiology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/mortality"[MeSH Terms] OR "therapeutics/nursing"[MeSH Terms] OR "therapeutics/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pathology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pharmacokinetics"[MeSH Terms] OR "therapeutics/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/physiology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/physiopathology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/poisoning"[MeSH Terms] OR "therapeutics/prevention and control"[MeSH Terms] OR "therapeutics/psychology"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiation effects"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiography"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "therapeutics/radiotherapy"[MeSH Terms] OR "therapeutics/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "therapeutics/standards"[MeSH Terms] OR "therapeutics/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapeutics/supply and

distribution"[MeSH Terms] OR "therapeutics/surgery"[MeSH Terms] OR "therapeutics/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapeutics/therapy"[MeSH Terms] OR "therapeutics/toxicity"[MeSH Terms] OR "therapeutics/trends"[MeSH Terms] OR "therapeutics/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "therapeutics/ultrastructure"[MeSH Terms] OR "therapeutics/urine"[MeSH Terms] OR "therapeutics/utilization"[MeSH Terms] OR "therapeutics/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapeutics/virology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/classification"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/economics"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/ethics"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/history"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/methods"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/mortality"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/nursing"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/psychology"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/standards"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/therapy"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/trends"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/utilization"[MeSH Terms] OR "therapies, investigational/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/economics"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/methods"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/trends"[MeSH Terms] OR "therapy with helminths/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/classification"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/contraindications"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/economics"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/education"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/ethics"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/history"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/manpower"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/methods"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/mortality"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/nursing"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/psychology"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/standards"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/therapy"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/trends"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, computer assisted/veterinary"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/adverse effects"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/classification"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/contraindications"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/economics"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/education"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/epidemiology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/ethics"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/history"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/instrumentation"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/legislation and jurisprudence"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/manpower"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/methods"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/mortality"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/nursing"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/organization and administration"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/pharmacology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/psychology"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/standards"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/therapeutic

use"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/therapy"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/trends"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/utilization"[MeSH Terms] OR "therapy, soft tissue/veterinary"[MeSH Terms]))

3.
Search (#1 AND #2)

195 Treffer

Suchanfrage: Cochrane Library

MeSH descriptor: [Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders]

explode all trees

Jahre: 2014 - 2016

34 Treffer

Datum der Suchabfrage: 05.08.2016

Zusätzliche eigene Recherche:

Datenbanken: Pubmed & Cochrane Library

Suchanfrage: Pubmed

((("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR "adhd"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) AND CBT[All Fields]) AND ("2014/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]))
((("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR "adhd"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) AND ("mindfulness"[MeSH Terms] OR "mindfulness"[All Fields])) AND ("2014/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]))

22 Treffer

Datum der Suchanfrage: 18.09.16

Suchanfrage: Cochrane Library

((("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR "adhd"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) AND CBT[All Fields]) AND ("2014/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]))
((("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR "adhd"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) AND ("mindfulness"[MeSH Terms] OR "mindfulness"[All Fields])) AND ("2014/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]))

19 Treffer

Ergebnis insgesamt: 27 Artikel

Nach Ausschluss der Dopplungen:

Endergebnis: 249 Artikel

Davon relevant: 6 (siehe Evidenztafel 11.4.2)

Davon ausgeschlossen: 243

- Kein ADHS Bezug: 6
- Andere Therapieform (z.B. Pharmakologisch): 38
- Kinder und Jugendlicher: 126
- Eltern-Kind Interventionen: 16
- Narrative Review: 10
- Kein RCT: 11
- Studienprotokoll: 4
- Konzeptuelle Arbeiten: 15
- Pilotstudien: 7
- Fallstudie: 6
- Kleine Stichprobe (n<10): 1
- Französisch: 1
- Kein Zugriff: 2

Systematische Literatursuche vom 03.08.2016 (Frau Stein, ZI Mannheim)

Suchanfrage: PsychInfo

1.

(((((DE "Intervention") OR (DE "Treatment" OR DE "Adjunctive Treatment" OR DE "Adventure Therapy" OR DE "Aftercare" OR DE "Alternative Medicine" OR DE "Behavior Modification" OR DE "Bibliotherapy" OR DE "Cognitive Techniques" OR DE "Computer Assisted Therapy" OR DE "Creative Arts Therapy" OR DE "Crisis Intervention Services" OR DE "Cross Cultural Treatment" OR DE "Disease Management" OR DE "Health Care Services" OR DE "Hydrotherapy" OR DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Involuntary Treatment" OR DE "Language Therapy" OR DE "Life Sustaining Treatment" OR DE "Medical Treatment (General)" OR DE "Milieu Therapy" OR DE "Movement Therapy" OR DE "Multimodal Treatment Approach" OR DE "Multisystemic Therapy" OR DE "Online Therapy" OR DE "Outpatient Treatment" OR DE "Pain Management" OR DE "Partial Hospitalization" OR DE "Personal Therapy" OR DE "Physical Treatment Methods" OR DE "Preventive Medicine" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Rehabilitation" OR DE "Relaxation Therapy" OR DE "Sex Therapy" OR DE "Social Casework" OR DE "Sociotherapy" OR DE "Speech Therapy" OR DE "Symptoms Based Treatment" OR DE "Treatment Guidelines"))) AND (DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Behavior Therapy" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Client Centered Therapy" OR DE "Cognitive Behavior Therapy" OR DE "Conversion Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE

"Psychoanalysis" OR DE "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" OR DE "Psychotherapy Training")) OR (DE "Individual Psychotherapy")) OR (DE "Parent Training")) OR (DE "Psychosocial Rehabilitation")

2.

DE "Attention" OR DE "Attentional Capture" OR DE "Divided Attention" OR DE "Focused Attention" OR DE "Monitoring" OR DE "Selective Attention" OR DE "Sustained Attention" OR DE "Vigilance" OR DE "Visual Attention" OR DE "Attention Deficit Disorder" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"

3.

S1 AND S2

4.

Limiters - Published Date: 20141001-20161231; Language: German/German + English

Search modes - Boolean/Phrase

Recherche englisch: 93

Nach Ausschluss der Doppelungen mit PubMed: 49

Davon:

- Kein ADHS Bezug: 7
- Andere/keine Therapieform (z.B. Pharmakologisch): 6
- Kinder: 8
- Narrative Review: 8
- Kein RCT / Kontrollierte Studie (z.B. Mediation, Beobachtungsstudien, Einzelfallstudien, keine Kontrollgruppe): 20

11.3.3 Ergotherapie:

Suchanfrage in Psyn dex vom 20.03.2018: 71 Treffer

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S3	(ergotherap* OR occup* therap*) AND (S1 AND S2)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PSYNDEX: Literature and Audiovisual Media with PSYNDEX Tests	71
S2	ergotherap* OR occup* therap*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PSYNDEX: Literature and Audiovisual Media with PSYNDEX Tests	1,385
S1	attention deficit* OR aufmerksamkeit*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PSYNDEX: Literature and Audiovisual Media with PSYNDEX Tests	12,696

Suchanfrage in PsychInfo vom 20.03.2018: 251 Treffer

	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S7	attention deficit* AND occup* therap*	Narrow by SubjectAge5: - very old (85 yrs & older) Narrow by SubjectAge4: - aged (65 yrs & older) Narrow by SubjectAge3: - middle age (40-64 yrs) Narrow by SubjectAge2: - thirties (30-39 yrs) Narrow by SubjectAge1: - young adulthood (18-29 yrs) Narrow by SubjectAge0: - adulthood (18 yrs & older) Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	74
S6	attention deficit* AND	Narrow by SubjectAge3: - preschool age (2-5 yrs)	Interface - EBSCOhost Research	172

	occup* therap*	Narrow by SubjectAge2: - adolescence (13-17 yrs) Narrow by SubjectAge1: - school age (6-12 yrs) Narrow by SubjectAge0: - childhood (birth-12 yrs) Search modes - Boolean/Phrase	Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	
S5	attention deficit* AND occup* therap*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	251
S4	attention deficit* AND occup therap*	Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	0
S3	attention deficit* AND occup therap*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	0
S2	attention deficit*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	37,706
S1	DE "Attention Deficit Disorder" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	28,113

Suchanfrage in PubMed vom 20.03.2018: 52 Treffer

Search 1:

(attention deficit disorder*) AND (("occupational therapists"[MeSH Terms] OR "occupational therapists/psychology"[MeSH Terms] OR "occupational therapists/standards"[MeSH Terms] OR "occupational therapy"[MeSH Terms] OR "occupational therapy/economics"[MeSH Terms] OR "occupational therapy/education"[MeSH Terms] OR "occupational therapy/standards"[MeSH Terms] OR "occupational therapy/therapy"[MeSH Terms]))

Search 2:

attention deficit disorder[MeSH Terms]

Zusätzlich hinzugefügt aus Literaturrecherche DVE vom 13.01.2017 in MEDLINE via PubMed (29), OTseeker (6) , OTDBASE (44), Cochrane Library (3), Endnote-Library des DVE (48)

Ergebnis insgesamt: 130 Treffer

Davon ausgeschlossen nach Entfernung der Duplikate: 37 Artikel

Davon ausgeschlossen nach Prüfung von Titel und Abstract: 62 Artikel

Davon ausgeschlossen nach Sichtung der Volltexte: 8 Artikel

Davon relevant (DVE): 23 Artikel

Davon ausgeschlossen durch die Steuerungsgruppe:

- Kein Meta-analyse, kein Systematisches Review, kein RCRT): 16
- Thematisch nicht relevant: 2

5 verbleibende relevante Artikel, die auch alle in der Treffermenge der Suchanfrage vom 20.03.2018 identifiziert wurden und in der Auswahl der relevanten Artikel enthalten sind.

Ergebnis der Literatursuche vom 20.03.2018 insgesamt: 374 Treffer

Davon ausgeschlossen nach Entfernung der Duplikate: 73 Artikel

Davon ausgeschlossen nach Prüfung von Titel und Abstract: 268 Artikel

Davon ausgeschlossen nach Sichtung der Volltexte: 24 Artikel

- Kein Meta-analyse, kein Systematisches Review, kein RCRT): 23
- Thematisch nicht relevant: 1

Davon relevant: 9 (siehe Evidenztable 11.4.1 und 11.4.2)

11.3.4 Neurofeedback

Systematische Literatursuche von Frau Stein, ZI Mannheim

Datenbanken: PsycInfo & Pubmed

Suchanfrage: Pubmed

1.

Search (((("attention/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/virology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/classification"[MeSH Terms] OR "attention

deficit disorder with hyperactivity/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/virology"[MeSH Terms])) AND (("2014/10/31"[PDat] : "2016/12/31"[PDat])) AND (((("neurofeedback"[MeSH Terms] OR "neurofeedback/ethics"[MeSH Terms] OR "neurofeedback/instrumentation"[MeSH Terms] OR "neurofeedback/methods"[MeSH Terms] OR "neurofeedback/physiology"[MeSH Terms]))) OR (("biofeedback, psychology"[MeSH Terms] OR "biofeedback, psychology/trends"[MeSH Terms])))

12 Treffer

Datum der Abfrage: 03.08.2016

Suchanfrage: PsycInfo

1.

DE "Attention" OR DE "Attentional Capture" OR DE "Divided Attention" OR DE "Focused Attention" OR DE "Monitoring" OR DE "Selective Attention" OR DE "Sustained Attention" OR DE "Vigilance" OR DE "Visual Attention" OR DE "Attention Deficit Disorder" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"

2.

DE "Neurotherapy" OR DE "Biofeedback" OR DE "Biofeedback Training" OR DE "Neurotherapy" OR DE "Biofeedback Training"

3.

S1 AND S2

4.

Limiters - Published Date: 20141001-20161231; Language: English, German; Methodology: BRAIN IMAGING, CLINICAL CASE STUDY, EMPIRICAL STUDY, -Experimental Replication, -Followup Study, -Longitudinal Study, ---Prospective Study, ---Retrospective Study, FIELD STUDY, LITERATURE REVIEW, -Systematic Review, MATHEMATICAL MODEL, -Meta Analysis, -Qualitative Study, -Quantitative Study, -TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL, TWIN STUDY

Search modes – Boolean/Phrase

27 Treffer

Datum der Abfrage: 03.08.2016

Ergebnis insgesamt: 39 Artikel

Nach Ausschluss der Dopplungen:

Endergebnis: 34 Artikel

Davon relevant: 3 (siehe Evidenztafel 11.4.3)

Davon ausgeschlossen: 31

- Kein ADHS Bezug: 4
- Anderes Störungsbild: 1
- Andere Therapieform/kein EEG-Neurofeedback (z.B. Pharmakologisch): 8
- Keine relevanten Outcome-Maße: 8
- Dissertation: 4
- Narrative Review: 1
- Studienprotokoll/vorläufige Ergebnisse: 2
- Pilotstudien: 2
- Fallstudie: 1

11.3.5 Pharmakotherapie

Systematische Literatursuche von Frau Stein, ZI Mannheim

Guanfacin und Alpha-2-Agonisten

No Cochrane Reviews & no other reviews

Suchanfrage PubMed:

1.

Search (("attention/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior

disorders/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/virology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/virology"[MeSH Terms])) Filters: Publication date from 2014/10/31 to 2016/12/31

2.

Search guanfacin*

3.

Search (#1 AND #2)

16 Treffer

Datum der Abfrage: 03.08.2016

Suchanfrage PschInfo:

1.

DE "Attention" OR DE "Attentional Capture" OR DE "Divided Attention" OR DE "Focused Attention" OR DE "Monitoring" OR DE "Selective Attention" OR DE "Sustained Attention" OR DE "Vigilance" OR DE "Visual Attention" OR DE "Attention Deficit Disorder" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"

2.

guanfacin* (in allen Feldern)

3.

S1 AND S2

4.

Limiters - Published Date: 20141001-20161231; Language: English, German; Methodology: CLINICAL CASE STUDY, EMPIRICAL STUDY, FIELD STUDY, -Systematic Review, -Meta Analysis, -Qualitative Study, -Quantitative Study, -TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL, TWIN STUDY

Search modes - Boolean/Phrase

Datum der Abfrage: 03.08.2016

15 Treffer

Ergebnis insgesamt: 31 Artikel

Nach Ausschluss der Dopplungen: 27

Davon relevant: 10 (siehe Evidenztabelle 11.4.4)

Davon ausgeschlossen: 17

- Kein ADHS: 3
- Keine relevanten Outcome-Maße: 8
- Narrative Review: 2
- Pilotstudien: 2
- Fallstudie: 2

Lis- / Dexamfetamin

No Cochrane Reviews & no other reviews

Suchabfrage PsychInfo:

1.

DE "Attention" OR DE "Attentional Capture" OR DE "Divided Attention" OR DE "Focused Attention" OR DE "Monitoring" OR DE "Selective Attention" OR DE "Sustained Attention" OR DE "Vigilance" OR DE "Visual Attention" OR DE "Attention Deficit Disorder" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"

2.

lisdexam* OR dexam* (in allen Feldern)

3.

S1 AND S2

4.

Limiters - Published Date: 20141001-20161231; Language: English, German; Methodology: BRAIN IMAGING, CLINICAL CASE STUDY, EMPIRICAL STUDY, -Experimental Replication, -Followup Study, -Longitudinal Study, ---Prospective Study, ---Retrospective Study, FIELD STUDY, LITERATURE REVIEW, -Systematic Review, MATHEMATICAL MODEL, -Meta Analysis, -Qualitative Study, -Quantitative Study, -TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL, TWIN STUDY

Search modes - Boolean/Phrase

26 Treffer

Suchabfrage PubMed:

1.

Search (("attention/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior

disorders/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit and disruptive behavior disorders/virology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/analysis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/anatomy and histology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/blood"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cerebrospinal fluid"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/chemically induced"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/classification"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/complications"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/cytology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diagnosis"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/diet therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/drug therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/economics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/embryology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/enzymology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/epidemiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ethnology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/etiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/genetics"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/history"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/immunology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/metabolism"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/microbiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/mortality"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/nursing"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/organization and administration"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/parasitology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/pathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/physiopathology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/prevention and control"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/psychology"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radiography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/radionuclide imaging"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/rehabilitation"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/statistics and numerical data"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/surgery"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/therapy"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/ultrasonography"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/urine"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity/virology"[MeSH Terms])) Filters: Publication date from 2014/10/31 to 2016/12/31

2.

Search (lisdexam*) OR dexam*

3.

Search (#1 AND #2)

20 Treffer

Datum der Suchabfrage: 03.08.2016

+1 Ergebnis aus Handsuche

Ergebnis insgesamt: 47 Artikel

Nach Ausschluss der Dopplungen: 33

Davon relevant: 8 (siehe Evidenztabelle 11.4.4)

Davon ausgeschlossen: 25

- Kein ADHS: 2
- Keine relevanten Outcome-Maße: 9
- Fallstudie: 2
- Beobachtungsstudie: 2
- Keine representative Stichprobe: 1
- Kein RCT: 9

11.4 Evidenztabelle

11.4.1 Evidenztabelle Psychosoziale Interventionen Kinder und Jugendliche

Publikation	SC*	Population	Intervention(s)	Comparison	Outcome (Effektstärken auf ADHD)	Aussagen zur klinischen Wirksamkeit	Fazit
Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Brotman, L. M., Klein, R. G., Reiss, P., Huo, L., & Sonuga-Barke, E. (2015). Parent training for preschool ADHD: A randomized controlled trial of specialized and generic programs. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 56(6), 618-631. doi: 10.1111/jcpp.12346 [26]	++	N = 164 children (3-4 years) with DSM-IV ADHD diagnosis; 74% male; 69% Caucasian, 16% African-American, 9% Asian, 6% other	(1) New Forest Parenting Package (NFFP; n = 67): 8-week home-based intervention for parents of preschoolers with ADHD; (2) Helping the Non-Compliant Child (HNC; n = 63)	Wait-list (WL; n = 34)	Primary outcomes compared to WL: CPRS-R ADHD rating by parents (NFFP: d = 1.01; HNC: d = 1.24) CPRS-R ADHD rating by teachers (NFFP: ns; HNC: ns); Secondary outcomes: clinical assessment, laboratory measure of on-task behavior and delay of gratification	NFFP not better or even worse than HNC; non-significant effects for both programs (as well as WL) by blinded teacher rating in non-targeted school-setting, pointing at problems in achieving generalization across settings	Quality of the evidence: high
Bai, G.-N., Wang, Y.-F., Yang, L., & Niu, W.-Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: Improvement of medication adherence and symptoms. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 11.[27]	+	N = 89 children (6-16 years; M = 9) with DSM-IV ADHD diagnosis and medication prescription; >80% male; >60% of parents w/ college degree or above	Well-structured psychoeducation program for parents over 3 months (PE; n = 44): expert lecture, parent manual, group sessions, online community	Control group (CG; n = 45) with general clinical counselling	Primary outcomes compared to CG: medication adherence (after 1 month: 98% vs. 76%, p < .01; after 3 months: 86% vs. 53%, p < .01), parent-rating on ADHD-RS-IV at endpoint (M+/-SD: 33.7+/-5.4 vs. 45.1+/-7.9, p < .01) Secondary outcomes: Parents' knowledge about ADHD, affectional attitude, functional attitude, subjective norms, direct control, indirect	The well-structured psychoeducation program for parents had a positive impact on both medication adherence and clinical symptoms of ADHD children. It could be considered as a potential beneficial supplement to clinical practice.	Quality of the evidence: moderate

					control, self-efficacy, behavior intention		
Arasin, B. (2011). Evaluation des Ergotherapeutischen Trainingsprogramms ETP bei ADHS. <i>Ergotherapie & Rehabilitation</i> , 50(10), 32-38.	0	N=58 Children at the age of elementary school	Ergotherapeutisches Trainingsprogramm ETP (n=38)	Wait-list (WL; n = 20)	Home Situations Questionnaire (HSQ), SDQ	Verbesserte Hyperaktivität der Trainingsgruppe signifikant gegenüber der Wartekontrollgruppe (Elternurteil).	Quality of the evidence: low
Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: An 18 month follow-up. <i>Child Psychiatry and Human Development</i> , 46(1), 44-56. doi: 10.1007/s10578-014-0452-8 [29]	+	N = 66 children (M = 11.5 years) with DSM-III-R ADHD diagnosis, IQ > 80, and completed participation in CAMT study; 96% male	Cologne Adaptive Multimodal Treatment (CAMT) interventions: (1) Psychoeducation (PE), (2) medication and psychoeducation (MED+PE), (3) behavior therapy (BT); the adaptive approach with variable treatment intensity was continued during the 18 month follow-up period covered by this study	w/ (n = 32) vs. w/o (n= 34) medication at follow-up; posttest to 18 month follow-up comparison	On all parent-reported outcome measures (DISYPS-II ADHD and ODD/CD symptom rating scales, CBCL scales), $d < 0.20$ from posttest to follow-up w/ only marginal differences between children that used medication at follow-up or not; similar results ($d < 0.18$) in clinicians' ratings of children's behavior; according to teachers, children w/o medication at follow-up showed comparatively less improvement from pre- to posttest, but the obtained benefits from treatment were stable until follow-up (ADHD: $d = 0.18$, ODD/CD: $d = -0.16$)	The benefits of treatment for ADHD that is tailored to the assessed needs of children (CAMT) is still effective at 18 month follow-up.	Quality of the evidence: moderate
Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S.,	++	N=103 school aged children	telephone assisted self-help for parents +	(2) MPH + routine care	per protocol analysis Functional Impairment	Per protocol analysis	Quality of the evidence: high

<p>Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> (epub ahead of print). doi: 10.1111/jcpp.12661 [30]</p>		<p>with ADHD with residual functional impairment despite methylphenidate (MPH) treatment</p>	<p>MPH + routine care</p>		<p>parent rated (WFIRS) d= 0.71 (p<.01) ADHD parent rating scale (FBB-ADHS) d=0.52 (p< .02) ODD parent rating scale (FBB-ODD) d=0.64, .p<01 Positive parenting behavior d=0.26, p< .05 negative parenting behavior d=0.62, p<.05</p> <p>ITT analysis Significant only ODD parent rating scale (FBB-ODD) d=0.43, .p<.03 negative parenting behavior d=0.48, p<.01</p>	<p>demonstrates additional effects of telephone assisted self-help for parents in children treated with MPH and residual functional impairment</p>	
<p>Hahn-Markowitz, J., Berger, I., Manor, I., & Maeir, A. (2017). Impact of the Cognitive–Functional (Cog–Fun) intervention on executive functions and participation among children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 71(5), 1-9.</p>	<p>+</p>	<p>N= 107 children with ADHD ages 7-10</p>	<p>Cognitive–Functional (Cog–Fun) program in tailored to the executive dysfunction of ADHD and focuses on enabling cognitive strategies for occupational performance; child-parent dyad, 12 sessions (n=50)</p>	<p>Wait-list (WL; n = 51)</p>	<p>Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF); occupational performance (Canadian Occupational Performance Measure),</p>	<p>The overall MANOVA interaction effect between the intervention and control groups from baseline to Assessment 2 on the BRIEF subscales was Wilks’s L F (8, 92) 5 3.82, p 5 .001. Significant univariate interaction effects were found on all BRIEF</p>	<p>Quality of the evidence: moderate</p>

						subscales, except on Working Memory and Monitor	
Handen, B. L., Aman, M. G., Arnold, L. E., Hyman, S. L., Tumuluru, R. V., Lecavalier, L., Corbett-Dick, P., Pan, X., Hollway, J. A., Buchan-Page, K. A., Silverman, L. B., Brown, N. V., Rice, R. R., Jr., Hellings, J., Mruzek, D. W., McAuliffe-Bellin, S., Hurt, E. A., Ryan, M. M., Levato, L., & Smith, T. (2015). Atomoxetine, parent training, and their combination in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 54(11), 905-915. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.013 [31]	++	N = 128 children (5-14 years; M = 8) with DSM-IV-TR diagnoses of both ADHD and either ASD, Asperger's disorder, or PPD-NOS; Mean IQ = 82; 85% male; 82% Caucasian, 8% African-American, 10% other	(1) Atomoxetine + parent training (ATX+PT; n = 32), (2) Atomoxetine only (ATC; n = 32), (3) parent training + placebo (PT+placebo; n = 32)	Placebo (n = 32)	Primary outcomes compared to Placebo: ADHD rating by parents via SNAP-IV (ATX+PT: d = 0.98; ATX: d = 0.80; PT+placebo: d = 0.57) and HSQ (ATX+PT: d = 0.47; ATX: d = 0.64; PT+placebo: d = 0.61) Secondary outcomes: Aberrant Behavior Checklist (ABC), clinical assessment (CGI)	Both ATX and PT resulted in significant improvement on ADHD symptoms. ATX (both alone and combined with PT) was associated with significant decreases on measures of noncompliance (ABC subscales). ATX appears to have a better side effects profile than psychostimulants in the population with ASD.	Quality of the evidence: high
Jans, T., Jacob, C., Warnke, A., Zwanzger, U., Groß-Lesch, S., Matthies, S., Borel, P., Hennighausen, K., Haack-Dees, B., Rösler, M., Retz, W., von Gontard, A., Hänig, S., Sobanski, E., Alm, B., Poustka, L., Hohmann, S., Colla, M., Gentschow, L., Jaite, C., Kappel, V., Becker, K., Holtmann, M., Freitag, C., Graf, E., Ihorst, G., & Philipsen, A. (2015). Does intensive multimodal treatment for	++	N = 144 mothers (18-60 years) with DSM-IV diagnosis of ADHD and their children (6-12 years; M = 9) with DSM-IV diagnosis of ADHD	Group psychotherapy + open methylphenidate medication for mothers + parent-child training (TG, n = 77) over 6 months	Counseling w/o psychotherapy or psychopharmacotherapy for mothers + parent-child training (CG, n = 67) over 6 months	Primary outcome compared to CG: change in child's externalizing symptom score (ADHD-ODD score of Kiddie-SADS) by blinded rater (not significant) Secondary outcomes referring to child symptoms vs. control group: HSQ, SDQ (not significant); Secondary	The response in children's externalizing psychopathology did not differ between TG and CG. However, TG was associated with more improvement in maternal ADHD.	Quality of the evidence: high

maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 56(12), 1298-1313. doi: 10.1111/jcpp.12443 [32]					outcomes referring to maternal symptoms: CAARS-O:L		
Lin, H. Y., Lee, P., Chang, W. D., & Hong, F. Y. (2014). Effects of weighted vests on attention, impulse control, and on-task behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. <i>Am J Occup Ther</i> , 68(2), 149-158.	+	110 children with ADHD	weighted vest typically has 10% of a person's body weight evenly distributed around the vest (n=55).	Wait-list (WL; n = 55)	Conner's Continuous Performance Test-II. Behavior observation of problematic ontask behaviors	In the weighted vest condition significant improvement ($p < .05$) in inattention (omission errors), speed of processing and responding (RT), and consistency of executive management (RT variability). No difference was shown in impulsivity (commission errors). Participants wearing weighted vests during the CPT-II task showed significant improvements ($p < .05$) in most of the coded behaviors.	Quality of the evidence: moderate
Pfeiffer, B., Henry, A., Miller, S., & Witherell, S. (2008). Effectiveness of Disc 'O' Sit cushions on attention to task in second-grade students with	+	N=61 children with attention difficulties (BRIEF)	dynamic seating system, the Disc 'O' Sit cushion throughout the school day for a 2-week	Wait-list (WL; n = 32)	Behavior Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF)	A significant difference was found in the percentage of change between	Quality of the evidence: moderate

attention difficulties. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 62(3), 274-281.			period (n=29)			the treatment and control group for GEC ($F[1, 59] = 28.31, p < .05$) and BRI ($F[1, 59] = 17.52, p < .05$).	
Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 83(6), 1069-1084. doi: 10.1037/a0039328 [33]	++	N = 908 (3-12 years) with DSM-IV diagnosis of ADHD	Four parenting programs with 10-12 weekly sessions for 1-2.5 hours: (1) Comet (n = 207), (2) Incredible Years (n = 122), (3) Cope (n = 202), (4) Connect (n = 218)	Wait-list (WL; n = 159)	Primary child outcomes (general behavior and ADHD symptoms) compared to WL (results reported for subscales): Comet (ECBI: $0.49 \leq d \leq 0.63$, SNAP-IV: $0.15 \leq d \leq 0.26$); Cope (ECBI: $0.27 \leq d \leq 0.44$, SNAP-IV: $0.08 \leq d \leq 0.23$); Incredible Years (ECBI: $0.27 \leq d \leq 0.42$, SNAP-IV: $0.18 \leq d \leq 0.25$); Connect (ECBI: $0.17 \leq d \leq 0.31$, SNAP-IV: $0.01 \leq d \leq 0.10$); Primary parent outcomes (parenting skills and mental health) compared to WL (results reported for subscales): Comet (Parenting: $0.14 \leq d \leq 0.58$, Parental competence: $d = 0.69$, Mental Health: $0.30 \leq d \leq 0.38$); Cope (Parenting: $0.16 \leq d \leq 0.39$, Parental	The results support the general efficacy of parent training in a short-term perspective with moderate effects on both child behavior and ADHD symptoms as well as parenting skills and parental mental health.	Quality of the evidence: high

					<p>competence: $d = 0.47$, Mental Health: $0.10 \leq d \leq 0.36$); Incredible Years (Parenting: $0.09 \leq d \leq 0.30$, Parental competence: $d = 0.32$, Mental Health: $0.10 \leq d \leq 0.23$); Connect (Parenting: $0.10 \leq d \leq 0.28$, Parental competence: $d = 0.35$, Mental Health: $0.13 \leq d \leq 0.23$)</p>		
<p>Steeger, C. M., Gondoli, D. M., Gibson, B. S., & Morrissey, R. A. (2016). Combined cognitive and parent training interventions for adolescents with ADHD and their mothers: A randomized controlled trial. <i>Child Neuropsychology</i>, 22(4), 394-419. doi: 10.1080/09297049.2014.994485 [34]</p>	+	<p>N = 91 (11-15 years) with DSM-IV-TR diagnosis of ADHD</p>	<p>(1) Cogmed working memory training (CWMT) for adolescents + Behavioral Parent Training (BPT) for mothers (n = 22); (2) CWMT + BPT control (n = 23); (3) CWMT control + BPT (n = 25); 5-week interventions</p>	<p>Full placebo: CWMT control + BPT control (n = 26)</p>	<p>Adolescent working memory (WM, measured by WISC-IV subscales): Significant two-way CWMT Condition by time interactions for backward digit span ($\eta_p^2 = .05$), forward spatial span ($\eta_p^2 = .12$), but not forward digit or backward spatial span ($\eta_p^2 = .04$), no evidence of a two-way CWMT condition by time interaction for mother or teacher ratings of WM deficit via BRIEF;</p> <p>Adolescent ADHD symptoms (measured by ADHD-RS): no significant interactions between CWMT</p>	<p>CWMT alone increased WM when performance was measured with laboratory assessments of active maintenance of information; no evidence that CWMT alone affected ADHD symptoms; no evidence of improvement in parenting-related outcomes as a function of BPT alone; main effects of time on many study outcomes, indicating improvement regardless of assignment to</p>	<p>Quality of the evidence: moderate</p>

					<p>condition and time for ADHD symptoms based on mother or teacher reports;</p> <p>Mother and Adolescent parenting-related outcomes (measured by APQ and CBQ): no significant two-way interaction between BTP and time for maternal involvement, positive parenting, poor monitoring/supervision, inconsistent discipline, adolescent oppositional behaviors, changes in mother-adolescent conflict;</p> <p>Adolescents Global Functioning: CWMT control + BPT with significantly larger reduction in mother-reported behavior regulation problems and global executive deficit compared to CWMT+BPT, no interaction effects with time in teacher reports</p>	<p>treatment or control conditions; no evidence of synergistic effects of treatment</p> <p>CWMT combined with treatment BPT.</p>	
<p>Storebø, O. J., Skoog, M., Rasmussen, P. D., Winkel, P., Gluud, C., Pedersen, J., Thomsen, P. H., & Simonsen, E. (2015). Attachment competences in children with</p>	+	<p>N = 47 (8-12 years); 70% male</p>	<p>Social-skills training + parental training + standard treatment (n = 25) over 8 weeks</p>	<p>Standard treatment (n = 22) over 8 weeks</p>	<p>No significant difference in attachment competences between experimental and control group at 6</p>	<p>The experimental treatment does not seem to affect attachment competences compared with</p>	<p>Quality of the evidence: moderate</p>

ADHD during the Social-Skills Training and Attachment (SOSTRA) randomized clinical trial. Journal of Attention Disorders, 19(10), 865-871. doi: 10.1177/1087054713520220[35]					months (OR = 1.06). For the entire group, 16 patients changed their entry status from insecure to secure and 1 from secure to insecure.	standard treatment alone. Overall, children in the trial improved their attachment competences significantly at 6-month follow-up.	
Tse, Y. J., McCarty, C. A., Stoep, A. V., & Myers, K. M. (2015). Teletherapy delivery of caregiver behavior training for children with attention-deficit hyperactivity disorder. Telemedicine and e-Health, 21(6), 451-458. doi: 10.1089/tmj.2014.0132 [36]	+	N = 37 children (5-12 years) diagnosed with ADHD and participating in CATTs	Pharmacotherapy telecounseling + caregiver behavior training through videoteleconferencing (n = 12) over 6 sessions each	Pharmacotherapy telecounseling + intervention in person (n = 25) over 6 sessions each	Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale: no statistically significant differences at 25 weeks; Columbia Impairment Scale: no statistically significant differences at 25 weeks	Findings support the feasibility, acceptability, and effectiveness of treating children with ADHD through teletherapy.	Quality of the evidence: moderate
Wilkes-Gillan S, Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M., & Chen Y.-W. (2016). A Randomised Controlled Trial of a Play-Based Intervention to Improve the Social Play Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). PLoS ONE 11(8): e0160558	+	N=29 Children with ADHD (5 to 11 years)	Six clinic play-sessions, weekly home-modules and a one-month home follow up (n=15)	Wait-list (WL; n = 14)	Test of Playfulness (ToP) scored by a blinded ra	The change in the intervention-first group was significantly greater than the change in the control-first group (during the wait period). play-based intervention was effective for improving the social play skills of children with ADHD aged 5 to 11 years in peer-to-peer interactions in the clinic and home environments	Quality of the evidence: moderate

Legende:

ABS: Aberrant Behavior Checklist (Barkley et al.) [37]

ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder

ADHD-RS-IV: ADHD Rating Scale-IV [38]

APQ: Alabama Parenting Questionnaire [39, 40]

ASD: Autism spectrum disorder

BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Functioning [41]

CAARS-O:L: Conner Adult ADHD Rating Scale-Observer-rating Scale, long, version

CAMT: Cologne Adaptive Multimodal Treatment [42]

CATTS: Children's Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Telemental Health Treatment Study [43, 44]

CBCL: Child behavior checklist [45]

CBQ: Conflict Behavior Questionnaire [46, 47]

CG: Control group

CGI: Clinical Global Impressions Scale

CPRS-R: Conners Rating Scale-Revised [48]

CWMT: Cogmed working memory training [49]

d: Cohen's d

DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II [50]

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory [51]

HNC: Helping the Non-Compliant Child [52]

HSQ: Home Situations Questionnaire [53]

IQ: Intelligence quotient

Kiddie-SADS: [54]

M: Mean

NFFP: New Forest Parenting Package [55]

PDD-NOS: Pervasive developmental disorder, not otherwise specified

SD: Standard deviation

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire

SNAP-IV: Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale [56]

TG: Treatment group

WISC-IV: Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition

*SC = Beurteilung nach SIGN Checkliste:

- „high quality“ (++) , Mehrzahl der beurteilten SIGN Kriterien erfüllt, kleines oder gar kein Bias-Risiko, es ist unwahrscheinlich, dass zukünftige Forschung zu anderen Ergebnissen kommen wird.
- „acceptable“ (+) , die meisten Kriterien erfüllt, einige Mängel in der Studie könnten zu einem Bias führen, Ergebnisse könnten bei weiteren Untersuchungen anders ausfallen.

- „unacceptable – reject (0)“, entweder werden die meisten Kriterien nicht erfüllt oder das Studiendesign weist bei wichtigen Aspekten signifikante Mängel auf, es ist wahrscheinlich, dass andere Studien zu abweichenden Schlussfolgerungen kommen werden.

Allgemein spiegelt die Qualität der Evidenz das Vertrauen in den Effektschätzer wider (Sicherheit der Studienergebnisse) bzw. wie sehr zukünftige Studien zu abweichenden Ergebnissen kommen können. Die letzte Spalte gibt ein zusammenfassendes Urteil, da in den SIGN Checklisten RCT Studien und kontrollierte nicht-randomisierte Studien und Prä-Poststudien getrennt beurteilt wurden, jedoch die Qualität einer RCT Studie in der Regel höher einzustufen ist als eine mit ++ beurteilte nicht-kontrollierte Studie.

11.4.2 Evidenztabelle Psychosoziale Interventionen Erwachsene

Qualitätsbewertung							Zusammenfassung der Ergebnisse			Relevanz
Studie	Design	Einschränkungen aufgrund des Risk of Bias*	Inkonsistenzen	Indirektheit	Ungenauigkeiten	Andere Überlegungen	Anzahl an Patienten	primäres Outcome	Qualität	
Studie 1										
Philipsen (2015)	multicenter RCT-hoch	keine bedeutsamen Einschränkungen (kein risk of bias im primären outcome festgestellt, höheres drop-out im follow-up)	nicht beurteilbar	keine bedeutsame Indirektheit (zusätzliche Ausschlusskriterien resultieren aus der begleitenden Prüfmedikation)	keine Einschränkungen, alle CI's berichtet	positiver Aspekt: aktive Kontrollgruppe	419 als randomisiert analysierte Patienten; davon 107 GPT (gruppenpsychotherapie) + methylphenidat, 109 GPT + Placebo, 110 CM (clinical management/kontrolle) + methylphenidat, 107 CM + placebo	Differenz GPT und CM: 1.1, 95% CI (0.0 bis 2.2), p=.06 Differenz Medikation und Placebo: -1.7, 95% CI (-2.8- bis -0.6), p=.003	hoch	relevant
Studie 2										
Pettersson (2014)	RCT - hoch	bedeutsam (unzureichende Verblindung)	nicht beurteilbar	keine bedeutsame Indirektheit	nicht beurteilbar (CI nicht berichtet)	keine	45 randomisierte Patienten (13 in iCBT-S, 14 in iCBT-G, and 18 in the waiting-list control group)	Differenz (Post) iCBT-s und Warteliste F (1,41)=7.558, p = .027, d=1.07 Differenz (Post) iCBT-G und Warteliste F(1,41)= 2.810, p=.303, d=.62	gering	nicht relevant
Studie 3										
Schoenberg (2014)	RCT - hoch	bedeutsam (keine Information zur Verblindung, fehlender Bericht aller nicht signifikanter Ergebnisse)	nicht beurteilbar	keine bedeutsame Indirektheit	nicht beurteilbar (CI nicht berichtet)	keine	61 randomisierte patienten (32 MBCT, 29 Warteliste)	Neurophysiologisch: Anstieg der Pe (t(23) = -2.613, p = .02) und NoGo-P3 (t(23) = -2.502, p= .02) Amplituden in MBCT-gruppe; Klinisch: Haupteffekt der Gruppen (MBCT/WL): F(1,38) = 4.7713, p= .04), Differenz der Symptome (prä-post) in MBCT-Gruppe: u.a. CAARS global ADHD index (t(22) = 4.239, p < .0001),	moderat	moderat

Studie 4										
Young (2015)	RCT - hoch	bedeutsam (hohe Dropoutrate, TAU nicht genau spezifiziert, Literaturrecherchezeitraum nicht benannt)	nicht beurteilbar	keine bedeutsame Indirektheit	nicht beurteilbar (CI nicht berichtet)	pos. Aspekt: Multilevel-analyse	95 randomisierte Patienten (48 CBT/MED, 47 TAU/ MED)	Differenz CBT/Medikation vs. TAU/Medikation (bzgl. K-SADS total): $\beta = -5.41$, 95% CI (-7.43 bis -3.38), $p < 0.001$, $d = 0.65$ Differenz CBT/Medikation vs. TAU/Medikation (bzgl. CGI): $\beta = -0.79$, 95% CI (-1.12 bis -0.46), $p < 0.001$, $d = 0.64$ Differenz CBT/Medikation vs. TAU/Medikation (bzgl. BCS kombiniert): $\beta = -6.60$, 95% CI (-9.19 bis 3.99), $p < 0.001$, $d = 4.6$	hoch	relevant
Studie 5										
Bruce (2017)	RCT - hoch	bedeutsam (unzureichende Verblindung, selektives Outcome)	nicht beurteilbar	keine bedeutsame Indirektheit	nicht beurteilbar (CI nicht berichtet)	keine	25 randomisierte Patienten (12 video-basiertes Modul, 13 Warteliste)	Reduktion (Verbesserung) im Hinblick auf die "mean hazard perception reaction time" (in s) gemessen anhand des Hazard Perception Tests (HPT) der Universität Queensland	gering	moderat
Studie 6										
Poulsen (2010)	Quasi-randomisiert	bedeutsam (unzureichende Verblindung, selektives Outcome)	nicht beurteilbar	keine bedeutsame Indirektheit	nicht beurteilbar (CI nicht berichtet)	keine	20 randomisierte patienten (10 Hazard perception training, 10 Warteliste)	signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartelisten-Gruppe gemessen anhand des Hazard Perception Tests (HPT) der Universität Queensland	gering	moderat

*Risk of Bias: beinhaltet folgende Aspekte				
allocation concealment (Randomisierung)	lack of blinding (Verblindung)	incomplete accounting (Drop-out Rate)	selektives Outcome	andere Einschränkungen

Qualitätsbewertung der Metaanalysen nach AMSTAR												Zusammenfassung der Ergebnisse			Relevanz
Studie	A priori Design	Studienauswahl und Datenselektion durch mehrere (mind. 2) Personen	umfassende Literaturrecherche	Suche nach "grauer Literatur"	Liste von in- und exkludierten Studien	Beschreibung von Studiencharakteristika	Bewertung der wiss. Qualität der Primärstudien	adäquate Verwendung der Qualität der Studien	angemessene Methoden zur Datenintegration	Einbezug eines möglichen Publication Biases	Interessenkonflikte berichtet	Anzahl zugrunde gelegter Studien	primäres Outcome	Qualität	
young (2016)	vorhanden (ja)	nicht angegeben (nein)	teilweise Einschränkungen, aufgrund fehlender Angabe des Zeitraums (nein)	keine Suche nach unveröffentlichter Literatur berichtet (nein)	exkludierte Studien nicht vollständig benannt (nein)	Charakteristika der inkludierten Studien beschrieben (ja)	Qualität der eingeschlossenen Studien wurde bewertet (ja)	Qualität der zugrunde liegenden Studien wurde zur Beurteilung des Ergebnisses sinnvoll genutzt (ja)	keine Einschränkungen (ja)	nicht angegeben (nein)	berichtet (ja)	1. meta-analyse: CBT/Warteliste: 5 Studien; 2. meta-analyse: CBT/aktive Kontrollgruppe: 4 Studien	1. CBT/ Warteliste: n = 5; SMD = 0.76; 95% CI [0.21, 1.31], p = .006; random effects model; 2. CBT/ aktive Kontrolle: n = 3; SMD=0.43; 95% CI [0.14, 0.71], p = .004; fixed effects model	Qualität des Reviews/der Metaanalyse: nach AMSTAR 5 von 11 Punkten Qualität der zugrunde liegenden Studien wurde durch die Autoren nach GRADE Kriterien als moderat bis gering bewertet, Zuversicht bzgl. der Studienergebnisse deklar	
Studie 2															
Mohr et al. (2016)	vorhanden (ja)	Screening von Titeln und Abstracts nur durch eine Person, Bewertung von potentiell relevanten Studien durch 2 Personen (nein)	durchgeführt (ja)	keine Suche nach unveröffentlichter Literatur berichtet (nein)	exkludierte Studien nicht vollständig benannt (nein)	Charakteristika der inkludierten Studien beschrieben (ja)	Qualität der eingeschlossenen Studien wurde bewertet (ja)	Qualität der zugrunde liegenden Studien wurde zur Beurteilung des Ergebnisses sinnvoll genutzt (ja)	keine Einschränkungen (ja)	möglicher Publication Bias nicht einbezogen, nur Einschränkungen aufgrund der Beschränkungen auf englische und skandinavische Sprachen und Exklusion von "Dritte-Welle" CBT-Verfahren berichtet (nein)	berichtet (ja)	2 Studien in Metaanalyse inkludiert	Vergleich von CBT mit TAU bzgl. selbst- (SMD= -1.0; 95% CI [-1.5, -0.5], p= .0002) und fremdbewerter (SMD= -0.6; 95% CI [-1.3, -0.1], n.s.) ADHS Symptomen. Vergleich von CBT und TAU bzgl. dem globalen klinischen Eindruck (SMD= 1.0; 95% CI [-1.6, -0.4], p= .001). Vergleich von CBT und TAU bzgl. Reduktion von Depression und Angst im Selbstbericht (SMD= -1.0; 95% CI [-1.6, -0.5], p=.0002) und SMD= -1.0; 95% CI [-1.3, -0.3], signifikant, p-Wert nicht erkennbar) sowie nach Fremdbewertung (SMD= -0.9; 95% CI [-1.7, -0.2] und SMD= -0.9; 95% CI [-1.6, -0.1], signifikant, p-Werte nicht berichtet	Qualität des Reviews/der Metaanalyse: nach AMSTAR 7 von 11 Punkten Qualität der zugrunde liegenden Studien wurde durch die Autoren nach GRADE Kriterien als gering bewertet, Zuversicht bzgl. der Studienergebnisse daher begrenzt	gering

11.4.3 Evidenztabelle Neurofeedback

Publikation	Typ	Inhalt/Stichprobe	Intervention/Bedingungen	Zeitpunkte	Outcome	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/ Einschränkungen
Arns, M., Ridder, S. de, Strehl, U., Breteler, M., & Coenen, A. (2009). Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: the Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: a Meta-Analysis. CLINICAL EEG and NEUROSCIENCE, 40(3), 180-189 [57]	quantitative Meta-Analyse unter Einschluss prospektiver kontrollierter Studien, prospektiver Pre-/Post-Design Studien, retrospektiver Pre-/Post-Design Studien	<u>Ziel:</u> Evaluation der Effekte von Neurofeedback-Therapie auf Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität bei ADHS <u>Stichprobe:</u> k=10 Studien, n=476 Patienten analysiert für prospektive kontrollierte Studien; davon k=3, n=141 Patienten analysiert für aktive Kontrollgruppe (Medikation mit Stimulanzien), k=7, n=335 Patienten analysiert für passive/semi-aktive Kontrollgruppe (Warteliste, EMG-Biofeedback, kognitives Training); k=4, n=188 Patienten analysiert für prospektive Pre-/Post-Design Studien, k=1, n=530 Patienten analysiert für retrospektive Pre-/Post-Design Studien	Neurofeedback versus Kontrolle (aktiv, passiv/semi-aktiv, intraindividuelle Vergleiche)	Nicht bedeutsam für Beurteilung der meta-analytischen Ergebnisse	Primäre Outcomes: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bei ADHS (BASC, TOVA, ADDES, FBB-HKS, CPT, CPRS-R, IVA, TAP: Go-No Go, Go-NO Go, SNAP-4 DSM-IV RS)	<u>Effektgrößen:</u> Kontrollierte Studien: Differenz Neurofeedback versus passive/semi-aktive Kontrollgruppe: Unaufmerksamkeit mittlere ES=0.81 (95% CI 0.39-1.23), Hyperaktivität mittlere ES=0.40 (95% CI 0.05-0.75), Impulsivität mittlere ES=0.69 (95% CI 0.34-1.03); Differenz Neurofeedback versus aktive Kontrollgruppe: Impulsivität mittlere ES=-0.04 (95% CI -0.45-0.37); Pre-/Post-Design Studien: Differenz Neurofeedback versus passive/semi-aktive Kontrollgruppe: Unaufmerksamkeit mittlere ES=1.02 (95% CI 0.84-1.21), Hyperaktivität mittlere ES=0.71 (95% CI 0.54-0.87), Impulsivität mittlere ES=0.94 (95% CI 0.76-1.12) [Interpretation: positive (größere) ES = Überlegenheit (Ausmaß) Neurofeedback-Therapie]; Weitere Effekte: Signifikanter Zusammenhang von mittlerer Anzahl an Trainingssitzungen und Verbesserung der Unaufmerksamkeit (r=0.55, p=0.04) <u>Einschränkungen:</u> Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Meta-Analyse (Einschluss nicht-randomisierter Studien, kleines k; besonders für Teilanalysen; keine Teilanalyse nach Neurofeedback Qualität); Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Primärstudien (unzureichende Verblindung); nur für kontrollierte

						Studien/Impulsivität Differenz von Neurofeedback versus aktive Kontrollgruppe; Abhängigkeiten in Daten durch multiple Outcomes nicht modelliert; Moderatoren werden nicht in meta-analytisches Modell aufgenommen (sondern Post-hoc ANOVA)
Arns, M., Heinrich, H., & Strehl, U. (2014). Evaluation of neurofeedback in ADHD: The long and winding road. <i>Biological Psychology</i> , 95, 108-115. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.11.013 [58]	qualitatives Review	<u>Ziel:</u> Evaluation der Effekte von Neurofeedback-Therapie bei ADHS <u>Stichprobe:</u> nicht angegeben/keine explizite Darstellung, da qualitative Überblicksarbeit	Neurofeedback versus Kontrolle (semi-aktiv, aktiv, Placebo-kontrolliert)	Nicht bedeutsam für Beurteilung der meta-analytischen Ergebnisse	Primäre Outcomes: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bei ADHS (nicht näher beschrieben; Verweis auf Primärstudien)	<u>Effektgrößen:</u> Unaufmerksamkeit: mittlere ES NF=0.81, mittlere ES Methylphenidat=0.84; Hyperaktivität/Impulsivität: mittlere ES NF=0.40/0.69, mittlere ES Methylphenidat=1.01 [Interpretation: positive (größere) ES = Überlegenheit (Ausmaß) Neurofeedback-Therapie] <u>Einschränkungen:</u> Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Meta-Analyse (kleines k); Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Primärstudien (keine Randomisierung, unzureichende Verblindung berichtet); keine quantitative Zusammenfassung/Integration der Ergebnisse
Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D., ... Zuddas, A. (2016). Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsycholo-	quantitative Meta-Analyse unter Einschluss randomisierter kontrollierter Studien	<u>Ziel:</u> Evaluation der Effekte von Neurofeedback-Therapie auf ADHS-Symptome und neuropsychologische Defizite; zusätzlich Untersuchung der Effekte für unverblindete und verblindete Beurteilungen <u>Stichprobe:</u> k=13 Studien, n=520 Patienten (gesamt)	Neurofeedback versus Kontrolle (randomisiert, kontrolliert)	Nicht bedeutsam für Beurteilung der meta-analytischen Ergebnisse	Primäre Outcomes: ADHS-Gesamtsymptomatik, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bei ADHS (unverblindete und verblindete Beurteilungen)	<u>Effektgrößen:</u> proximale Beurteiler: Gesamt-Symptomatik mittlere ES=0.35 (95% CI 0.11-0.59), Unaufmerksamkeit mittlere ES=0.36 (95% CI 0.09-0.63), Hyperaktivität/Impulsivität mittlere ES=0.26 (95% CI 0.08-0.43); Blinde Beurteiler: Gesamt-Symptomatik mittlere ES=0.15 (95% CI -0.08-0.38), Unaufmerksamkeit mittlere ES=0.06 (95% CI -0.24-0.36), Hyperaktivität/Impulsivität mittlere ES=0.17 (95% CI -0.05-0.39) [Interpretation: positive (größere) ES = Überlegenheit (Ausmaß) Neurofeedback-Therapie]; Weitere Effekte: für k=7 Studien, die Standard-

<p>gical Outcomes From Randomized Controlled Trials. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55(6), 444-455. doi: 10.1016/j.jaac.2016.03.007 [59]</p>						<p>NF-Protokoll einsetzen, größere mittlere ES für proximale Outcomes; exploratorisch für k=3 Studien, die Standardprotokolle einsetzen und verblindete Ratings vornahmen, mittlere ES=0.36 (95% CI 0.04-0.69) <u>Einschränkungen:</u> Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Meta-Analyse (kleines k für Teilanalysen mit Standard Neurofeedback/Meta-Regression); Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Primärstudien (unzureichende Verblindung, kein Bericht von <i>intention-to-treat</i>-Analysen in Primärstudien)</p>
<p>Mayer, K., Blume, F., Wyckoff, S. N., Brokmeier, L. L., & Strehl, U. (2016). Neurofeedback of slow cortical potentials as a treatment for adults with Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder. Clinical Neurophysiology, 127(2), 1374-1386. doi: 10.1016/j.clinph.2015.11.013 [60]</p>	<p>Beobachtungsstudie ohne Kontrollbedingung</p>	<p><u>Ziel:</u> Evaluation der Effekte von Neurofeedback-Therapie bei ADHS im Erwachsenenalter; zusätzlich Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Behandlung Outcome und Fähigkeit zur Selbstregulation (Lerner versus nicht-Lerner) <u>Stichprobe:</u> 24 Patienten (9 Frauen, 15 Männer); 18-60 Jahre; IQ > 80</p>	<p>Neurofeedback-Gruppe, Pre-/Post-Evaluation (zusätzlich Einteilung in Lerner und Nicht-Lerner)</p>	<p>Pre-Treatment, Post-Treatment, plus Follow-up nach 6 Monaten</p>	<p>Primäre Outcomes: ADHS (ADHD-SB, HASE, WIR; FEA), Komorbiditäten (SCID-I, BDI, STAI), Neuropsychologische Testdaten (Go-No Go Aufgabe: Median RT, mittlere Reaktionszeitvariabilität, Fehler in Reaktion auf Go-Stimulus)</p>	<p><u>Effektgrößen:</u> Effekte von 30 Sitzungen SCP-NF: 13 nicht-Lerner, 11 Lerner (Veränderung Pre-/Post-SCP-NF) signifikant für RTV (Go-/No-Go Task), p<.05, Trend für größere Verbesserung selbst-gerateter ADHS-Symptome bei Lernern <u>Einschränkungen:</u> keine Kontrollbedingung, keine Randomisierung und keine Verblindung; bedeutsame Indirektheit durch teilweise Einnahme von Medikation</p>

<p>Micoulaud-Franchi, J.-A., Geoffroy, P. A., Fond, G., Lopez, R., Bioulac, S., & Philip, P. (2014). EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Frontiers in HUMAN NEUROSCIENCE</i>, 8, 1-7. doi: 10.3389/fnhum.2014.00906 [61]</p>	<p>quantitative Meta-Analyse randomisierter kontrollierter Studien (Kontrollgruppen: semi-aktiv oder Sham-NF)</p>	<p><u>Ziel:</u> Evaluation der Effekte von Neurofeedback-Therapie auf ADHS-Gesamtsymptomatik, sowie die Dimensionen Unaufmerksamkeit, Impulsivität/Hyperaktivität für vermutlich unverblindete (Eltern) und verblindete (Lehrer) Beurteilungen <u>Stichprobe:</u> k=5, n=263 Patienten (gesamt), n=146 Patienten in Neurofeedback-Bedingung (TBR- oder TBR plus SCP-Training)</p>	<p>Neurofeedback versus Kontrolle (semi-aktiv, Sham-NF)</p>	<p>Nicht bedeutsam für Beurteilung der meta-analytischen Ergebnisse</p>	<p>Primäre Outcomes: ADHS-Gesamtsymptomatik, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität (FBB-HKS, ADHD-RS, Conners-RS; unverblindete und verblindete Beurteilungen)</p>	<p><u>Effektgrößen:</u> Vermutlich nicht-verblindete Beurteilungen: Gesamt-ADHS-Symptomatik mittlere ES=-0.49 (95% CI -0.74- -0.24), Unaufmerksamkeit mittlere ES=-0.46 (95% CI -0.76- -0.15), Hyperaktivität/Impulsivität mittlere ES=-0.34 (95% CI -0.59- -0.09); vermutlich verblindete Beurteilungen: Unaufmerksamkeit mittlere ES=-0.30 (95% CI -0.58- -0.03), keine signifikanten Effekt für Gesamt-ADHS-Symptomatik oder Hyperaktivität/Impulsivität [Interpretation: negative (größere) ES = Überlegenheit (Ausmaß) Neurofeedback-Therapie/Verbesserung der Symptomatik adressiert] <u>Einschränkungen:</u> Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Meta-Analyse (kleines k, bei gleichzeitiger Heterogenität der NF-Protokolle; keine Teilanalyse nach Neurofeedback Qualität); Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Primärstudien (teilweise unzureichende Verblindung); bedeutsame Indirektheit durch teilweise Einnahme von Medikation</p>
<p>Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... Group, E. A. G. (2013). Nonpharmacological Interventions</p>	<p>quantitative Meta-Analyse randomisierter kontrollierter Studien (einschließlich Studien mit ausbalanciertem Crossover-Design)</p>	<p><u>Ziel:</u> Evaluation der Effekte von nicht-pharmakologischen Behandlungsansätzen bei ADHS <u>Stichprobe:</u> k=8, n=276 Patienten (gesamt), n=163 Patienten in Neurofeedback-Bedingung randomisiert (TBR- oder SCP- oder TBR plus SCP-Training); nur k=4 für</p>	<p>Neurofeedback versus Kontrolle (randomisiert, kontrolliert, auch ausbalanciertes Crossover)</p>	<p>Nicht bedeutsam für Beurteilung der meta-analytischen Ergebnisse</p>	<p>Primäre Outcomes: ADHS-Symptomatik (unverblindete (CPRS, P-FBB-HKS, P-SNAP, P-ARS) und verblindete (CTRS, T-FBB-HKS, P-ARS) Beurteilungen)</p>	<p><u>Effektgrößen:</u> proximale Beurteilung: mittlere ES=0.59 (95% CI 0.31-0.87); Blinde Beurteilung: mittlere ES=0.29 (95% CI -0.02-0.61) n.s. [Interpretation: positive (größere) ES = Überlegenheit (Ausmaß) Neurofeedback-Therapie] <u>Einschränkungen:</u> Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Meta-Analyse (kleines k; keine Teilanalyse nach Neurofeedback Qualität); Bedeutsame Einschränkungen aufgrund</p>

<p>for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments. American Journal of Psychiatry, Am J Psychiatry, 170, 275-289. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991 [62]</p>		<p>blinde Beurteilung</p>				<p>des risk of bias auf Ebene der Primärstudien (teilweise unzureichende Verblindung); bedeutsame Indirektheit durch teilweise Einnahme von Medikation; teilweise niedrige Designqualität für Primärstudien berichtet (Jadad Ratings)</p>
<p>Neurofeedback bei anderen Störungen</p>						
<p>Tan, G., Thornby, J., Hammond, D. C., Strehl, U., Canady, B., Arnemann, K., & Kaiser, D. A. (2009). Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy. CLINICAL EEG and NEUROSCIENCE, 40(3), 173-179. [63]</p>	<p>quantitative Meta-Analyse kontrollierter Studien und Pre-/Post-Design Studien bei Epilepsie (nicht ADHS)</p>	<p><u>Ziel:</u> Evaluation der Effekte von Neurofeedback-Therapie bei Epilepsie <u>Stichprobe:</u> k=10, n=87 Patienten (between- und within-Analysen; gesamt)</p>	<p>EEG-Biofeedback (SMR, SCP)</p>	<p>Nicht bedeutsam für Beurteilung der meta-analytischen Ergebnisse</p>	<p>Primäre Outcomes: Häufigkeit der Anfälle (in definiertem Zeitraum, variiert zwischen Studien), EEG, neuropsychologische Tests</p>	<p><u>Effektgrößen:</u> Random-effects model/Overall Effekt auf mittlere Anzahl epileptischer Anfälle: mittlere ES=-0.23, SE=0.06 [Interpretation: negative (größere) ES = Überlegenheit (Ausmaß) Neurofeedback-Therapie/Verbesserung der Symptomatik adressiert] <u>Einschränkungen:</u> Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Meta-Analyse (kleines k; besonders für Teilanalysen; "Äpfel-und-Birnen"-Problem zu erwarten); Bedeutsame Einschränkungen aufgrund des risk of bias auf Ebene der Primärstudien (teilweise unzureichende Verblindung); viele within-Vergleiche; nur eine Studie die SCP-NF untersucht (kombiniert mit SMR-NF analysiert)</p>

11.4.4 Evidenztabellen Pharmakotherapie

Guanfacin

Referenz	Typ	Population	Interventionen / Bedingungen	Outcome(s)	Ergebnisse	Schlussfolgerungen/ Einschränkungen
Chan et al. (2016). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. JAMA 315(18): 1997-2008. [64]	Systematic Review Databases: CINAHL Plus, MEDLINE, PsycINFO, ERIC, Cochrane Database of Systematic Reviews. Articles published between January 1, 1999, and January 31, 2016. Additional studies were identified by hand-searching reference lists of retrieved articles. Study quality was rated using McMaster University Effective Public Health Practice Project criteria. The evidence level for treatment recommendations was based on Oxford Centre for Evidence-Based Medicine criteria.	ADHD treatment in adolescents aged 12 years to 18 years	Pharmacological & psychosocial treatments for ADHD	total symptom score on the ADHD Rating Scale; parent-rated ADHD symptoms, co-occurring emotional or behavioral symptoms, and interpersonal functioning; improvements in academic and organizational skills	Sixteen randomized clinical trials and 1 meta-analysis, involving 2668 participant included. Evidence of efficacy was stronger for the extended-release methylphenidate and amphetamine class stimulant medications (level 1B based on Oxford Centre for Evidence-Based Medicine criteria) and atomoxetine than for the extended-release alpha2-adrenergic agonists guanfacine or clonidine (no studies). For the primary efficacy measure of total symptom score on the ADHD Rating Scale both stimulant and nonstimulant medications led to clinically significant reductions of 14.93 to 24.60 absolute points. The psychosocial treatments combining behavioral, cognitive behavioral, and skills training techniques demonstrated small- to medium-sized improvements (range for mean SD difference in Cohen d, 0.30-0.69) for parent-rated ADHD symptoms, co-occurring emotional or behavioral symptoms, and interpersonal functioning. Psychosocial treatments were associated with more robust (Cohen d range, 0.51-5.15) improvements in academic and organizational skills, such as homework completion and planner use.	Evidence supports the use of extended-release methylphenidate and amphetamine formulations, atomoxetine, and extended-release guanfacine to improve symptoms of ADHD in adolescents. Psychosocial treatments incorporating behavior contingency management, motivational enhancement, and academic, organizational, and social skills training techniques were associated with inconsistent effects on ADHD symptoms and greater benefit for academic and organizational skills Overall assessment of the methodological quality (SIGN): High
Pringsheim et al. (2015). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and	Systematic review and meta-analysis of psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine for oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in youth with	Youth with ADHD, with and without ODD or CD	Stimulants, alpha-2 agonists, atomoxetine	Oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in youth with ADHD	Two systematic reviews and 20 randomized controlled trials were included. There is high-quality evidence that psychostimulants have a moderate-to-large effect on oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in youth with ADHD, with and without ODD or CD. There is very-low-quality evidence that clonidine has a small effect on	Evidence indicates that psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine can be beneficial for disruptive and aggressive behaviours in addition to core ADHD symptoms; however, psychostimulants generally provide the most benefit.

<p>aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 1: Psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie 60(2): 42-51. [65]</p>	<p>ADHD, ODD, and CD.</p> <p>The quality of evidence for medications was rated using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation approach.</p>				<p>oppositional behaviour and conduct problems in youth with ADHD, with and without ODD or CD. There is moderate-quality evidence that guanfacine has a small-to-moderate effect on oppositional behaviour in youth with ADHD, with and without ODD. There is high-quality evidence that atomoxetine has a small effect on oppositional behaviour in youth with ADHD, with and without ODD or CD.</p>	<p>Overall assessment of the methodological quality (SIGN): High</p>
<p>Ruggiero et al. (2014). Guanfacine for attention deficit and hyperactivity disorder in pediatrics: A systematic review and meta-analysis. European Neuropsychopharmacology 24(10): 1578-1590. [66]</p>	<p>Systematic review and meta-analysis randomized controlled trials (RCTs) on the safety and efficacy of guanfacine.</p> <p>Bibliographic search up to May 2014 was performed using the Cochrane Library's Central Register of Controlled Trials, the Embase, PsycINFO, and Medline databases, and clinical trials registers.</p>	<p>Children and adolescents with ADHD</p>	<p>Guanfacine</p>	<p>A meta-analysis was performed using response, defined as a score ≤ 2 on the Clinical Global Impression Improvement score, as the outcome measure.</p>	<p>In all, 7 out of 48 studies were included, for a total of 1752 participants. All studies compared guanfacine versus placebo, with a duration ranging from 6 to 16 weeks. In all, the Clinical Global Impression Improvement score was reported as a secondary measure. Overall, 694/1177 (59.0%) participants in the guanfacine group benefited from the treatment compared to 192/575 (33.3%) in the placebo group (pooled OR 3.2; 95%CI 2.4–4.1). The participants with at least one adverse event were 948 (82.4%) in the guanfacine and 376 (67.9%) in the placebo group (OR 2.6; 95%CI 1.6–4.4). Somnolence (OR 4.9), sedation (OR 2.8), and fatigue (OR 2.2), were the adverse events with the greatest risk of occurrence in the guanfacine versus the placebo group.</p>	<p>On the basis of seven randomized, placebo controlled trials guanfacine resulted safe and effective in treating children and adolescents with ADHD</p> <p>Overall assessment of the methodological quality (SIGN): High</p>
<p>Hervas et al. (2014). Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A</p>	<p>Randomized, placebo-controlled, Phase III trial</p>	<p>Children and adolescents with ADHD (6–17 years)</p>	<p>Randomization to dose-optimized GXR (0.05–0.12 mg/kg/day – 6–12 years: 1–4 mg/day; 13–17 years: 1–7mg/ day), ATX (10–100 mg/ day) or placebo for 4 or 7 weeks.</p>	<p>The primary efficacy measure was change from baseline in ADHD Rating Scale version IV (ADHD-RS-IV). Key secondary measures were Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I)</p>	<p>A total of 272 (80.5%) patients from Europe, the USA and Canada completed the study. Significant differences were observed in least squares mean change from baseline in ADHD-RS-IV total score (placebo-adjusted differences) (GXR: [-8.9, p < 0.001]; ATX: [-3.8, p < 0.05]), the difference from placebo in the percentage of patients showing improvement (1 ['very much improved'] or 2 ['much improved']) for CGI-I (GXR: [23.7, p < 0.001]; ATX: [12.1, p < 0.05]), WFIRS-P learning and</p>	<p>GXR was effective and well tolerated in children and adolescents with ADHD.</p> <p>The most common AEs reported were consistent with the known safety profiles of GXR.</p> <p>Limitation: Adverse events may have limited the ability to titrate ATX to the optimal dose rapidly, and may</p>

randomized, controlled, Phase III trial. European Neuropsychopharmacology 24(12): 1861-1872. [67]				and the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report (WFIRS-P; learning and school, and family domains). Safety assessments included treatment-emergent adverse events (TEAEs), electrocardiograms and vital signs.	school domain (GXR: [-0.22, p < 0.01]; ATX: [-0.16, p < 0.05]) and WFIRS-P family domain (GXR: [-0.21, p < 0.01]; ATX: [-0.09, p = 0.242]). Most common TEAEs for GXR were somnolence, headache and fatigue; 70.1% of GXR subjects reported mild-to-moderate TEAEs.	have contributed to the longer time to response relative to GXR Overall assessment of the methodological quality (SIGN): High
Wilens et al. (2015). A randomized, placebo-controlled trial of guanfacine extended release in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 54(11): 916-925. [68]	13-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial	Adolescents with ADHD aged 13 to 17 years	Once-daily GXR (1-7 mg per day) vs placebo	Primary endpoint was the change from baseline in the ADHD Rating Scale-IV (ADHD-RS-IV) total score; key secondary endpoints included scores from the Clinical Global Impressions-Severity of Illness (CGI-S), and Learning and School domain and Family domain scores from the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report (WFIRS-P) at week 13.	A total of 314 participants were randomized (GXR, n = 157; placebo, n = 157). The majority of participants received optimal doses of 3, 4, 5, or 6 mg (30 [22.9%], 26 [19.8%], 27 [20.6%], or 24 [18.3%] participants, respectively), with 46.5% of participants receiving an optimal dose above the currently approved maximum dose limit of 4 mg. Participants receiving GXR showed improvement in ADHD-RS-IV total score compared with placebo (least-squares mean score change, -24.55 [GXR] versus -18.53 [placebo]; effect size, 0.52; p < .001). More participants on GXR also showed significant improvement in CGI-S scores compared with placebo (50.6% versus 36.1%; p = .010). There was no statistically significant difference between treatments at week 13 in the 2 WFIRS-P domains. Most treatment-emergent adverse events were mild to moderate, with sedation-related events reported most commonly.	GXR was associated with statistically significant improvements in ADHD symptoms in adolescents. GXR was well tolerated, with no new safety signals reported. Overall assessment of the methodological quality (SIGN): High
Newcorn et al. (2016). Extended-release guanfacine hydrochloride in 6-17-year olds with ADHD: A randomised-withdrawal maintenance of efficacy study.	Phase 3, double-blind, placebo-controlled, randomised-withdrawal study	Children/adolescents (6-17 years) with ADHD	After 13 weeks of open-label GXR (1-7 mg/ day), responders were randomised to GXR or placebo in the 26-week, double-blind, randomised-withdrawal phase (RWP).	The primary endpoint was the percentage of treatment failure (\geq 50% increase in ADHD Rating Scale version IV total score and \geq 2-point increase in Clinical Global Impression-Severity compared with RWP	A total of 528 participants enrolled; 316 (59.8%) entered the RWP. Treatment failure occurred in 49.3% of the GXR and 64.9% of the placebo group (p = 0.006). TTF was significantly longer in GXR versus placebo (p = 0.003). GXR was well tolerated.	Guanfacine hydrochloride demonstrated long-term maintenance of efficacy compared with placebo in children/adolescents with ADHD. Limitations: The limited occurrence of AEs may also be minimised in a group of 'responders', and certainly when compared with a nonresponding

Journal of Child Psychology and Psychiatry 57(6): 717-728. [69]				baseline, at two consecutive visits). The key secondary endpoint was time to treatment failure (TTF).		population; as per protocol, only those participants who responded well and tolerated GXR went on to enter the RWP. Overall assessment of the methodological quality (SIGN): High
Huss et al. (2016). Guanfacine extended release for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Efficacy following prior methylphenidate treatment. Neuropsychiatric Disease and Treatment 12. [70]	Randomized controlled trial + open-label phase of a randomized-withdrawal study	Children and adolescents with ADHD (6–17 years) with ADHD-RS-IV scores ≥ 32 and CGI-severity scores ≥ 4	RCT participants received dose-optimized GXR (1–7 mg/day), ATX (10–100 mg/day), or placebo for 10–13 weeks. RWS participants received dose-optimized GXR (1–7 mg/day) for 13 weeks.	Change from baseline ADHD-RS-IV score and the proportion of responders were assessed by prior stimulant exposure.	Of 163 RCT and 296 RWS participants who had previously received stimulant treatment, 142 and 224, respectively, had received MPH. The most frequent reasons for stopping MPH were lack of effectiveness or side effects. Placebo-adjusted ADHD-RS-IV changes from baseline were significant in participants receiving GXR (prior MPH, -9.8 , $P < 0.001$, effect size [ES] 0.85; stimulant-naïve, -7.6 , $P < 0.001$, ES 0.65). More participants met responder criteria with GXR versus placebo, regardless of prior treatment. GXR response was unaffected by prior stimulant treatment.	GXR response was unaffected by prior stimulant treatment Limitations: Categorization of participants as prior MPH or stimulant-naïve was based on responses to the Prior Stimulant Medication Questionnaire; there was no information on whether the dosing or titration of prior MPH treatment was adequate Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable
Cutler et al. (2014). Response/remission with guanfacine extended-release and psychostimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 53(10): 1092-1101. [71]	9-week, double-blind, placebo-controlled dose-optimization study	Children and adolescents with ADHD (N = 461) aged 6 to 17 years with suboptimal response to stimulants	Randomization to GXR on awakening (AM) + stimulant, GXR at bedtime (PM) + stimulant, or placebo + stimulant	The primary efficacy measure was change from baseline in ADHD Rating Scale version IV (ADHD-RS-IV). Key secondary measures were Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) and the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report (WFIRS-P; learning and school, and family domains). Safety assessments included treatment-	At the final on-treatment assessment, more participants in both GXR + stimulant groups versus the placebo + stimulant group achieved response as assessed by 2 criteria: reduction from baseline in ADHD-RS-IV total score (1) $\geq 40\%$ (GXR AM + stimulant = 69.8%, GXR PM + stimulant = 70.3%, versus placebo + stimulant = 57.9%; $p = .032$ and $p = .026$, respectively), or (2) $\geq 50\%$ (63.1%, 64.9%, versus 43.4%; $p < .001$ for both). Results were similar for symptomatic remission (ADHD-RS-IV total score ≤ 18 ; 61.1%, 62.2%, versus 46.1%; $p = .010$ and $p = .005$, respectively) and syndromal remission (symptomatic remission plus Clinical Global Impressions of Severity of Illness score ≤ 2). The most common treatment-emergent adverse events in participants receiving GXR + psychostimulant were headache (21.2%) and somnolence (13.6%).	GXR + stimulant treatment resulted in a greater percentage of participants meeting stringent criteria for response and remission compared with placebo + stimulant. The adverse event profile of adjunctive therapy was consistent with known effects of either treatment alone. Limitations: Secondary post hoc efficacy analysis Short study duration prevents evaluation of the long-term safety and efficacy of adjunctive GXR therapy. Whether some participants might have benefited from further optimization of their stimulant monotherapy is unknown.

				emergent adverse events (TEAEs), electrocardiograms and vital signs.		Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable
Stein et al. (2015). Does guanfacine extended release impact functional impairment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? Results from a randomized controlled trial. CNS Drugs 29(11): 953-962 [72]	8-week, double-blind, placebo-controlled, dose optimization study at 47 sites across the USA and Canada	Children aged 6–12 years with a diagnosis of ADHD, and an ADHD-RS-IV score ≥ 28 and CGI–Severity of Illness Scale score ≥ 4 at baseline	Randomization 1:1:1 into three groups: GXR am [GXR (1–4 mg/day) in the morning, placebo in the evening], GXR pm [placebo in the morning, GXR (1–4 mg/day) in the evening], or twice-daily placebo.	Weiss Functional Impairment Rating Scale–Parent Report (WFIRS-P); The correspondence of changes in WFIRS-P scores with symptomatic and global response to GXR treatment was also examined, with treatment response defined by scores on both the ADHD Rating Scale IV (ADHD-RS-IV) and the Clinical Global Impressions–Improvement Scale (CGI-I).	The efficacy population was composed of 333 subjects (GXR am: n = 107; GXR pm: n = 114; placebo: n = 112). At the final on-treatment assessment, there were significant improvements from baseline in the placebo-adjusted difference in least-squares (LS) mean (95 % confidence interval) WFIRS-P Total scores for both GXR treatment groups combined [GXR all-active: -0.16 (-0.25 , -0.07), effect size (ES) = 0.448, $P < 0.001$] and separately [GXR am: -0.15 (-0.26 , -0.05), ES = 0.417, $P = 0.004$; GXR pm: -0.18 (-0.28 , -0.07), ES = 0.478, $P = 0.001$]. Significant improvements in WFIRS-P domain scores for Family, Learning and School (including Academic Performance and Behavior in School), Social, and Risky Behavior were found for both GXR cohorts compared with placebo. However, the Life Skills and Self-Concept domain scores of the WFIRS-P did not improve with GXR treatment. Post hoc stratification by responder status revealed that significant ($P < 0.001$) improvements in WFIRS-P Total and all domain scores were associated with symptomatic treatment response in the GXR all-active group.	GXR treatment in children with ADHD was associated with reductions in WFIRS-P functional impairment scores compared with placebo, regardless of time of GXR administration. Changes in WFIRS-P scores were congruent with clinical response, as determined by both ADHD symptom reduction and CGI-I scores. Limitations: WFIRS-P and ADHD symptoms measures are based on parent report; because both scales are completed by the same rater, there is potential for confounding. The study was not adequately powered to directly compare the GXR AM and GXR PM groups, and the statistical tests conducted were not corrected for multiple comparisons, allowing for the possibility of type I error. The subjects predominately had combined type ADHD with moderate to severe symptom burden, which may limit the generalizability of the study results to children with less severe ADHD or those with the predominantly inattentive presentation. Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable
Young, J., et al. (2014). Efficacy of	8-week, double-blind, placebo-controlled, dose	Children aged 6–12 years with	Randomization 1:1:1 into three	Modified Conners' Parent Rating Scale–	A total of 333 subjects were included in the analysis population (GXR A.M., n = 107; GXR P.M., n = 114;	Results demonstrate that response is consistent throughout the day

<p>guanfacine extended release assessed during the morning, afternoon, and evening using a modified Conners' Parent Rating Scale–Revised: Short Form. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 24(8): 435-441. [73]</p> <p>Secondary paper to Stein et al. (2015) [72]</p>	<p>optimization study at 47 sites across the USA and Canada</p>	<p>a diagnosis of ADHD, and an ADHD-RS-IV score ≥ 28 and CGI–Severity of Illness Scale score ≥ 4 at baseline</p>	<p>groups: GXR am [GXR (1–4 mg/day) in the morning, placebo in the evening], GXR pm [placebo in the morning, GXR (1–4 mg/day) in the evening], or twice-daily placebo.</p>	<p>Revised: Short Form</p>	<p>placebo, n = 112). At visit 10, last observation carried forward (LOCF), subjects receiving GXR demonstrated significantly greater improvement from baseline in the daily mean CPRS–R:S total score, as well as in each of the morning, afternoon, and evening CPRS–R:S assessments, compared with placebo, regardless of the time of GXR administration ($p < 0.001$ vs. placebo for GXR A.M. and GXR P.M.).</p> <p>In addition, subjects receiving GXR showed significantly greater improvements from baseline in each subscale score (oppositional, cognitive problems/inattention, hyperactivity, and ADHD index) compared with those receiving placebo, regardless of time of administration ($p < 0.003$ vs. placebo across all subscales for GXR A.M. and GXR P.M.).</p>	<p>regardless of the time of administration, with improvement seen in ratings of oppositional as well as of ADHD symptoms.</p> <p>Limitations The CPRS–R:S was modified to evaluate ADHD-related symptoms at several time points throughout the day, rather than completing the measure while considering symptoms during the previous month (as it is validated for use), which may limit the interpretation of these results. Study was not powered to formally assess differences between the a.m. and p.m. cohorts.</p> <p>Secondary paper to Stein et al. (2015)</p> <p>Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable</p>
--	---	--	--	----------------------------	--	--

Legende/Anmerkung:

*SC = Beurteilung nach SIGN Checkliste:

- „high quality“ (++) , Mehrzahl der beurteilten SIGN Kriterien erfüllt, kleines oder gar kein Bias-Risiko, es ist unwahrscheinlich, dass zukünftige Forschung zu anderen Ergebnissen kommen wird.
- „acceptable“ (+) , die meisten Kriterien erfüllt, einige Mängel in der Studie könnten zu einem Bias führen, Ergebnisse könnten bei weiteren Untersuchungen anders ausfallen.
- „unacceptable – reject (0)“ , entweder werden die meisten Kriterien nicht erfüllt oder das Studiendesign weist bei wichtigen Aspekten signifikante Mängel auf, es ist wahrscheinlich, dass andere Studien zu abweichenden Schlussfolgerungen kommen werden.

Lisdexamfetamin:

Referenz	Typ	Population	Interventionen / Bedingungen	Outcome(s)	Ergebnisse	Schlussfolgerungen/ Einschränkungen
Maneeton et al. (2014). Exploratory meta-analysis on lisdexamfetamine versus placebo in adult ADHD. Drug Des Devel Ther 8: 1685-1693. [74]	Meta-analysis of all RCTs between January 2007 and January 2014. Databases: MEDLINE((R)), EMBASE, CINAHL((R)), PsycINFO((R)) Cochrane Controlled Trials Register. ClinicalTrials.gov and the EU Clinical Trials Register database. Examination of risks of bias, based on the Cochrane bias assessment	Adult patients with ADHD	LDX vs Placebo	1) severity of ADHD symptoms and executive function deficit 2) response or remission rates 3) overall discontinuation rate 4) discontinuation rate due to adverse events	806 final study or safety participants were included The dosage of LDX was 30 to 70 mg/day. Pooled mean scores of mean change and mean end point scores between LDX- and placebo-treated groups had a significant difference (SMD [95% CI] of -0.97 [-1.15, -0.78], I2=18%). Pooled response rates for adult ADHD between the two groups had a significant difference (RR [95% CI] of 1.99 [1.50, 2.63], I2=0%). Based on the Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult version (BRIEF-A), the pooled end point mean scores for the Global Executive Composite (GEC) for the LDX-treated groups was greater than that of placebo-treated groups (MD [95% CI] of -9.20 [-14.11, -4.29], I2=34%). Pooled overall discontinuation rates between the two groups had no significant difference (RR [95% CI] of 0.82 [0.59, 1.14], I2=0%). Pooled discontinuation rates due to adverse events between the two groups were not significantly different (RR [95% CI] of 1.77 [0.71, 4.40], I2=0%).	LDX is efficacious and well tolerated in the treatment of adult ADHD. Additionally, it also improved the executive function deficits in this population. Number of included studies was limited (five RCTs). Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable

<p>Fridman et al. (2015). Predicted effect size of lisdexamfetamine treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in European adults: Estimates based on indirect analysis using a systematic review and meta-regression analysis. <i>European Psychiatry</i> 30(4): 521-527. [75]</p>	<p>Meta-regression of existing clinical data to predict the efficacy of LDX in European adults based on 22 US- and Europe-based randomized efficacy trials of LDX, ATX, or OROS-MPH in children, adolescents and adults. PubMed, CENTRAL, EMBASE searched electronically (July 2014). ClinicalTrials.gov & TrialRegister.nl were searched electronically. Reference lists of included articles were searched for additional articles</p>	<p>Adult patients with ADHD</p>	<p>LDX or OROS-MPH or ATX vs Placebo</p>	<p>ADHD symptoms, a meta-regression model was fitted to the published/calculated effect sizes (Cohen's d) using medication, geographical location, and age group as predictors. The LDX effect size in European adults was extrapolated from the fitted model. Sensitivity analyses performed included using adult-only studies and adding studies with placebo designs other than a standard pill-placebo design</p>	<p>Twenty-two of 2832 identified articles met inclusion criteria. The model-estimated effect size of LDX for European adults was 1.070 (95% confidence interval: 0.738, 1.401), larger than the 0.8 threshold for large effect sizes. The overall model fit was adequate (80%) and stable in the sensitivity analyses</p>	<p>This model predicts that LDX may have a large treatment effect size in European adults with ADHD.</p> <p>Limitations: 1) possibility exists that there are characteristics of European adult patients with ADHD in the general population not manifested in the sample represented in the European adult ADHD trials that would affect the efficacy of LDX in these patients. 2) There may be unobserved differences between European and US patient populations. 3) A third limitation is the use of effect size to compare across different instruments. 4) A fourth limitation is the assumption that the efficacy of LDX in European adults with ADHD can be estimated based on the efficacy of LDX and similar medications in all age groups in Europe and the US.</p> <p>Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable</p>
<p>Buoli et al. (2016). Alternative pharmacological strategies for adult ADHD treatment: A systematic review. <i>Expert Review of Neurotherapeutics</i> 16(2): 131-144 [76]</p>	<p>Systematic Review, search in MEDLINE, PsycINFO, Isi Web of Knowledge, Medscape, no date given</p>	<p>Adult patients with ADHD</p>	<p>Medication except ATX or MPH</p>	<p>No restriction criteria were established for study design</p>		<p>Excluded, overall assessment of the methodological quality (SIGN): unacceptable</p>
<p>Coghill et al. (2014). A systematic review of the safety of lisdexamfetamine dimesylate. <i>CNS Drugs</i> 28(6): 497-511. [77]</p>	<p>A PubMed search for English-language articles published up to 16 September 2013; Systematic review of six randomized, parallel-</p>	<p>Patients with ADHD</p>	<p>LDX vs Placebo</p>	<p>Treatment-emergent adverse events (TEAEs; particularly: weight and growth, Sleep, abuse potential,</p>	<p>In short-term, parallel-group, placebo-controlled, phase III trials, TEAEs in children, adolescents, and adults receiving LDX were typical for those reported for stimulants in general. Decreased appetite was reported by 25-39 % of patients and insomnia by 11-19 %. The most frequently reported</p>	<p>The safety and tolerability profile of LDX in individuals with ADHD is similar to that of other stimulants.</p> <p>Limitations: 1) The relatively small number of patients enrolled in clinical</p>

	group, doubleblind, phase III trials, four short-term, placebo-controlled, crossover studies (two in children, one in college students, and one in adults) and two short-term open-label studies (both in children); four long-term (52 weeks) extension studies			cardiovascular safety) in children, adolescents, and adults receiving LDX	TEAEs in long-term studies were similar to those reported in the short-term trials. Most TEAEs were mild or moderate in severity. Gains in weight, height, and body mass index were smaller in children and adolescents receiving LDX than in placebo controls or untreated norms. Insomnia was a frequently reported TEAE in patients with ADHD of all ages receiving LDX, although the available data indicated no overall worsening of sleep quality in adults. Post-marketing survey data suggest that the rate of non-medical use of LDX was lower than that for short-acting stimulants and lower than or equivalent to long-acting stimulant formulations. Small mean increases were seen in blood pressure and pulse rate in patients receiving LDX.	trials of relatively short duration means that rare TEAEs, or TEAEs that emerge only after extended treatment, are unlikely to be detected. 2) Individuals with comorbid psychiatric disorders, extremes of weight, or major neurological and cardiovascular conditions were excluded from the clinical trials, and all patients were in generally good health. 3) Tendency for long-term studies in particular to self-select for responders. Thus, it is unlikely that these phase III clinical trials of LDX reflect the full spectrum of patients seen in clinical practice. 4) All of the clinical trials described were sponsored by the manufacturer of LDX. Overall assessment of the methodological quality (SIGN): High quality
Stuhec, et al. (2015). Comparative efficacy and acceptability of atomoxetine, lisdexamfetamine, bupropion and methylphenidate in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A meta-analysis with focus on bupropion. J Affect Disord 178: 149-159. [78]	Meta-analysis of 28 double-blind, placebo-controlled, non-crossover studies of ADHD. Databases: PubMed, (1975–April 2014) Clinicaltrials.gov (1981–April 2014)	Children and adolescents under age 18	LDX or MPH or BUP or ATX vs Placebo	Comparative drug efficacy to placebo was calculated based on standardized mean difference (SMD). Comparative drug acceptability (all cause discontinuation) to placebo was estimated on the odds ratio (OR).	Efficacy in reducing ADHD symptoms compared to placebo was small for BUP (SMD=−0.32, 95% CI; −0.69, 0.05), while modest efficacy was shown for ATX (SMD=−0.68, 95% CI; −0.76, −0.59) and MPH (SMD=−0.75, 95% CI; −0.98, −0.52) and high efficacy was observed for LDX (SMD=−1.28, 95% CI; −1.84, −0.71). Compared to placebo treatment discontinuation was statistically significantly lower for MPH (OR=0.35, 95% CI; 0.24, 0.52), while it was not significantly different for ATX (OR=0.91, 95% CI; 0.66, 1.24), LDX (OR=0.60, 95% CI, 0.22, 1.65), and bupropion (OR=1.64, 95% CI; 0.5, 5.43)	Results suggest that LDX has the best benefit risk balance and has promising potential for treating children and adolescents with ADHD. Heterogeneity was high, except in ATX trials. Crossover studies were excluded. Studies with comorbid conditions, except those reporting on oppositional defiant disorder, were also excluded. All studies involving MPH were combined. Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable
Banaschewski et al.	6-week, placebo-	Children and	LDX vs	Secondary	The open-label and randomized full analysis sets comprised	Using parent-rated instruments, long-

<p>(2014). Health-related quality of life and functional outcomes from a randomized-withdrawal study of long-term lisdexamfetamine dimesylate treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>CNS Drugs</i> 28(12): 1191-1203 [79]</p>	<p>controlled, double-blind, randomized- withdrawal study to evaluate the impact of continued long-term (at least 26 weeks') LDX treatment on parental perceptions of HRQoL and functional impairment</p>	<p>adolescents aged 6–17 years with diagnosed ADHD. Patients with a baseline ADHD Rating Scale IV total score of at least 28 were enrolled from a previous European study and from US Sites. They completed an open-label LDX treatment period of at least 26 weeks were randomized (1:1) to continue on their optimized dose of LDX or to switch to placebo for a 6-week, double-blind, withdrawal period.</p>	<p>Placebo</p>	<p>objectives were to assess the long-term maintenance of effectiveness of LDX in improving health-related quality of life and reducing functional impairment, as gauged using the Child Health and Illness Profile-Child Edition: Parent Report Form (CHIP-CE: PRF) and the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report (WFIRS-P) questionnaires at weeks 0, 8 and 26 of the open-label period and at weeks 0 and 6 of the randomized-withdrawal period, or at early termination. The endpoint of each period was defined as the last visit with valid data. Effect sizes were the difference (LDX minus placebo) in least-squares (LS)-mean change from baseline to endpoint divided by root-mean-square error.</p>	<p>262 and 153 (LDX n = 76; placebo n = 77) patients. Mean pretreatment CHIP-CE: PRF T-scores were more than one standard deviation below the normative mean in four of the five domains. There was significant improvement across all domains from baseline to endpoint of the open-label period. In the randomized-withdrawal period, LS-mean CHIP-CE: PRF T-scores deteriorated in all domains in the placebo group, but not in the LDX group. Compared with placebo, the effect of LDX was significant in the Risk Avoidance (effect size 0.829; $p < 0.001$), Achievement (0.696; $p < 0.001$) and Satisfaction (0.636; $p < 0.001$) domains. Mean pretreatment WFIRS-P scores were lowest in the Family domain and the Learning and School domain. WFIRS-P total score and scores in all domains improved significantly from baseline to endpoint of the open-label period. In the randomized-withdrawal period, LS-mean scores deteriorated in the placebo group but not in the LDX group. Compared with placebo, the effect of LDX was significant in the Family, Learning and School, and Risky Activities domains and in total (effect size 0.908; $p < 0.001$).</p>	<p>term maintenance of the beneficial effect of LDX in multiple domains of health-related quality of life and functional impairment was demonstrated by comparison of treatment continuation and withdrawal under randomized, double-blind, placebo-controlled conditions.</p> <p>Limitations: 1) study population was enrolled based on symptom severity criteria, 2) randomized-withdrawal endpoint included early termination assessments of patients who discontinued the study if they met the treatment failure criteria during the randomized-withdrawal period, and who were not assessed hereafter. 3) the study design was such that patients who entered the randomized-withdrawal period were those who had benefited from, and were able to tolerate, LDX treatment</p> <p>Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable</p>
<p>Dittmann et al. (2014). Treatment response and</p>	<p>9-week, double-blind, active-controlled study</p>	<p>Patients with ADHD aged 6–</p>	<p>Patients were randomized</p>	<p>Treatment response was a secondary</p>	<p>A total of 267 patients were enrolled (LDX, n = 133; ATX, n = 134) and 200 completed (LDX, n = 99; ATX, n = 101).</p>	<p>LDX was associated with significantly higher treatment</p>

<p>remission in a double-blind, randomized, head-to-head study of lisdexamfetamine dimesylate and atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. CNS Drugs 28(11): 1059-1069. [80]</p>		<p>17 years with a previous inadequate response to MPH and with an ADHD Rating Scale IV total score ≥ 28 prior to treatment</p>	<p>(1:1) to dose-optimized LDX (30, 50 or 70 mg/day) or ATX (patients < 70 kg: 0.5–1.2 g/kg/day, not to exceed 1.4 g/kg/day; patients ≥ 70 kg: 40, 80 or 100 mg/day)</p>	<p>efficacy outcome and was predefined as a reduction from baseline in ADHD Rating Scale IV (ADHD-RS-IV) total score of at least 25, 30 or 50 %. Sustained response was predefined as a reduction from baseline in ADHD-RS-IV total score (≥ 25, ≥ 30 or ≥ 50 %) or a Clinical Global Impressions (CGI)–Improvement (CGI–I) score of 1 or 2 throughout weeks 4–9. CGI–Severity (CGI–S) scores were also assessed, as an indicator of remission.</p>	<p>By week 9, significantly ($p < 0.01$) greater proportions of patients receiving LDX than ATX met the response criteria of a reduction from baseline in ADHD-RS-IV total score of at least 25 % (90.5 vs. 76.7 %), 30 % (88.1 vs. 73.7 %) or 50 % (73.0 vs. 50.4 %). Sustained response rates were also significantly ($p < 0.05$) higher among LDX-treated patients (ADHD-RS-IV ≥ 25, 66.1 %; ADHD-RS-IV ≥ 30, 61.4 %; ADHD-RS-IV ≥ 50, 41.7 %; CGI–I, 52.0 %) than among ATX-treated individuals (ADHD-RS-IV ≥ 25, 51.1 %; ADHD-RS-IV ≥ 30, 47.4 %; ADHD-RS-IV ≥ 50, 23.7 %; CGI–I, 39.3 %). By week 9, 60.7 % of patients receiving LDX and 46.3 % of those receiving ATX had a CGI–S score of 1 (normal, not at all ill) or 2 (borderline mentally ill), and greater proportions of patients in the LDX group than the ATX group experienced a reduction from baseline of at least one CGI–S category</p>	<p>response rates than ATX across all response criteria examined. In addition, higher proportions of patients in the LDX group than the ATX group had a CGI–S score of 1 or 2 by week 9, indicating remission of symptoms.</p> <p>Limitations: 1) 9-week duration which might have limited the potential benefits of ATX; 2) higher doses of ATX than used in the present study and recommended in the product’s prescribing information (up to 1.8 mg/kg) may result in higher levels of efficacy of ATX; 3) the length of the dose-optimization period of the study may not have permitted all ATX doses to be fully explored</p> <p>Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable</p>
<p>Nagy et al. (2016). Functional outcomes from a head-to-head, randomized, double-blind trial of lisdexamfetamine dimesylate and atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and an inadequate response to methylphenidate. European Child & Adolescent Psychiatry 25(2): 141-149. [81]</p>	<p>9-week, double-blind, active-controlled study</p>	<p>Patients with ADHD aged 6–17 years with a previous inadequate response to MPH and with an ADHD Rating Scale IV total score ≥ 28 prior to treatment</p>	<p>Patients were randomized (1:1) to dose-optimized LDX (30, 50 or 70 mg/day) or ATX (patients < 70 kg: 0.5–1.2 g/kg/day, not to exceed 1.4 g/kg/day; patients ≥ 70 kg: 40, 80 or 100 mg/day)</p>	<p>Parents/guardians completed the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report (WFIRS-P) at baseline and at week 9 or early termination</p>	<p>Of 267 randomized patients, 200 completed the study (LDX 99, ATX 101). At baseline, mean WFIRS-P total score in the LDX group was 0.95 [standard deviation (SD) 0.474; 95 % confidence interval (CI) 0.87, 1.03] and in the ATX group was 0.91 (0.513; 0.82, 1.00). Scores in all WFIRS-P domains improved from baseline to endpoint in both groups, with least-squares mean changes in total score of -0.35 (95 % CI -0.42, -0.29) for LDX and -0.27 (-0.33, -0.20) for ATX. The difference between LDX and ATX was statistically significant ($p < 0.05$) for the Learning and School (effect size of LDX vs ATX, 0.43) and Social Activities (0.34) domains and for total score (0.27).</p>	<p>Both treatments reduced functional impairment in children and adolescents with ADHD; LDX was statistically significantly more effective than ATX in two of six domains and in total score.</p> <p>Limitations: 1) 9-week duration which might have limited the potential benefits of ATX; 2) higher doses of ATX than used in the present study and recommended in the product’s prescribing information (up to 1.8 mg/kg) may result in higher levels of efficacy of ATX; 3) the length of the dose-optimization period of the study may not have permitted all ATX doses to be fully explored</p>

						Overall assessment of the methodological quality (SIGN): Acceptable
--	--	--	--	--	--	--

Legende/Anmerkung:

*SC = Beurteilung nach SIGN Checkliste:

- „high quality“ (++) , Mehrzahl der beurteilten SIGN Kriterien erfüllt, kleines oder gar kein Bias-Risiko, es ist unwahrscheinlich, dass zukünftige Forschung zu anderen Ergebnissen kommen wird.
- „acceptable“ (+) , die meisten Kriterien erfüllt, einige Mängel in der Studie könnten zu einem Bias führen, Ergebnisse könnten bei weiteren Untersuchungen anders ausfallen.
- „unacceptable – reject (0)“ , entweder werden die meisten Kriterien nicht erfüllt oder das Studiendesign weist bei wichtigen Aspekten signifikante Mängel auf, es ist wahrscheinlich, dass andere Studien zu abweichenden Schlussfolgerungen kommen werden.

Erstveröffentlichung:

05/2017

Nächste Überprüfung geplant:

05/2022

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online